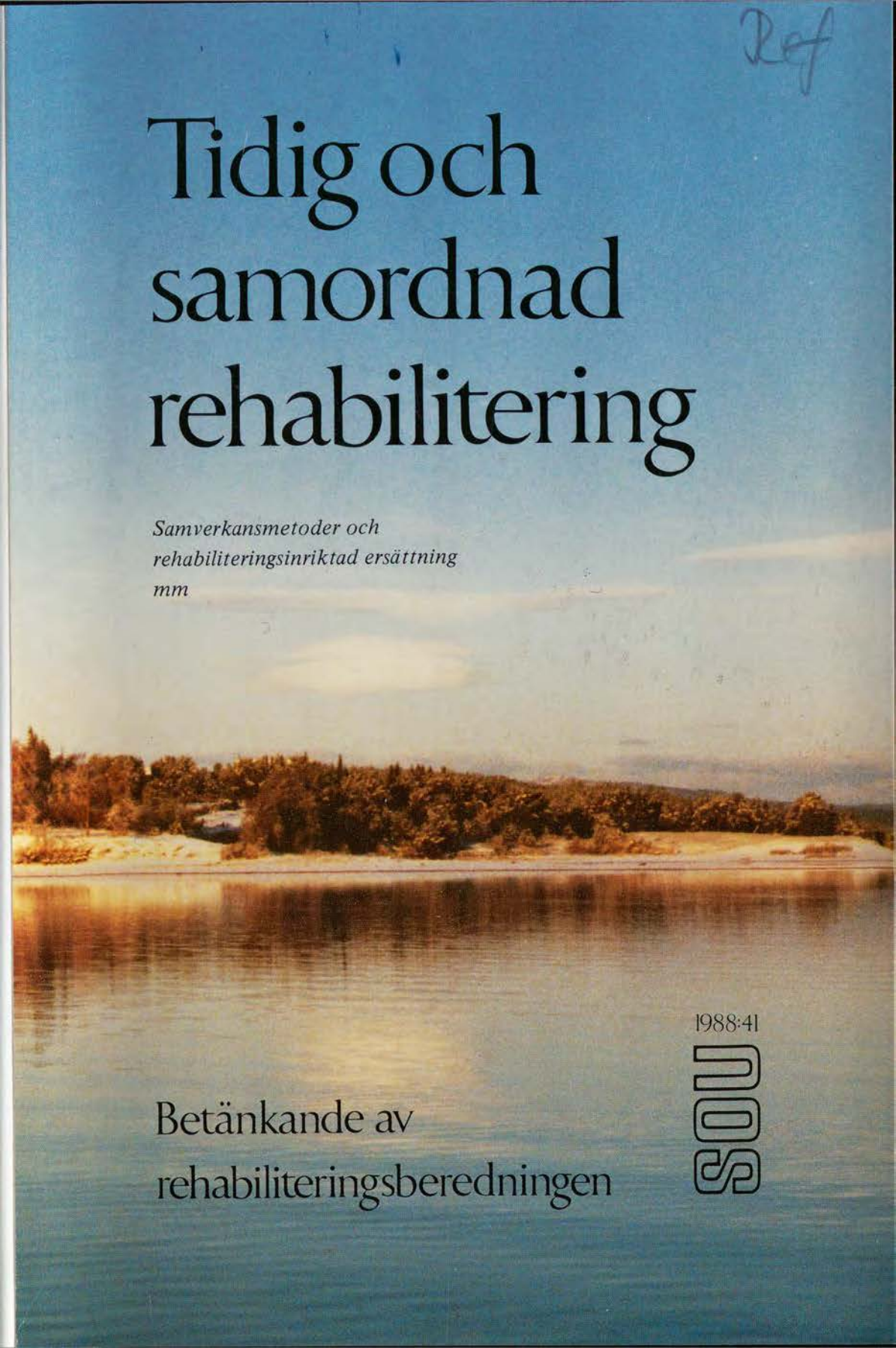
Ref

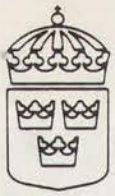
Tidig och samordnad rehabilitering

Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning mm



Betänkande av rehabiliteringsberedningen

1988:41
SOU



Statens offentliga utredningar
1988:41
Socialdepartementet

Tidig och samordnad rehabilitering

— Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m. m.

Betänkande av rehabiliteringsberedningen
Stockholm 1988

Beställningsadress:
Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 STOCKHOLM
Tel: 08/739 96 30
Informationsbokhandeln
Malmtorgsgatan 5

Allmänna Förlaget har utgivit en bibliografi över SOU och Ds som omfattar även 1981—1987. Den kan köpas från förlagets Kundtjänst, 106 47 STOCKHOLM. Best.nr. 38-12078-X

Beställare som är berättigade till remissexemplar eller friexemplar kan beställa sådana under adress:

Regeringskansliets förvaltningskontor
SOU-förrådet
103 33 Stockholm
Tel. 08/763 23 20 Telefontid 8.10—12.00 (externt och internt)
08/763 10 05 12.00—16.00 (endast internt)

Produktion Allmänna Förlaget
Omslag Sven-Gunnar Lidmar
ISBN 91-38-10208-0
ISSN 0375-250X
Svenskt Tryck Stockholm 1988 822213

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Genom beslut den 28 mars 1985 bemyndigade regeringen dåvarande chefen för socialdepartmentet, statsrådet Andersson, att tillkalla en kommitté för att göra en översyn av främst sjukförsäkringens regler och uppgifter när det gäller förebyggande åtgärder och i samband med rehabilitering.

Med stöd av detta bemyndigande förordnades den 13 augusti 1985 såsom ordförande landshövdingen i Norrbottens län Curt Boström samt den 9 september såsom ledamöter riksdagsledamöterna Nils Carlshamre (m) och Gustav Persson (s), överdirektören Gustav Jönsson (RFV) och förbundsdirektören Walter Slunge (Landstingsförbundet).

I arbetet med betänkandet har såsom sakkunniga deltagit kanslirådet Inga-Britt Lagerlöf (arbetsmarknadsdepartementet), departementsrådet Svante Holgersson (socialdepartementet), nuvarande länsarbetsdirektören Erling Jacobsson (Länsarbetsnämnden i Västerbottens län), bitr. direktören Alf Eckerhall (SAF), utredningssekreteraren Monica Wikman (TCO; t.o.m. 16 mars 1986), ombudsmannen Lars-Åke Sandqvist (TCO; fr.o.m. 17 mars 1986), utredningssekreteraren Karin Lund (LO), utredningssekreteraren Lena Lindqvist (SACO/SR), avdelningsdirektören Lennart Öjelind (RFV), avdelningschefen Viking Falk (socialstyrelsen; fr.o.m. 10 januari 1986), nuvarande avdelningschefen Olof Eliason (Landstingsförbundet; fr.o.m. 10 januari 1986) och sekreteraren Bernt Öberg (Kommunförbundet; fr.o.m. 1 april 1986).

Som experter har deltagit nuvarande kanslichefen Alf G. Ericsson (HCK), tidigare direktören Ivar Sannefors, överläkaren Harald Sanne (fr.o.m. 18 december 1986), överläkaren Sven Larsson (fr.o.m. 18 december 1986), distriktsöverläkaren Ingvar Krakau (fr.o.m. 18 december 1986), företagsläkaren Thord Lewin (fr.o.m. 27 februari 1987) samt nuvarande avdelningschefen Göran Fredrixon (fr.o.m. 1 december 1986).

Sekreterare i kommittén har varit avdelningsdirektören Jan Almqvist (fr.o.m. 17 november 1986), tidigare avdelningsdirektören Göran Fredrixon (t.o.m. 30 november 1986), utredningssekreteraren Carina Nilsson (fr.o.m. 1 januari 1987), avdelningschefen Erik Olsson, hovrättsassessorn Khennet Tallinger, och nuvarande AMI-chefen Gudrun Westerberg (t.o.m. 30 juni 1987).

Kommittén har antagit namnet rehabiliteringsberedningen.

Beredningen får härmed överlämna betänkandet (SOU 1988:41) Tidig och samordnad rehabilitering — Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m.

Reservation har lämnats av ledamoten Gustav Jönsson med instämmande av sakkunnige Lennart Öjelind. Särskilda yttranden har avgetts av ledamoten Walter Slunge, de sakkunniga Olof Eliason, Alf Eckerhall, Viking Falk, Erling Jacobsson, Inga-Britt Lagerlöf, Lena Lindqvist, Karin Lund och Lars-Åke Sandqvist samt experterna Alf G. Ericsson, Ingvar Krakau, Sven Larsson, Thord Lewin, Harald Sanne och Ivar Sannefors.

Med överlämnandet av detta betänkande är rehabiliteringsberedningens uppdrag slutfört.

Stockholm i november 1988

Curt Boström

Nils Carlshamre *Gustav Jönsson* *Gustav Persson*

Walter Slunge

/Jan Almqvist

Carina Nilsson

Erik Olsson

Khennet Tallinger

Innehåll

Förkortningar 11

Sammanfattning 13

Författningsförslag 41

1 Utredningsuppdraget 71
1.1 Direktiven 71
1.2 Till utredningen överlämnade frågor 71

2 Grundläggande problem 73
2.1 Inledning 73
2.2 Sjukfrånvaro m.m. 73
2.3 Samordning och rehabiliteringsansvar 80
2.3.1 Sjukvårdens insatser 81
2.3.2 Sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring . . 83
2.3.3 Rehabilitering på arbetsplatsen 84
2.3.4 Samverkan — skilda kompetenser 86
2.3.5 Behov av särskilda resurser för arbetsförmågeutredning och rehabilitering 87
2.3.6 Ersättningssystemet 88
2.3.7 Delat ansvar 90

3 Nulägesbeskrivning av rehabiliteringsarbetet 91
3.1 Gällande regler för ansvarsfördelning i rehabiliteringsarbetet 91
3.1.1 Försäkringskassorna 92
3.1.2 Sjukvårdshuvudmännen 93
3.1.3 Arbetsmarknadsmyndigheterna 94
3.1.4 Kommunerna 95
3.1.5 Kriminalvården 96
3.1.6 Arbetsgivaren 97
3.2 Avtalsbestämmelser 101
3.2.1 Arbetsmiljöavtalen 101
3.2.2 Riktlinjer för företagshälsovården 102
3.2.3 Medbestämmandeavtalen 104

3.3 Sekretessregler 105
3.3.1 Sekretess i offentlig verksamhet rörande rehabiliteringsarbetet 105
3.3.2 Sekretessregler vid rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen 113
3.3.3 Sekretess inom företagshälsovården 115
3.4 Rehabiliteringsverksamheten hos olika myndigheter . . . 116
3.4.1 De allmänna försäkringskassorna 116
3.4.2 Hälso- och sjukvårdshuvudmännen 121
3.4.3 Arbetsmarknadsverket 125
3.4.4 Kommunerna — socialtjänsten 128
3.4.5 Kriminalvårdsverket 130
3.4.6 Verksamhetsområden för rehabiliteringsarbetet hos olika myndigheter 131
3.5 Arbetsplatsens resurser för rehabilitering 132
3.5.1 Arbetsledare, personalhandläggare m.fl. 133
3.5.2 Övriga resurser på arbetsplatsen, skyddsombud m.fl. 133
3.5.3 Tillgång till företagshälsovård och olika slag av företagshälsovårdsorganisation 136
3.5.4 Personal inom företagshälsovården 137
3.5.5 Företagshälsovårdens finansiering 138
3.5.6 Företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsarbetet . 139

4 Rehabilitering på arbetsplatsen 141
4.1 Behovet av rehabilitering på arbetsplatsen 141
4.2 Arbetsmiljö och hälsa 143
4.3 Arbetets betydelse 146
4.4 Rehabilitering inom den statliga sektorn 149
4.5 Förfrågan angående arbetsanpassning och rehabilitering . 153
4.6 Särskilda problem att beakta beträffande rehabilitering på arbetsplatsen 158
4.6.1 Individens medverkan — integritetsfrågor 159
4.6.2 Initiering av rehabilitering. Uppföljning av sjukfrånvaron 159
4.6.3 Olika förutsättningar för rehabiliteringsinsatser . . 160

5 Rehabilitering i samverkan 161
5.1 Definition av begreppet rehabilitering 161
5.2 Rehabiliteringsmål 163
5.3 Samverkan 165
5.3.1 Inledning 165
5.3.2 Rehabiliteringsgrupper och övrig samverkan . . . 167
5.3.3 Övrig samverkan 169
5.3.4 Försöksprojekt rörande samverkan 170

6 Våra förslag avseende rehabilitering på arbetsplatsen och rehabilitering i samverkan 183
6.1 Utredning och planering 183

6.1.1 Arbetsplatsutredning 183
6.1.2 Rehabiliteringsutredning 185
6.1.3 Rehabiliteringsplan 186
6.2 Gemensamma utgångspunkter för rehabilitering och ett samordnat rehabiliteringsmål 188
6.2.1 Tidigt påbörjad rehabilitering — arbetsmetodik m.m. 189
6.2.2 Arbetsplatsens samverkan med sjukvården och arbetsförmedlingen 190
6.2.3 Hälso- och sjukvården 190
6.2.4 Försäkringskassorna 194
6.2.5 Samverkansformer 196
6.2.6 Styrning genom marginella förändringar i de nuvarande ekonomiska systemen inom rehabiliteringsområdet 199

7 Behovet av särskilda resurser för arbetsförmågeutredning och rehabilitering 203
7.1 Kliniker för medicinsk rehabilitering 203
7.1.1 Socialstyrelsens principprogram 203
7.1.2 Rehabiliteringsklinikernas verksamhet 204
7.1.3 Behovet av medicinsk rehabilitering 206
7.2 Riksförsäkringsverkets sjukhus 207
7.2.1 Bakgrund 207
7.2.2 Nuvarande verksamhet vid sjukhusen 208
7.2.3 Socialförsäkringens behov av sjukhusens resurser för arbetsförmågeutredning och rehabilitering 212
7.2.4 Riksförsäkringsverkets sjukhus framtida inriktning . 214
7.3 Arbetsmarknadsinstituten 215
7.3.1 Organisation 215
7.3.2 Arbetsmarknadsinstitutens verksamhet 216
7.3.3 Ekonomisk ersättning 219
7.3.4 Behovet av resurser vid arbetsmarknadsinstitut . . 220
7.4 Stiftelsen "Rehabiliteringsinstitutet för ryggåkommor" (RIR) 220
7.4.1 Rygginstitutets historia 220
7.4.2 Rygginstitutets verksamhet 221
7.4.3 Behovet av rygginstitutets resurser 222
7.5 Vårt förslag 223
7.5.1 Kliniker för medicinsk rehabilitering 224
7.5.2 Riksförsäkringsverkets sjukhus 225
7.5.3 Arbetsmarknadsinstitutet 226
7.5.4 Rygginstituten 227

8 Ersättningssystemet 229
8.1 Gällande regler 229
8.1.1 Allmänt om sjukpenning 229
8.1.2 Särskilt om sjukdomsbegreppet 233
8.1.3 Särskilt om begreppet nedsatt arbetsförmåga . . . 240

8.1.4 Särskilt om förtidspension 247
8.1.5 Lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring (LAF) . 249
8.1.6 Utbildningsbidrag enligt förordning om arbetsmarknadsutbildning (1987:406) 251
8.1.7 Arbetsmarknadsorganens ersättningar 252
8.1.8 Studiestöd 255
8.1.9 Ersättning för speciella åtgärder i samband med rehabilitering 256
8.2 Avtalskompletteringar till socialförsäkringarna 261
8.2.1 Ersättning vid sjukdom 261
8.2.2 Ersättning vid arbetsskada 262
8.3 Sjukpenning under rehabilitering — fördelning på olika åtgärder, andel av sjukpenningkostnaderna m.m. 262
8.4 Försöksverksamhet med flexiblare sjukpenning samt reseersättning till och från arbetsplatsen som alternativ till sjukpenning 266
8.4.1 Försöksverksamheternas omfattning 266
8.4.2 Erfarenheter från försöken med flexiblare sjukpenningersättning 268
8.4.3 Erfarenheter från försöken med reseersättning till och från arbetsplatsen som alternativ till sjukpenning . 272
8.5 Samordning pension/lön för anställda i Samhall 273
8.6 Ersättning till unga handikappade 275
8.6.1 Försöksverksamhet med unga handikappade . . . 276
8.6.2 Förtidspensionärer/sjukbidragsmottagare i åldern 16—29 år 279
8.7 Vårt förslag 279
8.7.1 Nytt orsaksrekvisit för sjukpenning 280
8.7.2 Rekvisitet nedsatt arbetsförmåga 284
8.7.3 Mera flexibel sjukpenning 285
8.7.4 Rehabiliteringsersättning 286
8.7.5 Förtidspensionsnivåer 294
8.7.6 Försäkringskassans stöd till rehabilitering på arbetsplatsen 294
8.7.7 Pension/lön till anställda i Samhall 297
8.7.8 Ersättning till unga handikappade 298
8.7.9 Avgränsning mot arbetsmarknadsorganens ersättningar 303
8.7.10 Ersättning för särskilda åtgärder 304
8.7.11 Ersättning för resor till och från arbetsplatsen . . 307
8.7.12 Försäkringsskydd vid arbetsprövning och -träning (personskadeskydd) 309
8.7.13 Ersättning till följeslagare i samband med rehabilitering 310

9 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser . . . 313
9.1 Folkhälsan i Sverige 313
9.2 Gällande regler för sjukdomsförebyggande åtgärder . . . 316
9.2.1 Vårdersättning 316

9.2.2 Inkomstbortfallsersättningar 317
9.2.3 Vaccinering 318
9.2.4 Vistelse på hälsohem 318
9.3 Strategier att främja hälsa och förebygga sjukdom . . . 319
9.3.1 Bakgrundsfaktorer 319
9.3.2 Stadier i sjukdomsprocessen 320
9.3.3 Förebyggande arbete på olika nivåer 320
9.3.4 Fem huvudlinjer i det förebyggande arbetet . . . 321
9.4 Möjligheter att förebygga våra folksjukdomar 321
9.5 Vårt förslag 326
9.5.1 Kriterier för ersättning m.m. 327
9.5.2 Detaljförslag 328

10 Rehabilitering i samhällsekonomiskt perspektiv — de ekonomiska effekterna av våra förslag 337
10.1 Inledning 337
10.2 Samhällsekonomiska vinster av förbättrad rehabilitering . 338
10.2.1 Vinster av minskad förtidspensionering 339
10.2.2 Vinster av kortare sjukskrivningstider 341
10.2.3 Principiellt om avvägningen av rehabiliteringsresursernas storlek 343
10.2.4 Statsfinansiella vinster av förbättrad rehabilitering . 345
10.3 Kostnader för föreslagna åtgärder inom rehabiliteringsområdet 346
10.3.1 Införande av rehabiliteringspenning 348
10.3.2 Ändrade regler för sjukpenningersättning 349
10.3.3 Flera förtidspensionsnivåer 351
10.3.4 Avgränsning mot arbetsmarknadsorganens ersättningar 351
10.3.5 Ersättning för resor till och från arbetet 352
10.3.6 Kostnader för rehabiliteringsåtgärder som inte kan ersättas av annan myndighet 353
10.3.7 Ersättning till följeslagare i samband med rehabilitering 353
10.3.8 Övriga åtgärder 354
10.3.9 Sammanfattning av förslagens kostnader 354
10.4 Avslutande synpunkter 355

11 Plan för genomförande 359

12 Forskning och utveckling 361
12.1 Inledning 361
12.2 Forskningsbehov och aktuell forskning 361
12.3 Organ för och omfattning av forskning och utveckling avseende arbetsanpassning och rehabilitering. Aktuella projekt . 363
12.3.1 Arbetslivscentrum (ALC) 364
12.3.2 Arbetsmarknadsverket 364
12.3.3 Arbetsmiljöfonden (AMFO) 364
12.3.4 Delegationen för arbetsmarknadspolitisk forskning (EFA) 365

12.3.5 Delegationen för social forskning (DSF) 366
12.3.6 Forskningsrådsnämnden (FRN) 367
12.3.7 Institutet för arbetsmiljöforskning 367
12.3.8 Institutet för social forskning (SOFI) 368
12.3.9 Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna . . 368
12.3.10 Universitet och högskolor 369
12.4 Vårt förslag 369
12.4.1 Forskning angående allmänna kunskaper om trygghetssystemet 371
12.4.2 Forskning om sjukfrånvaron 371
12.4.3 Forskning om långa sjukfall 372
12.4.4 Avslutande synpunkter 372

13 Erfarenheter från andra länder 375
13.1 Inledning 375
13.2 Danmark 375
13.3 Finland 377
13.3.1 Kortfattad beskrivning av den finska rehabiliteringsorganisationen inom ramen för socialförsäkringslagstiftningen 378
13.4 Norge 380
13.4.1 Uppföljning av långtidssjuka 381
13.4.2 Företagsintern rehabilitering 382
13.5 Västtyskland 383
13.5.1 Socialförsäkringsorganisationen 383
13.5.2 Ansvarsfördelningen för förebyggande åtgärder resp. rehabilitering 385
13.5.3 Socialförsäkringens omfattning 385
13.5.4 Rehabilitering — insatser och samverkan 389

14 Specialmotivering till författningsförslagen 391

Reservation och särskilda yttranden 413

Bilagor
Bilaga 1 Ersättningar från socialförsäkringen vid nedsatt arbetsförmåga — omfattning, orsaker m.m. 431
Bilaga 2 En studie om långtidssjukskrivning, rehabilitering och förtidspension — några resultat 453

Förkortningar

A-fall	Förtidspension p.g.a. arbetsmarknadsskäl
AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
AGS	Avtalsgruppsjukförsäkring
a-kassa	Arbetslöshetskassa
ALU	Arbetsliv och utbildning
AMA	Arbetsmiljöavtal
AML	Arbetsmiljölagen
AMI	Arbetsmarknadsinstitut
AMF	Arbetsmarknadsförsäkringar
AMFO	Arbetsmiljöfonden
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
AMU	Arbetsmarknadsutbildning
ATP	Allmän tilläggspension
CRG	Centrala rehabiliteringsgrupper
DSF	Delegationen för social forskning
FHV	Företagshälsovården
FoU	Forskning och utveckling
FÖD	Försäkringsöverdomstolen
HSU	Hälso- och sjukvårdsutredningen
KAS	Kontant arbetsmarknadsstöd
LAF	Lagen (1976:386) om arbetsskadeförsäkring
LAS	Lagen (1982:80) om anställningsskydd
LRG	Lokala rehabiliteringsgrupper
MBA	Medbestämmandeavtal
MBL	Medbestämmandelagen
PTK	Privattjänstemannakartellen
RFFS	Riksförsäkringsverkets författningssamling
RFV	Riksförsäkringsverket
RRV	Riksrevisionsverket
SAMN	Statens arbetsmarknadsnämnd
SCB	Statistiska centralbyrån
SFS	Statens författningssamling
SGI	Sjukpenninggrundande inkomst
SOFI	Institutet för social forskning
SoL	Socialtjänstlagen

SoS	Socialstyrelsen
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
TFA	Trygghetsförsäkring vid arbetsskada

Sammanfattning

Enligt direktiven skall rehabiliteringsberedningen bl.a. undersöka om det går att samordna rehabiliteringsinsatserna på ett bättre sätt än för närvarande, klarlägga ansvarsfrågorna i rehabiliteringsarbetet och ta ställning till om försäkringskassorna skall ges en mera aktiv och pådrivande roll och överväga om kassorna bör ges huvudansvaret för att rehabiliteringsarbetet genomförs i varje enskilt fall.

Rehabilitering på arbetsplatsen

Förändringarna i arbetsmiljölagen 1986 innebär att ett större ansvar skall ligga på arbetsplatserna för arbetsanpassning och rehabilitering.

I samband med förändringen av arbetsmiljölagen lämnade arbetsförmedlingen anpassningsgruppernas verksamhet. Det uttalades vidare att arbetsförmedlingens insatser för rehabilitering skall tas i anspråk först när arbetsgivarens egna resurser kan anses uttömda eller helt saknas, vilket kan vara fallet exempelvis för småföretagen. Det förslag som rehabiliteringsberedningen har lagt angående arbetsgivarens ansvar för rehabilitering på arbetsplatsen skall ses som en poängtering och förstärkning av hans skyldigheter enligt arbetsmiljölagen.

Ca 85 procent av de långtidssjukskrivna har en anställning. Detta är ett av de främsta skälen för att knyta anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet till arbetsplatserna. En väsentlig målsättning för rehabilitering av en anställd måste vara att han skall kunna få behålla det tidigare arbetet eller, om detta inte är möjligt, åtminstone bli kvar på den gamla arbetsplatsen. Som regel är det också på arbetsplatsen, som man först upptäcker att en person behöver rehabiliteringsinsatser. Det är genom tidiga insatser, som man förebygger långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar. Det är väl kända fakta att ju längre tid en försäkrad är sjukskriven desto större är risken för att han inte skall komma tillbaka i arbete. Den som har förlorat sin anställning har dessutom svårt att få ett annat arbete.

Ett annat skäl för att lägga ett stort ansvar för rehabilitering på arbetsplatsen är behovet av att rehabiliteringen sker så tidigt som möjligt. Ju tidigare åtgärder för individen som kan sättas in desto mindre omfattande blir sannolikt behovet av insatser senare.

Våra förslag till åtgärder är primärt inriktade på att stödja individen. Ett bättre stöd från samhällets sida till den enskilde anställde innebär emellertid även betydande fördelar ur arbetsgivarnas och arbetsplatsens synvinkel.

Den arbetsplatsanknutna rehabiliteringen är i huvudsak yrkesinriktad. Detta hindrar inte att den i enskilda fall också kan vara av medicinsk eller social art. Företagshälsovårdens uppgift är främst att bedriva förebyggande arbetsmiljöarbete, men viss sjukvårdande och behandlande verksamhet förekommer också. Den har en viktig uppgift, när det gäller anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen. Den kamratstödjande verksamhet, som finns på många arbetsplatser, har närmast karaktären av social rehabilitering för de berörda.

Med hänsyn till den enskildes integritet föreslår vi att det krävs den enskildes medgivande för att hans fackliga organisation och företagshälsovården skall medverka i rehabiliteringsarbetet. Den enskilde kan även i vissa fall föredra att rehabiliteringsarbetet skall förläggas utanför den egna arbetsplatsen. Ett större ansvar för rehabiliteringen får då tas av försäkringskassan tillsammans med arbetsförmedling, sjukvård m.fl.

Den enskilde bör dock så långt möjligt motiveras för rehabiliteringsinsatser knutna till den egna arbetsplatsen, eftersom det oftast är där de bästa förutsättningarna finns för en lyckad rehabilitering.

Oavsett om rehabiliteringsbehovet uppstått på eller utanför arbetet har arbetsgivaren ansvar för att rehabiliterande insatser kommer till stånd. Om rehabiliteringsbehovet har uppstått till följd av en arbetsskada är det särskilt viktigt att åtgärder vidtas i förebyggande syfte, för att hindra återfall och för att hindra att andra drabbas. Möjligheterna för arbetshandikappade att få arbete är också större om arbetsplatserna har en god arbetsmiljö och företagen bedriver en bra förebyggande och rehabiliterande verksamhet.

En viktig förutsättning för yrkesinriktad rehabilitering på arbetsplatserna är tillgång på lämpliga arbets- och träningsuppgifter. Som bl.a. vår enkätundersökning visar är detta ett problem. Det talar för att en ökad satsning bör göras på utbildning som för närvarande förekommer i otillräcklig omfattning.

Stöd från försäkringskassan bör kunna utges till utredning vid AMI eller annan konsultverksamhet som kan ge råd exempelvis angående arbetsanpassande och rehabiliterande åtgärder främst till anställda på mindre arbetsställen med små eller inga egna ekonomiska förutsättningar att klara sådana insatser och där företagshälsovård saknas.

Det bör noteras att inte alla rehabiliteringsfall på en arbetsplats kan bli föremål för rehabiliteringsstöd. Mindre insatser eller förändringar på arbetsplatsen bör ligga inom arbetsgivarens ansvarsområde.

Förutom kortare arbetstid eller ändrad förläggning av arbetstiden är säkerligen olika slag av arbetsorganisatoriska åtgärder de vanligaste rehabiliteringsinsatserna på arbetsplatserna. Själva arbetsuppgifterna kan innebära sådana fysiska och/eller psykiska krav att andra åtgärder är nödvändiga. I vissa fall kan den som är i behov av rehabilitering klara sitt

tidigare arbete med undantag av något eller några arbetsmoment. Det är då värdefullt om den försäkrade, trots att han inte kan utföra det gamla arbetet i sin helhet, ändock kan vara kvar på sin arbetsplats.

Utredning och planering

Vi föreslår således att arbetsgivaren skall ha ett ansvar för att den anställdes rehabiliteringsbehov klarläggs.

Som ett led i detta arbete föreslår vi att arbetsgivaren i vissa fall skall göra en *arbetsplatsutredning* för att klarlägga den anställdes behov av rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen. Om det inte framstår som obehövligt skall en sådan utredning genomföras:

1. när den anställdes arbete ofta har avbrutits av sjukledighetsperioder eller när han under en längre tid har varit deltidssjukledig eller
2. när den anställde har varit helt sjukledig längre tid än fyra veckor i följd, eller
3. när den anställde begär det.

Arbetsgivarens skyldighet att göra en sådan utredning föreslås bli reglerad i lag.

Försäkringskassan skall underrättas om resultatet av utredningen.

För ett effektivt samarbete är det viktigt att finna de rätta kanalerna. Alla berörda måste känna till vem som har befogenhet att besluta om åtgärder inom respektive instans, t.ex. vem som beslutar om omplaceringar hos arbetsgivaren, vem som beslutar om olika ersättningar hos försäkringskassan. Brist på kunskap om organisation och befogenheter är ett hinder för ett effektivt samarbete.

Därför föreslår vi att en kontaktperson i rehabiliteringsfrågor skall finnas i vart fall på varje arbetsställe med en skyddskommitté.

Om försäkringskassan finner att det finns skäl till det skall kassan överta ansvaret för utredningen, vilket bl.a. kan bli aktuellt när det är fråga om små arbetsplatser.

Det är den försäkrades arbetsgivare som föreslås få ansvaret för att utredningen genomförs. I praktiken kommer detta att innebära att det ofta blir företagshälsovården som genomför utredningen. Det är i dag ca 75 procent av de anställda som har tillgång till företagshälsovård. Försäkringskassan skall tillse att utredningen kommer till stånd.

Det bör även understrykas att i vissa fall kan en arbetsplatsutredning, om den ger ett tillräckligt beslutsunderlag angående rehabiliteringsåtgärder m.m., fungera som en rehabiliteringsplan.

Försäkringskassans insatser på arbetsplatserna bör kunna variera betydligt beroende på bl.a. tillgång till företagshälsovård och övriga personalresurser. I många fall kan försäkringskassans insatser avse enbart ett godkännande av rehabiliteringsplanen. I andra fall, för arbetsplatser med mer begränsade resurser, krävs sannolikt betydligt mer omfattande insatser från försäkringskassans sida.

Mot bakgrunden av det ansvar arbetsgivaren och arbetsplatsen har är det särskilt angeläget att ytterligare stärka företagshälsovårdens roll i

rehabiliteringen inom såväl den tekniska och psykosociala som den medicinska funktionen. För att lämpliga arbetsanpassande och tidiga rehabiliterande åtgärder skall kunna göras måste också i hög grad ansvarig personal på arbetsplatsen, arbetskamrater och berörda fackliga organisationer engageras i rehabiliteringsarbetet.

Rehabilitering i samverkan

Samordnat rehabiliteringsmål

De olika målen för rehabilitering bland de ansvariga samhällsorganen och bristen på samordning dem emellan försvårar en rationell användning av de samlade rehabiliteringsresurserna.

För att åstadkomma bättre samordning och få en för individen mer behovsanpassad och sammanhållen rehabilitering föreslår vi att det tillskapas en för rehabiliteringsaktörerna (försäkringskassan, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, arbetsmarknadsorganen och arbetsgivaren) gemensam definition på vad som i detta sammanhang skall avses med samordnad rehabilitering. Definitionen föreslås få följande lydelse:

"Med rehabilitering avses en sammanhängande process som syftar till att återge den som drabbats av sjukdom eller av annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett självständigt liv.

En rehabiliteringsåtgärd kan avse förändringar av individens arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art.

Rehabiliteringsåtgärderna skall planeras efter samråd med den enskilde och utgå från hans individuella förutsättningar och behov."

Det bör noteras, att med uttrycket "förutsättningar att leva ett självständigt liv" avses i sjukförsäkringsrättslig mening bl.a. att en försäkrad i yrkesverksam ålder bereds möjlighet att försörja sig själv.

Samverkan — arbetsmetodik m.m.

Vi föreslår att hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna skall få ett utökat ansvar att klarlägga behovet av rehabiliteringsåtgärder och att vidta åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Detta skall ske genom att myndigheten i vissa fall genomför en *rehabiliteringsutredning*. Utredningen skall göras när rehabiliteringsbehoven är oklara eller när åtgärderna berör flera rehabiliteringsansvariga, samt när det kan förmodas att det kan erfordras en rehabiliteringsåtgärd för vilken ersättning skall utges från socialförsäkringen.

Detta framhäver vikten av att ökade ansträngningar görs för att ta initiativ till att åtgärder för en effektiv rehabilitering sker på ett så tidigt stadium som möjligt.

För att en rehabiliteringsinsats skall ge resultat krävs också att den enskilde är med i planeringen av rehabiliteringsarbetet.

En förutsättning för att den enskilde skall känna motivation för rehabiliteringen är att medverkan är frivillig och att möjlighet finns för den

enskilde att bidra med förslag till rehabiliteringsåtgärder. En annan viktig förutsättning är att den enskildes integritet kan garanteras.

Konstateras det på grundval av en arbetsplats- eller rehabiliteringsutredning eller annan utredning — t.ex. företagen inom försäkringskassan — att den försäkrade är i behov av en ersättningsgrundande rehabiliteringsåtgärd, skall det upprättas en *rehabiliteringsplan.*

Rehabiliteringsplanen skall ange de åtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabilitering samt uppgifter i övrigt som är av betydelse för rehabiliteringens genomförande.

Oftast visar den grundläggande utredningen vilken rehabiliteringsåtgärd som skall komma i fråga. Den rehabiliteringsaktör som initialt skall svara för åtgärden skall upprätta rehabiliteringsplanen. Om åtgärder som berör flera aktörer är aktuella skall planen upprättas i samverkan. I vissa fall kan det lämpligen ske i lokal rehabiliteringsgrupp. Planen skall upprättas efter samråd med den försäkrade. Det är viktigt att den försäkrade känner att åtgärderna svarar mot hans behov och att han är överens med rehabiliteringsaktörerna om syftet med dem.

Redan i dag har försäkringskassorna kontakter med arbetsgivare i rehabiliteringsärenden. De förslag beredningen lägger fram bör leda till att det blir ännu vanligare att kassorna samverkar med arbetsgivaren för att i ett enskilt fall få till stånd åtgärder för att förändra arbetsförhållandena för en anställd som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Denna samverkan förutses normalt ske på frivillig grund. Men vi föreslår att arbetsgivare som inte självmant vidtar rehabiliteringsinsatser för den anställde, skall vara skyldiga att delta i överläggning med kassan om sådana åtgärder.

Vi föreslår *vidare* en lagfäst skyldighet för rehabiliteringsaktörerna att samverka i rehabiliteringsfrågor. Denna skyldighet föreslås införas i de lagkomplex som reglerar respektive aktörs verksamhet. Vi anser emellertid att det är viktigt att inte alltför detaljerat reglera detta samråd. Vid flera orter finns alternativa grupper till LRG, ibland kopplade till primärvården eller socialtjänsten. Samrådet bör därför få utvecklas fritt utifrån de lokala och regionala förutsättningarna. Regleringen syftar främst till att framhålla vikten av att varje rehabiliteringsaktör har en skyldighet att samarbeta med aktuella övriga aktörer i rehabiliteringsarbetet. I de fall rehabiliteringen t.ex. innebär insatser i form av arbetstekniska hjälpmedel och arbetsorganisatoriska förändringar kan representanter för yrkesinspektionen adjungeras till rehagrupper eller motsvarande grupp. Grupperna bör vidare kunna kompletteras med företrädare för arbetsgivare och fackliga representanter. Vidare föreslår vi att det anordnas gemensamma utbildningsdagar för ledamöterna i LRG, då man bl.a. klargör vilka resurser som sammantaget står till gruppens förfogande.

Det är också viktigt att få till stånd ett fastare samarbete mellan primärvård och företagshälsovård. Företagshälsovården har ofta bra kun-

skaper om de försäkrades arbetsförhållanden och specifika krav i deras faktiska arbetssituation. En väl fungerande kontakt mellan behandlande läkare, företagshälsovården och arbetsplatsen ger möjlighet till tidigt insatta åtgärder som t.ex. anpassning av en arbetsplats, omplacering eller kartläggning av arbetshjälpsbehov.

Försäkringskassorna

Vi har funnit att försäkringskassorna bör ges ett ökat administrativt och samordnande ansvar för att rehabiliteringsarbetet genomförs i varje enskilt fall.

Försäkringskassans ansvar föreslås innebära följande:

- att tillse att behovet av rehabiliteringsåtgärder klarläggs,
- att initiera rehabiliteringsåtgärder då initiativet inte redan har tagits av behandlande läkare, arbetsgivare eller annan,
- att samordna de olika rehabiliteringsåtgärderna, t.ex. i lokal rehabiliteringsgrupp eller dylik samrådsgrupp eller genom direktkontakter,
- att tillse att en rehabiliteringsplan upprättas så snart som möjligt av den som skall ha det initiala huvudansvaret för rehabiliteringsåtgärden, alternativt i samverkan i lokal rehabiliteringsgrupp, och tillse att den fullföljs,
- att följa upp och vid behov aktualisera revidering av rehabiliteringsplanen,
- att besluta om rehabiliteringsersättning m.m.,
- att tillse att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Utlåtande om nedsatt arbetsförmåga/rehabiliteringsbehov

Begreppet utlåtande införs i stället för läkarintyg. Med detta understryks att det är frågan om ett utlåtande om nedsatt arbetsförmåga och eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder som skall ingå i försäkringskassans underlag vid bedömning av rätten till rehabiliteringsersättning respektive sjukpenning. Utlåtandet bör alltid innehålla uppgift om ett eventuellt behov av rehabiliteringsåtgärd för att förbättra arbetsförmågan, detta för att den som utfärdar utlåtandet redan i ett initialskede skall vara uppmärksam på eventuellt rehabiliteringsbehov och att försäkringskassan skall få besked om att en sådan bedömning gjorts.

Vi föreslår att när den försäkrade har uppburit sjukpenning under två månader i oavbruten följd, så skall utlåtandet också innehålla uppgifter om pågående och planerad behandling samt — i de fall det är möjligt — beräknad återstående tid med nedsatt arbetsförmåga. Med detta förslag avser vi bl.a. att ge försäkringskassan ett bredare underlag i rehabiliteringsarbetet.

Enligt vår mening bör rätten att utfärda utlåtande om arbetsförmågans nedsättning kunna tillkomma inte enbart läkare utan även andra yrkeskategorier. Således bör rätten kunna tilldelas även t.ex. sjukgymnaster, distriktssköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och andra som har sådan utbildning och erfarenhet att de inom sina resp. kompetensområden

kan beskriva nedsättningen av arbetsförmågan, rehabiliteringsåtgärder etc. Vi vill framhålla att utfärdandet av ett utlåtande självfallet skall ske med bibehållna medicinska säkerhetskrav. Vi har valt att inte föreslå en lagreglering i denna fråga, utan anser att RFV bör ta initiativ till försöksverksamhet i detta hänseende tillsammans med försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen för att pröva sig fram och göra successiva utvidgningar om erfarenheterna talar för detta.

För att de föreslagna reglerna om skyldighet att tidigt klarlägga rehabiliteringsbehov skall få avsedd effekt måste rutiner för närmare kontakter mellan försäkringskassa, den som utfärdar utlåtandet och arbetsgivare utarbetas. Läkarna behöver t.ex. få information om effekten av sina insatser och försäkringskassan behöver i sin tur uppgifter om prognos vad gäller arbetsförmågan, funktionsnedsättningens orsak och omfattning samt pågående eller planerad behandling.

En annan viktig fråga är utformningen av lämplig lokal statistik, som bl.a. skall ge underlag för sjukvårdens planering, ge förutsättningar för förebyggande insatser i arbetsmiljö m.m. samt ge vägledning för prioritering av åtgärder i rehabiliteringsarbetet. Vidare bör ett sådant lokalt statistiksystem innebära att varje vårdcentral får information från försäkringskassorna om de sjukskrivningar läkaren genererar (antal sjukdagar, genomsnittlig sjukskrivningstid, information om långa sjukfall samt sjukförsäkringens kostnad för de aktuella sjukfallen).

Resurser och kompetens

För att primärvården skall ges förutsättningar att utreda och ge lämplig vård till patienter med mer sammansatt problematik krävs förutom ökade resurser även ökade kunskaper hos personalen om och förmåga att handskas med psykosomatiska, psykologiska och psykosociala problem. Antalet utbildningsplatser för personal som arbetar med rehabilitering inom vården bör utökas.

Även försäkringskassorna behöver, för att klara sitt ökade ansvar i rehabiliteringsarbetet, en utveckling av personalens kompetens. Den personal som skall arbeta med rehabiliteringsärenden behöver förutom den vanliga utbildningen för socialförsäkringshandläggare även ha goda kunskaper om hur samhällets rehabiliterande resurser är uppbyggda och om individens beteenden i rehabiliteringsprocessen. Det sista är viktigt, då motivationen hos den enskilde ofta är avgörande för en framgångsrik rehabilitering. En funktion, som kan benämnas rehabiliteringsvägledning, bör finnas hos försäkringskassorna.

Våra förslag som innebär att rehabiliteringsbehovet klarläggs och tillgodoses betydligt tidigare än i dag, ökar kravet på aktiva åtgärder. Detta ställer ökade krav både på kompetens- och metodutveckling och på ökade resurser.

Socialförsäkringsnämnderna

Socialförsäkringsnämnderna föreslås besluta om förtidspension och om rehabiliteringsersättning till unga handikappade enligt vårt förslag i ka-

pitel 8. Den ersättning som föreslås skall utbetalas av försäkringskassorna för åtgärder som inte annan myndighet har att svara för bör också beslutas av socialförsäkringsnämnderna i de fall det innebär stora kostnader. Socialförsäkringsnämnden skall vidare ägna särskild uppmärksamhet åt rehabiliteringsärenden och därvid avgöra frågor som är av principiell betydelse. Socialförsäkringsnämnden skall också underrättas om en rehabiliteringsplan inte kan upprättas inom sex månader från insjuknandedagen.

Sammanhållen utbildning och metodutveckling

Försöksverksamhet i olika delar av landet har visat att det är möjligt att påverka sjukfallens längd och i förlängningen sannolikt också förtidspensioneringarna. Försöksverksamheten har ofta inriktats på att utveck la metoder för utökat samarbete, t.ex. Trelleborgsprojektet, Östhammars projektet och försöken i Lerums kommun. Erfarenheterna från olika projekt sprids dock inte alltid till andra delar av landet. En viktig uppgift för RFV bör vara att föra ut resultaten av de olika försöksprojekten för bredare tillämpning. Detta aktualiserar också frågan huruvida styrning av utbildning, forskning och metodutveckling är nödvändig. En ordentlig satsning på en sammanhållen utbildning och metodutveckling för rehabiliteringsaktörerna är troligen det som ger de största vinsterna från samhällsekonomisk och statsfinansiell synpunkt. Vi menar att erfarenheterna från olika samverkansprojekt på ett helt annat sätt än i dag måste utvärderas och läggas till grund för att utveckla lämpliga samarbetsmetoder. Detta föreslås ske i en samordnad organiserad form där alla samhällssektorer som deltar i rehabiliteringsarbetet ingår.

Bättre samband mellan sjukvården och sjukförsäkringen i ekonomiskt hänseende

Vi föreslår att ett särskilt ersättningsbelopp avdelas från sjukförsäkringen i syfte att öka sådana insatser hos sjukvårdshuvudmännen som bidrar till förbättrad rehabilitering och andra åtgärder som kan korta ned framför allt de långa sjukfallen. Underlag för bestämmande av storleken och inriktningen av denna pott skall inför varje beslut om försäkringsersättningarna tas fram länsvis av de centrala rehabiliteringsgrupperna och sammanställas centralt av RFV under medverkan av Landstingsförbundet och SoS. Vid överläggningarna bör man beakta de samhällsekonomiska effekterna. En del av den samhällsekonomiska vinsten bör då kunna tillföras sjukvårdshuvudmännen. På detta sätt kan en del av försäkringsersättningarna till sjukvårdshuvudmännen användas för att åstadkomma en aktivare sjukvårdsplanering som tar hänsyn till försäkringens intresse.

Den slutliga fördelningen av dessa medel inom sjukvården skall ske först efter det att överläggningar ägt rum mellan respektive landsting och försäkringskassa, således med medverkan av förtroendevalda. Fördelningen skall då inte avse användning på individnivå utan avse dimensio-

nering av olika områden, t.ex. större satsningar på medicinsk rehabilitering inom såväl primär- som länssjukvården.

Försäkringskassan har redan i dag en betydande kunskap om vad som inom det egna kassaområdet är orsakerna till långa sjukskrivningar. Ett sådant underlag bör vara en god grund för att i överläggningar med landstingen söka påverka sjukvårdens utformning för att t.ex. minska väntetiden för vissa behandlingar och därmed nedbringa de långa sjukskrivningarna. Med en förbättrad statistik från sjukförsäkringen, t.ex. med uppgifter om sjukskrivningsorsaker, arbetsplatser etc. skulle ett mycket bra underlag finnas tillgängligt för sådana överläggningar. Med ett ansvar att genomföra överläggningarna på nivån försäkringskassa/landsting kan också bättre hänsyn tas till olika regionala förhållanden.

Behovet av särskilda resurser för arbetsförmågeutredning och rehabilitering

Medicinsk rehabilitering

Huvudinriktningen för den medicinska rehabiliteringen bör vara att den huvudsakligen skall ske inom primärvården. Detta förutsätter att primärvårdens kompetens och resurser byggs ut. Det förutsätter vidare att det finns tillgång till väl fungerande rehabiliteringskliniker, som konsultativt stöd för primärvården och som basenheter för utveckling och bibehållande av kunskap och metodik. I dag saknar nära hälften av landets sjukvårdsområden medicinska rehabiliteringskliniker. Det förutsätter också att samarbetet med företagshälsovården utvecklas.

Vårt förslag är att de medicinska rehabiliteringsklinikerna utökas till antal och får sådana resurser att de bättre svarar mot behoven.

Riksförsäkringsverkets sjukhus

Vi har kunnat konstatera att det hos försäkringskassorna finns ett stort behov av sjukhusens utredande verksamhet. En utveckling mot bättre och effektivare rehabiliteringsundersökningar vid sjukhusen har påbörjats och gett vissa resultat, såsom kortare sjukskrivningstid och differentierade vårdtider. RFV:s sjukhus kan emellertid aldrig ensamma klara av detta behov utan får ses som en resurs vid sidan om övrig sjukvård. När tillräckliga resurser finns för rehabilitering inom landstingen kan behovet av rehabiliteringsresurser vid RFV:s sjukhus ifrågasättas.

Arbetsmarknadsinstitut AMI

Vi föreslår att det inrättas särskilda av försäkringskassan betalda platser hos AMI som står till försäkringskassans disposition för anställda personer med behov av utredning vid AMI. I vår samhällsekonomiska analys (kap. 10) har vi räknat med en total kostnad på ca 26 mkr. Denna siffra bygger på ett antagande om att sådana AMI-platser kommer att utnyttjas i en omfattning motsvarande 0,3 procent av alla sjukpenningdagar vid sjukskrivningstider mellan 90 och 360 dagar. Då det är mycket svårt att

bedöma storleken på detta behov, kan det vara lämpligt att man inleder med en försöksverksamhet inom några län.

Arbetsmarknadsverket skall även framdeles ha ansvar för dem, som saknar arbete. De av försäkringskassan "disponerade" AMI-platserna föreslås därför främst användas för:

- dem, som har ett arbete, men där arbetsplatsen inte klarar rehabiliteringen eller inte klarar den utan hjälp utifrån,
- dem, som har ett arbete, men inte kan vara kvar och som behöver hjälp med att klargöra sina förutsättningar och möjligheter att få annat arbete.
- dem, som behöver klart definierade rehabiliteringsåtgärder, vilka AMI kan tillhandahålla, t.ex. ryggskola, speciell träning, stödjande och motiverande insatser m.m.
- AMI bör också kunna medverka med attitydpåverkan o.dyl.

Rygginstituten

Vi har funnit att verksamheten vid rygginstituten i flera fall är ett värdefullt komplement resp. alternativ till den behandling som sker inom primärvården.

I dag måste samtliga remisser till rygginstituten behandlas på arbetsförmedlingen och därefter skall länsarbetsnämnden fatta beslut. Skälet till detta hänger samman med kurskostnader samt den enskildes ersättning. I dag erhåller man antingen utbildningsbidrag eller sjukpenning.

Vi föreslår att dessa regler ses över. Eventuellt bör primär- respektive företagshälsovården direkt kunna remittera patienter till rygginstituten. Detta bör underlättas genom våra förslag om rehabiliteringsersättning och ersättning vid sjukdomsförebyggande insatser, samt genom att AMU numera är en uppdragsmyndighet som säljer platser också till andra än arbetsmarknadsmyndigheterna.

Ersättningssystemet

Enligt AFL utges sjukpenning vid *sjukdom* som förorsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften. Sjukdom är således en grundläggande förutsättning för att sjukpenningrätt skall uppkomma.

Nytt orsaksrekvisit för sjukpenning

Vi föreslår att ett nytt orsaksrekvisit tillförs AFL, nämligen "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan". Det finns flera avsikter med detta. Det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet bör utvecklas för att få en bättre överensstämmelse med sjukdomsbegreppet i hälso- och sjukvårdslagen. Som en följd av detta blir det vissa insufficienstillstånd som inte inryms i sjukdomsbegreppet men, som ger nedsatt prestationsförmåga och därav föranledd arbetsoförmåga, och där det är rimligt att ersättning kan utges från sjukförsäkringen. Införandet av ett nytt orsaksrekvisit innebär i stor utsträckning endast en anpassning till hur orsaksrekvisitet sjukdom redan i dag tillämpas i praktiken på vissa

håll, men en kodifiering ger bättre förutsättningar för en likvärdig och därigenom rättvis tillämpning. Slutligen skapar den föreslagna konstruktionen bättre förutsättningar för tidiga och adekvata rehabiliteringsinsatser.

Som exempel på olika tillstånd som omfattas av det föreslagna orsaksrekvisitet kan nämnas akuta sorg- och trötthetstillstånd som uppkommer i samband med en närståendes död eller svåra sjukdom. Det kan också vara andra liknande insufficienstillstånd, orsakade av t.ex. livsproblem. I sistnämnda fallet kan det gälla mera ospecifika besvär med få kliniska fynd i kombination med psykosociala faktorer.

Ett annat exempel på vad som avses med annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är den situation som inträder i samband med utprovning, reparation eller utbyte av hjälpmedel för handikappade, t.ex. proteser, rullstolar och därmed jämförbara hjälpmedel.

När det gäller sorg- och trötthetstillstånd vid en närståendes död eller svåra sjukdom eller vid motsvarande reaktioner orsakade av t.ex. livsproblem, är det avgörande för rätt till sjukpenning, att den försäkrade befinner sig i ett påtagligt insufficienstillstånd såsom en reaktion på angivna förhållanden. Det är inte tillräckligt att den försäkrade känner sig allmänt nedstämd, olustig eller illa till mods, utan han skall ha försatts i ett sjukdomsliknande tillstånd i fysiskt eller psykiskt hänseende av sådan intensitet att hans prestationsförmåga satts ned.

När det gäller utprovning, reparation eller utbyte av ett hjälpmedel för handikappade, bör kriteriet vara att hjälpmedlet i fråga är nödvändigt för att den försäkrade skall kunna utföra sitt arbete och klara av sin dagliga livsföring. Det krävs här naturligtvis att den försäkrade vidtar åtgärder för att få problemet avhjälpt.

I vissa fall kan det vara befogat att sjukpenning utges utan att sjukdom eller annan nedsättning av prestationsförmågan föreligger och utan att arbetsförmågan är nedsatt. Här avses t.ex. donatorsundersökning, undersökning och medverkan vid in-vitro-fertilisering (provrörsbefruktning) och liknande undersökningar. Regler för ersättning i sådana fall föreslås i 7 a §.

Rekvisitet nedsatt arbetsförmåga

I 3 kap. 8 § AFL finns regler för bedömningen av försäkrades arbetsförmåga. Första stycket innehåller en regel för det fall där sjukdomen kan antas vara kortvarig. I detta fall skall särskilt beaktas huruvida den försäkrade på grund av sjukdomen är urståndsatt att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete. Däremot sägs i lagtexten ingenting om vad som skall gälla om sjukdomen kan antas vara långvarig. Motsättningsvis får man dra slutsatsen att man inte som i korta sjukfall skall använda den försäkrades nuvarande yrke som jämförelsegrund utan att arbetsförmågan i stället skall bedömas i relation till ett för honom "lämpligt arbete".

Vi föreslår att "AFL 3:8" tillförs regler för bedömning av arbetsförmågans nedsättning i långa sjukfall. Eftersom det här är fråga om svåra och

komplicerade bedömningar får det anses som en brist att lagen här är passiv och inte ger erforderlig vägledning för tillämpningen. Om det skall vara möjligt att få en mera enhetlig och rättvis bedömning av arbetsförmågans nedsättning i långa sjukfall är en lagreglering nödvändig för att ge begreppet lämpligt arbete ett sakligt innehåll.

En sådan ändring av reglerna för bedömning av arbetsförmåga i de långa sjukfallen medför att de också kommer att stämma överens med motsvarande regler inom förtidspensioneringen och i lagen om arbetsskadeförsäkring.

En ändring av "AFL 3:8" enligt förslaget innebär också att försäkringskassorna får kriterier för att skilja ut de försäkrade som man aktivt bör arbeta vidare med i rehabiliteringshänseende. I dag har försäkringskassorna, oavsett förutsättningarna, en strävan att rehabilitera alla. Regeländringen bör öka möjligheterna att prioritera inom rehabiliteringsverksamheten och få en större flexibilitet vad gäller insatsernas omfattning i olika fall.

Flexibel sjukpenning

Försöksverksamhet med ett utökat antal sjukpenningnivåer har sedan den 1 februari 1986 bedrivits i tre försäkringskassor, Malmöhus, Gävleborgs och Västernorrlands län. Vid en samlad bedömning av vad som rapporterats från denna försöksverksamhet har vi funnit att det finns behov av en större flexibilitet i sjukpenningen. Vi föreslår därför att de nuvarande nivåerna hel och halv sjukpenning kompletteras med två nya, en fjärdedels- respektive tre fjärdedels sjukpenning.

Rehabiliteringsersättning

Vi har funnit att det i renodlade sjukfall är tillräckligt med ett ersättningssystem som innehåller fyra nivåer. När det däremot gäller rehabiliteringsarbetet krävs det enligt vår mening ett mer flexibelt ersättningssystem.

Strävan bör vara att en rehabilitering påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt. Det är då av vikt att ersättningssystemet medger en successiv upptrappning av den försäkrades arbetsinsats i takt med hans tillfrisknande och att det innehåller lämpliga plattformar för ett rättvist bestämmande av ersättningens storlek med hänsyn till den faktiska arbetsinsatsen vid varje tillfälle.

Vi föreslår att det under den aktiva rehabiliteringsprocessen utges en särskild ersättning, rehabiliteringsersättning. Denna ersättning skall bestå av två delar, en rehabiliteringspenning och ett särskilt bidrag. Rehabiliteringspenningen skall täcka den inkomstförlust som uppstår för den försäkrade när han deltar i rehabiliteringsåtgärden medan det särskilda bidraget skall täcka hans kostnader.

Sammanfattningsvis kan följande schematiska uppställning göras beträffande förutsättningarna för rätt till rehabiliteringsersättning.

1. Den försäkrade skall ha en sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.
2. Den försäkrade skall delta i en åtgärd som har minst ett av tre syften
   a) förkorta en sjukdomstid
   b) förebygga att sjukdomen eller nedsättningen av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan leder till nedsatt arbetsförmåga
   c) helt eller delvis häva en befintlig nedsättning av arbetsförmågan
3. Det skall vara en arbetslivsinriktad åtgärd som förutsätter den försäkrades aktiva medverkan och som avser att återföra honom till arbetslivet. Åtgärden skall behövas för att den försäkrade skall kunna uppnå sitt syfte att få eller behålla ett arbete
4. Den försäkrade skall under tiden rehabiliteringsåtgärden pågår vara förhindrad att arbeta, varigenom han går miste om minst en fjärdedels inkomst
5. Åtgärden skall ingå i en av försäkringskassan godkänd rehabiliteringsplan
6. Den försäkrade skall ha ansökt om rehabiliteringsersättning.

För att underlätta en stegvis upptrappning av arbetet i takt med tillfrisknandet, bör rehabiliteringspenningen inte indelas i några fasta nivåer utan i stället vara helt flexibel. För att inte göra systemet administrativt svårhanterligt, bör den inkomstförlust, som skall kompenseras, uppgå till minst en fjärdedel av förvärvsinkomsten, vilket motsvarar sjukpenningreglerna. Taket för kompensationen föreslås till 100 procent av SGI:n, vid total inkomstförlust. När arbetet, arbetsträningen eller motsvarande utförs i viss, begränsad utsträckning enligt rehabiliteringsplanen, och den försäkrade uppbär inkomst för detta, utgörs rehabiliteringspenningen av den inkomstförlust som den försäkrade åsamkas genom att han deltar i rehabiliteringsåtgärden (rehabiliteringspenningen är lika med inkomstförlusten). Om det rehabiliteringsarbete som den försäkrade deltar i, skulle ha gett en högre inkomst än det ordinarie arbetet, utgörs inkomstförlusten av skillnaden mellan vad han uppbär och vad han skulle ha uppburit, om han arbetat med hel arbetsförmåga i rehabiliteringsarbetet. Här avses den situation som uppstår när den försäkrade arbetstränar i ett annat arbete som har en högre lönenivå än det ordinarie. Det är då inte rimligt att den rehabiliterande erhåller lägre lön än sina arbetskamrater i det arbetet. Om däremot rehabiliteringsarbetet ger en lägre inkomst än det ordinarie arbetet, utgörs inkomstförlusten av skillnaden mellan vad han uppbär och vad han skulle ha uppburit i det ordinarie arbetet. Här avses en situation då förhållandet är det omvända, nämligen att det arbete som den försäkrade tränar i har en lägre lönenivå än det ordinarie arbetet. Det är då inte rimligt att den försäkrade får sänkt lön för att han rehabiliteras. Den försäkrade skall alltid vara garanterad en rehabiliteringspenning som motsvarar minst 100 procent av SGI:n.

Rehabiliteringspenningen bör emellertid även ha en miniminivå, som den försäkrade alltid är garanterad, även om 1/365 av SGI:n skulle vara lägre. Enligt direktiven skall beredningen sträva efter en samordning

mellan de olika ersättningar som utgår vid rehabilitering. Det föreslås därför att i de fall den försäkrade har en låg SGI eller inte har någon SGI, skall rehabiliteringspenning utgå efter samma bestämmelser som gäller för dagpenningen i utbildningsbidraget enligt förordningen (1987:406) om arbetsmarknadsutbildning. Detta innebär att den försäkrade alltid är garanterad en rehabiliteringspenning som är minst lika stor som dagpenningen.

Ett särskilt problemområde är ersättningsformerna för *missbrukare* som vistas på sociala vårdinstitutioner. Socialberedningen har i sitt delbetänkande Rehabiliteringspenning till missbrukare — vissa avgiftsfrågor (DsS 1984:17), som vi fått för beaktande, behandlat dessa frågor. Socialberedningen poängterade bl.a. att missbrukare måste ha rätt till en rimlig ersättning från socialförsäkringen.

Socialberedningen stannade för en lösning som med vissa modifieringar ansluter sig till sjukpenningförsäkringen. För att markera dels denna koppling, dels att det är fråga om rehabilitering valde den att kalla ersättningen för rehabiliteringspenning.

Huvudförutsättningen för att få rehabiliteringspenning skulle vara att en person genomgår vård och behandling på grund av missbruk av alkohol, narkotika eller därmed jämförbara medel på ett hem för vård eller boende enligt SoL och av denna anledning är förhindrad att förvärvsarbeta.

Vi delar i stort socialberedningens uppfattning. En vistelse på ett hem för vård eller boende enligt socialtjänstlagen (1980:620) för vård och behandling för missbruk av beroendeframkallande medel är att anse som en rehabiliteringsåtgärd. Om detta sker i avsikt att missbrukaren skall återfå ett sådant tillstånd att han kan få eller behålla ett arbete, är vistelsen att anse som en sådan rehabiliteringsåtgärd som omfattas av vårt förslag för rätt till rehabiliteringsersättning.

Vi föreslår också att ersättningen till *handikappade ungdomar* mellan 16 och 25 år skall vara rehabiliteringsersättning (rehabiliteringspenning och särskilt bidrag) under förutsättning att den handikappade deltar i rehabiliteringsåtgärd och/eller att arbetsförmågan på grund av handikappet är nedsatt med minst en fjärdedel och nedsättningen kan anses varaktig.

Vi anser att nuvarande praxis rörande sjukbidrag/förtidspension skall med undantag för gruppen synskadade, döva och hörselskadade utan andra handikapp vara vägledande för vilka handikappade ungdomar som skall kunna få denna form av rehabiliteringsersättning.

Möjligheten för gruppen döva/hörselskadade att efter gymnasieutbildningen få ett arbete är god. Teckenspråksbehövande arbetssökande har till sitt förfogande speciella AMS-konsulenter som hjälper till. Av en uppföljning som gymnasieskolan i Örebro gjort framgår att drygt 80 procent av eleverna har arbete en viss tid efter skolans slut. Blinda har en svårare situation på arbetsmarknaden, men med hjälp av speciella synkonsulenter och olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder har även dessa bättre möjligheter att få arbete.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår vi att gruppen synskadade, döva och hörselskadade ungdomar utan andra handikapp under utbildning undantas från rätt till sjukbidrag enligt nuvarande regelsystem eller till föreslagen rehabiliteringsersättning. Studiestöd tillsammans med handikappersättning föreslås vara det stöd som normalt skall utges under studietiden.

När det gäller rehabiliteringspenningens storlek föreslår vi en särskild regel för unga handikappade. Enligt vårt huvudförslag utges rehabiliteringspenning med samma belopp som för utbildningsbidrag för dem som inte har någon SGI. För unga handikappade utan SGI skulle en sådan regel innebära sämre ersättning än vad som utges i dag. Detta kan inte anses vara rehabiliteringsstimulerande. Vi föreslår att dessa ungdomar skall ha en rehabiliteringspenning som motsvarar vad den försäkrade i dag uppbär i förtidspension, men som till skillnad mot förtidspensionen skall vara ATP-grundande.

Vi föreslår också att åldersgränsen för rätt till förtidspension/sjukbidrag höjs till 25 år, om inte synnerliga skäl föreligger. Sådana skäl, som skall vara undantagsfall, kan vara att handikappet är så gravt att det är otänkbart med någon form av mera yrkesinriktad habilitering alternativt rehabilitering. Detta kan exempelvis gälla mycket svårt utvecklingsstörda och/eller flerhandikappade ungdomar. Dessa ungdomar skall som i dag kunna erhålla förtidspension från 16 års ålder.

Med den höjda åldersgränsen för förtidspension understryker vi vikten av att alla handikappade skall ha rätt till en individanpassad habilitering respektive rehabilitering inklusive arbetsprövning innan en eventuell pensionsprövning kan bli aktuell.

Den andra delen av rehabiliteringsersättningen, *det särskilda bidraget*, är avsett att täcka vissa kostnader som uppstår för den försäkrade med anledning av att han deltar i rehabiliteringsåtgärden. Det särskilda bidraget föreslås i allt väsentligt få samma utformning som det särskilda bidraget i utbildningsbidraget enligt förordningen (1987:406) om arbetsmarknadsutbildning.

Med hänsyn till att det för den försäkrade sannolikt upplevs som mer tillfredsställande att liksom sina arbetskamrater få "lönen" utbetald av arbetsgivaren, föreslås att om rehabiliteringsarbetet utförs hos en arbetsgivare på arbetsmarknaden (vilket inte nödvändigtvis måste vara den vanliga arbetsgivaren), skall försäkringskassan kunna träffa överenskommelse med arbetsgivaren att denne skall betala ut rehabiliteringspenningen. För att underlätta handläggningen bör detta emellertid gälla endast i de fall då rehabiliteringsarbetet beräknas pågå under minst en hel kalendermånad hos arbetsgivaren. I andra fall skall försäkringskassan svara för utbetalningen. Detta skall även gälla när rehabiliteringen sker t.ex. på AMI eller liknande. Arbetsgivaren får därefter ersättning av försäkringskassan för utbetald ersättning en gång i månaden. För att rehabiliteringspenningen inte skall belastas med extra kostnader i form av sociala avgifter — i de fall den utges av en arbetsgivare — föreslår vi att rehabiliteringspenningen undantas när avgiftsunderlaget skall be-

stämmas enligt 4 § lagen (1981:691) om socialavgifter. Det särskilda bidraget bör alltid utbetalas av försäkringskassan.

Rehabiliteringsersättningen ersätter den s.k. 3:8-sjukpenningen, som således försvinner. Den skall kunna användas i vidare utsträckning än vad som gäller för 3:8-sjukpenningen.

En viktig förutsättning för yrkesinriktad rehabilitering på arbetsplatserna är tillgång på lämpliga arbets- och träningsuppgifter. Det talar för att en ökad satsning bör göras på utbildning som för närvarande förekommer i otillräcklig omfattning. Det visar såväl den undersökning av "3:8" sjukpenningens användning, som vi låtit RFV utföra, som den enkätundersökning som gjorts med ett urval skyddskommittéer.

Rehabiliteringsersättning bör i ökad utsträckning och med mer varierad inriktning enligt vårt förslag kunna ges i samband med utbildning (exempelvis även för kortare kursverksamhet och högskolestudier m.m.). Det innebär dels ersättning för inkomstbortfall, dels bidrag till kursavgifter, resor m.m.

Förtidspensionsnivåer

Beredningen föreslår införandet av fyra nivåer för sjukpenningen, vilket bl.a. innebär att sjukpenning skall utges om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel.

Enligt nuvarande regler är man inte berättigad till förtidspension om arbetsförmågan inte är nedsatt till minst hälften. En konsekvens av förslaget om en fjärdedels sjukpenning blir därför sannolikt att den som har en varaktig nedsättning av arbetsförmågan i skiktet 25—49 procent i stället för förtidspension kommer att erhålla sjukpenning. Eftersom det inte finns någon maximerad tid för sjukpenningen, kan denna komma att utges fram till dess den försäkrade fyllt 70 år + 180 dagar.

En i viss mån liknande situation uppstår för den som har en varaktig nedsättning som överstiger hälften men inte ca 85 procent, som enligt dagens praxis anses som hel nedsättning. Han kan enligt nuvarande regler få endast 66 procent av förtidspensionen. Skiktet mellan 67—85 procent täcks inte av pensionen.

För att undanröja beskrivna konsekvenser — betingat inte minst av kostnadsskäl — bör förtidspensionsnivåerna anpassas till sjukpenningnivåerna. Det bör således införas fyra nivåer även för förtidspensionen, en fjärdedel, halv, tre fjärdedelar och hel förtidspension. Rätt till förtidspension uppkommer sålunda när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel. En fjärdedels förtidspension bör enligt vår mening tillämpas med restriktivitet. Den bör komma i tillämpning först när det efter en längre tids sjukskrivning och rehabilitering konstateras en varaktig nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel.

Pension/lön till anställda i Samhall

Det finns flera skäl som talar för att samtliga anställda hos Samhall bör uppbära lön och inte pension *för den tid* man arbetar.

Att ha pension samtidigt som man arbetar kan påverka arbetsmotivationen och har sannolikt också betydelse för den personliga utvecklingen i arbetet. Vidare påverkar pensionssamordningen vissa försäkringsförmåner och beräkning av ATP-poäng. Samordningen av lön och pension innebär också att två olika administrationer — försäkringskassorna och Samhall — skall hantera pensions- och lönedelarna till de anställda.

Samordningen, som innebär att avdrag görs på lönen, sker enligt bestämmelser i kollektivavtal. Samordningsbestämmelserna i avtalen är kopplade till att försäkringskassorna enligt riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1978:9) gör en särskild bedömning av rätten till förtidspension för anställda i skyddat arbete. Föreskrifterna i denna kungörelse innebär att man vid bedömning av i vad mån arbetsförmågan är nedsatt skall beakta den *faktiska* arbetsprestationen och inte storleken på utgående lön.

Vårt förslag är att samtliga anställda hos Samhall bör uppbära lön och inte pension. Detta förutsätter att riksförsäkringsverket upphäver sin kungörelse.

Vi föreslår vidare att reglerna om vilande förtidspension (RFFS 1982:24) ges en generös utformning för personer som har förtidspension och får skyddat arbete. Här ställs inte samma krav på prestationsförmåga i arbetet som på den öppna arbetsmarknaden. Dessa personer arbetar som regel med nedsatt kapacitet och borde om de inte längre kan fortsätta arbetet på ett enkelt sätt kunna återfå pensionen även om de varit anställda längre tid än de i kungörelsen föreskrivna två åren.

Avgränsning mot arbetsmarknadsorganens ersättningar

Målet för rehabiliteringsarbetet bör vara att göra den försäkrade i stånd att utföra ett lämpligt arbete och att återföra honom till arbetsmarknaden. Sjukförsäkringens ersättningsformer omfattar dock endast sjuktiden och inte den tid som därefter åtgår för att skaffa ett arbete. I vissa fall är den försäkrade emellertid inte heller berättigad till arbetslöshetsersättning under denna tid.

Det ter sig rimligt att den som är frisk och arbetsför, men ännu inte fått ett lämpligt arbete, betraktas som arbetslös och att ersättning därför bör lämnas inom ramen för de arbetsmarknadspolitiska stödformerna vid arbetslöshet.

Gällande regler föreslås därför ändras så att även den som har friskskrivits efter en rehabilitering utan att ha en väntande anställning att återgå till och inte har rätt till ersättning från a-kassan eller KAS, skall så långt möjligt kunna omfattas av sådan ersättning. Detta kan uppnås genom att bestämmelserna ändras i 7 § lagen (1973:370) om arbetslöshetsförsäkring och 7 § lagen (1973:371) om kontant arbetsmarknadsstöd.

Enligt nu gällande regler jämställs den tid som en försäkrad genomgått arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering för vilken statligt utbildningsbidrag utgått med tid för förvärvsarbete. Vårt förslag innebär att reglerna ändras så, att även den tid som en försäkrad deltagit i en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringsersättning enligt AFL

utgått skall jämställas med förvärvsarbete, oavsett rehabiliteringsåtgärdens beskaffenhet.

Ersättning för resor till och från arbetsplatsen

Erfarenheterna från den försöksverksamhet med reseersättning som ett alternativ till sjukpenning som bedrivits vid ett antal försäkringskassor är så positiva att de bör läggas till grund för beslut om en permanent lagstiftning, dock med undantag från anknytningen till det egna sjukpenningbeloppet.

Enligt reglerna för försöksverksamheten får ersättning inte ges med högre belopp än som svarar mot den sjukpenning som den försäkrade skulle ha fått för den tid som reseersättningen avser. En sådan konstruktion innebär att rätten till reseersättning blir beroende av sjukpenningens storlek. De försäkrade kommer på så sätt att behandlas olika vilket kan framstå som principiellt otillfredsställande. Även ur rehabiliteringssynpunkt är det önskvärt att kunna ersätta resekostnaden oavsett sjukpenningnivån.

Vi föreslår därför att den försäkrade skall få sina merkostnader täckta, såvida dessa inte framstår som uppenbart orimliga. Det bör således endast i undantagsfall kunna inträffa att den försäkrade inte ersätts för sina merkostnader.

För att underlätta den administrativa hanteringen, bör beräkningen av de ordinarie resekostnaderna schabloniseras. Detta kan ske centralt genom riksförsäkringsverket eller regionalt genom centralkontoret i varje län.

Speciella insatser

Med nuvarande regler kan den enskilde ramla genom trygghetsanordningarnas skyddsnät därför att det enskilda fallet inte passar in i det strikta regelsystemet och inget konto passar. Det kan medföra att även från början ganska små problem med tiden blir mycket resurskrävande.

Även om sådana situationer inte är särskilt frekventa bör det dock, med hänsyn såväl till omsorgen om den enskilde som till den totala samhällsekonomin, ges en möjlighet att genom försäkringskassan lämna bidrag också i sådana fall då regelsystemet inte erbjuder en sådan möjlighet.

Vi föreslår därför att sjukförsäkringen skall ges möjlighet att gå in och bekosta särskilda åtgärder i sådana fall där ingen av de rehabiliterande myndigheternas regelsystem medger att en åtgärd kan genomföras, dvs. i en situation som inte förutsetts i de olika regelsystemen. Förutsättningen är alltså *att* åtgärden är väsentlig för att återföra den försäkrade till förvärvsarbetet, *att* kostnaderna för åtgärden inte överstiger kostnaderna för sjukpenning, rehabiliteringsersättning, förtidspension eller sjukbidrag *och att* det inte ligger inom någon annan myndighets område att svara för åtgärden.

Ersättning för särskilda åtgärder

Det grundläggande ansvaret för att arbetsmiljön är lämpligt utformad åvilar arbetsgivaren. Det bör därför ankomma på arbetsgivaren att se till att arbetsplatsen, maskiner och annan utrustning är ergonomiskt lämpligt utformade. I vissa fall kan det dock förekomma att arbetstagaren behöver särskilda individanpassade arbetshjälpmedel, som går utöver vanliga arbetsmiljökrav.

Om sådana arbetshjälpmedel kan medföra att en längre tids sjukskrivning kan brytas och den anställde återgå i arbete, bör merkostnaden för hjälpmedlet kunna betalas av sjukförsäkringen. Ersättningen kan utges med schabloniserade belopp, i relation till den kostnadsminskning som uppstår för försäkringen, genom att arbetstagaren återgår i arbete.

Ansvarsfördelningen för hjälpmedel föreslås således vara att

1. hälso- och sjukvårdshuvudmännen svarar för hjälpmedel som handikappade behöver för sin dagliga livsföring,
2. arbetsmarknadsverket svarar för bidrag till arbetshjälpmedel och liknande, som behövs för att en arbetslös person med funktionshinder skall kunna få och utföra ett arbete, medan
3. försäkringskassorna svarar för motsvarande kostnader för funktionshindrade, som redan har en anställning, liksom för egna företagare och fria yrkesutövare, som är etablerade på arbetsmarknaden.

Principen skall vara att försäkringen ersätter merkostnaden för anskaffningen. Om den anställde behöver exempelvis en specialutformad stol skall således försäkringen enbart ersätta mellanskillnaden mellan specialstolen och en "vanlig" arbetsstol.

Vi föreslår att bestämmelserna om ersättning från försäkringen anknyts till bestämmelserna i förordningen (1987:409) om bidrag till arbetshjälpmedel m.m.

Försäkringsskydd vid arbetsprövning och -träning

Enligt nuvarande bestämmelser gäller arbetsskadeförsäkringen inte vid resor till och från arbetsplatsen, under raster eller vid teoretiska moment beträffande den som deltar i arbetsmarknadsutbildning, är inskriven vid arbetsmarknadsinstitut eller genomgår arbetsprövning eller arbetsträning som har godkänts av allmän försäkringskassa. Genom bestämmelser som AMS utfärdat får deltagare i arbetsmarknadsutbildning och inskrivna vid AMI dock samma ersättning som anställda som omfattas helt av försäkringen. Den som arbetsprövas eller tränas på en arbetsplats där han inte är anställd och som inte är inskriven vid AMI har emellertid denna begränsning i sitt försäkringsskydd. Vårt förslag om ändring i förordningen (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd innebär att de ovan nämnda grupperna skall bli omfattade av det statliga personskadeskyddet. Den utbildning, prövning eller träning som nämnts ovan, sker regelmässigt under förhållanden som inte avviker från dem som gäller i förvärvslivet i övrigt. Riskerna för arbets-

skada är således likartade. De som omfattas av dessa utbildningsformer är främst personer som har en anknytning till arbetsmarknaden. Det är därför rimligt att de även under avsedd tid har samma försäkringsskydd som gäller för arbetsmarknaden i övrigt.

När det gäller arbetsgivarnas försäkringsskydd, förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i viss arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering, tar dagens bestämmelser främst sikte på sådan försäkrad som uppbär sjukpenning under tiden han deltar i en rehabiliteringsåtgärd enligt 2 kap. 11 § AFL (3:8-sjukpenning). Genom införandet av rehabiliteringsersättning, som ersätter sjukpenningen i dessa fall, bör begreppet "sjukpenning" utbytas mot "rehabiliteringsersättning" som kvalifikationsgrund för här avsett försäkringsskydd.

Ersättning till följeslagare i samband med rehabilitering

I vissa fall kan en närståendes eller annan persons medverkan i rehabiliteringsarbetet vara en nödvändig förutsättning för att uppnå en lyckad rehabilitering. Detta är förhållandet när det är denna person som skall handha en träning av den försäkrade t.ex. i hemmet efter en vistelse på en rehabiliteringsinrättning. För att en närstående skall kunna klara av detta, krävs det ibland att han får utbildning eller information om funktionsnedsättningen och om träningsåtgärderna. Det är då nödvändigt att den närstående är närvarande -- åtminstone i ett inledningsskede — när den försäkrade deltar i rehabiliteringsåtgärderna på inrättningen.

För att möjliggöra detta, är det nödvändigt att följeslagaren får ekonomisk ersättning, dels för sitt inkomstbortfall, dels för sina kostnader.

Enligt förordningen (1987:405) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten, får ledsagare till handikappad sådan ersättning i samband med inställelse vid AMI eller utredning om förutsättningarna för yrkesinriktad rehabilitering.

Vi föreslår att motsvarande regler skall gälla i rehabiliteringsarbetet. Både av rättviseskäl och för att reglerna skall vara överblickbara är det viktigt att samma ersättningsregler gäller i all rehabilitering, oavsett vilken myndighet det är som beslutar om den.

Sjukdomsförebyggande insatser

Vi föreslår att ersättningen för inkomstbortfall vid förebyggande åtgärder bör utges i samma former som vid sjukdom, dvs. med hel eller partiell sjukpenning. Rättighet till ersättning bör bygga på en ökad sjukdomsrisk grundad på riskfaktorer i den enskildes fysiska eller psykosociala miljö eller riskfaktorer hos den enskilde i form av sjukdomsanlag eller riskbeteende.

Primärprevention

Med *primärprevention* menar man åtgärder som syftar till att förhindra att sjukdom eller skada skall uppkomma.

Den som måste avstå från förvärvsinkomst för att delta i ett åtgärdsprogram i detta syfte bör ha rätt till sjukpenning för att kompensera inkomstbortfallet. För rätt till sjukpenning bör krävas att följande omständigheter skall föreligga.

Den försäkrade skall ha en konstaterad förhöjd risk för en sjukdom. Denna sjukdom skall, om den uppkommer, förväntas orsaka en nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Bedömningen av förevarande art kräver självfallet särskild kompetens och erfarenhet, varför det inte bör överlåtas till annan än läkare att göra denna. Egensjukskrivning bör således inte komma i fråga. Läkaren skall göra sin bedömning på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet.

Läkaren skall vidare med utgångspunkt från den specifika sjukdomsrisken ha ordinerat en åtgärd som på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet kan anses vara adekvat för att minska sjukdomsrisken.

För att försäkringskassan skall kunna besluta om sjukpenning i dessa fall, krävs det att det finns en behandlingsplan, vari en läkare anger ovanstående omständigheter.

För rätt till sjukpenning krävs vidare, att deltagande i åtgärden förhindrar den försäkrade att arbeta under minst två timmar under en arbetsdag och att han därigenom går miste om minst 1/4 inkomst den dagen. Ersättning utges dock inte om arbetstidsbortfallet är mindre än fyra timmar eller en halv normalarbetsdag sammanlagt under en 14-dagarsperiod.

Sekundär- och tertiärprevention

Med *sekundär prevention* avser man åtgärder för att tidigt ställa diagnos och tidigt kunna ge behandling. För många sjukdomar gäller att möjligheterna till en effektiv behandling är bättre ju tidigare man kommer in i sjukdomsförloppet.

Med *tertiär prevention* avses åtgärder för att vid skada eller sjukdom förhindra försämring, återinsjuknande eller allvarliga sociala konsekvenser.

Om en försäkrad på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan i sådant syfte deltar i en rehabiliteringsåtgärd i avsikt att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga en nedsättning av arbetsförmågan, föreligger rätt till rehabiliteringspenning enligt bestämmelserna i 22 kap. i stället för sjukpenning.

Som exempel på sådana åtgärder kan nämnas astmaskola, ryggskola, organiserade gymnastikprogram, kostcirkel för diabetiker, psykosocial stödbehandling m.m.

Specifika hälsorisker i den sociala, psykiska och fysiska miljön

Den naturliga åtgärden vid risker för ohälsa i arbetsmiljön är att undanröja arbetsmiljörisken. Ansvaret härför ligger enligt arbetsmiljölagen på arbetsgivaren. Om arbetsmiljörisken inte är generell, utan beror på att

den enskilde har en speciell sårbarhet, bör åtgärden vara ett byte av arbetsuppgifter eller ett undanröjande av arbetsmiljörisken. Situationer kan dock förekomma, då viss tid krävs för att anpassning av nya arbetsuppgifter skall kunna arrangeras, t.ex. vid mindre arbetsplatser. Om den enskilde löper risk att försämras med nedsatt arbetsförmåga som följd eller hyser stark oro för sådan försämring, bör han kunna avhålla sig från arbetet under omställningstiden. Härunder bör den försäkrade ha rätt till sjukpenning. Sjukpenningrätten måste bygga på en bedömning av kombinationen av den enskildes speciella risk och arbetssituationen.

Behandling vid hälsohem

I vissa fall kan det bli aktuellt att riskfaktorer av typ övervikt, felaktiga kostvanor, rökning m.m. behandlas under vistelse på s.k. hälsohem.

Hälsohem med huvudsaklig inriktning på hälsobefrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter kan vara goda resurser i ett förebyggande arbete. Eftersom karaktären av hälsohemmen är mycket blandad kan vistelsen på ett sådant inte generellt innefattas inom ramen för sjukförsäkringen. Innehållet i behandlingen måste vara sådant att det enligt vetenskap och beprövad erfarenhet har effekter i primärpreventivt eller sekundärpreventivt syfte beträffande den ökade sjukdomsrisk som den behandlade har.

Sjukpenning alternativt rehabiliteringspenning bör kunna utgå under vistelse på hälsohem under förutsättning att hälsohemmet är godkänt och uppfört på en förteckning samt att kriterier för förhöjd sjukdomsrisk är uppfyllt och hälsohemmets åtgärdsprogram är lämplig åtgärd för att undanröja eller minska sjukdomsrisken.

Bättre styrning av sjukförsäkringens medel vid förebyggande åtgärder

Sjukförsäkringens anslag bör kunna användas mer flexibelt. Kassorna bör därför få möjlighet att disponera vissa medel för t.ex. förebyggande och uppsökande åtgärder samt för olika utredningar. Det kan konkret ske genom att varje kassa årligen får ett anslag för dylika insatser. Härigenom kan försäkringskassan få möjligheter att initiera sådana förebyggande åtgärder, som ur sjukförsäkringssynpunkt är angelägna. De avsatta medlen bör anpassas till vad försäkringsbolagen normalt avsätter för forskning, förebyggande åtgärder m.m.

Det är varje försäkringskassas styrelse som bör besluta om hur anslaget skall användas. Det kan t.ex. avsättas för olika statistikbearbetningar för riktade förebyggande insatser.

Eftersom det är kassornas styrelser som beslutar kan insatserna komma att variera lokalt. Med ett utvecklat samarbete med landstingen finns det förutsättningar för att insatserna också anpassas till landstingens verksamhet inom området.

Rehabilitering i samhällsekonomiskt perspektiv

De samhällsekonomiska vinsterna av de framlagda förslagen är svåra att

kvantifiera. I ett vidare välfärdspolitiskt perspektiv är det ännu svårare att i kronor värdera effekterna i form av en friskare och mer välmående befolkning. I det följande avsnittet begränsas därför ambitionen till att inom ramen för en principiell diskussion ringa in de möjliga ekonomiska vinsterna i mycket vida intervall.

De totala utbetalningarna av sjukpenning från försäkringskassorna uppgick under 1987 till ungefär 23 miljarder kronor. Nära hälften av summan avsåg sjukfall som varat 90 dagar eller längre, således vad som kan rubriceras som långvariga sjukfall. Om man med hjälp av effektivare, tidigare insatta och utökade rehabiliteringsåtgärder kunde reducera den genomsnittliga sjukskrivningstiden med bara några fåtal procent, skulle besparingseffekten enbart i form av sjukpenningkostnader kunna räknas i 100-tals miljoner kronor årligen.

Den verkliga kostnaden för utebliven rehabilitering är betydligt högre från samhällsekonomisk synpunkt än kostnaderna för sjukpenning och förtidspension. Kostnaden för utebliven rehabilitering kan definieras som värdet av det produktionsbortfall som uppstår. Till detta kommer kostnaderna för den vård och de rehabiliteringsförsök som eventuellt utförs. De samhällsekonomiska kostnaderna är problematiska att mäta. Värdet av produktionsbortfallet kan uppskattas som den lön — inklusive socialförsäkringsavgifter och andra arbetsgivaravgifter — som den sjuke eller förtidspensionerade skulle haft om han arbetat. Således medräknas inte det driftsöverskott som han eventuellt därutöver skulle åstadkommit. Den lönekostnad arbetsgivaren hade varit beredd att betala antas alltså svara mot värdet av den anställdes arbetsinsats.

Vinster av minskad förtidspensionering

Följande uppskattning har gjorts av den samhällsekonomiska kostnaden i form av produktionsbortfall för ett typiskt långvarigt sjukfall som leder till förtidspension. Genomsnittspersonen har före insjuknandet en lön, inklusive arbetsgivaravgifter, på 150 000 kronor per år. Detta motsvarar drygt 100 000 kronor per år i egentlig lön. Han blir förtidspensionerad efter ett år och uppbär sedan förtidspension i ytterligare 14 år, fram till dess han får ålderspension.

Antag att rehabiliteringsåtgärder sätts in som gör att personen i fråga rehabiliteras efter ett år och återgår i arbete, i stället för att förtidspensioneras. Antag också att lönen i fast penningvärde blir densamma som före insjuknandet. Den samhällsekonomiska vinsten på den investering, som rehabiliteringsinsatsen innebär, blir 150 000 kronor per år under 14 år.

Förutsatt att typfallet är representativt kan man lätt beräkna den samhällsekonomiska vinsten av en given minskning i förtidspensioneringsfrekvensen vid given realränta. Detta visas i tabell A. Tabellen anger nuvärdet av vinsten av ett års förbättrade rehabiliteringsinsatser. Villkoret är givetvis att rehabiliteringen blir bestående och att pensioneringen inte bara skjuts upp något eller några år.

Tabell A. Nuvärdet av samhällsekonomiska vinster i form av minskat produktionsbortfall av minskad förtidspensioneringsfrekvens. Miljarder kronor, 1986 års prisnivå. Antal nyblivna förtidspensionärer antas vara 40 000 per år i utgångsläget.

Minskning i förtids-	Samhällsekonomisk vinst (mrd kr.)	
pensioneringsfrekvens	Realränta 0 %	Realränta 3 %
2 % (800 fall)	1,6	1,3
5 % (2 000 fall)	3,9	3,2
10 % (4 000 fall)	7,8	6,3
25 % (10 000 fall)	19,5	15,8

Vinster av kortare sjukskrivningstider

Tabell B visar — analogt med tabell A för förtidspensioneringen — de samhällsekonomiska vinsterna i form av minskad återstående sjukskrivningstid från och med den 90:e dagen, vid olika antagande om reducering i den genomsnittliga återstående sjukskrivningstiden. Den genomsnittliga återstående sjukskrivningstiden för sjukfall som varat i 90 dagar är 180 dagar. Vinsten av förkortad sjukskrivningstid är beräknad som minskningen av antalet sjukskrivningsdagar multiplicerad med det genomsnittliga produktionsvärdet per dag. Vid beräkningen har vi utgått från att ca 150 000 sjukfall varar längre än nittio dagar.

Tabell B. Samhällsekonomiska vinster i form av minskat produktionsbortfall av minskad återstående genomsnittlig sjukskrivningstid från och med 90:e dagen. Miljarder kr., 1986 års prisnivå. Värdet av produktionsbortfallet beräknas uppgå till 150 000 kronor per person och år

Minskning i återstående genom- snittlig sjukskrivningstid	Samhällsekonomisk vinst (mrd kr.)
2 % (3,6 dagar)	0,3
5 % (9,0 dagar)	0,8
10 % (18,0 dagar)	1,6
25 % (45,0 dagar)	4,0

Kostnader för föreslagna åtgärder inom rehabiliteringsområdet

Vi har föreslagit ett antal åtgärder som, om de genomförs, beräknas innebära att rehabiliteringsarbetet effektiviseras. Därigenom skulle dels andelen sjukskrivna som kan återgå i arbete kunna öka, dels antalet arbetsföra som förlorar sin arbetsförmåga och sjukskrivs kunna minska.

I detta avsnitt visas beräkningar över kostnaderna för dessa åtgärder. Det skall redan här understrykas att beräkningarna är mycket osäkra. För det första saknas i de flesta fall underlag för att bedöma den framtida volymen hos åtgärden, dvs. i vilken utsträckning de föreslagna möjligheterna till kostnadsersättningar och bidrag kommer att utnyttjas. För det andra är även uppgifterna osäkra om priset — dvs. kostnaden per utnyttjad enhet — på varje åtgärd.

Beräkningarna i tabell C avser de statsfinansiella kostnaderna. Beräkningarna har också i punkt 1 och 3 i tabellen utformats som två alternativ

där det har antagits att antalet ersatta dagar kommer att motsvara tio procent resp. 25 procent av det sammanlagda antalet sjukskrivningsdagar för fall med längre tid än 90 dagar.

Schematisk sammanställning av de olika komponenterna i kostnadsberäkningen

Åtgärdsvolym	x	Pris per enhet	=	Statsfinansiell kostnad
Åtgärder för "målgruppen"		Statsfinansiell utgift per enhet		
+		+/-		Bruttokostnad
Åtgärder som utnyttjas av andra ("missbruk")		Volympåverkan på priset per enhet		
./.				
Minskad volym i andra åtgärder				Nettokostnad 1
		./.		
		Återflöde via skatter och avg		Nettokostnad 2

Tabell C. Kostnader per år för föreslagna åtgärder inom rehabiliteringsområdet. Milj. kr. 1986 års priser.

	Alt 1	Alt 2
1. Rehabiliteringspenning, nettokostnad 1	210	590
2. Ändrade regler för sjukpenning, nettok 1	-265	-265
3. Avgränsning mot arbetsmarknadsersättningen, nettok 1	35	89
4. Reseersättning	- 5	- 5
5. Rehabiliteringsåtgärder	150	150
6. Ersättning till följeslagare	1	1
7. Övriga åtgärder	102	102
Summa nettokostnad 1	228	662
Effekter på skatter och avgifter	5	-86
Summa nettokostnad 2	233	576

Beredningen föreslår dessutom vissa åtgärder som kan ha betydelse för kostnaderna i landstingskommunerna och kostnadsfördelningen mellan stat och landsting. Rehabiliteringsklinikerna föreslås bättre anpassas till de rehabiliteringsbehov som föreligger i de olika landstingsområdena.

Vidare föreslås öppenvården i ökad utsträckning delta i rehabiliteringsarbetet. Härtill kommer utbildningsinsatser för sjukvårdspersonal m.fl. Slutligen föreslår vi i kapitel 9 att sjukvården intensifierar sina hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Schablonmässigt räk-

nas de landstingskommunala kostnaderna sammantaget öka med 300—500 miljoner kronor.

I tabell D *sammanfattas* kalkylerna över de statsfinansiella intäkterna och kostnaderna. Av tabellen framgår att åtgärderna ger stora statsfinansiella vinster redan vid små effekter på antalet sjukskrivna och förtidspensionerade. Resultaten måste emellertid tolkas med mycket stor försiktighet.

Tabell D. Sammanfattning av beräkningarna. Statsfinansiella kostnader och intäkter per år i 1986 års priser milj. kr.

	Lägsta alt.	Högsta alt.
Nettokostnad 1	228	662
Nettokostnad 2	233	576
Intäkter[1])	1 310	1 308
Statsfinansiell nettovinst	1 077	732

Arbetsplatserna förutsätts öka sin aktiva medverkan, vilket torde medföra ökade kostnader även för den privata sektorn. Det rör sig framför allt om ökade kostnader i samband med arbetsplatsutredning, anpassningsåtgärder o.dyl. Kostnaderna för våra förslag är mycket svåra att uppskatta och någon kvantifiering av dem har därför inte gjorts.

Plan för genomförande

Våra förslag avser två huvudområden, dels ansvars- och samverkansfrågorna, dels ersättningssystemet. Förslagen bör genomföras så snart det är möjligt med hänsyn till den tid som går åt till departements- och riksdagsbehandling, erforderlig tid för informationsverksamhet, samt för den utbildning av försäkringskassornas personal och anpassning av riksförsäkringsverkets och försäkringskassornas ADB-system som blir nödvändiga om förslagen genomförs. Ändringarna föreslås därför träda i kraft fr.o.m. 1 juli 1990.

Det kommer att behövas särskilda åtgärder och insatser i ett inledningsskede rörande förslagen i kapitel 6 om samverkans- och metodfrågor. Vi föreslår därför att en särskild genomförandegrupp tillsätts. Det bör vara en tidsbegränsad fast organisation bestående av parlamentariker samt med företrädare för de olika rehabiliteringsaktörerna. Dessa bör få till uppgift att under en treårsperiod, stödja ett genomförande lokalt genom att utifrån erfarenheterna från olika projekt utveckla arbetsmetoder, arbetsrutiner och samarbetsformer, samt att ta fram ett för de olika aktörerna gemensamt utbildningsmaterial. Gruppen bör stå under politisk ledning på statssekreterarnivå. Arbetet bör påbörjas så snart som det är praktiskt möjligt.

Särskild vikt bör fästas vid utbildningsfrågorna. Med det ansvar som

[1]) enligt det lägsta av alternativen för minskad förtidspensioneringsfrekvens och minskade sjukskrivningstider i tabell A resp. B, samt vid 3 % realränta. Observera att endast den del av den samhällsekonomiska vinsten som hänför sig till staten har medräknats.

läggs på arbetsgivarna för rehabiliteringsarbetet är det särskilt viktigt att t.ex. arbetsledare, personalhandläggare och fackliga företrädare på arbetsplatserna får en adekvat utbildning för sin uppgift. Särskilda medel bör anslås för detta ändamål.

Försäkringskassorna bör i samverkan med övriga rehabiliteringsaktörer få ansvaret för att av genomförandegruppen utvecklad metodik och utbildning genomförs regionalt.

Forskning och utveckling

Socialförsäkringen med rehabiliteringen i förgrunden är ett alltför viktigt FoU-område för att lämnas åt en slumpartad utveckling.

Kravet på att få fram kunskaper inom rimlig tid är påfallande. Kvalitets-, kvantitets- och tidskrav gör att forskning och utveckling inom socialförsäkringsområdet måste styras på *något* sätt.

Forskning, information och utbildning bör fungera tillsammans. I annat fall kan det förekomma att utbildningen baseras på gårdagens rön i stället för dagens.

En genomgång av FoU berörande socialförsäkringen i allmänhet och rehabiliteringen i synnerhet visar klart behovet av att forskningsprojekt och deras resultat redovisas sammanfattat, systematiskt och kontinuerligt så att de blir tillgängliga inte bara för forskare utan även för användare av olika slag. I dag finns ingen sådan redovisning. Vi föreslår därför att kartläggning av nuläget i detalj genomförs i ett särskilt projekt och att i detta också frågan om kontinuitet och omfattning av informationen utreds.

När det gäller kraven på forskningssamordning, bättre information och högre nivå för utbildningen finns flera olika vägar att nå målet. En möjlig väg är t.ex. att skapa en institutionell hemvist för socialförsäkringsforskning inom högskolan, en annan att bygga upp ett socialförsäkringens forskningscentrum.

Med en institutionell hemvist eller ett forskningscentrum för socialförsäkringen skapas dels en högre status för socialförsäkringsforskningen dels en klar möjlighet till effektivare användning av resultat och nya kunskaper.

Från ekonomiska och tidsmässiga synpunkter anser vi det vara lämpligast att ansluta socialförsäkringens forsknings- och utbildningscentrum till den befintliga högskoleorganisationen t.ex. till SOFI vid Stockholms universitet eller någon av socialhögskolorna och därmed bygga ut befintlig verksamhet. Särskild professur bör dock skapas för socialförsäkringsforskning och utveckling med rehabilitering i förgrunden och tvärvetenskaplig inriktning.

Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring[1])

dels att 2 kap. 11 § och 3 kap. 17 § skall upphöra att gälla,

dels att 3 kap. 7, 8, 15 och 16 §§, 6 kap. 2 §, 7 kap. 1, 2, 3 och 4 §§, 11 kap. 2 §, 13 kap. 1 §, 18 kap. 21 § samt 20 kap. 3 och 9 §§ skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas en ny paragraf, 3 kap. 7 a §, av följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas ett nytt kapitel, 22 kap. av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	11 §
Har ersättning för sjukhusvård utgivits för nittio dagar i följd eller föreligger eljest skälig anledning, skall den allmänna försäkringkassan, i den utsträckning riksförsäkringsverket så föreskriver, undersöka huruvida skäl föreligger att vidtaga åtgärd, som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller att eljest helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Befinnes åtgärd som nu sagts erforderlig, skall kassan tillse att lämplig sådan vidtages.	
För utgifter för läkarundersökning och läkarutlåtande som föranleds av undersökning enligt första stycket utgår ersättning i enlighet med vad regeringen förordnar.	

[1]) Lagen omtryckt 1982:120

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	3 kap. 7 §
Sjukpenning *utgår* vid sjukdom, *som förorsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften. Såsom sjukdom anses jämväl sådant tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som förorsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgivits och som alltjämt kvarstår efter sjukdomens upphörande.*	Sjukpenning *utges* vid sjukdom *eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan som förorsakar nedsättning av förmågan att skaffa inkomst genom arbete eller motsvarande (arbetsförmåga).*
Vid fullständig nedsättning av arbetsförmågan *utgives* hel sjukpenning. I annat fall *utgår halv sjukpenning.*	Vid fullständig nedsättning av arbetsförmågan *utges* hel sjukpenning. I annat fall *utges en fjärdedels, en halv eller tre fjärdedelars sjukpenning.*
Allmän försäkringskassa må, när skäl äro därtill, påfordra att nedsättning av arbetsförmågan styrkes genom intyg av läkare.	*Försäkringskassan beslutar om sjukpenningen.* *Den försäkrade skall på begäran av försäkringskassan styrka nedsättningen av arbetsförmågan genom ett utlåtande. Sådant utlåtande skall även innehålla uppgift om behovet av rehabiliteringsåtgärd.* *När en försäkrad uppburit sjukpenning under två månader i oavbruten följd skall ett utlåtande enligt fjärde stycket som avser tid därefter även innehålla uppgift om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd samt, om möjligt, beräknad återstående sjukdomstid med nedsatt arbetsförmåga.*
	3 kap. 7 a §
	Sjukpenning enligt 7 § utges även när den försäkrade går miste om minst en fjärdedels inkomst och bortovaron från arbetet uppgår till minst två timmar på grund av att han genomgår *1. en behandling som syftar till att förebygga sjukdom, om behandlingen har ordinerats av läkare och ingår i en av försäkringskassan godkänd behandlingsplan,*

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2. en sjukvårdsbehandling, som ingår i en av försäkringskassan godkänd behandlingsplan och som syftar till att bibehålla eller återställa arbetsförmågan, eller

3. en donatorsundersökning eller liknande undersökning. Regeringen meddelar föreskrifter om vilka undersökningar som ger rätt till sjukpenning.

Arbetstidsbortfall som är mindre än fyra timmar eller en halv normalarbetsdag sammanlagt under en period som omfattar fjorton dagar, är dock inte ersättningsberättigande.

3 kap.

8 §[2])

Vid bedömande *huruvida* fullständig nedsättning av arbetsförmågan föreligger skall, om sjukdomen kan antas vara kortvarig, särskilt beaktas *huruvida* den försäkrade på grund av *sjukdomen* är ur stånd att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete. Om den försäkrade på grund av *sjukdomen* behöver avstå från förvärvsarbete under minst *hälften* av sin normala arbetstid en viss dag, skall hans arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande mån den dagen.

Vid bedömande *om* fullständig nedsättning av arbetsförmågan föreligger skall, om sjukdomen *eller nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan* kan antas vara kortvarig, särskilt beaktas *om* den försäkrade på grund av *detta tillstånd* är ur stånd att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete. Om den försäkrade på grund av *nämnda tillstånd eller av sådan behandling eller undersökning som sägs i 7 a §* behöver avstå från förvärvsarbete under minst *en fjärdedel* av sin normala arbetstid en viss dag, skall hans arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande mån den dagen.

Är den försäkrade föremål för åtgärd av beskaffenhet, som angives i 2 kap. 11 §, skall arbetsförmågan anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är hindrad att utföra förvärvsarbete.

Om sjukdomen eller nedsättningen av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan kan antas bli långvarig eller den försäkrade bedöms inte kunna återgå till sitt arbete, skall undersökas om han efter rehabiliteringsåtgärd kan försörja sig själv genom förändrat arbete eller genom annat lämpligt arbete. Därvid skall beaktas vad som rimligen kan begäras av honom med hänsyn

[2]) Senaste lydelse 1987:223

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	till sjukdomen, eller nedsättningen av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan, hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bosättningsförhållanden och andra sådana omständigheter.

Åtnjuter den försäkrade förtidspension enligt denna lag, skall vid prövning av den försäkrades rätt till sjukpenning bedömningen av hans arbetsförmåga ske med bortseende från den nedsättning av arbetsförmågan, som ligger till grund för utgående pension.

Som sjukperiod anses tid, under vilken en försäkrad i oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 7 §.	Som sjukperiod anses tid, under vilken en försäkrad i oavbruten följd lider av sjukdom *eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan* som avses i 7 §.

3 kap.
13 §[3])

Frågor om förmåner enligt detta kapitel prövas av den allmänna försäkringskassa hos vilken den försäkrade är inskriven eller skulle ha varit inskriven, om han uppfyllt åldersvillkoret i 1 kap. 4 §. Denna försäkringskassa får dock uppdra åt en annan försäkringskassa att pröva sådana frågor med undantag av frågor som avses i 5 §.

Bestämmelserna i 2 kap. *11 och* 13 §§ tillämpas även i fråga om sjukpenning. Vid tilllämpning av 2 kap. 13 § andra stycket skall hänsyn inte tas till särskild sjukpenning enligt lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd.	Bestämmelserna i 2 kap. 13 § tillämpas även i fråga om sjukpenning. Vid tillämpning av 2 kap. 13 § andra stycket skall hänsyn inte tas till särskild sjukpenning enligt lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd.

Bestämmelserna i 3, 5 och 8 §§ i fråga om förtidspension tillämpas även där den försäkrade skulle ha erhållit sådan pension, om han varit svensk medborgare.

Har en försäkrad, utan att bestämmelserna i 3 kap. 3 § första stycket är tillämpliga, efter ingången av den månad då han uppnådde sextiofem års ålder, erhållit sjukpenning under etthundraåttio dagar, får den allmänna försäkringskassan besluta att sjukpenning inte längre skall utgå.

3 kap.
15 §[4])

Sjukpenning utgår ej för tid då den försäkrade	Sjukpenning utgår ej för tid då den försäkrade
a) fullgör värnplikts tjänstgöring eller vapenfri tjänst eller ge-	a) fullgör värnplikts tjänstgöring eller vapenfri tjänst eller ge-

[3]) Senaste lydelse 1983:1064
[4]) Senaste lydelse 1987:376

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
nomgår militär grundutbildning för kvinnor;	nomgår militär grundutbildning för kvinnor;
b) är intagen i sådant hem som avses i 12 § lagen (1980: 621) med särskilda bestämmelser om vård av unga med stöd av 1 § andra stycket 2 eller tredje stycket sagda lag;	b) är intagen i sådant hem som avses i 12 § lagen (1980: 621) med särskilda bestämmelser om vård av unga med stöd av 1 § andra stycket 2 eller tredje stycket sagda lag;
c) är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt;	c) är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt;
d) i annat fall än under b) eller c) sagts av annan orsak än sjukdom tagits om hand på det allmännas bekostnad;	d) i annat fall än under b) eller c) sagts av annan orsak än sjukdom tagits om hand på det allmännas bekostnad;
e) vistas utomlands i annat fall än då den försäkrade insjuknar medan han utför arbete som ett led i en här i riket bedriven verksamhet eller som sjöman anställd på svenskt handelsfartyg eller under sjukdom eller i fall som avses i 8 § andra stycket reser till utlandet med försäkringskassan medgivande.	e) vistas utomlands i annat fall än då den försäkrade insjuknar medan han utför arbete som ett led i en här i riket bedriven verksamhet eller som sjöman anställd på svenskt handelsfartyg eller under sjukdom eller i fall som avses i 8 § andra stycket reser till utlandet med försäkringskassans medgivande;
	f) uppbär rehabiliteringspenning.

För varje dag då en försäkrad bereds vård i ett sådant hem för vård eller boende eller familjehem enligt socialtjänstlagen (1980:620) som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol eller narkotika, skall sjukpenningen på begäran av den kommun som svarar för vårdkostnaderna minskas på det sätt som framgår av 4 § andra stycket. Det belopp som sjukpenningen minskas med skall betalas ut till kommunen.

Utan hinder av första stycket utgår sjukpenning till försäkrad som avses under c) vid sjukdom som inträffar under tid då han får vistas utom anstalt och därvid bereds tillfälle att förvärvsarbeta.

3 kap.

16 §[5])

Om en arbetstagare har rätt till lön under sjukdom enligt statliga, kommunala eller landstingskommunala bestämmelser, kan regeringen föreskriva undantag helt eller delvis från bestämmelserna om rätt till sjukpenning.	Om en arbetstagare har rätt till lön under sjukdom enligt statliga, kommunala eller landstingskommunala bestämmelser, kan regeringen föreskriva undantag helt eller delvis från bestämmelserna om rätt till sjukpenning *och rehabiliteringspenning.*
I den mån sådant undantag inte har föreskrivits får arbetsgivaren i	I den mån sådant undantag inte har föreskrivits får arbetsgivaren i

[5]) Senaste lydelse 1987:223

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
den ordning regeringen bestämmer uppbära arbetstagarens sjukpenning till den del den inte överstiger den utbetalda lönen.	den ordning regeringen bestämmer uppbära arbetstagarens sjukpenning *och rehabiliteringspenning* till den del den inte överstiger den utbetalda lönen.
En överenskommelse, som innebär att en arbetsgivare som har utgivit lön till en arbetstagare under sjukdom har rätt att uppbära dennes sjukpenning, är bindande för försäkringskassan om den har form av kollektivavtal och på arbetstagarsidan har slutits eller godkänts av en organisation som är att anse som huvudorganisation. Ett sådant kollektivavtal får en arbetsgivare som är bunden av avtalet efter överenskommelse åberopa även i fråga om arbetstagare som inte omfattas av avtalet men sysselsätts i arbete som avses i det. Regeringen får meddela föreskrifter om sjukpenningberäkning och handläggning av sjukfall för arbetstagare hos staten som omfattas av sådant avtal.	En överenskommelse, som innebär att en arbetsgivare som har utgivit lön till en arbetstagare under sjukdom har rätt att uppbära dennes sjukpenning *eller rehabiliteringspenning*, är bindande för försäkringskassan om den har form av kollektivavtal och på arbetstagarsidan har slutits eller godkänts av en organisation som är att anse som huvudorganisation. Ett sådant kollektivavtal får en arbetsgivare som är bunden av avtalet efter överenskommelse åberopa även i fråga om arbetstagare som inte omfattas av avtalet men sysselsätts i arbete som avses i det. Regeringen får meddela föreskrifter om sjuk- *och rehabiliteringspenningberäkning* och handläggning av sjukfall för arbetstagare hos staten som omfattas av sådant avtal.
Regeringen får även meddela föreskrifter om sjukpenningberäkning för arbetstagare med statligt reglerad anställning som är anställda hos en annan arbetsgivare än staten och som omfattas av sådant kollektivavtal som anges i tredje stycket.	Regeringen får även meddela föreskrifter om sjuk- *och rehabiliteringspenningberäkning* för arbetstagare med statligt reglerad anställning som är anställda hos en annan arbetsgivare än staten och som omfattas av sådant kollektivavtal som anges i tredje stycket.

Har en försäkrad drabbats av sjukdom utom riket och därvid erhållit underhåll genom utrikesförvaltningens försorg får förvaltningen i den ordning regeringen bestämmer från försäkringskassan erhålla den försäkrades sjukpenning, i den mån den inte överstiger vad som har utgivits i underhåll.

3 kap.
17 §

Sjukpenning får, om omständigheterna motiverar det, dras in eller sättas ned om en försäkrad

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
a) vägrar att ta emot besök av en person, som fått i uppdrag av försäkringskassan att utreda rätten till sjukpenning eller behovet av rehabiliteringsåtgärd,	
b) underlåter att meddela försäkringskassan sin vistelseadress när han under sjukdomsfall vistas annat än tillfälligt på annan adress än den som angetts till kassan,	
c) underlåter att enligt 6 § första stycket anmäla sådan ändring, som är av betydelse för rätten till sjukpenning eller för sjukpenningens storlek.	
Angående nedsättning eller indragning i andra fall av ersättning som här avses stadgas i 20 kap. 3 §.	
6 kap. 2 §[6])	
Ålderspension utgör, där ej annat följer av vad i andra stycket samt 3 och 4 §§ sägs, för år räknat nittio procent eller, för gift försäkrad vars make åtnjuter folkpension i form av ålderspension eller förtidspension eller äger rätt till pension enligt i första stycket, sjuttioåtta och en halv procent av basbeloppet. Åtnjuter maken enligt 7 kap. 2 § andra *eller tredje* stycket *två tredjedelar* av hel förtidspension *eller halv förtidspension*, utgår dock ålderspension *i förra fallet med åttiofyra och en tredjedels och i senare fallet med åttiosju och en fjärdedels* procent av basbeloppet.	Ålderspension utgör, där ej annat följer av vad i andra stycket samt 3 och 4 §§ sägs, för år räknat nittio procent eller, för gift försäkrad vars make åtnjuter folkpension i form av ålderspension eller förtidspension eller äger rätt till pension enligt i första stycket, sjuttioåtta och en halv procent av basbeloppet. Åtnjuter maken enligt 7 kap. 2 § andra stycket *en fjärdedel, hälften eller tre fjärdedelar* av hel förtidspension, utgår dock ålderspension *med 91,63, 87,25 eller 82,88* procent av basbeloppet.

Börjar ålderspension utgå tidigare än från och med månad varunder den försäkrade fyller sextiofem år, skall pensionen minskas med fem tiondels procent för varje månad, som då pensionen börjar utgå återstår till ingången av den månad varunder den försäkrade fyller sextiofem år. Om pensionen börjar utgå senare än från och med sistnämnda månad, ökas pensionen med sex tiondels procent för varje månad, som då pensionen börjar utgå förflutit från ingången av den månad varunder den försäkrade uppnådde nämnda ålder; härvid må hänsyn dock ej tagas till

[6]) Senaste lydelse 1983:960

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

tid efter ingången av den månad, under vilken den försäkrade fyllt sjuttio år och ej heller till tid, då den försäkrade åtnjutit tilläggspension i form av ålderspension eller icke varit berättigad till folkpension.

7 kap.

1 §

Rätt till folkpension i form av förtidspension tillkommer försäkrad, som fyllt sexton år och som ej åtnjuter ålderspension enligt denna lag, för tid före den månad då han fyller sextiofem år, därest hans arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst hälften och nedsättningen kan anses varaktig.

Rätt till förtidspension tillkommer även försäkrad, som fyllt sextio år och som till följd av arbetslöshet uppburit ersättning från erkänd arbetslöshetskassa under den längsta tid sådan ersättning kan utgå eller uppburit kontant arbetsmarknadsstöd enligt lagen (1973:371) om kontant arbetsmarknadsstöd under fyrahundrafemtio dagar, därest hans möjlighet att bereda sig fortsatt inkomst genom sådant arbete som han tidigare utfört eller genom annat för honom tillgängligt arbete är nedsatt med minst hälften och nedsättningen kan anses varaktig. Rätt till förtidspension enligt vad nu sagts tillkommer försäkrad som uppburit kontant arbetsmarknadsstöd utan hinder av att stödet ej utgått under fyrahundrafemtio dagar, såvida han dessförinnan uttömt sin rätt till stöd.

Rätt till folkpension i form av förtidspension tillkommer försäkrad, som fyllt *tjugofem år eller, om synnerliga skäl föreligger,* sexton år och som ej åtnjuter ålderspension enligt denna lag, för tid före den månad då han fyller sextiofem år, därest hans arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst *en fjärdedel* och nedsättningen kan anses varaktig.

Rätt till förtidspension tillkommer även försäkrad, som fyllt sextio år och som till följd av arbetslöshet uppburit ersättning från erkänd arbetslöshetskassa under den längsta tid sådan ersättning kan utgå eller uppburit kontant arbetsmarknadsstöd enligt lagen (1973:371) om kontant arbetsmarknadsstöd under fyrahundrafemtio dagar, därest hans möjlighet att bereda sig fortsatt inkomst genom sådant arbete som han tidigare utfört eller genom annat för honom tillgängligt arbete är nedsatt med minst *en fjärdedel* och nedsättningen kananses varaktig. Rätt till förtidspension enligt vad nu sagts tillkommer försäkrad som uppburit kontant arbetsmarknadsstöd utan hinder av att stödet ej utgått under fyrahundrafemtio dagar, såvida han dessförinnan uttömt sin rätt till stöd.

Kan nedsättning av arbetsförmågan icke anses varaktig men kan den antagas bliva bestående avsevärd tid, äger den försäkrade rätt till folk-

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

pension i form av sjukbidrag. Sådant bidrag skall vara begränsat till viss tid; och skall i övrigt vad som är stadgat om förtidspension enligt första stycket gälla beträffande sjukbidrag.

2 §

Försäkrad, vars förmåga eller möjlighet att bereda sig inkomst genom arbete är, till följd av förhållande som avses i 1 §, nedsatt i sådan grad att intet eller endast en ringa del därav återstår, erhåller hel förtidspension.

Är den försäkrades arbetsförmåga eller möjlighet att bereda sig inkomst genom arbete nedsatt i mindre grad men likväl med avsevärt mer än hälften, utgår två tredjedelar av hel förtidspension.

I *övriga* fall *utgives halv* förtidspension.

I *annat* fall *utges en fjärdedel, hälften eller tre fjärdedelar av hel* förtidspension.

3 §

Vid bedömande i vad mån arbetsförmågan är nedsatt skall beaktas den försäkrades förmåga att vid den nedsättning av prestationsförmågan, varom är fråga, bereda sig inkomst genom sådant arbete, som motsvarar hans krafter och färdigheter och som rimligen kan begäras av honom med hänsyn till hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bosättningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter. Bedömningen skall göras efter samma grunder oavsett arten av den föreliggande nedsättningen av prestationsförmågan. I fråga om äldre försäkrad skall bedömningen främst avse hans förmåga och möjlighet att bereda sig fortsatt inkomst genom sådant arbete som han tidigare utfört eller genom annat för honom tillgängligt lämpligt arbete. Med inkomst av arbete likställes i skälig omfattning värdet av hushållsarbete i hemmet.

Är den försäkrade föremål för åtgärd av beskaffenhet, som angives i *2* kap. *11 §*, skall arbetsförmågan under tiden för åtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är hindrad att utföra förvärvsarbete.

Är den försäkrade föremål för åtgärd av beskaffenhet, som angives i *22* kap. *9 §*, skall arbetsförmågan under tiden för åtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är hindrad att utföra förvärvsarbete.

4 §[7])

Hel förtidspension utgör, där ej annat följer av vad i andra stycket sägs, för år räknat nittiosex eller, för gift försäkrad vars make åtnjuter folkpension i form av ålderspension eller förtidspension eller

Hel förtidspension utgör, där ej annat följer av vad i andra stycket sägs, för år räknat nittiosex eller, för gift försäkrad vars make åtnjuter folkpension i form av ålderspension eller förtidspension eller

[7]) Senaste lydelse 1983:960

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
äger rätt till pension enligt 6 kap. 1 § första stycket, *sjuttioåtta och en halv* procent av basbeloppet. Åtnjuter båda makarna förtidspension och är pensionen för endera eller båda sådan som i 2 § andra *eller tredje* stycket sägs, skall dock vid beräkning av pension hel förtidspension utgöra, om *två tredjedelar* av hel förtidspension utgår till andra maken, *åttiofyra och en tredjedels* och, om *halv* förtidspension utgår till denne, *åttiosju och en fjärdedels* procent av basbeloppet.	äger rätt till pension enligt 6 kap. 1 § första stycket, *78,5* procent av basbeloppet. Åtnjuter båda makarna förtidspension och är pensionen för endera eller båda sådan som sägs i 2 § andra stycket, skall dock vid beräkning av pension hel förtidspension utgöra, om *en fjärdedel* av hel förtidspension utgår till andra maken, *91,63 procent*, om halv förtidspension utgår till denne, *87,25 procent* och, om *tre fjärdedelar av hela förtidspension utgår till den andre maken, 82,88* procent av basbeloppet.

Om förtidspension utgår för tid efter det att ålderspension med stöd av 6 kap. 3 § upphört att utgå, skall förtidspensionen minskas med motsvarande tillämpning av bestämmelserna i 6 kap. 3 och 4 §§.

11 kap.

2 §[8])

Med inkomst av anställning avses den lön i pengar eller skattepliktiga naturaförmåner, som en försäkrad har fått såsom arbetstagare i allmän eller enskild tjänst. Till sådan inkomst räknas dock inte från en och samme arbetsgivare utgiven lön som under ett år ej uppgått till 1 000 kronor. I fråga om arbete som har utförts utomlands bortses vid beräkningen av pensionsgrundande inkomst från sådana lönetillägg som betingas av ökade levnadskostnader och andra särskilda förhållanden i sysselsättningslandet. Såsom inkomst av anställning anses även	Med inkomst av anställning avses den lön i pengar eller skattepliktiga naturaförmåner, som en försäkrad har fått såsom arbetstagare i allmän eller enskild tjänst. Till sådan inkomst räknas dock inte från en och samme arbetsgivare utgiven lön som under ett år ej uppgått till 1 000 kronor. I fråga om arbete som har utförts utomlands bortses vid beräkningen av pensionsgrundande inkomst från sådana lönetillägg som betingas av ökade levnadskostnader och andra särskilda förhållanden i sysselsättningslandet. Såsom inkomst av anställning anses även
a) sjukpenning enligt denna lag eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning som utgår enligt annan författning eller på grund av regeringens förordnande, i den mån ersättningen träder i stället för försäkrads inkomst såsom ar-	a) sjukpenning *eller rehabiliteringspenning* enligt denna lag eller sjukpenning enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning som utgår enligt annan författning eller på grund av regeringens förordnande, i den mån ersättningen träder i

[8]) Senaste lydelse 1988:667

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
betstagare i allmän eller enskild tjänst.	stället för försäkrads inkomst såsom arbetstagare i allmän eller enskild tjänst.
13 kap.	
1 §	
Rätt till tilläggspension i form av förtidspension tillkommer enligt vad nedan sägs försäkrad, som ej åtnjuter ålderspension enligt denna lag, för tid före den månad då han fyller sextiofem år, därest hans arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst hälften och nedsättningen kan anses varaktig samt den försäkrade äger tillgodoräkna sig pensionspoäng för tid före det år, varunder pensionsfallet inträffat. Även om nedsättning av arbetsförmåga som nyss sagts icke föreligger, skall äldre försäkrad under de närmare förutsättningar som angivas i 7 kap. 1 § andra stycket äga rätt till förtidspension, därest han är varaktigt arbetslös.	Rätt till tilläggspension i form av förtidspension tillkommer enligt vad nedan sägs försäkrad, som ej åtnjuter ålderspension enligt denna lag, för tid före den månad då han fyller sextiofem år, därest hans arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst *en fjärdedel* och nedsättningen kan anses varaktig samt den försäkrade äger tillgodoräkna sig pensionspoäng för tid före det år, varunder pensionsfallet inträffat. Även om nedsättning av arbetsförmåga som nyss sagts icke föreligger, skall äldre försäkrad under de närmare förutsättningar som angivas i 7 kap. 1 § andra stycket äga rätt till förtidspension, därest han är varaktigt arbetslös.
Kan nedsättning av arbetsförmågan icke anses varaktig men kan den antagas *bliva* bestående avsevärd tid, äger den försäkrade rätt till tilläggspension i form av sjukbidrag. Sådant bidrag skall vara begränsat till viss tid och skall i övrigt vad som är stadgat om förtidspension enligt första stycket första punkten gälla beträffande sjukbidrag.	Kan nedsättning av arbetsförmågan icke anses varaktig men kan den antagas *bli* bestående avsevärd tid, äger den försäkrade rätt till tilläggspension i form av sjukbidrag. Sådant bidrag skall vara begränsat till viss tid och skall i övrigt vad som är stadgat om förtidspension enligt första stycket första punkten gälla beträffande sjukbidrag.

Vad i 7 kap. 2 och 3 §§ stadgas skall äga motsvarande tilllämpning beträffande förtidspension enligt detta kapitel.

18 kap.	
21 §[9])	
En socialförsäkringsnämnd avgör frågor om rätt till	En socialförsäkringsnämnd avgör frågor om rätt till

[9]) Senaste lydelse 1986:140

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1. förtidspension med undantag av ärenden som avses i 7 kap. 1 § andra stycket,	1. förtidspension med undantag av ärenden som avses i 7 kap. 1 § andra stycket,
	2. rehabiliteringsersättning i ärenden som avses i 22 kap. 9 § andra stycket,
	3. ersättning för rehabiliteringsåtgärd som avses i 22 kap. 16 §, om ersättningsbeloppet beräknas överstiga tre basbelopp,
2. handikappersättning,	*4.* handikappersättning,
3. vårdbidrag.	*5.* vårdbidrag.

Socialförsäkringsnämnden avgör även frågor om rätt till förmåner enligt vad som föreskrivs i andra författningar.

Socialförsäkringsnämnden utfärdar kallelse till sådan överläggning som avses i 22 kap. 5 §.

Socialförsäkringsnämnden skall vidare ägna särskild uppmärksamhet åt ärenden som rör en försäkrads rehabilitering och därvid avgöra frågor som är av principiell betydelse.

Socialförsäkringsnämnden är beslutför då minst fyra ledamöter är närvarande.

I övrigt skall vad i 8-10 §§ föreskrivs med avseende på styrelse ha motsvarande tilllämpning med avseende på socialförsäkringsnämnden. Har föredraganden från beslutet avvikande mening skall denna antecknas till protokollet.

20 kap.

3 §

Ersättning enligt denna lag *må indragas eller skäligen nedsättas*, om den som är berättigad till ersättningen	Ersättning enligt denna lag *får dras in eller sättas ned*, om den som är berättigad till ersättningen
a) uppsåtligen åsamkat sig sjukdom eller skada, som orsakat den utgift eller nedsättning av arbetsförmågan, för vilken ersättning begäres;	a) uppsåtligen åsamkat sig sjukdom eller skada, som orsakat den utgift eller nedsättning av arbetsförmågan, för vilken ersättning begäres;
b) ådragit sig sjukdomen eller skadan vid förövandet av handling, för vilken ansvar genom lagakraftägande dom ådömts honom;	b) ådragit sig sjukdomen eller skadan vid förövandet av handling, för vilken ansvar genom lagakraftägande dom ådömts honom;
c) vägrar att underkasta sig un-	c) vägrar att underkasta sig un-

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
dersökning av läkare eller att följa läkares föreskrifter eller eljest gör sig skyldig till grov ovarsamhet ur hälsosynpunkt;	dersökning av läkare eller att följa läkares föreskrifter *eller uppgjord behandlingsplan* eller eljest gör sig skyldig till grov ovarsamhet ur hälsosynpunkt;
d) medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktig eller vilseledande uppgift angående förhållande, som är av betydelse för rätten till ersättning.	d) medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktig eller vilseledande uppgift angående förhållande, som är av betydelse för rätten till ersättning.
Vägrar försäkrad utan giltig anledning att underkasta sig åtgärd av beskaffenhet som avses i 2 kap. 11 § må sjukpenning eller förtidspension helt eller delvis tills vidare förvägras honom, under förutsättning att han erinrats om denna påföljd.	*Sjukpenning eller rehabiliteringsersättning eller annan ersättning enligt 22 kap., eller förtidspension, får dras in eller sättas ned tills vidare, om den försäkrade utan giltig anledning* *1. vägrar att ta emot besök av en person, som fått i uppdrag av försäkringskassan att utreda rätten till ersättning eller behovet av rehabiliteringsåtgärd,* *2. vägrar att lämna information som behövs för att klarlägga behovet av rehabiliteringsåtgärd,* *3. vägrar att medverka i en sådan rehabiliteringsåtgärd som avses i 22 kap. 9 §,* *4. underlåter att anmäla ändring som är av betydelse för rätten till ersättning eller för ersättningens storlek,* *5. underlåter att meddela försäkringskassan sin vistelseadress när han under sjukdomsfall vistas annat än tillfälligt på annan adress än den som angetts till kassan.* *Vad som sägs i andra stycket gäller endast om den försäkrade erinrats om påföljden.*

20 kap.
9 §

Statliga och kommunala myndigheter ävensom arbetsgivare och försäkringsinrättningar äro pliktiga att på begäran lämna försäkringsdomstol, riksförsäkringsverket, allmän försäkringskassa eller lokalt organ

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

som i 1 kap. 2 § sägs uppgift för namngiven person rörande förhållande, som är av betydelse för tillämpningen av denna lag.

Arbetsgivare, som underlåter att fullgöra honom enligt första stycket åvilande uppgiftsskyldighet, straffes med böter, högst etthundra kronor.

En arbetsgivare döms till böter, högst ettusen kronor, om han uppsåtligen eller av grov oaktsamhet underlåter

att fullgöra uppgiftsskyldighet enligt första stycket,

att genomföra en arbetsplatsutredning enligt 22 kap. 4 § eller att underrätta försäkringskassan om resultatet av en sådan utredning,

att utse en kontaktperson i rehabiliteringsfrågor enligt 22 kap. 4 §, eller

att upprätta en rehabiliteringsplan enligt 22 kap. 7 § när detta ålagts honom.

OM REHABILITERING

22 kap.

1 §

Med rehabilitering avses i denna lag en sammanhängande process som syftar till att återge den som drabbats av sjukdom eller av annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett självständigt liv.

En rehabiliteringsåtgärd kan avse förändringar av den försäkrades arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art.

Rehabiliteringsåtgärden skall planeras efter samråd med den försäkrade och utgå från hans individuella förutsättningar och behov.

2 §

Försäkringskassan skall efter samråd med den försäkrade snarast tillse att hans behov av rehabili-

Nuvarande lydelse	Föreslagen lydelse
	teringsåtgärder klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.
	Försäkringskassan skall samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganistion, hälso- och sjukvården, arbetsmarknadsmyndigheterna, socialtjänsten och andra samhällsorgan som kan vara berörda, om den försäkrade medger det, och därvid verka för att dessa, var och en inom sitt ansvarsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.
	Försäkringskassan skall tillse att rehabiliteringsarbetet påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt.
	3 §
	Den försäkrade skall lämna den information som erfordras för att klarlägga hans behov av rehabiliteringsåtgärder samt efter bästa förmåga aktivt medverka i en rehabiliteringsåtgärd som tillhandahålls honom.
	4 §
	Den försäkrades arbetsgivare skall svara för att den försäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder snarast klarläggs samt att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.
	Om det inte framstår som obehövligt skall arbetsgivaren genomföra en arbetsplatsutredning
	1. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av sjukledighetsperioder eller när han under en längre tid har varit deltidssjukledig, eller
	2. när den försäkrade har varit helt sjukledig längre tid än fyra veckor i följd, eller

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3. när den försäkrade begär det.

Försäkringskassan skall överta ansvaret för arbetsplatsutredningen, om det finns skäl till det.

Utredningen skall genomföras efter samråd med den försäkrade samt med hans arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Försäkringskassan skall underrättas om resultatet av arbetsplatsutredningen.

Vid varje arbetsställe där det finns en skyddskommitté skall det finnas en kontaktperson i rehabiliteringsfrågor.

5 §

Arbetsgivare är skyldig att delta i överläggningar med försäkringskassan om åtgärder för att förändra arbetsförhållandena för en försäkrad som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.

Till överläggning enligt första stycket skall kallas arbetsgivaren och den försäkrade samt berörda arbetstagarorganisationer. Andra myndigheter eller organisationer, vars närvaro försäkringskassan finner erforderlig, kan kallas till överläggningen. Kallelse av arbetsgivaren kan förenas med vite. Kallelse utfärdas av socialförsäkringsnämnden.

När det föreligger skäl till det skall försäkringskassan, på grundval av vad som förekommit vid överläggningen enligt första stycket, meddela arbetsgivaren anvisningar beträffande åtgärder som bör vidtas så att arbetsförhållandena kan anpassas efter den försäkrades arbetsförmåga.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	6 §
	Hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndighet skall svara för att behovet av rehabiliteringsåtgärder snarast klarläggs för försäkrad som myndigheten är i kontakt med samt att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.
	Om det inte framstår som obehövligt skall myndigheten genomföra en rehabiliteringsutredning. Utredningen skall genomföras efter samråd med den försäkrade, som också får påkalla en sådan utredning.
	Försäkringskassan skall underrättas om resultatet av rehabiliteringsutredningen.
	7 §
	Är den försäkrade i behov av rehabiliteringsåtgärd, som medför rätt till ersättning enligt 22 kap., skall försäkringskassan tillse att det snarast upprättas en rehabiliteringsplan av den som inledningsvis skall ha huvudansvaret för rehabiliteringen. Vid upprättandet av planen skall försäkringskassan, den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, arbetsmarknadsmyndighet och annan berörd myndighet medverka i den mån det är erforderligt. Planen skall upprättas efter samråd med den försäkrade.
	Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsplanen, om det finns skäl till det.
	Rehabiliteringsplanen skall ange de rehabiliteringsåtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	för rehabiliteringen samt uppgifter i övrigt som är av betydelse för rehabiliteringens genomförande. Planen skall även innehålla uppgift om den ersättning som beräknas utgå under rehabiliteringstiden.
	Rehabiliteringsplanen skall godkännas av försäkringskassan.
	Kan en rehabiliteringsplan inte upprättas senast sex månader efter insjuknandedagen, skall underrättelse lämnas till socialförsäkringsnämnden, om det inte framstår som obehövligt.
	Försäkringskassan skall fortlöpande tillse att rehabiliteringsplanen följs samt att det vid behov görs erforderliga ändringar i den.
	8 §
	Kan rehabiliteringsarbetet inte påbörjas inom ett år från insjuknandedagen, eller om företagna rehabiliteringsåtgärder inte undanröjer en nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga, skall försäkringskassan pröva om arbetsförmågan är nedsatt på sådant sätt att bestämmelserna i 7 kap. om förtidspension och sjukbidrag kan komma i fråga.
	9 §
	Rehabiliteringsersättning utges när en försäkrad på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan deltar i en arbetslivsinriktad rehabilite ringsåtgärd, som avser att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av hans arbetsförmåga, om den försäkrade därigenom går miste om en inkomst om minst en fjärdedel.
	Utan hinder av vad som sägs i första stycket utges rehabiliterings-

Nuvarande lydelse	Föreslagen lydelse
	ersättning till försäkrad som inte fyllt 25 år och som inte åtnjuter förtidspension enligt denna lag, om hans arbetsförmåga på grund av ett handikapp är nedsatt med minst en fjärdedel och nedsättningen kan anses varaktig.
	Rehabiliteringsersättning består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.
	Rehabiliteringsersättning utbetalas efter ansökan av den försäkrade, om en godkänd rehabiliteringsplan föreligger. Beslut om rehabiliteringsersättning enligt andra stycket meddelas av socialförsäkringsnämnd.
	10 §
	Rehabiliteringspenningen utgör ersättning för den inkomstförlust som den försäkrade drabbas av genom att han deltar i rehabiliteringsåtgärden.
	Om det rehabiliteringsarbete den försäkrade deltar i skulle gett en högre inkomst än hans vanliga arbete, består inkomstförlusten av skillnaden mellan vad han uppbär och vad han skulle uppburit, om han arbetat med hel arbetsförmåga i rehabiliteringsarbetet. Om rehabiliteringsarbetet ger en lägre inkomst än hans vanliga arbete, består inkomstförlusten av skillnaden mellan vad han uppbär och vad han skulle uppburit i det vanliga arbetet.
	Om den försäkrade inte innehar ett förvärvsarbete, utgör rehabiliteringspenning för hel dag 100 procent av den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365. Rehabiliteringspenningen avrundas till närmaste hela krontal.
	Rehabiliteringspenningen uppgår dock lägst till det belopp den för-

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

säkrade enligt 11 § är berättigad till.

11 §

Finns det för den försäkrade inte fastställt någon sjukpenninggrundande inkomst, utgörs rehabiliteringspenningen av ett belopp som regeringen i särskild ordning bestämmer.

12 §

För försäkrad som avses i 9 § andra stycket och vars arbetsförmåga är nedsatt i sådan grad att intet eller endast en ringa del därav återstår utgörs rehabiliteringspenningen av ett belopp som svarar mot folkpension enligt 7 kap. 4 § jämte pensionstillskott enligt 2 a § lagen (1969:205) om pensionstillskott. I annat fall utgörs rehabiliteringspenningen av en fjärdedel, hälften eller tre fjärdedelar av beloppet, beroende på nedsättningens omfattning. Deltar den försäkrade i rehabiliteringsåtgärd enligt 9 § skall arbetsförmågan under tiden för åtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är hindrad att utföra förvärvsarbete. Vid sådant förhållande utges rehabiliteringspenning med det högsta belopp han enligt 10-12 §§ är berättigad till.

13 §

Under rehabiliteringstiden utges ett särskilt bidrag för kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen i enlighet med vad regeringen förordnar.

Det särskilda bidraget utbetalas av försäkringskassan.

14 §

När rehabiliteringsarbetet utförs hos en arbetsgivare på arbetsmark-

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

naden och beräknas pågå under minst en kalendermånad, kan försäkringskassan träffa avtal med arbetsgivaren om att denne skall betala ut rehabiliteringspenningen till den försäkrade. I andra fall utbetalas rehabiliteringspenningen av försäkringskassan.

Vid utgången av varje kalendermånad skall försäkringskassan ersätta arbetsgivaren med så mycket som denne visar sig under månaden ha utbetalat i rehabiliteringspenning till den försäkrade.

15 §

För att underlätta återgång till arbete i anslutning till ett sjukdomsfall kan ersättning lämnas för den försäkrades merkostnader för resor till och från arbetet, om dessa inte framstår som uppenbart orimliga. Kostnaderna skall ha uppkommit på grund av att den försäkrades hälsotillstånd inte tillåter honom att utnyttja det färdsätt som han normalt använder för sådana resor.

16 §

Ersättning kan lämnas för en rehabiliteringsåtgärd som inte annan myndighet har att svara för och som framstår som väsentlig för att en försäkrad helt eller delvis skall kunna återföras till förvärvsarbete, om kostnaderna för åtgärden inte beräknas bli större än vad kassans utgifter för sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjukbidrag eller förtidspension skulle blivit.

17 §

För en försäkrad som har ett funktionshinder och som innehar anställning eller är egen företagare eller fri yrkesutövare, kan bidrag lämnas till arbetshjälpmedel i enlighet med vad regeringen förordnar.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	18 §
	Om en följeslagares närvaro bedöms som nödvändig när en försäkrad deltar i en rehabiliteringsåtgärd, utges ersättning till följeslagaren i enlighet med vad regeringen förordnar.
	19 §
	Den som får rehabiliteringsersättning får behålla ersättningen vid
	1. ledighet för tillfällig vård av barn i samma omfattning som rätt till tillfällig föräldrapenning föreligger enligt 4 kap. 10-12 §§,
	2. ledighet för att fullgöra uppdrag i en elevorganisation under högst sammanlagt 10 dagar per år,
	3. kortvarig ledighet för enskild angelägenhet av vikt, och
	4. ledighet på grund av uppehåll i rehabiliteringen enligt föreskrifter som riksförsäkringsverket meddelar.
	Ledighet beviljas där rehabiliteringsåtgärden utförs.
	20 §
	För varje dag då en försäkrad får sjukhusvård skall rehabiliteringspenningen minskas med 55 kr., dock med högst en tredjedel av rehabiliteringspenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskningen sker avrundas till närmast lägre hela krontal.
	Bereds en försäkrad vård i ett sådant hem för vård eller boende eller familjehem enligt socialtjänstlagen (1980:620) som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol, narkotika eller motsvarande, skall rehabiliteringspenningen på begäran av den kommun som svarar för vårdkostnaderna minskas på det

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	sätt som framgår av första stycket. Det belopp som rehabiliteringspenningen minskas med skall betalas ut till kommunen.
	21 §
	Rehabiliteringspenningen skall minskas med det belopp den försäkrade får som
	1. annan pension enligt denna lag än barnpension,
	2. annan pensionsförmån enligt denna lag än handikappersättning,
	3. hustrutillägg enligt lagen (1962:392) om hustrutillägg och kommunalt bostadstillägg till folkpension,
	4. sjukpenning eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning enligt någon annan författning,
	5. föräldrapenning,
	6. studiehjälp, studiemedel, korttidsstudiestöd eller särskilt vuxenstudiestöd enligt studiestödslagen (1973:349) som har er hållits för samma tid som rehabiliteringsersättning,
	7. dagpenning enligt förordningen (1987:406) om arbetsmarknadsutbildning.
	Rehabiliteringspenning lämnas dock alltid med lägst tio kronor per dag.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1990.

2 Förslag till
Lag om ändring i lagen (1981:691) om socialavgifter

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1981:691) om socialavgifter att 2 kap. 4 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap. 4 §[1])	
Vid bestämmande av avgiftsunderlaget skall bortses från	Vid bestämmande av avgiftsunderlaget skall bort ses från
1. ersättning till en och samme arbetstagare om den under året inte uppgått till 1 000 kronor,	1. ersättning till en och samme arbetstagare om den under året inte uppgått till 1 000 kronor,
2. ersättning till arbetstagare som vid årets ingång fyllt 65 år,	2. ersättning till arbetstagare som vid årets ingång fyllt 65 år,
3. ersättning till arbetstagare vid sjukdom eller ledighet för vård av barn eller med anledning av barns födelse, till den del ersättningen motsvarar sjukpenning eller föräldrapenning som arbetsgivare får uppbära enligt 3 kap. 16 § eller 4 kap. 20 § lagen (1962:381) om allmän försäkring,	3. ersättning till arbetstagare vid sjukdom eller ledighet för vård av barn eller med anledning av barns födelse, till den del ersättningen motsvarar sjukpenning, *rehabiliteringspenning* eller föräldrapenning som arbetsgivare får uppbära enligt 3 kap. 16 §, 4 kap. 20 § *eller 22 kap. 14 §* lagen (1962:381) om allmän försäkring,
4. uppdragsersättning för vilken bevillningsavgift har erlats enligt lagen (1908:128) om bevillningsavgifter för särskilda förmåner och rättigheter,	4. uppdragsersättning för vilken bevillningsavgift har erlats enligt lagen (1908:128) om bevillningsavgifter för särskilda förmåner och rättigheter,
5. ersättning som en arbetsgivare utgett till barn för arbete som utförts i hans förvärvsverksamhet i de fall avdrag för ersättningen inte får göras vid inkomsttaxeringen,	5. ersättning som en arbetsgivare utgett till barn för arbete som utförts i hans förvärvsverksamhet i de fall avdrag för ersättningen inte får göras vid inkomsttaxeringen,
6. ersättning till den del denna motsvarar kostnader i arbetet som arbetstagare haft att täcka med ersättningen,	6. ersättning till den del denna motsvarar kostnader i arbetet som arbetstagare haft att täcka med ersättningen,
7. ersättning för tjänst göring i verkskydd enligt 47 § tredje stycket civilförsvarslagen (1960:74), i den mån ersättningen utgör eller motsvarar dagpenning;	7. ersättning för tjänst göring i verkskydd enligt 47 § tredje stycket civilförsvarslagen (1960:74), i den mån ersättningen utgör eller motsvarar dagpenning;
8. ersättning för arbete som har utförts utomlands, till den del denna inte räknas som lön enligt 11 kap. 2 § första stycket lagen om allmän försäkring,	8. ersättning för arbete som har utförts utomlands, till den del denna inte räknas som lön enligt 11 kap. 2 § första stycket lagen om allmän försäkring,
9. ersättning för skiljemannauppdrag i fall där parterna i skil-	9. ersättning för skiljemannauppdrag i fall där parterna i skil-

[1]) Senaste lydelse 1987:1210

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
jeförfarandet är av utländsk nationalitet,	jeförfarandet är av utländsk nationalitet,
10. ersättning som på grund av bestämmelserna i 4 eller 5 § lagen (1984:947) om beskattning av utländska forskare vid tillfälligt arbete i Sverige inte utgör skattepliktig intäkt.	10. ersättning som på grund av bestämmelserna i 4 eller 5 § lagen (1984:947) om beskattning av utländska forskare vid tillfälligt arbete i Sverige inte utgör skattepliktig intäkt.

Bestämmelsen i första stycket 6 är tillämplig endast om kostnaderna kan beräknas uppgå till minst 10 procent av arbetstagarens ersättning från arbetsgivaren under utgiftsåret. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får fastställa schablon för beräkning av arbetstagares kostnader i viss verksamhet.

I fråga om inkomst från fåmansföretag skall föreskrifterna i punkt 13 av anvisningarna till 32 § kommunalskattelagen (1928:370) tillämpas vid bestämmande av avgiftsunderlaget.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1990.

3 Förslag till Lag om ändring i arbetsmiljölagen (1977:1160)

Härigenom föreskrivs i fråga om arbetsmiljölagen (1977:1160) att det i lagen skall införas en ny paragraf, 2 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 a §
	Arbetsgivaren skall i frågor som rör en arbetstagares rehabilitering samverka med hans arbetstagarorganisation, försäkringskassan, hälso- och sjukvården, arbetsmarknadsmyndigheterna, socialtjänsten och andra samhällsorgan eller organisationer som kan vara berörda, om arbetstagaren medger det.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1990.

4 Förslag till
Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (1980:620) att 9 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
9 §	
Socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.	*Nämnden skall i frågor som rör den enskildes rehabilitering samverka med hans arbetsgivare och arbetstagarorganisation, försäkringskassan, hälso- och sjukvården, arbetsmarknadsmyndigheterna och andra samhällsorgan eller organisationer som kan vara berörda, om den enskilde medger det.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1990.

5 Förslag till
Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att det i lagen skall införas en ny paragraf, 2 c §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 c §	
	I frågor som rör sjukdomsförebyggande åtgärder och rehabilitering skall hälso- och sjukvården, om patienten medger det, i erforderlig utsträckning samverka med patientens arbetsgivare och arbetstagarorganisation, försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheterna, socialtjänsten och andra samhällsorgan eller organisationer som kan vara berörda.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1990.

6 Förslag till
Förordning om ändring i rehabiliteringsförordningen (1987:221)

Härigenom föreskrivs i fråga om rehabiliteringsförordningen (1987:221) att 5 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
5 §	
Råder det tvekan om behovet eller inriktningen av rehabiliteringen, bör myndigheten så snart som möjligt samråda med statens arbetsmarknadsnämnd.	*Myndigheten skall i frågor som rör en arbetstagares rehabilitering samverka med hans arbetstagarorganisation, försäkringskassan, hälso- och sjukvården, arbetsmarknadsmyndigheterna, socialtjänsten och andra samhällsorgan eller organisationer som kan vara berörda, om arbetstagaren medger det.*

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1990.

7 Förslag till
Lag om ändring i lagen (1973:370) om arbetslöshetsförsäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1973:370) om arbetslöshetsförsäkring[1]) att 7 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 §[2])	
Med tid under vilken en försäkrad enligt 6 § skall ha utfört förvärvsarbete jämställs tid då den försäkrade	Med tid under vilken en för säkrad enligt 6 § skall ha utfört förvärvsarbete jämställs tid då den försäkrade
1. genomgått arbetsmarknadsutbildning eller *yrkesinriktad* rehabilitering för vilken statligt utbildningsbidrag utgått,	1. genomgått arbetsmarknadsutbildning eller rehabilitering för vilken statligt utbildningsbidrag *eller rehabiliteringsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring* utgått,
2. fullgjort värnplikt eller åtnjutit föräldrapenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, i båda fallen dock tillsammans högst två månader,	2. fullgjort värnplikt eller åtnjutit föräldrapenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, i båda fallen dock tillsammans högst två månader,

[1]) Lagen omtryck 1982:432
[2]) Senaste lydelse 1986:409

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3. haft semester, eller	3. haft semester, eller
4. eljest varit ledig av annan anledning än sjukdom, värnpliktstjänstgöring eller barns födelse med helt eller delvis bibehållen lön.	4. eljest varit ledig av annan anledning än sjukdom, värnpliktstjänstgöring eller barns födelse med helt eller delvis bibehållen lön.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1990.

8 Förslag till
Lag om ändring i lagen (1973:371) om kontant arbetsmarknadsstöd (KAS)

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1973:371) om kontant arbetsmarknadsstöd[1]) att 7 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 §[2])	
Med tid under vilken sökanden enligt 6 § skall ha utfört förvärvsarbete jämställs tid då sökanden	Med tid under vilken sökanden enligt 6 § skall ha utfört förvärvsarbete jämställs tid då sökanden
1. i enskilt hem vårdat åldring eller handikappad i sådan utsträckning att sökanden varit förhindrad att stå till arbetsmarknadens förfogande,	1. i enskilt hem vårdat åldring eller handikappad i sådan utsträckning att sökanden varit förhindrad att stå till arbetsmarknadens förfogande,
2. genomgått arbetsmarknadsutbildning eller *yrkesinriktad* rehabilitering för vilken statligt utbildningsbidrag utgått, fullgjort värnplikt eller åtnjutit föräldrapenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, i samtliga fall dock tillsammans högst två månader,	2. genomgått arbetsmarknadsutbildning eller rehabilitering för vilken statligt utbildningsbidrag *eller rehabiliteringsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring* utgått, fullgjort värnplikt eller åtnjutit föräldrapenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, i samtliga fall dock tillsammans högst två månader,
3. haft semester, eller	3. haft semester, eller
4. eljest varit ledig av annan anledning än sjukdom, värnpliktstjänstgöring eller barns födelse med helt eller delvis bibehållen lön.	4. eljest varit ledig av annan anledning än sjukdom, värnpliktstjänstgöring eller barns födelse med helt eller delvis bibehållen lön.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1990.

[1]) Lagen omtryck 1982:433
[2]) Senaste lydelse 1986:410

9 Förslag till
Förordning om ändring i förordningen (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd

dels att 2 § skall ha följande lydelse,

dels att det i förordningen skall införas en ny paragraf, 4 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §[1])	
Arbetsskadeförsäkringen skall i den omfattning som anges i 4 § även gälla	Arbetsskadeförsäkringen skall i den omfattning som anges i 4 § även gälla
1. den som efter fullgjord skolplikt genomgår yrkesutbildning eller förberedande sådan utbildning,	1. den som efter fullgjord skolplikt genomgår yrkesutbildning eller förberedande sådan utbildning,
2. *den som deltager i arbetsmarknadsutbildning,*	2. den som genomgår årskurs 7 eller högre årskurs i grundskolan, särskolans yrkesskola, gymnasieskolan eller motsvarande utbildning.
3. den som är inskriven vid arbetsmarknadsinstitut eller genomgår arbetsprövning eller arbetsträning som har godkänts av allmän försäkringskassa,	
4. den som genomgår årskurs 7 eller högre årskurs i grundskolan, särskolans yrkesskola, gymnasieskolan eller motsvarande utbildning.	
	4 a §
	Arbetsskadeförsäkringen skall gälla
	1. den som deltager i arbetsmarknadsutbildning,
	2. den som är inskriven vid arbetsmarknadsinstitut eller genomgår arbetsprövning eller arbetsträning som har godkänts av allmän försäkringskassa.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1990.

[1]) Senaste lydelse 1979:1027

10 Förslag till
Förordning om ändring i förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i viss arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i viss arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering att 1 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 §	
Ersättning av allmänna medel lämnas enligt bestämmelserna i denna förordning till arbetsgivare för skador orsakade av den som	Ersättning av allmänna medel lämnas enligt bestämmelserna i denna förordning till arbetsgivare för skador orsakade av den som
1. deltar i arbetsmarknadsutbildning och uppbär utbildningsbidrag,	1. deltar i arbetsmarknadsutbildning och uppbär utbildningsbidrag,
2. är inskriven vid arbetsmarknadsinstitut,	2. är inskriven vid arbetsmarknadsinstitut,
3. uppbär *sjukpenning* enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.	3. uppbär *rehabiliteringsersättning* enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Skadan skall ha orsakats under sådan utbildning eller yrkesinriktad rehabilitering som är helt eller delvis förlagd till icke-statlig arbetsplats.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1990.

1 Utredningsuppdraget

1.1 Direktiven

Direktiven för vårt utredningsuppdrag finns i anförande till protokoll vid regeringssammanträdet den 28 mars 1985 av dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Andersson. Sammanfattningen av utredningsuppdraget i direktiven har följande lydelse:

"Sjukdomsförebyggande åtgärder och rehabiliteringsinsatser av olika slag har en avgörande betydelse för att uppnå en god hälsa för hela befolkningen. De nuvarande ersättningsreglerna inom den allmänna sjukförsäkringen ger endast begränsade möjligheter till ersättning i samband med att en person är föremål för förebyggande åtgärder eller rehabiliteringsinsatser. Detta tillsammans med den bristande samordningen av olika rehabiliteringsåtgärder gör det motiverat att göra en översyn av sjukförsäkringens regler i syfte att åstadkomma en mera aktiv och rehabiliteringsinriktad försäkring.

Kommittén bör därför
- pröva om det finns behov av och förutsättningar för att lämna ersättning från sjukförsäkringen i förebyggande syfte,
- utreda om det är möjligt att göra sjukpenningförsäkringen mera flexibel med ett ökat antal ersättningsnivåer,
- överväga möjligheterna att ge ersättning från sjukförsäkringen för resor eller tillfälliga arrangemang på arbetsplatsen då den sjukes hälsotillstånd medger att han förvärvsarbetar,
- undersöka om det går att samordna rehabiliteringsinsatser på ett bättre sätt än f.n. och att införa enhetligare ersättningsformer under rehabiliteringen,
- klarlägga ansvarsfrågorna i rehabiliteringsarbetet och ta ställning till om försäkringskassorna skall ges en mera aktiv och pådrivande roll,
- undersöka om det går att förenkla regelsystemet, samt
- följa forsknings- och utvecklingsarbetet på rehabiliteringsområdet och ta initiativ till försöksverksamhet av olika slag."

1.2 Till utredningen överlämnade frågor

Regeringen har därutöver till rehabiliteringsberedningen överlämnat vissa frågor som rör organisation av rehabiliteringsinsatser och ekonomiskt stöd vid rehabilitering.

Genom beslut den 17 oktober 1985 överlämnades till beredningen socialpolitiska samordningsutredningens betänkande (Ds S 1978:3) Ekonomiskt stöd vid yrkesinriktad rehabilitering m.m.

Genom beslut den 5 december 1985 överlämnades till beredningen socialberedningens betänkande (Ds S 1984:17) Rehabiliteringspenning till missbrukare — vissa avgiftsfrågor.

Genom beslut den 12 december 1985 överlämnades delar av handikappkommitténs betänkande (Ds A 1984:12) Vägar till arbete för handikappade. Överlämnandet avsåg handikappkommitténs förslag i de delar som behandlar organisation av rehabiliteringsinsatser och ekonomiskt stöd vid rehabilitering av ungdomar.

Genom beslut den 9 januari 1986 överlämnades en skrivelse från stiftelsen samhällsföretag med hemställan att vissa frågor om samordningen mellan pension och lön för anvisade anställda inom samhällsföretagsgruppen skulle utredas.

Dessa frågor har beaktats i utredningsarbetet och behandlas i vårt betänkande.

2 Grundläggande problem

2.1 Inledning

Våra direktiv pekar på några väsentliga brister i nuvarande system. Regelsystemet bidrar till att göra sjukförsäkringen passiv och därmed också den försäkrade. Långa sjukskrivningsperioder har ofta förödande konsekvenser för den enskildes möjligheter att återgå i arbete. Åtgärder måste därför vidtas så tidigt som möjligt för att underlätta rehabiliteringen av den som drabbas av sjukdom. En effektiv rehabilitering förutsätter vidare att de olika åtgärder som sätts in samordnas och inriktas mot samma mål. I dag saknas det alltför ofta kontinuitet och samordning mellan olika former av rehabilitering (medicinska, sociala och yrkesmässiga).

Direktiven framhåller vidare vikten av att ett effektivt rehabiliteringsarbete kan bedrivas på arbetsplatserna. En viktig uppgift är därför att följa utvecklingen beträffande rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen och att pröva möjligheten till utveckling och förbättring av samarbetet mellan försäkringskassorna och arbetsplatserna.

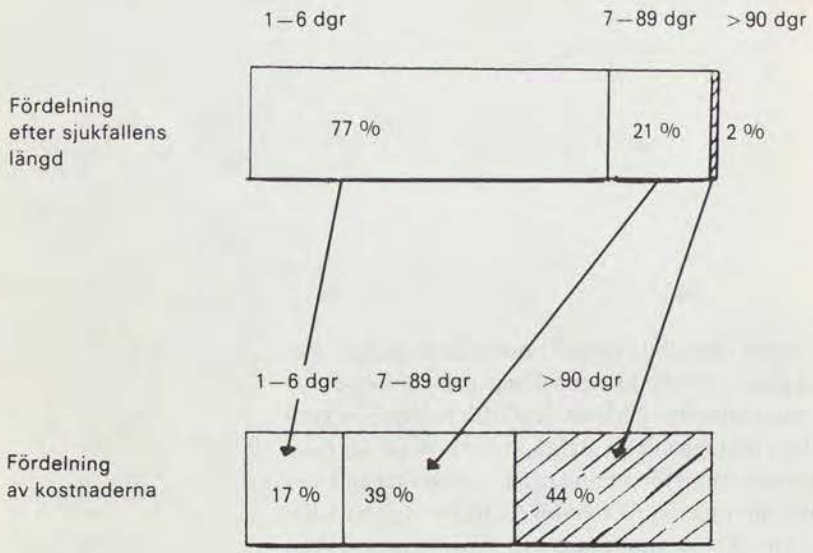
2.2 Sjukfrånvaro m.m.

Befintlig statistik över aktuella förhållanden inom sjukförsäkringen m.m. redovisas i bilaga 1. Här ges inledningsvis en kommentar till denna statistik. Vidare redovisas några grundläggande problem och förs vissa resonemang om orsakerna till de brister i rehabiliteringsverksamheten som anges i direktiven.

Den statistik som redovisas i bilaga 1 ger ingen heltäckande bild av befolkningens totala hälsa eller ohälsa utan speglar snarare hur socialförsäkringen nyttjas. Statistiken bygger på ersatt sjukfrånvaro m.m. och är en viktig informationskälla för beslut om målsättningar för verksamheten och prioriteringar av resurser inom socialförsäkringsområdet.

Den kostnadsmässiga tyngdpunkten inom sjukförsäkringen ligger på de långvariga sjukfallen, vilket kan illustreras med följande figur.

Figur 2.1 Antal avslutade sjukfall under 1987, procentuellt fördelade efter sjukfallens längd och sjukpenningkostnader.

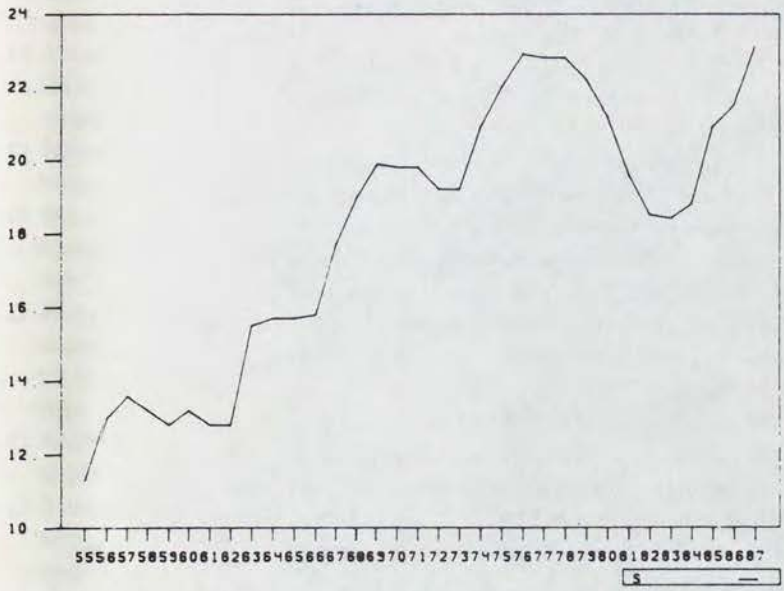


Anm.: Under 1987 avslutades ca 8,1 milj. sjukfall som svarade för 100 milj. ersatta sjukdagar. Sjukpenningkostnaderna 1987 var 23 miljarder kr. Detta innebär en ökning, jämfört med 1986, med sju procent av dagarna och 14 procent av kostnaderna. Antalet pågående sjukfall vid utgången av 1987 har också ökat jämfört med motsvarande tid 1986. Framför allt gäller det de riktigt långa pågående sjukfallen (ett år eller längre). Sådana långa fall har ökat med 16 procent. I slutet av 1987 var det 40 400 pågående sjukfall som var ett år eller längre.

RFV beskriver i sin statistik sjukfrånvarons omfattning i tre mått — sjuktal, sjukfallsfrekvens och varaktighetstal. *Sjuktalet* anger antalet för året ersatta sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad. *Sjukfallsfrekvensen* anger antalet under året avslutade sjukpenningfall per sjukpenningförsäkrad. *Varaktighetstalet* anger genomsnittligt antal ersatta sjukpenningdagar i de under året avslutade sjukfallen.

Den sjukfrånvaro som ersätts med sjukpenning varierar kraftigt över tiden. År 1976 hade sjukfrånvaron, mätt i antalet sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad, stigit till 22,9. Under 1977 och 1978 låg denna sjukfrånvaro kvar på samma höga nivå. Fr.o.m. 1979 sjönk sjuktalet successivt till 18,4 år 1983. Fr.o.m. 1984 har sjuktalet på nytt ökat, för att för år 1987 hamna på sin hittills högsta nivå (23,1).

Diagram 2.1 Sjuktalet 1955 till 1987.



Tabell 2:1 Sjukfallets varaktighet (antalet sjukdagar per sjukfall)

År	1-6 dagar		7-89 dagar		90 dagar eller mer	
	Andel av sjuk-fallen %	Andel av sjuk-dagarna %	Andel av sjuk-fallen %	Andel av sjuk-dagarna %	Andel av sjuk-fallen %	Andel av sjuk-dagarna %
1970	64	11	33	45	3	44
1974	69	12	28	43	3	45
1978	70	13	27	41	3	46
1980	72	13	25	39	3	47
1983	74	16	24	42	2	42
1985	77	18	21	38	2	44
1986	77	17	21	38	2	45
1987	77	17	21	39	2	44

Den ökning av sjuktalet som ägde rum fram till 1976 har analyserats bl.a. i den s.k. sjuktalsundersökningen som gjordes av RFV (se avsnitt 8 i bilaga 1). Där konstaterades att ökningen av antalet ersatta sjukdagar inträffade i samband med tidpunkten för olika reformer av sjukpenningförsäkringen och att mellan reformerna var sjuktalet påfallande stabilt.

Skälen är dock inte kända till vare sig nedgången av sjuktalet i början av 1980-talet eller till den senare uppgången. Inom riksförsäkringsverket pågår ett projekt för att närmare kartlägga och analysera sjukfrånvarons förändringar under perioden 1978-1985. Projektet som ännu inte är slutfört har avgett en första delrapport vilken refereras i bilaga 1 under avsnitt 9. Rapporten ger inga förklaringar till sjukfrånvarons ned- och uppgång, däremot beskrivs bl.a. sjuktalsutvecklingen efter de försäkrades

kön, ålder, typ av förvärvsinkomst samt civilstånd.

Följande iakttagelser rörande utvecklingen av sjukfrånvaron kan vara av speciellt intresse att notera:

- Sjukfrånvaron, uttryckt i sjuktal, ökade från 17,7 år 1967 till 22,9 år 1976. Därefter minskade sjuktalet till 18,4 år 1983, för att därefter åter öka i en snabb takt till 23,1 för år 1987.
- Sjuktalet ökade mellan 1984 och 1985 med 2,1 enheter. Av denna ökning kan 1,5 enheter hänföras till sjukpenningförsäkrade som har haft minst 180 sjukpenningdagar per år och/eller har lämnat sjukpenningförsäkringen under årets lopp (t.ex. genom förtidspensionering eller dödsfall). Mellan åren 1985 och 1986 resp. åren 1986 och 1987 fortsatte sjuktalet att öka med 0,6 enheter resp. 1,6 enheter.
- Halv sjukpenning utgör ca tio procent av ersatta dagar för anställda och ca 20 procent för företagare.
- Mäns sjukfrånvaro minskade mycket kraftigare än kvinnors och började öka igen först år 1985. Kvinnornas sjukfrånvaro ökade fr.o.m. år 1983. Kvinnor har i genomsnitt ett högre sjuktal än män. 1987 var kvinnornas sjuktal 26,0 medan männens var 20,4.
- Arbetare har högre sjukfrånvaro än tjänstemän såväl i fråga om andel sjukfall som antalet sjukpenningdagar.
- Sjukdomar i rörelseorganen är den största sjukdomsgruppen och är orsaken till närmare 30 procent av antalet ersatta sjukpenningdagar. Det gäller så gott som inom samtliga yrkesområden. Det största antalet sjukdagar i denna sjukdomsgrupp har gruv- och stenbrytningsarbete, service och tillverkning.
- Sjuktalet ökar med stigande ålder från ca 17 dagar i åldrarna 20—29 år till mer än det dubbla i åldrarna 60—64 år. Det gäller även varaktigheten. Däremot minskar sjukfallsfrekvensen med stigande ålder. Ogiftas sjuktal ligger ca fem sjuktalsenheter över giftas nivå. Änklingars frånvaro ligger ca tio sjuktalsenheter över gifta mäns frånvaronivå, medan änkornas sjuktal är ca sju enheter högre än gifta kvinnors sjuktal. Skillnaderna mellan giftas och frånskildas sjuktal uppgår till 13 enheter när det gäller män och till 17 enheter när det gäller kvinnor.
- Sjukfall med en till sex sjukpenningdagar har alltsedan 1978 stått för cirka tre sjuktalsenheter. En temporär ökning skedde 1985 då sjukfallstalet för korta sjukfall ökade till 3,5. Ökningen med 0,5 enheter kan till viss del förklaras med ändringen av de administrativa reglerna för sjukpenning till försäkrade med statligt arbetsgivarinträde.
- Frekvensen för sjukfall med minst 90 sjukpenningdagar är låg. År 1985 avslutades per 100 sjukpenningförsäkrade ca tre sjukfall av denna längd. Trots detta svarar sjukfall med minst 90 sjukpenningdagar för cirka tio sjuktalsenheter.
- Frekvensen sjukfall som varat längre än tre månader minskade kraftigt t.o.m. år 1983. Fr.o.m. 1984 ökade emellertid frekvensen för sjukfall med en varaktighet på ett år eller däröver. Fr.o.m. 1985 har fall som blivit tre månader eller längre och framför allt fall som blivit ett år eller längre ökat kraftigt. Antalet fall som pågått ett år eller längre var

vid 1987 års utgång 40 400 vilket är en ökning med 16 procent jämfört med föregående år. Denna ökning bidrar i hög grad till ökningen av sjukpenningutbetalningarna.

- Antalet förtidspensionärer har ökat kraftigt under de senaste tio åren. Ökningen har varit störst i de äldre åldersgrupperna, men även i åldrarna 30—49 år har ökning skett.
- Nästan var tredje av de nybeviljade förtidspensionerna/sjukbidragen beror på sjukdomar i rörelseorganen (ex. diskbråck och ryggvärk).
- Skador till följd av olika belastningsfaktorer utgör den största andelen bland arbetssjukdomarna. Rygg- och ledbesvär är den klart dominerande sjukdomsgruppen.
- 40,4 dagars frånvaro på grund av ohälsa (sjukpenning inkl. för arbetsskada, förtidspension/sjukbidrag exkl. s.k. A-fall) per försäkrad ersattes av socialförsäkringen år 1985. Detta är den högsta nivå på ersatt frånvaro under redovisningsperioden.
- Nära 85 procent av de långtidssjukskrivna har ett anställningsförhållande.
- Runt 65 000 sjukfall som varat 180 dagar eller mer avslutas årligen. Drygt hälften av dessa fall gäller försäkrade som är över 50 år och endast ca en procent till försäkrade under 20 år.
- Ca 46 procent av de långtidssjukskrivna återgår i någon form av arbete och ca 37 procent får förtidspension. Andelen återgång i arbete minskas kraftigt efter ett års sjukskrivning.
- Bakom ett långt sjukfall ligger ofta flera korta sjukfall. Personer med upprepade korta sjukfall har en överfrekvens av framför allt psykosocial problematik. I RFV:s undersökning "Den ökade sjukfrånvaron — en statistisk analys" visades att sjukfrånvaron bland personer med många sjukfall ökade år efter år. Efter en tid kan man ofta se en viss ökning av antalet sjukfrånvarodagar, utvecklingen leder ibland till ett långvarigt sjukfall och i förlängningen kanske till sjukbidrag/förtidspension.
- Nära hälften av antalet sjukpenningfall beror på sjukdomar i andningsorganen (förkylningssjukdomarna dominerar bland de korta sjukfallen). Andelen med symtom och ofullständigt preciserade fall är hög bland de mycket korta sjukpenningfallen.
- Vid längre sjukfall är det vanligast med sjukdomar i rörelseorganen. Räknat i antalet sjukdagar är också denna sjukdomsgrupp den klart dominerande med nära 30 procent av samtliga ersatta sjukpenningdagar.

I RFV:s delrapport (Sjukfrånvarons utveckling 1978—1985) dras inga slutsatser om orsakerna till sjuktalets förändringar. Utifrån några sannolika hypoteser kan man dock föra ett resonemang kring några faktorer bland flera som kan ha bidragit till förändringarna i sjukfrånvaron.

Arbetsmarknadsfaktorer har troligen påverkat utvecklingen. Enligt en samstämmig uppfattning är det negativt för individens hälsa att gå arbetslös. Jämförelser mellan arbetslöshetsstatistik och sjukfrånvarostatistik visar emellertid att under perioder med högre arbetslöshet minskar

antalet sjukskrivningar med korttidsfrånvaro bland arbetslösa. Flera faktorer påverkar troligen sambandet mellan arbetslöshet och ersatt sjukfrånvaro. T.ex. kan det vara så att den sysselsatte vid hög arbetslöshet är mindre benägen att sjukskriva sig på grund av rädsla för att bli arbetslös. Eftersom arbetslösheten var större i början av perioden för att sedan avsevärt minska under den senare delen av perioden kan detta vara en faktor som har påverkat både minskningen av sjukfrånvaron i början av 1980-talet och dess ökning fr.o.m. 1984.

En del av uppgången kan också ha sin orsak i att kvinnor under perioden ökat sin sysselsättningsgrad. Uppgifter i rapporten om att ökningen av antalet korta sjukfall (en till tre dagar) varit kraftig och högre för kvinnor än för män, kan tyda på att kvinnor som gått över från arbete i hemmet till arbete på arbetsmarknaden också fått ett annat sjukskrivningsmönster och därvid bidragit till den ökade sjukfrånvaron.

En annan faktor som kan ha haft betydelse för uppgången i sjuktalet kan vara förändringarna i praxisen rörande sjukpenning vid rehabilitering (3 kap. 8 § AFL). Praxisändringen som kom 1984 har bl.a. inneburit att sjukpenning under rehabilitering nu utbetalas under betydligt längre perioder än tidigare. S.k. 3:8-sjukpenning används numera också i betydligt större omfattning än tidigare vid träning i reell miljö på arbetsplatsen antingen vid omplaceringar eller för att träna upp arbetskapaciteten efter en lång tids sjukfrånvaro. Detta har sannolikt påverkat sjukfallens genomsnittliga längd. Eftersom den allra största delen av ökningen i sjukfrånvaron mellan 1984 och 1986 hänförs till de långa sjukfallen är detta troligen en faktor som bidragit till den ökade sjukfrånvaron.

Handläggnings- och administrationsresursernas utveckling hos de olika myndigheterna kan också ha inverkat på förändringarna i sjuktalet. Vissa tecken tyder på att de neddragningar av förvaltningskostnaderna som gällt under 1980-talet har lett till omprioriteringar av verksamheten både hos arbetsmarknadsmyndigheterna och inom socialförsäkringen.

Arbetsmarknadsmyndigheterna har under senare tid tillämpat ett "platsinriktat arbetssätt". Detta innebär att man eftersträvar att snabbt tillsätta lediganmälda platser och därigenom förkorta vakanstiderna. Det har också visat sig att vakanstiderna har minskat, vilket även inneburit fördelar för de arbetshandikappade. Vi har konstaterat att ca 85 procent av de långtidssjuka har ett arbete. Flera av dem kan efter tillfrisknande återgå i sitt arbete. Men en del behöver på grund av sin sjukdom byta arbete och kan, för att finna lämpligt alternativ behöva utredning vid AMI. Väntetiderna till AMI är i dag i genomsnitt 150 dagar. Den väsentliga orsaken till dessa väntetider är bristande resurser sett i relation till behoven.

Även inom socialförsäkringen har besparingarna lett till omprioriteringar av verksamheten. Arbetet med rehabilitering har under de senaste åren fått stå tillbaka i förhållande till andra områden. Det är också naturligt att man hos försäkringskassorna i första hand handlägger ersättningsärenden o.dyl. som har avgörande betydelse för de försäkades försörjning. Minskade insatser i rehabiliteringsarbetet märks inte lika tyd-

ligt som fördröjd ersättning eller annan brist på service till allmänheten. En mindre aktiv handläggning av de långa sjukfallen påverkar sannolikt fallens längd och därmed också sjuktalet.

Även den psykologiska effekten kan ha spelat in. Kontakter med personal ute i verksamheten tyder på att så är fallet. Man menar att de ansträngningar som görs för att vidta åtgärder av olika slag ofta är resultatlösa. Dels de långa väntetiderna på olika slag av rehabiliteringsåtgärder, dels avsaknaden av lämpliga sysselsättningar hos arbetsgivarna leder ofta till misslyckade rehabiliteringar och att resultatet ofta blir förtidspension. Detta i kombination med att andra arbetsuppgifter konkurrerar om utrymmet för kassapersonalen leder troligen till en mindre aktiv handläggning av de långa sjukfallen.

Varje enhet i sjuktalet motsvarar drygt 4,6 milj. sjukpenningdagar eller ca en miljard kronor. Sjuktalet har under åren 1984—1987 stigit med nära fem enheter. Detta innebär att kostnaderna för sjukpenningförsäkringen på fyra år har stigit med nästan fem miljarder kronor. Med hänsyn till denna kraftiga kostnadsutveckling är det samhällsekonomiskt motiverat att sätta in kraftfulla åtgärder för att minska sjukfrånvaron.

Det bör dock betonas att ovanstående resonemang utgår från några hypoteser om faktorer som kan antas bidra till sjukfrånvarons utveckling. Verklig kunskap om skälen till ned- och uppgång i sjukfrånvaron saknas. Statistik och bättre uppföljning av orsakerna till sjukfrånvaron behövs för planering av insatser hos sjukvården, arbetsmarknadsmyndigheterna och på arbetsplatserna.

Inom RFV pågår utvärderingsprojektet "Långa sjukfall, rehabilitering och förtidspension (LSRF)" som beredningen följt och delvis finansierat. Sammanfattningsvis har projektets mål angetts på följande sätt:

a) Beskriva orsakerna till sjukskrivning med speciell tonvikt på sjukskrivning under lång tid och upprepad sjukskrivning.
b) Följa upp de åtgärder försäkringskassorna och andra myndigheter vidtager, bl.a. genom rehabilitering för att begränsa sjukfallens längd. Beskriva samspelet och eventuella brister i samarbetet mellan berörda organ.
c) Beräkna samhällets och socialförsäkringens kostnader och intäkter för rehabiliteringsverksamheten.

För att bl.a. besvara frågan om orsaker till långa sjukfall och resultaten av vidtagna åtgärder från myndigheters sida, har 3 400 slumpmässigt utvalda försäkrade intervjuats av SCB. Vidare har uppgifter från försäkringskassornas handlingar på de utvalda personerna inhämtats. Denna datainsamling är avslutad och vissa preliminära resultat redovisas i bilaga 2. Bl.a. kan man konstatera att bland dem med långa sjukfall har drygt hälften genomgått någon form av rehabilitering. Bland de medicinska rehabiliteringsåtgärderna är sjukgymnastik den absolut vanligaste. Den vanligaste yrkesinriktade rehabiliteringen är omplacering, följt av utbildning. Någon social rehabilitering har i princip inte förekommit bland de undersökta.

SoS folkhälsorapport (1987:15) visar att hälsotillståndet i befolkningen som helhet utvecklas positivt. Medellivslängden under 1980-talets första hälft har ökat med ett år vilket är en kraftigare ökning än någon tidigare period under efterkrigstiden. Ökningen beror framför allt på en minskad dödlighet bland medelålders och äldre under senare år. 1986 var medellivslängden 80 år för kvinnor och 74 för männen. Särskilt bland männen i åldersintervallet 25—44 år finns det en avtagande men fortfarande kraftig överdödlighet bland frånskilda.

Av rapporten kan man utläsa att bl.a. handelsresande, sjöfolk och hotell- och restauranganställda på 1960-talet hade mycket hög dödlighet i jämförelse med andra yrken. Detta har ofta satts i samband med dessa gruppers levnadsvanor. På 1970-talet är mönstret delvis ett annat. De handelsresandes höga dödlighetstal har minskat. Samtidigt har dödligheten bland högutbildade, som exempelvis läkare och lärare, minskat betydligt medan den har ökat bland flera arbetsgrupper inom bl.a. järnverk, livsmedels-, byggnads-, kemisk- och processindustri. Statisitiken visar att dödligheten bland dessa arbetsgrupper i slutet av 1970-talet låg ca 50 procent högre än bland vissa akademikeryrken.

Det finns för närvarande inga register som belyser denna utveckling under 1980-talet, men SoS har i folkhälsorapporten konstaterat, "att även om jämlikheten i samhället har ökat vad gäller den materiella välfärden i stort så har klasskillnaderna ökat vad gäller exposition för vissa levnadsförhållanden som inverkar negativt på hälsan — bl.a. rökning, arbetslöshet, jäktigt och monotont arbete. Även fettkonsumtion, övervikt och låg fysisk aktivitet på fritiden är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Dessa förhållanden ökar sannolikheten för att vi kommer att uppleva en ökning av de sociala skillnaderna i sjuklighet".

2.3 Samordning och rehabiliteringsansvar

Enligt våra direktiv har vi bl.a. haft till uppgift att undersöka om det går att samordna rehabiliteringsinsatserna på ett bättre sätt än för närvarande, klarlägga ansvarsfrågorna i rehabiliteringsarbetet och ta ställning till om försäkringskassorna skall ges en mera aktiv, samt pådrivande roll och överväga om kassorna bör ges huvudansvaret för att rehabiliteringsarbetet genomförs i varje enskilt fall.

Viktiga utgångspunkter för att få till stånd en bättre samordning i rehabiliteringsarbetet är helhetssyn, samverkan, kontinuitet, närhet och att insatser sätts in så tidigt som möjligt. Genom ett sådant arbetssätt kan man förhindra att kroniska smärtsyndrom eller en kronisk sjukroll utvecklas.

Vad är då orsaken till nuvarande brist på samordning? Det finns inget enkelt svar på den frågan. Problemet är komplext och har sin grund i flera samverkande faktorer. Bristen på helhetssyn och att åtgärder inte sätts in tidigt är bidragande orsaker. När det gäller att identifiera medicinska, psykologiska och sociala problem och att göra helhetsbedöm-

ningar, har sjukvården en viktig roll. Försäkringskassorna har ett ansvar att spåra upp rehabiliteringsfall, men har inga egna resurser för direkta rehabiliteringsåtgärder. Härtill kommer att de besparingskrav som lagts på socialförsäkringsadministrationen starkt begränsat försäkringskassornas möjlighet att spåra upp rehabiliteringsbehov och aktivt verka för att rehabiliteringsåtgärder genomförs.

Det finns även en rad andra faktorer som samverkar till svårigheten att samordna rehabiliteringsinsatserna. Några av dessa berörs här nedan.

2.3.1 Sjukvårdens insatser

Två viktiga aspekter på rehabiliteringsarbetet som ofta förs fram i debatten är behovet av helhetssyn och tidiga åtgärder. Det är angeläget att åtgärder vidtas så tidigt som möjligt för att underlätta rehabiliteringen av den som drabbas av sjukdom. Vi vet att nära 40 procent av de långtidssjuka övergår till förtidspension. Andelen som återgår i arbete minskas kraftigt efter ca ett års sjukskrivning.

Statistiken över avslutade sjukfall som varat 180 dagar eller längre visar vidare att drygt hälften av de långstidssjukskrivna har rörelsehinder (rygg, leder, muskulatur). En stor del av denna grupp upplever subjektivt besvärande funktionshinder men sjukvården kan inte med nuvarande metodik objektivt verifiera sjukdomsförändringar och ge adekvat vård. Dessa personer har ofta sammansatta problem med inslag av psykosomatisk och social problematik. En samlad erfarenhet visar att dessa patienter till stor del remitteras mellan primärvården och olika specialistkliniker inom länssjukvården. Stora ansträngningar görs för att försöka diagnostisera och ge traditionell medicinsk behandling. Under patientens remittering till olika utredninginstanser är det ofta svårt att hitta någon som tar ansvar för en helhetsbedömning av patientens besvär eller tar ställning till vad som skall göras ur rehabiliteringssynpunkt.

Svårigheterna att utreda patientens problem mot bakgrund av ett helhetsperspektiv leder alltför ofta till att den vanligaste åtgärden som vidtas av sjukvården är en förlängning av sjukskrivningen. Enligt en samstämmig uppfattning kan en lång inaktiv sjukskrivningstid i sig leda till allvarliga funktionshinder. Enligt en hypotes kan sekundära psykologiska och sociala problem byggas på under den inaktiva tiden och patienten kan utveckla vad som brukar kallas ett "kroniskt smärtsyndrom". En lång sjukskrivningstid innebär för de flesta en fysisk, psykisk och social passivisering, kanske t.o.m. ett ändrat livsmönster. Patienten kan fastna i en sjukroll. Det har också visat sig att sjukskrivna mycket snabbt förlorar kontakten med arbetskamrater och arbetsplats. Att bryta en passiv men förment trygg sjukskrivning för att återgå till förvärvsarbete upplevs av många som skrämmande och svårt.

SoS har på uppdrag av regeringen utfört en uppföljning av primärvårdsutvecklingen i landet. I en rapport, "Primärvård — omfattning och inriktning" från november 1986, visas att en avsevärd utveckling av primärvården ägt rum under den senaste tioårsperioden. Detta gäller sär-

skilt i fråga om fysiska resurser. Det konstateras i rapporten att vårdcentraler finns i alla primärkommuner i landet. Samtidigt har en omstrukturering ägt rum som innebär att antalet en-läkarstationer minskat kraftigt till förmån för enheter med två eller flera läkare. De personella resurserna har också byggts ut kraftigt under den studerade perioden. Både för distriktsläkare och distriktssköterskor har antalet tjänster ökat kraftigt. Vissa ojämnheter mellan huvudmännen finns dock. Vidare noteras att det på många håll råder en besvärande brist när det gäller allmänläkare och vissa andra specialister. Inom vissa områden anser SoS också att resurserna är otillräckligt utbyggda. Det gäller bl.a. resurser för rehabilitering inom primärvården.

Trots den utbyggnad som skett av primärvården måste vi konstatera att det finns brister i primärvårdens förutsättningar att göra helhetsbedömningar och identifiera människors problem. Sådana bedömningar är viktiga om man vill undvika fördröjning och att patienter försummas ur rehabiliteringssynpunkt. Kroniska värkpatienter som i dag remitteras till specialister i länssjukvården bör och kan i högre grad bedömas och handläggas inom primärvården. Tyvärr finns det f.n. på många håll inte tillräckliga resurser för att utreda och ge lämplig vård till patienter med mer sammansatt problematik. Här krävs ökade kunskaper om och förmåga att handskas med psykosomatiska, psykologiska och psykosociala problem. Att sätta rätt diagnos innebär också att bedöma patientens behov av rätt åtgärd med hänsyn till hans problem. De otillräckliga resurserna leder ofta till ofullständiga sjukintyg och att patienter inte är tillräckligt medicinskt utredda när de skickas vidare till yrkesinriktad rehabilitering.

Ett annat problem är att alla patienter inte har kontinuerlig läkarkontakt, bl.a. beroende på frekventa läkarbyten, vilket minskar möjligheterna till kontinuitet i behandlingen. En utredning har gjorts angående läkarförsörjningen i Jämtlands län av en arbetsgrupp tillsatt av Hälso- och sjukvårdsberedningen. Rapporten som kom 1986 belyser problemen med läkarförsörjningen inom primärvården både i Jämtland och andra glesbygdslän. Man konstaterar bl.a. att det finns en otillfredsställande snedfördelning av läkare i landet med läkarbrist som främst drabbar primärvården inom glesbygdsområden. Den viktigaste orsaken till dagens höga vakanssiffror på läkarbefattningarna inom den offentliga vården anges vara den totala bristen på läkare i landet. Det saknades i september 1985 vidarutbildade läkare på mer än 1 200 befattningar i landet som helhet. Av dessa fanns ca 770 inom sluten vård och ca 440 inom öppen vård. Ca 325 av dessa representerade verksamhetsområdet allmänmedicin. Ett stort antal distriktsläkartjänster var härutöver uppehållna av tillfälliga vikarier.

I en läkarbristsituation drabbas vissa verksamheter och geografiska områden särskilt hårt. 1986 fanns 75 inrättade tjänster inom primärvården i Jämtland. Av dessa var 25 vakanta vilket innebär att man till stor del är hänvisad till rekrytering av tillfälliga vikarier. Sammanlagt under 1984 hade landstinget i Jämtland 195 vikarier på 24 vakanta tjänster. Av dessa vikarier tjänstgjorde 162 endast under någon eller några veckor.

Genomströmningen av vikarier kan på en del platser vara mycket stor. 1984 hade t.ex. Härjedalen 50 vikarier på fyra vakanta tjänster.

Inom de läkarglesa områdena i vårt land blir lätt korta tjänstgöringstider ett hinder för god kontinuitet i vården. Vikariernas produktivitet blir också relativt låg. Det måste helt uppenbart vara svårt att under en kort tjänstgöringstid få tid att anlägga en helhetssyn på patienternas problem. Verksamheten kommer av naturliga skäl mera att inriktas på mindre tidskrävande uppgifter och att förlänga patienternas läkarintyg.

På andra håll i landet ser situationen annorlunda ut. I många län finns en fint fungerande primärvård som har förutsättningar att ta sitt ansvar för en helhetssyn och god kontinuitet i vården. En ökad tillgång på läkare och en jämnare läkarfördelning skulle bidra till att ge hela primärvården möjligheter att fungera enligt sina mål.

Ett annat problem är många läkares bristande kunskap om patienternas faktiska arbetssituation. Läkarna är huvudsakligen utbildade för och inriktade på diagnostisering, symtomlindring och att bota. Att bedöma balans mellan arbetsförmåga och arbetskrav är i många fall utomordentligt svårt. I de allra flesta fall bedöms arbetsförmåga vid sjukskrivning i enkelt samråd mellan patient och läkare. Läkaren kan göra enklare funktionstester och även remittera patienten till speciella funktionsprov, t.ex. belastningsprov på ergometercykel, andningsprov och styrkeprov men för att få en utvidgad bedömning fordras samråd. Företagsläkare har ofta fördelen av att sitta inne med kunskap om arbetsförhållanden och specifika krav. Han har ofta kännedom om patientens tidigare arbetsförmåga och speciella rehabiliteringsåtgärder som kan vidtas på arbetsplatsen. Inom primärvården finns förutom läkare även annan medicinsk personal. Tillsammans har de förutsättningar att klara merparten av bedömningarna.

Sjukgymnaster har speciell kunskap för att utreda och bedöma en persons funktionstillstånd och genom samråd mellan läkare och sjukgymnast kan man ofta uppnå såväl en allsidigare som en säkrare bedömning. Arbetsterapeuten har också en yrkesutbildning som är inriktad på funktion, särskilt när det gäller tillämpade uppgifter av arbetskaraktär.

Kompetensen vid utredning av arbetsförmåga måste ibland utvidgas att omfatta utredning av sociala faktorer t.ex. av kurator, socialarbetare etc. Ibland fordras psykologkompetens för psykometri, intresseinventering, personlighetsbedömningar m.m.

Utredning av arbetsförmåga kan sålunda variera i omfattning från en enkel bedömning av ett medicinskt funktionshinder till en sammansatt bedömning av patientens tidigare erfarenheter och samlade förutsättningar med hänsyn till personlighet, konstitution och intressen.

2.3.2 Sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring

Hälso- och sjukvårdslagen ger sjukvårdshuvudmännen ett stort ansvar för befolkningens hälsa men också stor frihet att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Målet skall vara en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

År 1985 infördes nya regler för ersättningen till sjukvårdshuvudmännen enligt den s.k. Dagmar-överenskommelsen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Ersättningen utgörs av dels en allmän sjukvårdsersättning, dels särskilda ersättningar och särskilt bidrag till psykiatrisk vård (t.o.m. 1991).

Huvuddelen av den nya ersättningen utgår i form av en allmän sjukvårdsersättning som är schabloniserad och baseras på invånarantal. Fr.o.m. 1988 skall man vid fördelningen av ersättningen till sjukvårdshuvudmännen även ta hänsyn till dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspension samt andelen ensamboende äldre. Det finns inget klart samband mellan sjukförsäkringens bidrag till vården och den faktiska vårdinsats som sker i landstingen.

Sjukvårdshuvudmännens planering utgår från befolkningens behov av sjukvård. Inom en given ekonomisk ram skall sjukvårdsresurserna fördelas på ett ur sjukvårdssynpunkt optimalt sätt. Planeringen tar dock inte hänsyn till samhällsekonomiska effekter och sjukvårdshuvudmännen saknar dessutom nödvändig information för att ta sådana hänsyn.

Försäkringskassornas resurser används till individuella ersättningar och kassorna saknar inflytande på sjukvårdsinsatsernas utformning och prioritering. Samtidigt har försäkringskassorna tillgång till en samlad kunskap om de ekonomiska konsekvenserna av långa väntetider till olika former av vård.

Det kan ifrågasättas om man inte i större utsträckning än nu borde ta fasta på sambanden mellan sjukvård och sjukförsäkring och om inte försäkringskassornas kunnande bättre kan tillgodogöras sjukvårdsplaneringen. Statistik från sjukförsäkringen över sjukfrånvaron fördelad på diagnoser, yrken, geografiska områden etc. kan t.ex. utgöra ett underlag för sjukvårdens planering.

Det borde också finnas större ekonomiska incitament för sjukvården att minska sjukfrånvaron. Försäkringskassorna som drabbas av ökade kostnader när sjukfrånvaron ökar har i dag största intresset av att sjukligheten minskar. Ökade ansträngningar inom sjukvården som minskar sjukfrånvaron bör också leda till att vården tillförs resurser för detta.

2.3.3 Rehabilitering på arbetsplatsen

Många skäl talar för att knyta anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet till arbetsplatserna. Ca 85 procent av de långtidssjukskrivna har en anställning. Den enskilde individen och dennes arbetsplats bör därför vara en utgångspunkt för rehabiliteringsarbetet. En väsentlig målsättning för rehabilitering för en anställd måste vara att han kan behålla det tidigare arbetet, eller åtminstone bli kvar på den gamla arbetsplatsen. Det är väl känt att ju längre en sjukskrivning pågår desto större är risken för att personen ifråga inte kommer tillbaka i arbete. Den som har förlorat sin anställning har dessutom mycket svårt att få ett annat arbete.

Ett annat skäl för att rehabilitering i så stor utsträckning som möjligt skall bedrivas på arbetsplatserna är att skador och sjukdomar som drab-

bar bl.a. rörelseorganen ofta sammanhänger med förhållanden i arbetsmiljön. En förutsättning för att rehabilitering skall kunna ske är därför ofta att anpassning och förändring samtidigt sker av arbetsplatsen. Det formella ansvaret för att sådana förändringar kommer till stånd har arbetsgivaren såväl enligt lag som avtal. Insatserna i fråga om arbetsanpassning och rehabilitering varierar emellertid i hög grad på olika arbetsplatser.

Skälen till detta är flera. Inom vissa verksamheter vet vi att arbetsuppgifterna varierar i mycket begränsad utsträckning. Arbetet kanske enbart består av ensidiga repetitiva arbetsuppgifter vid löpande band. Arbetsprocessen kan vara mycket styrd. Allt fler arbetsuppgifter kräver utbildning i synnerhet inom det tekniska området. Dessa krav kan innebära mycket stora hinder för en yrkesinriktad rehabilitering på arbetsplatsen genom exempelvis arbetsträning eller omplacering.

I dag när allt fler av de anställda har tillgång till företagshälsovård finns det ett ökat intresse att vidareutveckla företagshälsovårdens arbete, kompetens och resurser. FHV har som sin främsta uppgift att förebygga att skador och sjukdomar drabbar arbetstagarna. Det innebär inte att det behöver vara någon motsättning mellan bedrivande av förebyggande och rehabiliterande verksamhet. Tvärtom ingår det i företagshälsovårdens uppgifter enligt avtal och statsbidragsvillkor att syssla med arbetsanpassning och rehabilitering. Klart är emellertid att företagshälsovårdens rehabiliterande verksamhet fortfarande är relativt svagt utvecklad. Fortfarande saknar många tillgång till FHV, särskilt gäller detta anställda vid mindre företag.

En bristande tillgång på sjukgymnaster och psykosocial expertis innebär också problem för en väl utvecklad rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatserna.

Möjligheterna till rehabilitering på arbetsplatsen sammanhänger vidare ofta med om behovet av rehabilitering primärt har uppstått på grund av fysiska, psykiska eller sociala skäl. Behov av rehabilitering på grund av fysiska åkommor är sannolikt lättare att upptäcka och åtgärda på arbetsplatsen än de fall då rehabiliteringsbehov har uppstått till följd av psykiska eller sociala problem. Det är i dessa fall av mycket stor betydelse att arbetskamraterna ställer upp och stöder den rehabiliteringsbehövande och att samarbete finns mellan arbetsplatsen, företagshälsovården och socialtjänsten, vilket tyvärr ofta saknas i dag.

Ett mycket starkt skäl för att öka arbetsplatsens insatser i fråga om rehabilitering är vikten av att få till stånd en så tidig rehabilitering som möjligt. Försäkringskassan har i dag ansvar för att rehabilitering kommer till stånd senast efter 90 dagars sjukskrivning. Redan dessförinnan bör emellertid i många fall rehabilitering ha initierats. Det förekommer dock relativt ofta att varken arbetsplatsen eller försäkringskassan initierar rehabilitering efter tre månaders sjukskrivning och i vissa fall tas inte heller senare några sådana initiativ. I många fall är det också sjukvården som tar initiativ till rehabilitering. Alltför sällan tar emellertid sjukvården kontakt med företagshälsvården eller arbetsplatsen i övrigt. En nära

kontakt mellan arbetsplatsen och olika samhällsinstanser, såsom försäkringskassan, sjukvården, arbetsförmedlingen och socialtjänsten borde finnas i rehabiliteringsfrågor, i synnerhet beträffande företag som har tillgång till FHV.

2.3.4 Samverkan — skilda kompetenser

Behovet av samarbete har diskuterats flitigt på senare år. Samverkan ses dels som ett medel att tillämpa en helhetssyn på individen, dels som ett sätt att överbrygga de motsättningar eller oklara ansvarsuppdelningar som finns mellan sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa.

I ärenden där problematiken är sammansatt, dvs. flera olika faktorer medverkar till en persons arbetsoförmåga är de lokala rehabiliteringsgrupperna ett inarbetet samarbetsorgan för de olika myndigheterna. Det kan diskutera om inte LRG ytterligare kan utvecklas, främst genom att i ett tidigare skede än i dag och tillsammans med individen diskutera och komma överens om en rehabiliteringsplan.

På initiativ av Uppsala läns landsting har i Östhammar genomförts ett försöksprojekt där man på det lokala planet utvecklat metodiken i samarbetet mellan sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa. I en utvärdering av detta projekt redovisas några av de faktorer som anses utgöra ett hinder i samarbetet och motverka rehabilitering av människor.

En viktig erfarenhet från projektet var att gemensam utbildning av samtliga som deltar i lokala rehagruppens arbete ger ett effektivare samarbete och bidrar till att göra de olika representanterna mera aktiva.

Försöken visade att den ökade omfattningen av samarbetet i LRG innebar att man i större utsträckning än tidigare planerade olika åtgärder parallellt. Vidare inleddes detta parallella arbete snabbare för några av klienterna jämfört med tidigare. Dessutom skapades genom samarbetet bättre förutsättningar för mera realistiska bedömningar som underlag för planerade åtgärder, framför allt yrkesinriktade åtgärder.

De fyra organen som personalen i rehagrupperna representerar har olika funktioner. Samtliga har det gemensamt att de är serviceorganisationer. Primärvården och socialtjänsten skall dock samtidigt även svara för behandling av sina klienter. I denna relation krävs att vårdgivaren kan stödja och medverka till att patienten/klienten återfår eller utvecklar sin förmåga att klara ett självständigt liv.

Arbetsförmedlingen och försäkringskassan har i princip andra förutsättningar för relationen till klienten. För arbetsförmedlingen kommer detta till uttryck genom att man förutsätter att klienten är motiverad och medicinskt rehabiliterad innan man planerar yrkesinriktade åtgärder. För försäkringskassan finns en dubbelhet i relationen till den försäkrade genom att man dels skall kontinuerligt pröva rätten till sjukpenning, dels medverka till att planera och påskynda rehabiliteringsåtgärder.

Ett annat problem som framkom från försöksprojektet är den bristan-

de flexibiliteten i sjukpenningsystemet. Ytterligare ett problem har varit arbetsförmedlingens och försäkringskassans krav på läkarutlåtanden, vilket inneburit väntetider.

Sammanfattningsvis kan sägas att de erfarenheter som redovisas i Östhammarsprojektet är intressanta och stämmer väl överens med de iakttagelser som gjorts i andra sammanhang. Vad som rapporteras från Östhammarsprojektet ger uttryck för att samhällsorganen i rehabiliteringsarbetet styrs av olika förutsättningar i form av angivna mål, instruktioner, policy, synsätt och resurser.

En väl fungerande samverkan mellan de olika organisationerna förutsätter bl.a. en genomgripande kunskaps- och metodutveckling. Här avses inte enbart sådan utbildning och utveckling av arbetsmetoder som respektive myndighet eller organisation bedriver för sina anställda, utan en sammanhållen metodutveckling och fortbildning för all personal som är sysselsatt med rehabiliteringsarbete hos de olika organisationerna. All erfarenhet visar att ökade kunskaper om varandras organisationer och arbetsbetingelser skapar förutsättningar för ett effektivare samarbete. Försäkringskassornas utredare behöver också bättre kunskaper om social- och psykosocial problematik för att bättre medverka i helhetsbedömningar av de försäkrade. Dessutom behövs regeländringar i syfte att skapa mindre motsägelsefulla arbetsbetingelser för den personal som arbetar med rehabilitering.

2.3.5 Behov av särskilda resurser för arbetsförmågeutredning och rehabilitering

En grundläggande tanke i hälso- och sjukvård är att vård och behandling skall förläggas så nära patientens hemmiljö som möjligt. En följd av detta synsätt blir att även huvuddelen av rehabiliteringsarbetet bör inlemmas i primärvården. Trots en kraftig utbyggnad av primärvården under den senaste tioårsperioden är dock resurserna för rehabilitering inom primärvården otillräckligt utbyggda. Liksom för hälso- och sjukvården i övrigt skall den specialiserade länssjukvården svara för de svåra rehabiliteringsfallen, utveckla metoder samt göra konsultinsatser åt övrig länssjukvård och primärvård. Medicinska rehabiliteringskliniker saknas dock i många av landets sjukvårdsområden. Någon nämnvärd utbyggnad har inte gjorts under den senaste tioårsperioden. I juni 1977 fanns sådana kliniker i tolv av landets 26 sjukvårdsområden mot 16 i juni 1988.

Försöksverksamhet i Älvsborgs län har bl.a. visat att en klinik för medicinsk rehabilitering spelar en viktig roll som basresurs för rehabiliteringsarbetet inom sjukvårdsområdet. Den är viktig bl.a. för att ansvara för den medicinska samordningen, utbildning och konsultinsatser gentemot primärvården.

En annan särskild resurs i rehabiliteringsverksamheten är arbetsmarknadsinstituten. För arbetssökande som arbetsförmedlingen bedömer vara i behov av mera omfattande arbetsvägledning, yrkesinriktad rehabilitering eller utprovning av arbetshjälpmedel finns totalt 113 AMI. Enligt

riktlinjerna för verksamheten skall företräde ges åt särskilt utsatta grupper på arbetsmarknaden, t.ex. arbetshandikappade.

Från försäkringskassorna har ofta förts fram att väntetiderna för yrkesinriktad rehabilitering är ett problem och ett hinder i rehabiliteringsarbetet. De medför dessutom som regel stora kostnader för olika samhällssektorer eftersom de sökande ofta uppbär sjukersättning, arbetslöshetsersättning eller socialhjälp medan de väntar.

Väntetiden för en plats vid ett AMI är ofta flera månader och således betydligt längre än vad som gäller för arbetsmarknadsutbildning. Detta har föranlett statsmakterna att besluta om personalförstärkningar till institutionen från budgetåret 1988/89. Sannolikt finns behov av ytterligare ökade insatser från arbetsmarknadsinstituten, bl.a. för anställda som behöver sådana insatser.

RFV:s sjukhus i Nynäshamn och Tranås utgör också en särskild resurs för arbetsförmågeutredning och rehabilitering. Av våra direktiv framgår att dåvarande socialministern avsåg att föreslå regeringen att utreda sjukhusens framtida ställning samt att denna utredning borde bedrivas i nära samarbete med rehabiliteringsberedningen, framför allt vad avser försäkringskassornas behov av sådana resurser som sjukhusen tillhandahåller.

AB Kurortsverksamhet som äger sjukhusen i Nynäshamn och Tranås har emellertid på egen hand utrett sjukhusens framtida verksamhet. Denna utredning har skett i samverkan med beredningens arbete.

Av utredningen kan utläsas att det finns ett stort behov av sådan utredning och behandling som bedrivs vid sjukhusen. Vår analys av försäkringskassornas arbete med de långtidssjuka visar att den mest betungande gruppen är de långtidssjukskrivna med sammansatta och diffusa funktionshinder. Sjukvården har som tidigare nämnts ofta svårigheter att skaffa sig ett samlat grepp över dessa patienters hela situation. Resultatet blir därför ofta långa sjukskrivningar av läkare i primärvården, följt av remisser till olika specialister.

Ett problem med denna verksamhet är dock att den inte kan förläggas nära patientens hemmiljö. Utredningen visar också att det inte blir någon kontinuitet i rehabiliteringen efter vistelsen vid RFV:s sjukhus. Det konstateras också att en vistelse vid sjukhusen sällan leder till återgång i arbete utan till rekommendation om förtidspension.

2.3.6 Ersättningssystemet

Ersättningssystemet för rehabilitering av personer med nedsatt arbetsförmåga har, tillsammans med utnyttjandet av samhällets disponibla rehabiliteringsresurser, diskuterats flitigt under flera år.

Nuvarande ersättningsregler bygger till stora delar på principer som fastslogs på 1940-talet. Arbetsförhållanden, värderingar och levnadsförhållanden i allmänhet, däribland ett ändrat sjukskrivningsmönster, har sedan 1940-talet markant förändrats. Detta har inneburit ett ökat tryck på socialförsäkringen, samt att delar av regelsystemet framstår som otidsenligt.

Det förhållandet att det måste föreligga en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst hälften begränsar möjligheterna att använda sjukpenning i förebyggande syfte och i rehabiliteringssituationer. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det övergripande målet för all hälso- och sjukvård en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Förebyggande insatser är väsentliga för att detta mål skall kunna uppnås. Det är därför viktigt att sjukförsäkringens ersättningssystem har motsvarande inriktning.

I våra direktiv behandlas ganska ingående problemen med de nuvarande ersättningsreglerna. Bl.a. behöver sjukpenningsförsäkringen göras mera flexibel med ett ökat antal ersättningsnivåer. Med en sådan flexibilitet skulle ersättningsreglerna bättre kunna anpassas till olika behandlings- och rehabiliteringssituationer.

Kravet på att det för rätt till sjukpenning skall föreligga sjukdom, begränsar också mojligheten att väga in psykosocial problematik vid bedömning av rätten till sjukpenning. Med hänsyn till den mera sammansatta problematik som blir allt vanligare i det nutida sjukskrivningsmönstret är detta, som framgår ovan, ett problem i försäkringskassornas samverkan med andra samhällsorgan i rehabiliteringsarbetet.

Ibland kan den sjukes hälsotillstånd vara sådant att han kan förvärvsarbeta om vissa särskilda hinder för detta undanröjs. I direktiven anger man som exempel situationer där den sjukes resor till och från arbetsplatsen måste ordnas på särskilt sätt på grund av benbrott e.dyl. Med nuvarande regler är sjukpenning i dessa situationer den ersättningsform som står till buds. I direktiven sägs att kommittén bör överväga olika möjligheter att ge ersättning från sjukförsäkringen i sådana situationer i syfte att förkorta sjukskrivningstiderna och underlätta rehabiliteringen. En målsättning bör vara att i större utsträckning skapa möjligheter att lämna ersättning vid aktiva rehabiliteringsåtgärder som alternativ till sjukpenning.

Både när det gäller flexibel sjukpenning med flera ersättningsnivåer och ersättning av merkostnader för resor till och från arbetsplatsen pågår för närvarande försöksverksamhet ute i försäkringskassorna. Försöksverksamheten som påbörjades i februari 1986 har enligt vad som hittills redovisats mottagits mycket positivt från försäkrade, läkare och arbetsgivare. Många har uttryckt önskemål om att försöksverksamheten övergår till permanent lagstiftning.

Många problem i rehabiliteringsarbetet sammanhänger med att ersättning under rehabilitering kan utges i olika former och med skilda beslutsorgan. De ersättningar som kan komma i fråga är i huvudsak utbildningsbidrag, sjukpenning enligt lag om allmän försäkring, sjukpenning eller livränta enligt lagen om arbetsskadeförsäkring och sjukbidrag.

Sjukpenning beslutas och utbetalas av försäkringskassan. Detsamma gäller för livränta och sjukbidrag. Utbildningsbidrag beslutas däremot av länsarbetsnämnden eller arbetsförmedlingen och utbetalas av försäkringskassan.

En utgångspunkt för den allmänna försäkringens nuvarande regelsys-

tem är att försäkringen har ersättningsansvaret så länge en person av medicinska skäl inte kan ta ett erbjudet eller tänkbart arbete. Därefter träder andra ersättningsformer in. Den försäkringsmässiga uppbyggnaden av socialförsäkringen medför således en starkare koppling mellan orsaken till rehabiliteringsbehovet och ersättningen under rehabiliteringen än kopplingen mellan rehabiliteringsåtgärden och ersättningen. Detta medför också att ersättningsformen kan ändras under pågående rehabilitering utan samband med någon ändring av rehabiliteringsåtgärderna, vilket kan negativt påverka motivationen för den enskilde att medverka i rehabiliteringsinsatser. Eftersom dessutom skillnaden i ersättning mellan dem som får sjukpenning och dem som får andra slag av ersättning i vissa fall är markant, trots att orsaken till rehabiliteringen tycks likartad, upplevs skillnaden av de enskilda som slumpartad och orättvis. Enligt direktiven skall vi därför undersöka möjligheterna att införa mera enhetliga ersättningsformer från socialförsäkringsadministrationen under hela rehabiliteringsperioden till dess den försäkrade efter rehabiliteringen åter är i arbete.

2.3.7 Delat ansvar

Den nuvarande organisationen av samhällets rehabiliteringsinsatser och det delade ansvaret för åtgärderna innebär i sig svårigheter i arbetet för en effektiv rehabilitering. Samhällsinsatserna är uppdelade på en rad olika samhällsorgan och inget organ har det övergripande ansvaret för rehabiliteringsåtgärderna vare sig det gäller rehabiliteringsplatser eller ersättning under rehabiliteringstiden. Detta delade ansvar leder till flera olika problem.

I olika sammanhang har påpekats att det för den enskilde kan vara svårt att veta hur ansvaret för olika åtgärder fördelar sig mellan olika myndigheter och andra organ. Detta leder till att människor alltför ofta lämnas ensamma med att själva bedöma vart de skall vända sig för att få hjälp. Den enskilde får merarbete genom att han måste vända sig till flera olika myndigheter för att lämna uppgifter eller få hjälp.

Många problem har sin grund i att de olika institutionerna har skilda huvudmän med skilda ekonomier. De olika huvudmännen har inte samma mål och ingen överblick över hur resurserna används i ett samhällsekonomiskt perspektiv. Brister inom en samhällssektor drabbar ofta kostnadsmässigt huvudmannen för en annan.

Slutligen är det viktigt att tydligare klarlägga ansvarsförhållandena i rehabiliteringsarbetet. I det föregående har t.ex. pekats på vikten av helhetssyn och tidiga insatser. De olika rehabiliteringsorganens mål och ansvar finns reglerat i olika lagar och förordningar. Detta gör ansvarsförhållandena svåröverskådliga och mindre tydliga.

En grundförutsättning vid rehabilitering är att de olika rehabiliteringsaktörerna har ett gemensamt synsätt. Även arbetsmetodiken är avhängig av det synsätt respektive myndighet har på rehabilitering.

3 Nulägesbeskrivning av rehabiliteringsarbetet

3.1 Gällande regler för ansvarsfördelning i rehabiliteringsarbetet

Rehabilitering i vid mening omfattar medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering. Medicinsk rehabilitering avser närmast att återställa grundläggande funktioner. Till social rehabilitering kan man räkna åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter. Den yrkesinriktade rehabiliteringen vänder sig till människor som av medicinska, sociala eller liknande skäl har svårt att få och behålla ett arbete. Den skall hjälpa dessa att stärka sin ställning på arbetsmarknaden.

Försäkringskassorna har enligt 2 kap. 11 § AFL ett allmänt ansvar när det gäller rehabiliteringen. Försäkringskassorna skall spåra upp rehabiliteringsfall, och i dessa fall undersöka om det finns skäl att vidta åtgärder för att förkorta sjukdomstiden eller för att helt eller delvis häva nedsättningen i den försäkrades arbetsförmåga och se till att dessa åtgärder vidtages. För den medicinska rehabiliteringen svarar i första hand landstingen i sin egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården. Landstingen har vidare ansvaret för tillhandahållande av vissa hjälpmedel åt handikappade. Arbetsmarknadsorganen svarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen. Arbetsmarknadsinstituten svarar därvid för viss del av denna rehabilitering, bl.a. arbetsprövning och arbetsträning samt fördjupad vägledning. Länsarbetsnämnder och arbetsförmedlingar beslutar om arbetsmarknadsutbildningen. Bland de arbetsmarknadspolitiska stöden ingår också en rad bidrag till olika hjälpmedel och anordningar, som är nödvändiga för att en handikappad skall kunna utföra arbete. Även dessa frågor handläggs av länsarbetsnämnderna och arbetsförmedlingarna. I första hand är det kommunernas socialtjänst som bär ansvaret för den sociala rehabiliteringen. Kommunerna har det yttersta ansvaret för att invånarna i kommunen får den hjälp, service och det stöd de behöver. Vad gäller omsorgen om de handikappade skall socialnämnden verka för att de får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra, vilket inbegriper meningsfull sysselsättning. Socialnämnderna skall vidare arbeta för att motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. De skall också stödja de enskilda

missbrukarna och se till att de får den hjälp eller vård som behövs för att komma ifrån missbruket. De olika formerna av rehabilitering kan bedrivas var för sig eller jämsides med varandra.

Av olika lagar, bl.a. arbetsmiljölagen, främjandelagen och lagen om anställningsskydd, samt av olika avtal följer att arbetsgivare har ett omfattande ansvar för att arbetstagare får stöd vad gäller anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsställena. För personer med statligt reglerad anställning åläggs staten som arbetsgivare ett långtgående rehabiliteringsansvar i rehabiliteringsförordningen (1987:221). Förordningen innebär bl.a. att arbetsgivaren har skyldighet att genomföra de åtgärder som genom rehabiliteringsutredning eller på annat sätt visar sig behöva vidtas för en arbetstagare som behöver rehabilitering. Bestämmelserna ger således arbetstagarna en relativt långtgående rätt till rehabilitering och omplacering då handikapp eller sjukdom utgör hinder i arbetet.

3.1.1 Försäkringskassorna

Försäkringskassornas rehabiliteringsansvar regleras främst i 2 kap. 11 § jämfört med 3 kap. 13 § AFL. Enligt dessa stadganden skall en försäkringskassa, i de fall ersättning för sjukhusvård eller sjukpenning utgivits för 90 dagar i följd eller då det annars föreligger skälig anledning till det, undersöka om det föreligger behov av åtgärder som är ägnade att förkorta sjukdomstiden eller att på annat sätt helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Om försäkringskassan finner att en sådan åtgärd är erforderlig, skall kassan tillse att lämplig åtgärd vidtages. Genom dessa stadganden har försäkringskassorna fått ett ansvar att spåra upp rehabiliteringsfall och att se till att lämpliga rehabiliteringsinsatser blir vidtagna. Kassorna saknar emellertid egna resurser att genomföra rehabiliteringsinsatserna, vare sig dessa är medicinska, arbetsmarknadsmässsiga eller sociala. I stället måste rehabiliteringsåtgärderna genomföras av andra organ, exempelvis sjukvården, arbetsförmedlingen eller kommunen. Försäkringskassans uppgift blir då i stället att initiera och i viss utsträckning samordna sådana åtgärder. Därför är det nödvändigt att på olika sätt etablera samarbete med de organ som har rehabiliteringsresurserna.

RFV har i kungörelsen (RFFS 1979:1) om rehabiliteringsgrupper m.m. hos allmän försäkringskassa, utfärdat föreskrifter om samarbete mellan de olika rehabiliteringsaktörerna. I föreskrifterna anges inledningsvis att rehabiliterande åtgärder får vidtas först efter samråd med den försäkrade. För samråd och samarbete med andra samhällsorgan i ärenden och frågor av mer komplicerad natur, som gäller rehabilitering, skall hos försäkringskassan finnas dels en central rehabiliteringsgrupp, knuten till centralkontoret, dels lokala rehabiliteringsgrupper, knutna till lokalkontoren. Samråd i ärenden och frågor av enklare natur bör ske genom direktkontakter. I LRG bör finnas representanter för, förutom försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten samt distriktsläkare och distriktssköterska. Vidare skall, där så kan ske, även förtroendeläkare

ingå. I CRG bör i första hand behandlas ärenden som remitterats från en lokal rehabiliteringsgrupp samt frågor av principiell karaktär, t.ex. planerings- och resursfrågor beträffande rehabiliteringsverksamheten inom länet. I gruppen bör finnas representanter för, förutom försäkringskassan, länsarbetsnämnden, sjukvårdshuvudmannen och socialtjänsten. Företrädare för andra samhällsorgan kan kallas till sammanträde med de båda grupperna om så bedöms erforderligt.

Försäkringskassornas ansvar för rehabiliteringen styrs ytterst av rätten till förmånerna enligt AFL. När rätten till sjukpenning upphör, upphör också försäkringskassornas rehabiliteringsansvar. En förutsättning för rätt till sjukpenning eller sjukbidrag är att arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften. Detta innebär att den allmänna försäkringen ersätter inkomstbortfall endast till dess arbetsförmågan återställs till minst hälften. När arbetsförmågan är återställd till minst hälften upphör också försäkringskassornas rehabiliteringsansvar. Finner försäkringskassan att rätten till sjukpenning upphört, men att den försäkrade saknar lämpligt arbete är det arbetsförmedlingens uppgift att lösa frågan om arbete. Arbetslösheten i sig utgör således inte någon grund för förlängd sjukpenning. Genom rättspraxis har emellertid området för försäkringskassornas rehabiliteringsansvar utvidgats i viss utsträckning.

3.1.2 Sjukvårdshuvudmännen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), ger sjukvårdshuvudmännen ett ansvar för befolkningens hälsa men också stor frihet att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (2 §). Enligt 2 a § skall hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på kvalitet, trygghet, lättillgänglighet m.m. I överensstämmelse härmed skall sjukvårdshuvudmannen planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan (7 §). I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall sjukvårdshuvudmannen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda (8 §).

Tillsynen över hälso- och sjukvården åvilar SoS (18 §). Tillsynen omfattar såväl förebyggande insatser som vård, omsorg och rehabilitering. En av uppgifterna på nationell, regional och lokal nivå är att förutom generella åtgärder också speciellt uppmärksamma riskgruppers situation.

Genom 26 § åläggs sjukvårdshuvudmännen förutom att erbjuda sjukvård även att förebygga ohälsa hos befolkningen genom insatser riktade mot såväl människor som miljön. Vårdresurserna skall fördelas så att de svarar mot kravet på människors lika rätt till hälso- och sjukvårdstjänster oavsett var de bor i landet. Denna lika-villkors-princip gäller såväl vårdens tillgänglighet som dess innehåll med avseende på t.ex. kvalitet. Geografiska, demografiska, sociala, språkliga, religiösa, ekonomiska och kulturella förhållanden får inte påverka den enskildes möjligheter att

erhålla vård och rehabilitering. Hälso- och sjukvården måste vidare eftersträva att jämna ut skillnader föranledda av olikheter i ålder, kön, inkomst och utbildning. Behoven av kontakter med hälso- och sjukvård vid sjukdomar, skador och för förebyggande åtgärder för befolkningen tillgodoses genom flera olika vårdformer. Hälso- och sjukvården är organiserad i tre nivåer, primärvård, länssjukvård och regionvård. Till primärvården som bedrivs i varje kommun hör bl.a. vårdcentraler, distriktsläkar- och distriktssköterskemottagningar, lokala sjukhem, samt mödra- och barnhälsovårdscentraler. Länssjukvård bedrivs vid länsdels- och länssjukhus. De flesta sjukvårdsspecialiteterna finns representerade där. Regionsjukvård bedrivs vid de högt specialiserade regionsjukhusen.

Sjukvårdshuvudmännen har också ansvaret för den medicinska rehabiliteringen. Till denna räknas — utöver den vanliga sjukvården — undersöknings- och behandlingsformer såsom sjukgymnastik, sysselsättnings- och arbetsterapi, tillhandahållande av tekniska hjälpmedel, som handikappade personer behöver i hemmet eller i skola. Dessa hjälpmedel tillhandahålles vid hjälpmedelscentral, hörcentral, syncentral eller ortopedisk avdelning, som samtliga vanligen är knutna till ett sjukhus eller en vårdcentral. Till den medicinska rehabiliteringen räknas också rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning.

Sjukvårdens rehabiliteringsmål är att så långt det är möjligt återställa funktionsförmågan. Rehabiliteringen kan syfta till att förbättra en nedsatt funktion, bibehålla en uppnådd funktionsförmåga och att träna kompenserande funktioner.

3.1.3 Arbetsmarknadsmyndigheterna

Arbetsmarknadsmyndigheterna har vissa resurser för yrkesinriktad rehabilitering. Enligt 10 § förordningen om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten (1987:405) utgör yrkesinriktad rehabilitering sådan utredande, vägledande och förberedande verksamhet som arbetsmarknadsverket bedriver i syfte att pröva och förbättra yrkesobestämda och arbetshandikappade personers förutsättningar för arbete. Yrkesinriktad rehabilitering bedrivs vid arbetsmarknadsinstituten.

Denna verksamhet består bl.a. av arbetsprövning och arbetsträning. Arbetsprövningen syftar till att kartlägga individens intressen och anlag samt fysiska, psykiska och sociala funktions- och arbetsförmåga i förhållande till kraven och utveckligen på arbetsmarknaden. Arbetsträningen innebär en systematiskt bedriven träning av den fysiska, psykiska och sociala funktions- och arbetsförmågan. Arbetsprövning och arbetsträning utgör ett led i den totala rehabiliteringen av individen.

Vissa av arbetsmarknadsinstituten har särskilda resurser för specifika handikappgrupper (AMI-S), varvid S står för särskilda resurser, t.ex. för synskadade, hörselskadade eller rörelsehindrade. Andra institut har avdelat särskilda arbetslag som är inriktade mot särskilda handikappgrupper. Organisatoriskt är alla institut knutna till länsarbetsnämnderna. Det är arbetsförmedlingen, som genom sina s.k. beredningsgrupper svarar

för inskrivningen av sökande till AMI. Såväl arbetshandikappade som enbart vägledningssökande kan hänvisas till AMI. AMI är i första hand till för arbetssökande.

Arbetsmarknadsorganens ansvar för rehabiliteringen sträcker sig till att tillhandahålla insatser för att den enskilde skall kunna finna, få och behålla ett arbete. Detta innebär i vissa fall även att förbättra den enskildes möjlighet att motsvara arbetsmarknadens krav.

3.1.4 Kommunerna

Kommunens ansvar för social rehabilitering av den enskilde individen regleras i socialtjänstlagen (1980:620) och ärendena handläggs av socialnämnden. Övergripande mål för socialtjänsten, såsom det kommer till uttryck i lagen, är att skapa ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktivt deltagande i samhället.

Dessa mål kan konkretiseras och socialtjänstens uppgifter kan då sägas vara att:

- ta reda på vilka hjälpbehov som finns,
- tala om för invånarna vilka möjligheter till stöd och hjälp som står till buds,
- vid behov förmedla kontakter med och insatser från andra myndigheter,
- ge stöd och hjälp, om behoven inte tillgodoses av annan myndighet.

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att stödja den enskilde bl.a. genom att förmedla insatser som andra huvudmän ansvarar för. Stödet skall ges så att den enskilde inte fråntas det egna ansvaret för sin livsföring. Samtidigt får emellertid inte socialtjänsten avstå från att träda in i svåra situationer.

I 5 § SoL finns en uppräkning av vilka uppgifter det åligger socialnämnden att fullgöra enligt lagen. Där sägs att till socialnämndens uppgifter hör att "svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det".

Bestämmelser om vilka rättigheter som tillkommer den enskilde individen finns angivna i 6 § SoL. Denna paragraf är av central betydelse och reglerar den enskildes rätt till hjälp och stöd i alla tänkbara situationer. I paragrafen anges att "den enskilde har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv". Rätten till bistånd begränsas inte till några i socialtjänstlagen direkt angivna situationer. Var och en som för sin försörjning och livsföring i övrigt inte kan få sitt behov tillgodosett på annat sätt har rätt till bistånd. Biståndet skall utgå på det sätt som är mest ändamålsenligt i det enskilda fallet. Under rätten till bistånd faller

således vård- och behandlingsinsatser, olika former av social service samt ekonomiskt bistånd (socialbidrag). Socialstyrelsen har med stöd av 67 § SoL utfärdat allmänna råd för tillämpningen av 6 § samma lag om rätten till bistånd.

Rätten till bistånd enligt socialtjänstlagen innebär en rätt för den enskilde att få bistånd till försörjning och sin livsföring i övrigt. Men rätten till bistånd är inte ovillkorlig. Som en förutsättning gäller att den enskilde själv saknar förmåga att tillgodose behovet. Den som är arbetsför och som kan beredas lämpligt arbete, är endast tillfälligt och till dess han själv kan klara sin försörjning, berättigad till bistånd enligt paragrafen. En person har som regel inte rätt till bistånd av socialnämnden om hans behov kan tillgodoses genom någon annan huvudmans försorg. Vid bedömningen av om den enskilde har rätt till bistånd skall hänsyn därför tas till det ansvar som vilar på annan huvudman. Genom biståndet skall den enskilde tillförsäkras skälig levnadsnivå. Biståndet skall emellertid samtidigt utformas så, att den enskildes förutsättningar att i framtiden klara sin försörjning och sin livsföring förbättras. Rehabiliteringssynpunkten tilläggs således stor betydelse när biståndet skall bestämmas. Det har därför inte ansetts möjligt att i SoL låsa fast vare sig de åtgärder som skall vidtas eller de konkreta förändringar av den enskildes situation som insatsen i varje särskilt fall skall syfta till. Lagstiftningen har i stället lämnat utrymme för socialnämnden att anpassa insatserna så att de på bästa sätt kommer att främja den enskildes fortsatta rehabilitering.

Rent allmänt kan därför sägas, att kommunens rehabiliteringsansvar träder in först när någon annan rehabiliteringsaktör inte har ansvaret för den enskilde, och sträcker sig till dess annan aktör är skyldig att ta över ansvaret.

3.1.5 Kriminalvården

Frivården (skyddskonsulentorganisationen) ansvarar för verkställighet av påföljden skyddstillsyn samt den övervakning som är förenad med villkorlig frigivning. Verksamheten regleras i brottsbalken, frivårdsförordningen (1983:250) samt i Kriminalvårdsverkets frivårdsföreskrifter (KVVFS 1986:7) och råd till övervakare och förtroendemän, "Övervakare i kriminalvården" 1985.

Frivården svarar också för personundersökning i brottmål. Denna verksamhet regleras i lagen om personundersökning i brottmål (1964:542) med tillhörande kungörelse (1973:1215).

Genom gällande regler, som bl.a. innebär omedelbar verkställighet av dom till skyddstillsyn och ettårig övervakningstid, koncentreras frivårdens arbete till inledningsskedet i den dömdes återanpassningsprocess. Tät kontakt och aktiv uppföljning av de enskilda ärendena utgör påföljdens ram medan innehållet utformas i en individuellt avpassad plan. Därvid är en nära samverkan med olika myndigheter och organisationer i samhället synnerligen viktig liksom en väl avvägd arbetsfördelning mellan tjänstemän och lekmän i övervakningsarbetet. Lokala överlägg-

ningar med bl.a. socialtjänsten om policy och samarbete kring missbrukare förekommer i flertalet regioner. Kriminalvårdens syfte och innehåll beskrivs närmare under avsnitt 3.4.5.

3.1.6 Arbetsgivaren

Det finns en mängd olika författningar, som reglerar arbetsgivarens ansvar för rehabilitering i arbetslivet. Följande redogörelse tar emellertid inte sikte på att vara en total genomgång av samtliga författningar, utan enbart en redovisning av de viktigaste reglerna.

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

En viktig lagstiftning i detta hänseende är arbetsmiljölagen. Den avser skydd mot ohälsa och olycksfall i arbetet, och omfattar alla slags hälsorisker. Genom en ändring i AML som trädde i kraft den 1 januari 1986 (SFS 1985:321) ger den också skyddskommittéerna uppgiften att verka för att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten bedrivs på arbetsställena. Lagen har karaktären av ramlag. Den innehåller vissa grundläggande bestämmelser och anger dessutom översiktligt kraven beträffande olika arbetsmiljöfaktorer. Bestämmelserna bildar utgångspunkt för en närmare reglering av arbetsmiljön som skall ske genom arbetarskyddsstyrelsen. I olika verkställighetsföreskrifter anges sedan de närmare krav som skall uppfyllas i arbetsmiljöhänseende vid planering av arbetslokaler och arbetsmetoder m.m. Innebörden i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar beskrivs utförligt längre fram i betänkandet.

Arbetsgivaren är ansvarig för att rehabiliterande insatser görs för de anställda. Det praktiska arbetet med detta utförs vanligen i linjeorganisationen, dvs. av arbetsledning, personalhandläggare m.fl. samt av företagshälsovården. Som nyss nämnts har dock även skyddskommittéerna fått i uppgift att verka för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten bedrivs på arbetsställena.

Grundtanken bakom nämnda bestämmelse är att parterna på arbetsställena i högre grad skall engageras för att hjälpa enskilda människor att genom anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder kunna behålla eller få ett arbete. Insatserna för redan anställda, som behöver sådana åtgärder för att kunna stanna kvar i arbetet, skall ske på ett så tidigt stadium som möjligt.

Lagen (1982:80) om anställningsskydd

LAS har skapats i syfte att ge de anställda större anställningstrygghet. Den är tillämplig på arbetstagare i såväl allmän som enskild tjänst. Från lagens tillämpning finns dock vissa undantag, såsom arbetstagare som med hänsyn till arbetsuppgifter och anställningsvillkor får anses ha företagsledande eller därmed jämförlig ställning, arbetstagare som tillhör arbetsgivarens familj, arbetstagare som är anställda för arbete i arbetsgivarens hushåll och arbetstagare som har anvisats beredskapsarbete,

skyddat arbete eller arbete i ungdomslag. Lagen är tillämplig på arbetstagare oavsett hur lång arbetstid vederbörande har hos arbetsgivaren.

LAS är dispositiv, vilket innebär att den på vissa punkter kan ersättas av kollektivavtal som träffas mellan parterna på arbetsmarknaden. Avtal kan således träffas om förutsättning för tidsbegränsad anställning, uppsägningstid, lön och andra förmåner under permittering, turordning vid uppsägning och permittering, företrädesrätt till återanställning samt former för varsel och förhandlingar med arbetstagarorganisation inför anställning av någon som inte har företrädesrätt.

I 4 § anges de två anställningsformer som finns, nämligen tillsvidareanställning och tidsbegränsad anställning. Har inte annat avtalats gäller i de flesta fall att anställningen är tills vidare. Tidsbegränsad anställning kan avse säsongsarbete, visst objekt, vikariat, praktikarbete, provanställning m.m.

Enligt 7 § skall en uppsägning från arbetsgivaren vara sakligt grundad. Saklig grund för uppsägning föreligger inte om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren bereder arbetstagaren annat arbete hos sig. Vidare får uppsägning som beror på förhållanden som hänför sig till arbetstagaren personligen inte enbart grundas på omständighet som arbetsgivaren känt till mer än en månad innan varsel eller underrättelse lämnades om uppsägningen. Enligt 18 § får avskedande ske, om arbetstagaren grovt har åsidosatt sina åligganden mot arbetsgivaren. Avskedandet får inte grundas enbart på omständighet som arbetsgivaren har känt till mer än en månad innan underrättelse lämnades.

I prop. 1973:129 till LAS, uttalade föredraganden beträffande frågan om ålder, sjukdom, nedsatt arbetsförmåga eller dylikt som skäl till uppsägning att:

"– omständigheter av detta slag utgör i och för sig inte grund för uppsägning. Det är mycket vanligt att äldre arbetstagare inte förmår prestera lika mycket eller arbeta i samma takt som yngre arbetskraft. Inte desto mindre är det utomordentligt angeläget att den äldre arbetskraften får stanna kvar i företagen. Det samma gäller i fråga om arbetstagare som på grund av sjukdom eller handikapp har en begränsad arbetsförmåga. Vi måste försöka förhindra att vi får två arbetsmarknader, en för yngre, välutbildad arbetskraft och en för äldre, handikappade eller dåligt utbildade. I enlighet härmed bör ålder, sjukdom och dylikt i princip inte godtas som saklig grund för uppsägning. Den begränsning av arbetstagares prestationsförmåga som ålder eller sjukdom kan medföra bör istället leda till att arbetsgivaren vidtar särskilda åtgärder för att underlätta arbetet för arbetstagaren, t.ex. särskilda anordningar på arbetsplatsen eller förflyttning till ett mindre krävande arbete. Ålder eller sjukdom kan emellertid medföra en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan, som är så väsentlig att arbetstagaren ifråga inte längre kan utföra arbete av någon betydelse. I så fall bör denna nedsättning av arbetsförmågan kunna åberopas som grund för uppsägning."

Av propositionstexten framgår att det ställs starka krav på arbetsgivaren att vidta anpassningsåtgärder som ger t.ex. äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga möjlighet att behålla sina anställ-

ningar. LAS ger ett särskilt skydd åt äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga samt arbetstagare med lång anställningstid även vad gäller uppsägningstid och turordning vid uppsägning. I 11 § anges reglerna för uppsägningstid. Av paragrafen framgår att ju äldre en arbetstagare är desto längre uppsägningstid har han. Den längsta uppsägningstid som sägs i 11 § är sex månader, och inträder efter fyllda 45 år för arbetstagaren. 22 § reglerar turordningen vid uppsägning på grund av arbetsbrist. Enligt denna skall arbetstagarens plats i turordningen bestämmas med utgångspunkt i varje arbetstagares sammanlagda anställningstid hos arbetsgivaren. Arbetstagare med längre anställningstid har företräde framför arbetstagare med kortare anställningstid. Vid lika anställningstid ger emellertid högre ålder företräde. Vidare sägs i 23 § att arbetstagare som har nedsatt arbetsförmåga och som på grund därav har beretts särskild sysselsättning hos arbetsgivaren skall, om det kan ske utan allvarliga olägenheter, få företräde till fortsatt arbete oberoende av turordningen.

Lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder (främjandelagen)

Främjandelagen har till främsta syfte att underlätta för äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga att behålla ett arbete eller erhålla ett arbete på den allmänna arbetsmarknaden. Lagen är också ett stöd för arbetsmarknadsverkets verksamhet. I 1 § finns intaget bestämmelser om arbetsgivares skyldighet att varsla länsarbetsnämnden vid uppsägning eller permittering, om minst fem arbetstagare berörs därav. Det finns även vissa undantag från varselreglerna. Ett sådant undantag utgör en driftsinskränkning som är ett normalt led i arbetsgivarens verksamhet.

Främjandelagen utgör bl.a. den grund på vilken anpassningsverksamheten i arbetslivet har byggts upp, även om anpassningsgrupperna inte nämns i lagtexten. Enligt lagen har alla arbetsgivare överläggningsskyldighet gentemot länsarbetsnämnderna. Syftet med detta är att underlätta för arbetsförmedlingen att finna arbete för arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga och motverka uppsägning av dem som drabbas av särskilda svårigheter i arbetslivet.

Länsarbetsnämnderna kan enligt 7 § ålägga arbetsgivare att lämna uppgifter om t.ex. arbetsstyrkans storlek och sammansättning med avseende på ålder, kön, nationalitet och huvudsakliga arbetsuppgifter, antal arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga och förestående förändringar i arbetsstyrkan, omplaceringar och nyanställningar.

Enligt 8 § är arbetsgivaren skyldig att överlägga med länsarbetsnämnden eller med den som nämnden förordnar (t.ex. försäkringskassan) om åtgärder i syfte att förbättra arbetsförhållanden för redan anställda, eller

för arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Överläggningsskyldigheten gäller också möjligheten till nyanställningar av äldre arbetstagare och av arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Till överläggningarna med länsarbetsnämnderna skall förutom arbetsgivaren även berörda arbetstagarorganisationer kallas. Länsarbetsnämnden kan på grundval av överläggningarna ge arbetsgivarna anvisningar om de åtgärder som behöver vidtas. Nämnden kan också anmoda en arbetsgivare att öka andelen äldre arbetstagare eller arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Om arbetsgivaren vägrar att delta i överläggningar eller inte följer länsarbetsnämndens anvisningar kan AMS förordna om arbetsförmedlingstvång. AMS kan också ta upp överläggningar med arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer inom en viss bransch. Detta kan ske på eget initiativ eller efter framställning från någon organisation.

I de fall en arbetsgivare inte självmant vidtar åtgärder för att underlätta för den försäkrade att behålla sin anställning, kan försäkringskassan begära att länsarbetsnämnden — ensam eller tillsammans med kassan — tar upp överläggningar med arbetsgivaren om sådana åtgärder.

Enligt 17 § främjandelagen kan också arbetsgivare, som uppsåtligen eller av grov oaktsamhet underlåter att varsla om driftsinskränkning, åläggas att utge en särskild varselavgift till staten. Varselavgiften fastställes för varje påbörjad vecka som varsel försummats och bestämms till lägst 100 och högst 500 kronor för varje arbetstagare som berörs av driftsinskränkningen.

Rehabiliteringsförordningen (1987:221)

Förordningen ersätter den tidigare förordningen (1979:518) om arbetshandikappade i statligt reglerad anställning, m.m.

Förordningen reglerar statlig arbetsgivares skyldigheter vad avser anpassning och rehabilitering beträffande arbetstagare med statligt reglerade anställningar. Den tillämpas dock inte på de arbetstagare som har anvisats beredskapsarbete, arbete i ungdomslag eller skyddat arbete. Enligt förordningen har arbetsgivaren ett långtgående ansvar för anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder för arbetstagare som har eller kan förväntas få svårigheter att erhålla eller ha kvar en anställning på grund av fysiskt, psykiskt eller socialt arbetshinder, där inbegripet även nedsättning i arbetsförmågan till följd av alkohol eller annat drogmissbruk (arbetshandikappad).

Enligt 3 § har myndigheterna ansvar för att en s.k. rehabiliteringsutredning genomförs beträffande arbetstagaren. Rehabiliteringsutredning skall genomföras när arbetstagaren har varit sjukledig mer än 14 dagar i följd, om det inte är uppenbart att någon utredning inte behövs, när hans tjänstgöring ofta har avbrutits av sjukledighetsperioder eller när han under en längre tid har varit delsjukledig, när hans arbetsförmåga under en längre tid har minskat eller blivit ojämn eller andra tecken på svårigheter att klara arbetsuppgifterna har visat sig eller när arbetstagaren själv begär det. Rehabiliteringsutredningen skall genomföras av myndigheten

och den skall ske så snart som möjligt. Vid utredningen har myndigheten möjlighet att anlita biträde av företagshälsovården (statshälsan), där sådan finns och om arbetstagaren medger det.

Om det genom rehabiliteringsutredningen eller på något annat sätt framkommer att en arbetstagare behöver rehabilitering, skall myndigheten se till att denna genomförs så snart som möjligt (4 §). Råder det tvekan om behovet eller inriktningen av rehabiliteringen, bör myndigheten så snart som möjligt samråda med SAMN (5 §). Kan myndigheten inte vidta de åtgärder som behövs för att behålla en arbetshandikappad i anställning, skall myndigheten begära hos SAMN att nämnden medverkar i den fortsatta handläggningen av frågan (6 §). När en arbetstagare genomgår rehabilitering, får myndigheten helt eller delvis befria honom från de vanliga arbetsuppgifterna. Sådan partiell tjänstebefrielse får emellertid beviljas bara om detta tillstyrks av företagshälsovårdens läkare eller av läkare som har utsetts av myndigheten. Om arbetstagaren är anställd hos staten, får tjänstebefrielse beslutas också när detta tillstyrks av SAMN.

3.2 Avtalsbestämmelser

Arbetsgivaren har enligt lagar och avtal ansvar för såväl förebyggande som rehabiliterande insatser. Det praktiska arbetet med detta förutsätts i första hand ske i linjeorganisationen dvs. av arbetsledare, personalhandläggare, skyddsombud m.fl.

I vissa frågor som rör arbetsplatsen har, enligt AML och arbetsmiljöavtalen, skyddskommittén fått viktiga uppgifter, exempelvis i fråga om huvudmannaskapet för FHV samt arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

De bestämmelser som främst reglerar den lokala arbetsmiljöverksamheten är reglerna i AML och arbetsmiljöavtalen. De frågor som skyddskommittén och den lokala arbetsmiljöverksamheten har att behandla kan emellertid även bli föremål för förhandlingar enligt MBL och medbestämmandeavtalen. Det gäller även arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten.

3.2.1 Arbetsmiljöavtalen

Arbetsmiljölagen är en ramlag, vilket innebär att lagen inte innehåller mera detaljerade regler. Detaljbestämmelserna utformas genom arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter. Avtalen om arbetsmiljö och FHV ger en komplettering av AML. Arbetsmiljöavtal finns inom såväl den privata som offentliga sektorn. Avtalen har i stort sett samma innehåll inom olika delar av arbetsmarknaden.

Den centrala roll som avtalen ger skyddskommittén har ytterligare förstärkts genom den ändring av AML som innebär att kommittén också fått uppgiften att verka för anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten.

Skyddskommittén är i första hand ett rådgivande organ. Den kan få beslutsrätt i vissa arbetsmiljöfrågor och är huvudman för företagshälsovården. När det gäller arbetsmiljöbeslut, som inte innebär några ekonomiska åtaganden för företaget, har majoriteten i skyddskommittén beslutanderätt.

Den redovisning som här ges angående skyddskommittéernas uppgift och skyldighet baserar främst på avtalet mellan LO, PTK och SAF. Avtalen inom den privata sektorn överensstämmer, som tidigare sagts i stort med avtalen inom den offentliga sektorn för stat, landsting och kommun. Arbetsgivare och arbetstagare skall enligt avtalen samverka för att uppnå en tillfredsställande arbetsmiljö. Arbetsgivaren har huvudansvaret för att nödvändiga åtgärder i syfte att uppnå detta mål vidtas och fullföljs. Enligt avtalen skall skyddskommittén fastställa målen för företagets verksamhet på arbetsmiljöområdet och utarbeta riktlinjer för att uppnå dessa mål.

Skyddskommittén skall i företag med inbyggd FHV fungera som huvudman för denna. Det betyder att kommittén skall besluta om företagshälsovårdens organisation, verksamhetens inriktning och utveckling och fastställa rutiner och instruktioner. Skyddskommittén skall följa upp den praktiska tillämpningen av verksamheten och ge underlag och yttra sig över budget för företagshälsovården.

I företag, som anordnar FHV i samverkan med andra (företagshälsovårdscentraler), skall skyddskommittén fungera som huvudman för företagshälsovården i det egna företaget. Det innebär att kommittén har att samverka med företagshälsovårdskommittén i företagshälsovårdscentral eller, om sådan saknas, med andra berörda skyddskommittéer.

Skyddskommittén skall till ledningsorgan för den gemensamma företagshälsovården framlägga synpunkter angående erforderliga insatser och resurser för det egna företaget. Den skall vidare framlägga synpunkter på planering och dimensionering av de gemensamma resurserna.

Förutom de förebyggande uppgifterna har skyddskommittéerna sedan år 1986 fått huvudmannaskapet för anpassning och rehabilitering (6 kap. 9 §).

En huvudpunkt i de nya bestämmelserna är, att skyddskommittén åläggs att verka för att en på lämpligt sätt organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs. Detta berör inte små företag (oftast företag med färre än 50 anställda), som saknar skyddskommitté. En fungerande anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet även i mindre företag är emellertid arbetsgivaren skyldig enligt AML och AMA att anordna på grund av sitt ansvar för arbetsmiljön. I detta ansvar ligger också att ordna arbetsförhållandena på sådant sätt att de fungerar även för äldre anställda, eller för anställda med något arbetshandikapp.

3.2.2 Riktlinjer för företagshälsovården

FHV har byggs upp genom frivilliga överenskommelser mellan parterna på arbetsmarknaden. Regler för verksamheten finns i avtalen om arbets-

miljö och FHV. Företagshälsovården skall enligt AMA arbeta med förebyggande och rehabiliterande insatser, medicinskt, tekniskt och psykosocialt. Genom mätningar och kontroller på arbetsplatsen, genom riktade hälsoundersökningar m.m. kan FHV upptäcka risker i arbetsmiljön.

Företagshälsovården regleras således genom avtal. I de fall då hälsoriskerna på en arbetsplats bedöms som stora och tillgång till FHV saknas har emellertid, som tidigare redovisats, en ny bestämmelse införts i 3 kap. 2 § andra stycket AML:

- "...Om arbetsförhållandena påkallar det skall arbetsgivare föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver."

Inom de 19 yrkesinspektionsdistrikten finns partsammansatta yrkesinspektionsnämnder. Dessa har bl.a. till uppgift att svara för en regional samverkan för utbyggnad och utveckling av FHV. När de nya bestämmelserna i AML trädde ikraft ändrades nämndernas sammansättning så att landstingen och kommunerna fick egen representation. Samtidigt skedde en motsvarande utökning med arbetstagarrepresentationen.

Det är i dag 77 procent av arbetstagarna, eller ca 3 miljoner, som har tillgång till FHV. Drygt en miljon arbetstagare saknar fortfarande FHV, trots att ca en miljon av dessa omfattas av avtal om arbetsmiljö och FHV. Av de som saknar FHV arbetar cirka 400 000 på den offentliga sektorn och cirka 800 000 inom den privata. Cirka 300 000 arbetar på arbetsplatser, främst privata företag, som inte omfattas av avtal om arbetsmiljö och FHV.

Ett ingripande med föreläggande skall ske först sedan alla möjligheter att, inom rimlig tid, få frivillig anslutning till FHV har uttömts. Det är således fortfarande avtalen som spelar den viktigaste rollen för att få till stånd en fortsatt utbyggnad av företagshälsovården.

Det är också avtalen som styr verksamhetens inriktning. FHV är enligt avtalen en rådgivande expertfunktion. Den skall ta initiativ när det gäller FHV och arbetarskydd, göra utredningar och på alla sätt medverka i att ta fram underlag för de beslut som krävs för arbetsmiljö- och anpassningsbefrämjande åtgärder i företaget.

I sin verksamhet skall företagshälsovårdens befattningshavare nära samverka med såväl företagets olika linje- och stabsfunktioner som med de fackliga organisationerna och med aktuella organ för samverkan mellan de lokala parterna.

I avtalen behandlas även företagshälsovårdens uppgift vad gäller rehabilitering vid ohälsa och sviktande arbetsförmåga. Bl.a. anges företagshälsovårdens nära kontakt med arbetsplatserna som en utgångspunkt för dess betydelsefulla roll i rehabiliteringsarbetet. I kommentarerna till företagshälsovårdens uppgift sägs bl.a. följande i LO-PTK-SAF-avtalet:

"Företagshälsovårdens position nära arbetsplatserna kan göra den till ett effektivt rehabiliteringsinstrument. Behov av rehabiliterande åtgärder kan uppstå vid såväl kortvarigt som varaktigt nedsatt arbetsförmåga efter skada eller sjukdom. Företagshälsovården kan därvid använda skilda

åtgärder för att återställa balansen mellan arbete och individ. Medicinska och socialpsykologiska insatser kan krävas för att återställa arbetsförmågan. I andra fall kan åtgärder riktade mot arbetsmiljön bli nödvändiga. Om man bedömer att den anställde trots förbättringar på arbetsplatsen ej kan klara av det befintliga arbetet kan omplacering inom företaget övervägas. Omplacering bör i detta sammanhang noga förberedas och föregås av en bedömning av individens arbetsförmåga. Arbetskraftsprofiler kan utgöra ett utmärkt hjälpmedel för en riktad arbetsplacering. Efter utredning av arbetstagarens hälsotillstånd och arbetsplatsens krav bör lämpliga åtgärder för återställande av arbetsförmåga planeras och diskuteras tillsammans med den anställde. För företagshälsovårdens del kan rehabiliteringsarbetet innebära kontakter med olika funktioner i företaget såsom arbetsledning, fackliga organisationer, personalavdelning, produktionsavdelning m.fl. Om så är lämpligt med hänsyn till företagets storlek och struktur kan frågor rörande rehabilitering diskuteras i en anpassningsgrupp, där företrädare för företagshälsovården bör delta."

3.2.3 Medbestämmandeavtalen

MBL har på samma sätt som arbetsmiljölagen kompletterats med avtal (MBA) inom olika sektorer av arbetsmarknaden.

MBL och olika medbestämmandeavtal ger vid sidan av verksamheten inom skyddskommitté och anpassningsgrupp möjlighet att ta upp anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna i förhandlingar mellan parterna på arbetsplatsen. De avtal, som förutom AMA används i samband med frågor som direkt eller indirekt rör anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatserna är MBA och Utvecklingsavtalet (UVA). Dessa avtal utgår samtliga från MBL. Det är i första hand lagens regler om förhandlingsrätt och rätt till information, som kan aktualiseras i samband med arbetsanpassnings- och rehabiliteringsåtgärder.

Personalpolitiska frågor av större betydelse ingår i den primära förhandlingsskyldigheten, t.ex. principer för rekrytering, utbildning, introduktion, personalplanering m.m. Det gäller även arbetsgivarens skyldighet att informera enligt MBL. Arbetsgivaren är enligt MBL skyldig att ta initiativ till förhandlingar även i frågor angående arbets- och anställningsförhållanden som bara berör en anställd, om frågan är av stor betydelse för denne. Exempel på sådana frågor är omplacering av en anställd. S.k. primärförhandling skall i sådana ärenden ske innan arbetsgivaren fattat beslut.

De MBA, som hittills har träffats, är olika inom olika sektorer av arbetsmarknaden i fråga om inriktning på de personalpolitiska frågorna. Utvecklingsavtalet på LO-PTK-SAF-området omfattar endast indirekt personalpolitiken i företagen. Avtalen för de statliga och kommunala sektorerna är mera preciserade.

Avtalet på den statliga sidan behandlar dels formerna för medbestämmandet, dels de olika medbestämmandeområdena. I detta avtal finns även för arbetsanpassning och rehabilitering viktiga medbestämmande-

områden som personalutveckling, personalrörlighet och personalinformation.

I det statliga medbestämmandeavtalet tas rehabilitering upp i samband med riktlinjerna beträffande personalrörlighet. Där sägs bl.a. att:

"omplacering är ett viktigt instrument i samband med övertalighet och omlokalisering, i arbetet på att rehabilitera och finna sysselsättning åt anställda med begränsad arbetsförmåga samt i samband med personalutveckling eller åtgärder för anpassning till förändrade arbetsuppgifter, arbetsformer och organisation".

Det kommunala medbestämmandeavtalet behandlar särskilt ingående omplaceringsfrågorna. Med omplacering avses här en anställds övergång till en annan befattning i kommunen. Övergången skall vara föranledd av omlokalisering, driftsinskränkning, omorganisation, nedläggning, personalutveckling eller av arbetshandikapp. Omplacering skall syfta till att ta till vara den anställdes kvalifikationer och personliga förutsättningar genom att finna lämpliga arbetsuppgifter och att ge den anställde fortsatt sysselsättning och tillfredsställelse i arbetet.

Det sägs vidare i avtalet att innan omplacering vidtas bör man söka omfördela uppgifterna inom den egna arbetsenheten — om den anställde så önskar — när han inte längre kan arbeta som förut på grund av arbetsskada, handikapp eller annan liknande orsak.

Omplaceringsverksamheten skall enligt avtalet ske i fortlöpande samverkan mellan arbetsgivaren och de lokala arbetstagarorganisationerna.

3.3 Sekretessregler

Här lämnas en redogörelse för de delar av sekretesslagstiftningen, som berörs i rehabiliteringsarbetet. Inledningsvis redogörs för de sekretessregler som gäller inom och mellan myndigheter enligt sekretesslagen (1980:100). Därefter utvecklas sekretessreglerna på arbetsplatsen enligt bl.a. arbetsmiljölagen (1977:1160) och främjandelagen (1974:13). Avslutningsvis redogörs för sekretessen inom företagshälsovården. En utförlig redogörelse för sekretessen på arbetsmiljöområdet återfinns även i arbetsmiljösekretessutredningens betänkande (SOU 1987:66).

3.3.1 Sekretess i offentlig verksamhet rörande rehabiliteringsarbetet

Sekretesslagen gäller statens och kommunernas verksamhet. Trots att de allmänna försäkringskassorna inte ingår i den statliga eller kommunala organisationen anses de vara förvaltningsmyndigheter enligt 1 kap. 8 § regeringsformen och räknas som myndigheter enligt sekretesslagen. Lagen innehåller bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet, förbud mot att lämna ut allmänna handlingar, begränsningar av rätten att ta del av allmänna handlingar och begränsningar av den s.k. meddelarfriheten.

Sekretessen innebär förbud att röja en uppgift, vare sig det sker muntligen, genom att lämna ut en allmän handling eller på annat sätt (1 kap. 1 §).

Det som skyddas genom sekretessen är uppgifter i rehabiliteringsärenden om enskildas personliga förhållanden. Sekretess gäller om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till honom lider men, om uppgiften röjs (rakt skaderekvisit) eller, i vissa fall, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men (omvänt skaderekvisit).

Med *personliga förhållanden* avses bl.a. den enskildes karaktär, sinnesbeskaffenhet, sociala förhållanden, allmänna hälsotillstånd, medicinering och annan vård eller behandling samt arbetsförmåga. Som *men* räknas kränkningar av den enskildes integritet, innefattande både fysiska och psykiska obehag. Även ekonomisk skada kan omfattas av begreppet.

Sekretess gäller också myndigheter emellan och även mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet, om dessa är att anses som självständiga i förhållande till varandra (1 kap. 3 §). Enligt särskilda bestämmelser kan dock myndigheter ge varandra upplysningar i större utsträckning än som gäller i förhållande till enskilda. Bestämmelser om detta finns intaget i 1 kap. 5 § och i 14 kap.

Enligt 1 kap. 5 § utgör sekretess inte något hinder mot att uppgift lämnas ut, om det är nödvändigt för att den *utlämnande* myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet. Paragrafen ger således en myndighet möjlighet att lämna ut sekretessbelagd uppgift, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra lagstadgad verksamhet. Enligt prop. 1979/80:2 sid. 465 och 494 skall emellertid bestämmelsen tillämpas restriktivt och utlämnande av uppgift får inte ske enbart i syfte att höja myndighetens effektivitet eller för att biträda andra myndigheter i deras arbete. Eftergift av sekretess får endast ske då ett utlämnande är en nödvändig förutsättning för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sina åligganden.

I de flesta fall förutsätts att något speciellt villkor är uppfyllt för att sekretessen skall gälla. Vanligen är villkoret utformat som ett s.k. skaderekvisit, vilket innebär att sekretess gäller under förutsättning att någon viss angiven risk för skada eller men uppstår, om uppgifterna lämnas ut. Skaderekvisiten i sekretesslagen är antingen "raka" eller "omvända".

Rakt skaderekvisit: Sekretess gäller för uppgift om enskild om det kan antas att den enskilde lider skada eller men om uppgiften lämnas ut. Huvudregeln är alltså att sekretess inte gäller och att uppgiften får lämnas ut.

Skadebedömningen, dvs. om risk för men föreligger, skall göras med utgångspunkt i själva uppgiften. Det innebär att frågan om huruvida sekretess gäller, i första hand inte behöver knytas till en skadebedömning i det enskilda fallet. Avgörande är i stället om uppgiften som sådan är av den arten att ett utlämnande typiskt sett kan vara ägnat att medföra skada för enskilds personliga förhållanden.

Rakt skaderekvisit finns bl.a. i 7 kap. 7 §, som reglerar sekretessen hos

försäkringskassa, RFV och FÖD. Sekretessen i denna paragraf gäller för uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Sekretessen i paragrafen gäller också i förhållande till en vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgift om hans hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vård eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom. Sekretessen gäller också för anmälan eller annan utsago av enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att fara uppkommer för att den som har gjort anmälan eller avgivit utsagan eller någon honom närstående utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Omvänt skaderekvisit: Sekretess gäller för uppgift om t.ex. enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Huvudregeln är alltså att sekretess gäller och att uppgiften inte får lämnas ut. I praktiken innebär detta att tillämparen många gånger inte kan lämna ut en uppgift som omfattas av en sådan sekretessregel utan att ha kännedom om mottagarens identitet och om dennes avsikter med uppgiften.

Det starka, omvända skaderekvisitet gäller för verksamheten inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsförmedlingsorganen (7 kap. 1, 4 och 10 §§). Enligt 10 § gäller sekretess för arbetsförmedling, yrkesvägledning, arbetsvård, antagning till AMU, hjälp och stöd vid arbetslöshet och andra åtgärder i anställningsfrämjande syfte eller för att främja enskilds anpassning till arbetslivet.

Sekretessen är således betydligt strängare för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsorganen än vad den är för försäkringskassorna.

Sekretess gäller som förut nämnts även myndigheter emellan. Den upphävs emellertid i viss utsträckning av bestämmelserna i 14 kap. Enligt 14 kap. 1 § hindrar sekretess inte att uppgift lämnas ut till annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. Ett sådant stadgande finns i 20 kap. 9 § lagen om allmän försäkring. Enligt denna paragraf är statliga och kommunala myndigheter samt arbetsgivare skyldiga att på begäran lämna bl.a. försäkringskassan uppgift för namngiven person rörande förhållande, som är av betydelse för tillämpning av AFL.

I 14 kap. 3 § finns den s.k. generalklausulen, som innebär att en uppgift får lämnas ut till annan myndighet om det vid en intresseavvägning är klart att intresset av att uppgiften lämnas ut väger över det intresse som sekretessen skall skydda. Det är emellertid att observera, att bestämmelsen i 3 § inte gäller sekretessen för hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten medan den däremot gäller beträffande arbetsmarknadsorganen och försäkringskassorna.

Sammanfattningsvis kan därför följande sägas om sekretessreglerna beträffande informationsflödet från de olika rehabiliteringsaktörerna till försäkringskassan och omvänt.

Uppgifter från hälso- och sjukvården till försäkringskassan

På sjukvårdens område gäller den strängare sekretessen och generalklausulen i 14 kap. 3 § får inte tillämpas. Försäkringskassans möjligheter att få upplysningar är i stort sett begränsat till den uppgiftsskyldighet som åvilar hälso- och sjukvården enligt 20 kap. 9 § AFL, 8 kap. 7 § LAF och 12 och 13 §§ lagen om hustrutillägg och kommunalt bostadstillägg till folkpension. Efter samarbete mellan RFV och landstingsförbundet redovisades i en promemoria "Sekretesslagen, sjukvården och försäkringskassorna 1981-05-26" en gemensam syn på vissa tolkningsfrågor beträffande informationsutbytet. Man kom gemensamt fram till att rättsläget skulle uppfattas enligt följande:

"Den principiella uppgiftsskyldigheten är orubbad. De uppgifter om en enskild patient som försäkringskassan begär måste emellertid i varje förekommande fall — på det sätt som 20 kap. 9 § AFL föreskriver — verkligen vara av betydelse för tillämpning av lagen. I enlighet härmed måste det anses åligga försäkringskassa som rekvirerar uppgifter, att visa vad det är för underlag som den behöver för en riktig lagtillämpning och att sålunda inte begära in mer material än vad som i själva verket behövs. Om kassan begär en uppgift där det kan ifrågasättas om det innebär men för patienten att uppgiften lämnas ut, bör patienten ges tillfälle att samtycka till ett utlämnande. Skulle patienten i en sådan situation neka att ge sitt samtycke, måste uppgiftsskyldigheten oberoende av sekretess anses ta över. Frågan om den egentliga verkan av patientens samtycke kan därmed synas vara utan betydelse. Emellertid måste den omständigheten att patienten inte önskar att uppgiften lämnas ut, tillmätas vikt i den meningen att det då bör åligga kassan att särskilt noga pröva skälet till att uppgiften behövs. En fråga som kan uppkomma är om det är försäkringskassan eller sjukvårdspersonalen som skall efterhöra om patienten vill ge sitt samtycke till att en viss uppgift lämnas till kassan. På den punkten saknas vägledande uttalanden i förarbetena. Även om det i och för sig normalt inte bör möta något hinder för kassan att vända sig direkt till patienten — det är ju i kassans intresse som uppgiften begärs — är det dock sjukvården som förfogar över själva uppgiften (t.ex. sjukjournalen) och som i den egenskapen är den instans till vilken kassan först vänder sig med sitt önskemål."

Uppgifter från arbetsförmedlingen till försäkringskassan

Även arbetsförmedlingen har den strängare formen av sekretess men generalklausulen med intresseavvägning enligt 14 kap. 3 § får användas. Uppgiftsskyldighet enligt 20 kap. 9 § AFL finns också. Detta innebär att arbetsförmedlingsorganen får lämna en sekretessbelagd uppgift till försäkringskassan, om det vid en intresseavvägning är klart att intresset av att uppgiften lämnas ut väger över det intresse som sekretessen skall skydda.

Uppgifter från socialtjänsten till försäkringskassan

För socialtjänsten gäller den strängare sekretessen och generalklausulen i 14 kap. 3 § får inte användas. Utöver uppgiftsskyldigheten i 20 kap. 9 § AFL ges viss möjlighet till utlämnande av uppgifter efter en skadeprövning i det enskilda fallet. SoS anger i sina Allmänna råd från socialstyrelsen 1982:4 "Sekretess", att:

"det kan vara helt i sin ordning att lämna ut även mycket integritetskänsliga uppgifter till en annan myndighet om det sker utan att den enskilde kan uppfatta det som obehagligt. Sekretesslagen behöver alltså inte vara något hinder mot ett informationsutbyte mellan socialtjänsten och försäkringskassan, förutsatt att syftet är sådant att den enskilde inte kan antas ha något att invända mot uppgiftslämnandet. Man kan då tala om ett tyst, s.k. presumerat samtycke. Samtycke bör dock alltid inhämtas om man är tveksam om den enskildes inställning".

Uppgifter från försäkringskassan till den försäkrade

Den försäkrade har enligt 14 kap. 4 § rätt att se handlingar och ta del av uppgifter som rör honom själv i försäkringsärendet. Det är emellertid därvid att observera undantagen i 7 kap. 7 § som avser, dels uppgift om den försäkrades hälsotillstånd om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas ut till den försäkrade och dels om det kan antas att fara uppkommer för den som har gjort en anmälan eller avgivit en utsaga eller någon honom närstående utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften lämnas ut till den försäkrade.

Uppgift från försäkringskassan till arbetsgivare

Uppgifter som arbetsgivare behöver för att reglera arbetstagares lön eller semester får lämnas ut till arbetsgivaren enligt 20 kap. 9 a § AFL. Sammanställningar av sjukperioder får däremot inte lämnas ut till arbetsgivare som överväger anställning av den försäkrade.

Uppgift från försäkringskassan till annan myndighet

När det gäller försäkringskassans möjligheter att lämna uppgifter till annan myndighet kan dessa sammanfattas på följande sätt. Utlämnande kan ske:

1. Om en skadeprövning visar att utlämnandet inte innebär men.
2. Uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning (14 kap. 1 §).
3. Om det är nödvändigt för att försäkringskassan skall kunna fullgöra sin verksamhet (1 kap. 5 §).
4. Om den försäkrade gett sitt samtycke till utlämnandet (14 kap. 4 §).
5. Efter en intresseavvägning enligt generalklausulen, dvs. om det är uppenbart att intresset av att uppgiften lämnas ut har företräde framför det intresse som sekretessen skall skydda (14 kap. 3 §).

I förarbetena till sekretesslagen ansågs att frågan om i vilka fall försäkringskassa skulle få lämna sekretessbelagda uppgifter till annan myndighet huvudsakligen borde vara författningsreglerade. Utrymmet för att med tillämpning av generalklausulen lämna ut uppgifter skulle därigenom bli något begränsat. Denna uppgiftsskyldighet för försäkringskassorna finns angiven i förordningen (1980:995) om skyldighet för försäkringskassorna att lämna uppgifter till andra myndigheter. I denna förordning sägs, att utöver vad som följer av lag eller förordning är försäkringskassorna skyldiga att lämna uppgifter till andra myndigheter enligt förordningen (1 §). Enligt 2 § skall försäkringskassan på begäran lämna uppgifter om enskilda bl.a. till en arbetsmarknadsmyndighet om uppgifterna behövs i ärenden där. Försäkringskassan skall vidare enligt 3 § på begäran lämna uppgifter om en enskilds adress, arbetsgivares namn och adress samt enskilds ekonomiska förhållanden och den tidsperiod en utgiven ersättning avser till bl.a. socialtjänsten om uppgiften behövs i ärenden där.

I den av socialdepartementet utarbetade promemorian, som låg till grund för förordningen, sägs bl.a. att formuleringarna i förordningen att uppgifterna skall behövas hos mottagarna, innebär att det inte föreligger en ovillkorlig skyldighet att lämna ut varje slag av uppgift som kan förekomma. I regel måste emellertid kassorna utgå från att en annan myndighet behöver en uppgift som begärts.

Uppgifter från försäkringskassan till hälso- och sjukvården

Det har inte ansetts motiverat att skapa särskilda regler om uppgiftsskyldighet för kassorna gentemot sjukvården. En bedömning får göras från fall till fall med hänsyn till sekretesslagens regler. I först hand får det bedömas om ett utlämnande kan innebära men för den enskilde. En uppgift kan då som regel få lämnas ut om det sker i rent vårdsyfte. Skadeprövningen förutsätter inte alltid en ingående prövning från fall till fall. Det är tillåtet för kassorna att i förväg ta ställning till typsituationer och bedöma vilken art av uppgifter som kan lämnas ut. Samtycke från den enskilde gör ofta att uppgiften kan lämnas ut. Slutligen kan utlämnande ske efter prövning enligt generalklausulen (prop. 1979/80:2, sid. 80).

Uppgifter från försäkringskassan till socialtjänsten

Socialtjänsten tillhör de myndigheter som enligt förordningen 1980:995 har rätt att få uppgifter om enskildas ekonomiska förhållanden. I 57 § SoL finns en motsvarande bestämmelse som ger socialtjänsten rätt att få uppgifter om ekonomisk hjälp som har lämnats till enskilda, som har ärenden hos nämnden. Socialtjänsten bygger på frivillighetens grund. Åtgärder rörande klienterna får därför i princip inte ske utan deras samtycke. När socialtjänsten begär in uppgifter har de alltså som regel samtycke från den enskilde. Uppgifter som inte rör ekonomiska förhållanden kan som nämnts tidigare, även lämnas ut efter en intresseavvägning enligt generalklausulen i 14 kap. 3 §.

Uppgifter från försäkringskassan till arbetsmarknadsmyndighet

Arbetsmarknadsmyndigheterna tillhör de myndigheter i förordningen 1980:995 som har rätt att få ut uppgifter både om personliga och om ekonomiska förhållanden för en enskild, om uppgifterna behövs i ärenden där.

Uppgiftslämnande inom de lokala rehabiliteringsgrupperna

I LRG har varje tjänsteman att följa de sekretessregler som i vanliga fall gäller för hans eller hennes myndighet. Samarbetet gör det inte möjligt att fritt lämna ut uppgifter om enskildas personliga förhållanden till de övriga deltagande myndigheterna.

Både JO (JO-protokoll 1982-06-17—11) och riksrevisionsverket (Revisionsrapport. Riksförsäkringsverkets tillsyn av försäkringskassornas arbete med långa sjukfall) har tagit upp sekretessproblemet i LRG. JO konstaterar, att även om tjänsteman anser att utlämnande av vissa uppgifter till annan myndighet skulle vara till nytta för den försäkrade, kan detta vara oförenligt med sekretessreglerna. Vanlig skadeprövning måste göras och konstateras det då att men för den försäkrade kan antas föreligga, får uppgiften i princip inte röjas. JO rekommenderar att försäkringskassan i detta fall försöker få ett samtycke från den försäkrade vilket möjliggörs genom regeln i 14 kap. 4 § att den försäkrade kan efterge sekretessen. Om det inte går att erhålla sådant samtycke anser JO, att möjligheter till utlämnande finns genom tilllämpningen av 1 kap. 5 § sekretesslagen. Denna paragraf ger, som ovan nämnts, myndighet möjlighet att lämna ut sekretessbelagd uppgift, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet. Som stöd för att 1 kap. 5 § skall bli tillämplig pekar JO på innehållet i 2 kap. 11 § AFL. Där sägs att det åligger kassan att tillse att lämpliga åtgärder vidtas i rehabiliterande syfte. Eftersom kassan saknar egna resurser för rehabiliteringsarbete måste de anlita resurser i form av sjukvård, arbetsvård och utbildning som samhället erbjuder. JO konstaterar att det i sådana sammanhang ofta är av betydelse att kunna lämna uppgifter om de försäkrades hälsotillstånd eller andra personers förhållanden och att 1 kap. 5 § därvid kan vara tillämplig. I första hand bör dock kassan försöka erhålla den försäkrades samtycke till att utlämnande av upgiften får göras.

JO pekar också på möjligheten för försäkringskassan att till annan myndighet lämna ut uppgifter i samband med rehabiliterande åtgärder med stöd av generalklausulen i 14 kap. 3 §.

Generellt kan sägas, att förbuden för de olika tjänstemännen i LRG att utbyta information med varandra, kan i det närmaste helt elimineras om ett samtycke att lämna ut uppgiften inhämtats från den försäkrade. Nedan redogörs för möjligheterna till att lämna ett sådant samtycke.

Samtycke och förbehåll

Samtycke

I de fall där sekretessbestämmelserna är till för att skydda enskildas personliga intressen är det naturligt att sekretessen inte gäller mot den enskilde själv. Därför har i 14 kap. 4 § sekretesslagen intagits en allmän regel där detta slås fast och som också säger att sekretess kan efterges genom samtycke av berörd enskild. Rätten att lämna samtycke gäller uppgiftslämnande både till annan enskild person och till myndighet. Undantag från samtyckesregeln finns för försäkringskassans område i 7 kap. 7 §.

Det finns inga föreskrifter för formkrav för samtycke. Även muntliga samtycken gäller. Ett samtycke kan ges i förväg med tanke på en kommande situation. Det får dock inte ges ett sådant generellt innehåll, att den enskilde allmänt förklarar sig avstå från sekretesskyddet.

SoS anger i sina allmänna råd 1982:4 "Sekretess", att ett samtycke kan ges den karaktären att en eller flera befattningshavare vid en myndighet har möjlighet att fortlöpande samarbeta med en eller flera myndigheter i en särskild fråga. Som exempel nämns samarbetet i LRG, där man anser det lämpligt att en myndighet inhämtar den enskildes samtycke till att alla berörda myndigheter får lämna ut uppgifter om honom. SoS anger vidare, att ett sådant samtycke bör vara skriftligt för att undvika tveksamheter.

Samtycke kan vara partiellt, antingen så att det avser en viss uppgift i en större informationsmängd eller så att det gäller enbart en viss adressat. Den som lämnar sitt samtycke till att annan enskild får ta del av sekretessbelagda uppgifter, får som villkor kräva att myndigheten ställer upp förbehåll som inskränker mottagarens rätt att lämna uppgiften vidare eller utnyttja den.

Förbehåll

Sekretesslagen ger en möjlighet att lämna ut sekretessbelagda uppgifter genom att ställa upp ett förbehåll som t.ex. kan innebära att uppgiften bara får nyttjas för ett visst angivet ändamål eller att den inte får spridas till andra personer. Möjligheten att uppställa förbehåll kan bara användas då det gäller att lämna uppgift till enskild, inte då mottagaren är en myndighet.

Förbehållet skall uppställas av myndigheten som sådan och av det följer att det blir sällan aktuellt att ställa upp förbehåll när uppgiften lämnas ut muntligen. Förbehåll kan utnyttjas endast i fråga om sekretessregler, som innehåller någon form av skaderekvisit och förbehåll får ställas upp endast om förbehållet behövs och är tillräckligt för att undanröja en skaderisk som annars skulle kunna utgöra hinder mot utlämnandet. Genom att använda förbehåll ges en möjlighet att lämna ut sekretessbelagda uppgifter till bl.a. arbetsgivare, där uppgiften behövs i rehabiliteringsarbetet.

3.3.2 Sekretessregler vid rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen

Anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsplatserna är omgärdad av vissa sekretessbestämmelser till skydd för den enskildes integritet. Dessa regler finns angivna i främjandelagen, arbetsmiljölagen och sekretesslagen.

När arbetsförmedlingen aktualiserar ett ärende enligt främjandelagen på en privat arbetsplats, är främjandelagens sekretessregler tillämpliga. I 16 § främjandelagen finns intaget en särskild föreskrift om sekretess och tystnadsplikt. Vad någon vid tillämpningen av lagen har fått veta om enskilt företags eller enskild sammanslutnings affärs- eller driftsförhållanden eller om enskilds personliga förhållanden får han inte obehörigen yttra eller nyttja. Genom att skyddskommittén enligt 6 kap. 9 § AML har ansvaret för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten bedrivs, kommer denna verksamhet att bedrivas av parterna på arbetsstället. När parterna på arbetsställena därför överlägger i ett ärende som gäller en enskild arbetstagare eller om det i överläggningen framkommer uppgifter som rör t.ex. enskilds personliga förhållanden, gäller i stället sekretessreglerna i 7 kap. 13 § AML.

7 kap. 13 § första stycket AML reglerar tystnadsplikten för den som har deltagit i sådan arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället som sägs i 6 kap. 9 § samma lag. Tystnadsplikten gäller således också den som tillfälligt deltar i överläggningar i anpassningsgruppen, utan att för den skull ingå i den. Det kan t.ex. gälla den person som själv berörs av anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder som diskuteras i anpassningsgruppen, arbetsledare åt sådan arbetstagare eller en arbetskamrat som fungerar som särskilt stöd åt en arbetstagare som berörs av anpassningsverksamheten. Det kan även gälla personal från företagshälsovårdscentral. Reglerna är också tillämpliga på den som deltar i sådan anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsställena, där arbetstagarna inte är anslutna till en lokal facklig organisation. Förekomsten av en facklig organisation på arbetsstället är således inte en förutsättning för att lagregeln skall gälla. Att märka är emellertid att tystnadspliktsbestämmelsen i 7 kap. 13 § AML bara avser deltagare i sådan arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som sker i partssamverkan. Detta följer av den i paragrafen intagna hänvisningen till bestämmelserna i 6 kap. 9 § AML. För den som deltar i anpassningsverksamhet där skyddskommitté saknas eller utan att bestämmelserna i främjandelagen är tillämpliga gäller tystnadsplikt endast i den utsträckning det följer av anställningsavtalet.

Bestämmelserna i andra stycket av samma paragraf medför att en ledamot i styrelsen för lokal facklig organisation omfattas av tystnadsplikt med avseende på vad han har erfarit av den, som har deltagit i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten. Den som företräder en facklig organisation i en anpassningsgrupp eller motsvarande organ är i många fall skyddsombud eller ledamot av skyddskommitté. Det förekommer emellertid också att arbetstagarorganisationen företräds av an-

nan person. Den facklige företrädaren i anpassningsverksamheten deltar i verksamheten i sin egenskap av facklig förtroendeman och inte som enskild person. Mot denna bakgrund skulle det inte vara rimligt att den facklige företrädaren inte med övriga ledamöter i styrelsen för den lokala organisationen skulle kunna diskutera principiella frågor som gäller verksamheten eller åtgärder som vidtas. Bestämmelsen i andra stycket innebär därför att också sådana fackliga företrädare som inte är skyddsombud eller ledamöter av skyddskommitté ges möjlighet att överlägga med sin organisation i principiella frågor som rör verksamheten.

Enligt 7 kap. 13 § tredje stycket AML gäller i fråga om den som är skyddsombud, ledamot i skyddskommitté eller deltar i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet enligt 6 kap. 9 § på ett arbetsställe i den offentliga sektorn, i stället bestämmelserna i 14 kap. 7, 9 och 10 §§ sekretesslagen.

I 14 kap. 7 § första stycket finns intaget en särskild bestämmelse som ger myndighet rätt att lämna sådan information till deltagare i *särskilt organiserad* anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på ett arbetsställe som behövs för verksamheten. Denna bestämmelse har tillkommit i syfte att säkerställa att arbetsgivaren, utan hinder av sekretessbestämmelserna i övrigt i sekretesslagen, kan lämna ut sådan information som behövs för anpassningsverksamheten. Av bestämmelserna i andra stycket i samma paragraf följer, att den som deltar i anpassningsverksamhet på ett arbetsställe i det allmännas verksamhet på motsvarande sätt som gäller för den enskilda sektorn, har rätt att lämna hemliga uppgifter vidare till ledamot i sin egen fackliga organisations styrelse, om han underrättar denne om förbudet. I sådant fall gäller förbudet också för styrelseledamoten. Sekretessen gäller i "särskilt organiserad" anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet, vilket får anses innebära att det är sådan verksamhet som omfattas av 6 kap. 9 § AML, dvs. bedrivs under överinseende av en skyddskommitté.

Enligt 14 kap. 7 § tredje stycket gäller, att utan hinder av att förbud gäller enligt sekretesslagen att lämna ut eller att utnyttja uppgift, får företrädare för arbetstagarorganisation, skyddsombud, ledamot av skyddskommitté eller den som deltar i anpassningsverksamhet på ett arbetsställe utnyttja uppgiften för sitt uppdrag i arbetsanpassningen. Därvid får han dock inte röja uppgiften för annan. Detta innebär således, att den som deltar i anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsstället enligt 6 kap. 9 § AML får utnyttja en sekretessbelagd uppgift under förutsättning att han inte därigenom röjer den för utomstående. Utan denna föreskrift skulle enligt 1 kap. 4 § sekretesslagen ett sådant utnyttjande vara otillåtet.

När det gäller myndigheters deltagande i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten finns särskilda bestämmelser intagna i 7 kap. sekretesslagen. För arbetsförmedlingens företrädare gäller sekretess med hänsyn främst till skyddet för enskilds personliga förhållanden. Detsamma gäller för exempelvis dem som företräder försäkringskassan eller socialtjänsten. Vidare gäller sekretess myndighets personal-sociala verksamhet

för exempelvis uppgifter om enskilds personliga förhållanden hos psykolog, personalkonsulent eller annan sådan befattningshavare som särskilt har till uppgift att bistå med råd och hjälp i personliga angelägenheter, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den berörde eller någon denne närstående lider men.

3.3.3 Sekretess inom företagshälsovården

Företagshälsovård i offentlig regi

Under begreppet FHV i offentlig regi faller endast den inbyggda företagshälsovården hos landsting, kommuner eller statliga förvaltningar, dvs. FHV vid myndighet.

I sekretesslagen har inte tagits in bestämmelser som är särskilt inriktade på företagshälsovårdsverksamheten. Huvudregeln i 7 kap. 1 § sekretesslagen om sekretess inom hälso- och sjukvården gäller också för FHV som bedrivs i offentlig regi. Uppgifter inom företagshälsovården som rör enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden får således inte lämnas ut från företagshälsovården, om det inte står klart att detta kan ske utan att den enskilde eller någon som står honom nära lider men.

Enskild företagshälsovård

Med enskild FHV avses här all FHV som inte är offentlig, dvs. inte bara den rent privata utan även sådan statlig eller kommunal FHV som bedrivs i form av aktiebolag eller annan associationsrättslig form. Stiftelsen Statshälsan hör t.ex. hit.

Sekretessbestämmelser för enskild bedriven hälso- och sjukvård finns i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen).

Tillsynslagen gäller den individuellt inriktade vården till förebyggande, uppspårande, utredning eller behandling av sjukdom, skada och kroppsfel. Detta framgår av att det i 1 § talas om "vård av patienter".

Sekretessbestämmelserna finns i 6 och 6 a §§ i tillsynslagen. Enligt 6 § får den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inte obehörigen röja vad han i sin verksamhet har erfarit om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses enligt paragrafen inte att någon fullgör uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Tystnadsplikt gäller vidare i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgifter om hans hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom.

Vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet är det enligt förarbetena naturligt att söka viss ledning i det skaderekvisit som finns i sekretesslagens motsvarande bestämmelser.

I 6 a § har intagits ett förbud för hälso- och sjukvårdspersonalen att röja uppgift från enskild om någon annan persons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att fara uppkommer för

att den som har lämnat uppgiften eller någon honom närstående utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs. Sekretess på grund av anställningsavtalet kan också gälla, se vidare härom i SOU 1987:66.

3.4 Rehabiliteringsverksamheten hos olika myndigheter

3.4.1 De allmänna försäkringskassorna

Rehabiliteringsverksamheten bedrivs huvudsakligen vid försäkringskassornas 428 lokalkontor (1988-01-01). Ca 1 600 årsarbetare (1986) är — vid sidan av handläggning av arbetsskadeförsäkringsärenden och andra arbetsuppgifter — engagerade i rehabiliteringsarbetet som består av utredning av rehabiliteringsbehov, planering och samordning av rehabiliteringsinsatser. Centralkontoret har det övergripande ansvaret för verksamheten.

När rehabiliteringen berör mer än ett område, t.ex. där såväl arbetsmässig som social rehabiliteringsåtgärd krävs behandlas ärendet i *lokal rehabiliteringsgrupp* som är knuten till lokalkontoret. I LRG skall finnas representanter från försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och sjukvården. Den enskilde skall ha möjlighet att delta i sammanträdet då hans ärende behandlas. I LRG bör man arbeta för att få till stånd en gemensam planering, komma överens om respektive parts ansvar och göra kontinuerliga avstämningar.

I *centrala rehabiliteringsgruppen*, som är knuten till centralkontoret, behandlas rehabiliteringsfrågor av mera övergripande natur, såsom planerings- och resursfrågor beträffande rehabiliteringsverksamheten. I CRG skall finnas representanter för försäkringskassan, länsarbetsnämnden, sjukvårdshuvudmannen och socialtjänsten. Företrädare för annat samhällsorgan kan, om så bedöms nödvändigt, kallas till sammanträde, t.ex. företrädare för handikapporganisation.

Policy och verksamhetsinriktning

Genom 2 kap. 11 § AFL har kassorna ålagts ett rehabiliteringsansvar. Kassan har också tillgång till en ur rehabiliteringssynpunkt värdefull information om de försäkrade.

Det som kassan skall göra inom ramen för sitt ansvar kan sammanfattas i följande fyra punkter:

- uppmärksamma den försäkrade som är i behov av rehabiliterande åtgärder,
- utreda orsaken till nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga,
- se till att lämpliga rehabiliteringsåtgärder snarast vidtas,
- se till att den försäkrade påbörjar och fullföljer de föreslagna åtgärderna.

Första punkten innebär att kassan ansvarar för att en försäkrad som är långvarigt sjukskriven får sina möjligheter till rehabilitering utredda.

Detta sker genom en löpande granskning av de pågående sjukpenningärendena på kassan.

Orsaken till nedsättningen av arbetsförmågan måste alltid klarläggas, dels för att kassan skall kunna bedöma rätten till sjukpenning och dels för att kunna planera och vidta lämpliga rehabiliteringsåtgärder.

När behov finns av åtgärder som kan förkorta sjukdomstiden och häva nedsättning av arbetsförmågan skall kassan medverka till att dessa åtgärder vidtas. Försäkringskassan har inga möjligheter att själv genomföra någon form av rehabilitering utan är beroende av andra myndigheter och verkställande organ för detta. När rehabiliterande åtgärder av olika slag sedan kommer till stånd har kassan ett ansvar för att samordna insatserna.

Utvecklingsarbete

Försäkringskassorna och RFV är inne i en intensiv period av utveckling och förnyelse. Ett handlingsprogram för socialförsäkringsadministrationen har utarbetats. Det omfattar mål, handlingslinjer och vissa särskilda insatsområden. Flera olika åtgärder vidtas inom de särskilda insatsområdena för att minska eller undanröja de problem som finns inom vissa delar av försäkringen samt för att stärka förmågan till service och flexibilitet i verksamheten. På grund av statsmakternas besparingsåtgärder kommer dock handlingsprogrammet att förskjutas i tiden.

Särskilda insatser görs på försäkringsområdet för handläggning av arbetsskadeförsäkringen, sjukpenningreformen som trädde i kraft den 1 december 1987 samt för rehabiliteringsverksamheten. Avsikten är bl.a. att under de kommande budgetåren successivt intensifiera rehabiliteringsarbetet. Arbetet med att försöka återföra sjuka och skadade människor i arbetslivet är en viktig del i kassornas verksamhet både ur humanitär och samhällsekonomisk synvinkel. Sjuktalet har som tidigare nämnts stigit kraftigt under de senaste åren. Ökningen avser främst sjukfall som varar ett år eller längre. Det är således angeläget att intensifierade insatser görs för att så tidigt som möjligt få tillbaka sjuka människor i arbetslivet. RFV har dock inte funnit det möjligt att på kort sikt avsätta ytterligare resurser för rehabiliteringsinsatser. Planeringen är därför inriktad på att bl.a. i projektform i första hand utveckla organisationsformer och arbetsmetoder för att så tidigt som möjligt identifiera sådana försäkrade som är i behov av rehabiliterande åtgärder. Detta är viktigt också med tanke på det ökade antalet ärendeslag som kommer att handläggas på lokalkontoren på grund av den decentralisering som nu håller på att genomföras ute i försäkringskassorna.

När det gäller administrationen av socialförsäkringarna pågår inom verksamheten ett omfattande utvecklingsarbete. Strävan att decentralisera verksamheten från centralkontoren till försäkringskassornas lokalkontor är en av hörnstenarna i detta pågående utvecklingsarbete. Målet är att i huvudsak all s.k. individinriktad handläggning av försäkringsärenden skall förläggas till försäkringskassornas lokalkontor. Ett syfte

med decentraliseringen är att förbättra servicen och effektiviteten.

Flertalet försäkringskassor har redan beslutat om decentralisering eller är i färd med att utreda hur den kan genomföras. De kassor som har färdiga planer anger att decentraliseringsarbetet bör vara genomfört före juli månad 1990. Även detta beräknas dock bli försenat på grund av besparingsåtgärderna.

Försäkringskassornas samarbete med arbetsplatserna

År 1985 gjorde RFV en uppföljning av försäkringskassornas samarbete med arbetsgivare. Här redovisas några iakttagelser från denna uppföljning (Uppföljningsrapport 1985:1, Försäkringskassornas samarbete med arbetsgivare).

Det första steget vid arbetsgivarkontakter är ofta allmän information om försäkringskassornas arbete. Ibland har den första kontakten inneburit påbörjande av en inventering av samtliga långa sjukfall.

Samarbete rörande enskilda personer har organiserats olika beroende på lokalkontorens och företagens förutsättningar. Kontakt tas oftast vid behov och sker då per telefon eller genom att kassan sänder en förfrågan till arbetsgivaren. Det vanligaste är kontakt med någon på personalavdelningen, så har skett i mer än hälften av de ärenden som granskats av RFV. Kontakter med FHV förekommer i 15 procent av ärendena. Uppföljningen visar att försäkringskassans handläggning ofta har varit alltför passiv.

Formerna för deltagande i anpassningsgrupp varierar. På en del företag deltar försäkringskassan vid samtliga sammanträden, hos andra bara där aktuella ärenden skall behandlas. Många lokalkontor hade erfarenheten att det inte alltid var i anpassningsgruppen som det egentliga rehabiliteringsarbetet sker. Vidare ansåg man att ett av de största hindren för ett effektivt samarbete med arbetsplatsen är svårigheten att finna de rätta kanalerna för att diskutera enskilda rehabiliteringsärenden. Det tar tid att få fram vem som egentligen har befogenhet att besluta om åtgärder eller finna det forum där diskussionen förs.

Samarbetet mellan arbetsplatsen och försäkringskassan har utvecklats under de senaste åren. Man har redan kunnat se vissa tendenser i möjligheterna att få tillbaka anställda i arbete efter en längre tids sjukdom. På de större företagen, som ofta har en utbyggd FHV, finns goda möjligheter till lösningar inom företaget. För de personer som redan före sjukskrivningen omplacerats en eller flera gånger och genom företagets försorg kanske genomgått medicinsk rehabilitering visar RFV:s granskning att svårigheterna främst gäller att finna lämpliga arbetsuppgifter. I de fall företag har flera avdelningar eller divisioner med olika kostnadsställen, kan det vara svårt att få till stånd omplaceringar mellan dessa.

Försäkringskassans erfarenheter är att de små privata företagen, trots god vilja, har problem att klara rehabilitering för sina anställda på grund av för likartade arbetsuppgifter.

Erfarenheterna av de offentliga arbetsgivarna är genomgående mind-

re bra, främst landsting och kommuner. De är passiva i den företagsinterna rehabiliteringen, har krångliga beslutsrutiner, brist på anslag m.m.

Uppföljningen visar att försäkringskassan har varierande kontakter med FHV. En del kassor har ett väl utbyggt samarbete, medan andra har endast sporadiska kontakter.

Försäkringskassorna anser det viktigt att de fackliga representanterna får kunskaper om kassans ansvar och sjukpenningförsäkringens regelsystem. Ibland finner man att rehabiliteringsarbetet stöter på oväntat motstånd från de fackliga företrädarna på arbetsplatsen.

Det är också viktigt för försäkringskassan att ha ett bra samarbete med arbetsförmedlingen vad gäller anpassnings- och rehabiliteringsarbetet för redan anställda. Det gäller att hålla sig informerad om de förhållanden som råder på arbetsmarknaden.

Möjligheterna att utge sjukpenning under s.k. "träning i reell miljö" är något som vuxit fram under mitten och slutet av 1970-talet i takt med försäkringskassornas ökade satsning på rehabilitering av långtidssjukskrivna. Det är egentligen först under 1980-talet som träning i reell miljö kommit att spela en mer framträdande roll i rehabiliteringsarbetet.

I de flesta ärenden har initiativet till att låta en försäkrad pröva att arbeta med bibehållen sjukpenning kommit från företagsläkaren, behandlande läkare eller anpassningsgrupp. Planering av träningsperioden sker ofta utan kassans medverkan. Försäkringskassorna menar att de kommit in i bilden för sent. Ibland saknas nödvändigt beslutsunderlag, vilket försenar handläggningen på försäkringskassan. Kassan hamnar ofta i tidspress vid beslutsfattandet på grund av att åtgärden planerats utan kassans medverkan.

Ibland går det inte att utläsa av beslutsunderlaget varför just träning i reell miljö är en lämplig åtgärd, hur träningen lagts upp, mål etc. För att försäkringskassan skall kunna utge ersättning under tid för arbetsträning är det viktigt att kassan i det enskilda ärendet har kännedom om medicinska förhållanden och problem som kan utgöra hinder för rehabiliteringen.

Sjukpenning under tid för s.k. "träning i reell miljö" betalas i regel ut under en till två fyra-veckors perioder.

S.k. "träning i reell miljö" används när den försäkrade:

- behöver få känna efter om han klarar av sina tidigare arbetsuppgifter med hänsyn till de sjukdomsbesvär eller handikapp han lider av,
- behöver få pröva om han med hänsyn till sin sjukdom eller sitt handikapp kommer att klara av ett nytt arbete efter omplacering eller efter tillrättaläggande med tekniska hjälpmedel, arbetsbiträde m.m.,
- efter en lång sjukfrånvaro successivt och utan press av t.ex. ackord och arbetstider få träna upp sin kapacitet.

"Träning i reell miljö" används alltså när det gäller anpassning till arbetet på grund av försäkrades sjukdomsbesvär och funktionsnedsättning.

Upplärning som behövs för att kunskapsmässigt klara en ny tjänst eller ett nytt arbetsmoment och som inte orsakats av den försäkrades sjukdom, skall arbetsgivaren svara för.

Resurser — kompetens

Hos försäkringskassorna finns för närvarande (1988) drygt 20 000 anställda (motsvarande knappt 15 000 årsarbetare) varav drygt 13 000 (motsvarande ca 11 000 årsarbetare) på lokalkontor. Av dessa är ca 1 600 årsarbetare vid sidan av andra arbetsuppgifter — bl.a. arbetsskadeförsäkringsärenden — engagerade i handläggningen av rehabiliteringsärenden. De genomgår intern grund- och vidareutbildning som är anpassad för de krav som ställs på dem i arbetet inom den allmänna försäkringen. Med hänsyn till kassans roll att samordna olika rehabiliteringsinsatser som kan tillhandahållas den enskilde från olika samhällsorgan kan man dock konstatera att det här finns behov av bredare kunskaper om samhällets samlade resurser för rehabilitering.

För närvarande sker en omfattande satsning på personalutveckling inom socialförsäkringsadministrationen. En särskild arbetsgrupp med representanter för försäkringskassorna, RFV och de fackliga organisationerna har utarbetat ett övergripande personalutvecklingsprogram för försäkringskassorna för perioden 1987/88—1990/91.

En utgångspunkt i programmet är att de teoretiska kunskaperna i den framtida socialförsäkringsadministrationen bör motsvara gymnasienivå i relevanta ämnen. Vidareutbildning och fortbildning bör sträva mot en nivå motsvarande högskolans. Avgörande för inriktningen på utbildningen i det enskilda fallet bör vara inom vilket område personen arbetar.

Stora satsningar behöver generellt göras på grund- och vidareutbildning inom t.ex. försäkringsområdet och omvärldskunskap. Därutöver avses satsningar göras i riktad form inom områden som juridik, språk, administrativ teknik och beteendevetenskap.

De samordningsgrupper som tidigare nämnts och som kassan ansvarar för (LRG och CRG) får också ses som en resurs i rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan har dock inga egna resurser eller möjligheter att genomföra någon form av rehabilitering utan är beroende av andra myndigheter och organ för detta. Kassans resurser härvidlag är de ersättningar för inkomstförlust som regleras i AFL dvs. sjukpenning, sjukbidrag/förtidspension och handikappersättning. Sjukpenning under rehabilitering kan betalas bl.a. vid yrkesinriktad rehabilitering på AMU eller AMI eller vid "s.k. träning i reell miljö". Sjukpenning kan också utbetalas vid medicinsk rehabilitering utomlands t.ex. klimatvård. Vid arbetsskada kan ersättning utbetalas i så väl förebyggande syfte som under rehabilitering.

I sjukpenningärenden har vanligen försäkringskassans representant i LRG befogenheter att själv fatta beslut. Beslut om sjukbidrag, förtidspension och handikappersättning fattas av socialförsäkringsnämnd. En-

ligt 20 kap. 2a § AFL ger dock nämnden föredragande tjänsteman bemyndigande att fatta provisoriska beslut om sådana förmåner.

3.4.2 Hälso- och sjukvårdshuvudmännen

Rehabilitering ingår som en normal och självklar del inom samtliga medicinska verksamhetsgrenars ansvarsområde och på alla nivåer. Detta stämmer väl överens med den definition av ordet rehabilitering som SoS använt i principprogram 1978:3 "alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som skall hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv".

Den specialiserade medicinska rehabiliteringsverksamhet som bedrivs vid de medicinska rehabiliteringsklinikerna beskrivs i avsnitt 7.1.

Policy och verksamhetsinriktning

Primärvården har ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell vård inom ett begränsat geografiskt område. Primärvården skall bilda basen i hälso- och sjukvårdssytemet och tillgodose krav på närhet, lättillgänglighet och kontinuitet. Den skall arbeta med såväl ett patientperspektiv som ett befolknings- och folkhälsoperspektiv baserat på kännedom om lokalbefolkningens hälsovillkor och hälsoproblem. Primärvården får därigenom särskilt goda förutsättningar att utgå från en helhetssyn både på den enskilde och på befolkningen och därmed tillämpa ett såväl socialt som medicinskt synsätt.

Inom sitt område har primärvården ett samordningsansvar för vårdinsatserna från skilda vårdgivare. Den skall genom egna resurser kunna tillhandahålla all sjukvårdsservice och all individuell hälsovård som inte av medicinska skäl kräver länssjukvårdens resurser eller som tillhandahålls av en annan vårdgivare.

I nuläget används en betydande del av länssjukvårdens resurser för uppgifter som i framtiden bör skötas av primärvården. Detta begränsar utrymmet också för den specialiserade vård som länssjukvården är avsedd för. Trots att primärvården i dag på de flesta platser inte är fullt utbyggd, blir det i ett framtidsperspektiv nödvändigt att teckna en bild av en sådan utbyggd primärvård.

Avgörande för primärvårdens trovärdighet och tilltro hos allmänheten är att den har en hög medicinsk kvalitet och att primärvården har kännedom om lokalsamhället och befolkningen. I primärvårdens arbete ligger att ge en god personlig och kontinuerlig vård över längre tidsperioder, när det gäller flertalet sjukdomar och besvär. Primärvården strävar därför efter att tillhandahålla ett brett serviceutbud och ett till befolkningen väl anpassat öppenhållande och en väl täckande jourverksamhet.

Insatserna för vården av de långtidssjuka i hemmen utökas. Från ett flertal landsting finns nu erfarenheter av hur en ökad satsning på sjukvård i hemmet och vård vid sjukhem eller gruppbostad inom primärvården i samverkan med socialtjänsten innebär betydande mänskliga och

samtidigt samhällsekonomiska fördelar. Allt fler sjuka människor kommer att bo i sina egna hem eller i kollektiva boendeformer. Detta ställer krav på utveckling av vårdformer som dagsjukvård och annan öppen vård inom primärvården.

Omstruktureringen av den psykiatriska vården innebär en minskning av vårdplatserna inom den slutna vården. Många patienter som i dag finns inom den slutna psykiatriska vården kommer i framtiden att omfattas av primärvården.

Primärvården förutsätts vidare spela en viktig roll för att förbättra befolkningens hälsotillstånd och motverka skillnader i hälsa mellan olika grupper. Primärvårdens arbete med att systematiskt kartlägga och analysera ohälsan bland befolkningen är av avgörande betydelse för dess medverkan i det förebyggande arbetet. En viktig del i det förebyggande arbetet är också hälsoupplysningen.

Primärvårdens ansvar och uppgifter har sammanfattats på följande sätt:

Primärvården skall

- samordna hälso- och sjukvårdsinsatser inom primärvårdsområdet,
- meddela basal sjukvård vid mottagningar (vårdcentraler), genom sjukvård i hemmet och vid lokala sjukhem,
- svara för hembesök, förlängt öppethållande och jourtjänst för flertalet akut vårdsökande,
- svara för hälsovård för mödrar och barn och äldre samt särskilda hälsoriskgrupper,
- svara för företagshälsovårdsservice vid arbetsplatser där denna inte tillgodoses på annat sätt,
- svara för insamling, sammanställning och analys av lokala hälsodata som grund för hälso- och sjukvårdsplaneringen, för prövningen av behoven av förändrad inriktning av hälso- och sjukvården samt som underlag för primärvårdens samverkan med andra samhällssektorer,
- bedriva samhällsinriktade, allmänt inriktade och individinriktade förebyggande åtgärder inom sitt primärvårdsområde,
- svara för omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl och tillgodose lokala resurser för rehabilitering, eftervård och omvårdnad i livets slutskede.

Detta synsätt på primärvården återspeglas också i landstingens hälso- och sjukvårdsplaner. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen arbetar för närvarande intensivt med att utveckla den vård de har till uppgift att svara för. I hälso- och sjukvårdspolitiska program, i hälso- och sjukvårdsplaner och i verksamhetsplaner finns en samstämmig bild av att en utvecklad primärvård bildar basen i huvudmännens planering. Flertalet huvudmän planerar för en fullt utbyggd primärvård omkring år 1990.

Primärvården har en nyckelroll för att förverkliga hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om god hälsa och en vård på lika villkor, när det gäller en ökad inriktning på förebyggande åtgärder liksom till kraven på en god kvalitet i vården.

I riksdagens beslut år 1985 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. understryks betydelsen av att forsknings- och utvecklingsarbetet inriktas mot prevention, allmänmedicin, epidemiologi, omvårdnad och rehabilitering.

Resurser — kompetens

Primärvården med vårdcentraler/läkarstationer och lokala sjukhem har byggts ut betydligt under senare år. År 1986 fanns det drygt 800 vårdcentraler i landet, varav närmare 750 bemannades av mer än en läkare.

Antalet läkarbesök i primärvården (exkl. mödra- och barnahälsovård) har ökat väsentligt. Likaså har distriktssköterskebesöken ökat. Vid läkarstationer/vårdcentraler gjordes 6,6 miljoner läkarbesök år 1973 och 8,8 miljoner år 1986. Antalet distriktssköterskebesök år 1973 var 4,7 miljoner och år 1986 9,3 miljoner.

Antalet befattningar har ökat betydligt under senare år. Under perioden år 1973—1986 har antalet befattningar i den öppna hälso- och sjukvården ökat från 8 000 till ca 29 000. Under samma period har antalet befattningar på sjukhusen och sjukhemmen ökat från 140 000 till 220 000.

Av landstingens planer för åren 1988—1990 framgår att en fortsatt utbyggnad av primärvården planeras. Antalet befattningar i läns- och regionsjukvården beräknas under perioden minska med ca 900, vilket kan jämföras med en planerad ökning med ca 1 900 befattningar för primärvården. Av landstingens planer kan också utläsas att sjukvård i hemmet planeras att byggas ut. De utvecklingslinjer som finns i landstingens planer för åren 1988—1990 stämmer väl med den inriktning och de ställningstaganden som HS 90 för fram.

Landstingen har kommit olika långt i sitt utvecklingsarbete med primärvårdens utbyggnad, innehåll och organisation. Organisationen ser också olika ut beroende på skiftande lokala förutsättningar. När det gäller primärvårdens geografiska organisation och avgränsning strävar man efter en indelning i ansvarsområden som så långt möjligt överensstämmer med primärkommunens områdes/distriktsindelning för socialtjänsten. Därigenom underlättas samarbetet.

De senaste årens diskussion om sjukvårdens planering och organisation har allt mer kommit att handla om vårdens inre organisation som t.ex. kontinuitet i vården, trygghet och säkerhet, närmiljö och små vårdenheter, ett ökat patientinflytande, helhetssyn i vården och en sammanhållande vårdkedja.

Det har ofta understrukits att jämsides med den medicinsk-tekniska utvecklingen måste större insatser göras för en mänskligare omvårdnad i en bättre vårdmiljö.

Flera vårdcentraler har utifrån egna behov och förutsättningar, utvecklat ett vårdlagsinriktat arbetssätt. Därför har personalsammansättning, samarbetsformer och inriktning av vårdlaget kommit att variera. Vanligtvis består ett vårdlag av distriktsläkare, distriktssköterska och un-

dersköterska. De har ansvaret för primärvården inom ett avgränsat geografiskt område.

För sjukvård i hemmet och social hemtjänst har på många håll utvecklats olika samverkansorgan. Vårdplaneringsgruppen är ett sådant. Dess arbetsuppgifter och sammansättning varierar beroende på lokala förhållanden och behov. För det dagliga praktiska vårdarbetet i hemmet finns på många ställen hemvårdsgrupper. Dessa består vanligtvis av hemtjänstens vårdbiträde och gruppledare samt primärvårdens distriktssköterska och undersköterska.

Som tidigare påpekats sker en omfattande *rehabilitering på kliniker* inom t.ex. ortopedi, neurologi och psykiatri. För behandling av barn med funktionsstörningar finns särskilda habiliteringsresurser framför allt vid de medicinska barnklinikerna. För syn- och hörselskadade finns också särskilda rehabiliteringsresurser.

Långvårdsklinikerna bör särskilt uppmärksammas. Här görs aktiva rehabiliteringsinsatser, främst i form av sjukgymnastik och arbetsterapi för att få patienterna som företrädesvis är äldre att klara ett eget boende.

En viktig del i sjukvårdens rehabiliteringsarbete är att tillse att patienten får tillgång till *hjälpmedel* som kan underlätta hans dagliga liv, dvs. utrustning och anordningar som är avsedda att lindra och/eller kompensera funktionsnedsättning. Verksamheten kan sägas bestå av fyra centrala delar:

- ortopedtekniska hjälpmedel
- hörseltekniska hjälpmedel
- synhjälpmedel
- övriga hjälpmedel/hjälpmedelscentraler

Landstingsförbundet genomförde 1985 en utredning som resulterade i att en generell modell för organisationen av hjälpmedelsverksamheten togs fram. I utredningen rekommenderas att hjälpmedelsverksamheten i större utsträckning decentraliseras och integreras i den hälso- och sjukvårdande verksamheten. Detta innebär att frekventa, enkla hjälpmedel (käppar, kryckor, rollatorer, ADL-hjälpmedel) skall hanteras inom primärvården medan avancerade hjälpmedel som kräver en mera komplicerad utprovning skall skötas på länsnivå.

Hjälpmedelscentralerna som finns på länsnivå får i den integrerade organisationen en mer renodlad funktion som specialist/konsultorgan i hjälpmedelsfrågor, främst vad gäller hjälpmedel för rörelsehindrade. Hjälpmedelscentralen bör dock även fortsättningsvis ha ansvaret för vissa mer udda och/eller dyrare hjälpmedel.

Synhjälpmedel och hörhjälpmedel föreslås handhas av respektive klinik (ögon- och öronklinik/audiologisk avdelning). Detta är redan i dag det vanligaste. Genom filialmottagning e.d. skall enklare varianter av dessa hjälpmedel även kunna tillhandahållas i primärvården.

De ortopediska hjälpmedlen som i dag handhas av ortopedtekniska verkstäder, (ofta drivna på entreprenad) bör få en starkare koppling till ortopedklinik.

3.4.3 Arbetsmarknadsverket

Arbetsförmedlingen är arbetsmarknadsverkets första och bredaste kontaktyta med kunderna, dvs. arbetssökande och arbetsgivare. Hösten 1987 fanns 319 arbetsförmedlingar i landet.

Generellt kan sägas att arbetsförmedlingen erbjuder de sökande två former av service, platsförmedling och arbetsvägledning.

För sökande som arbetsförmedlingen bedömer vara i behov av mer omfattande arbetsvägledning, yrkesinriktad rehabilitering eller utprovning av arbetshjälpmedel finns totalt 113 arbetsmarknadsinstitut. AMI:s verksamhet beskrivs närmare i avsnitt 7.3.

Inom arbetsmarknadsverket pågår för närvarande en genomgripande organisations- och verksamhetsutveckling. Målet är att få resurser och befogenheter så nära kunderna som möjligt för att möjliggöra en snabb anpassning av servicen till deras behov.

För att underlätta denna utveckling pågår en övergång från detaljstyrning till målstyrning av verksamheten. Personalresurser för administration kan därmed styras över till kundservice. AMS och länsarbetsnämnderna har minskat sin personal som i stället flyttat ut till arbetsförmedlingar och AMI. Parallellet med denna utveckling sker en successiv delegering av beslutsbefogenheter.

Policy och verksamhetsinriktning

Arbetsförmedlingens bärande idé är den s.k. arbetslinjen. Den innebär att den arbetssökande i första hand skall erbjudas ett arbete eller en arbetsförberedande åtgärd, som kan väntas leda till arbete. Det innebär att platsförmedlingen är den primära funktionen i verksamheten.

Arbetsmarknadsverkets mål för den yrkesinriktade rehabiliteringen är att den sökande skall finna, få och behålla ett lämpligt arbete. Yrkesobestämda och arbetshandikappade personers förutsättningar för att nå detta mål skall prövas och förbättras i förhållande till arbetsmarknadens krav. Det innebär att de individuella arbetsönskemålen och förutsättningarna alltid måste vägas mot efterfrågan och möjligheterna på arbetsmarknaden. Den yrkesinriktade rehabiliteringen bedrivs vid AMI, men också andra åtgärder som förmedlingen vidtar kan ha ett rehabiliterande syfte, t.ex. arbetsmarknadsutbildning. Arbetsmarknadsverkets allmänna service, metoder och åtgärder är de medel som står till förfogande.

Målet arbete skall nås genom att:

- kartlägga de sökandes arbetsönskemål och förutsättningar för arbete,
- arbetsmarknadspolitiska medel utnyttjas för att sökande skall kunna ta arbete där det finns lediga platser och i nära anslutning till deras önskemål och förutsättningar,
- vid behov samråda med arbetsgivare och fackliga organisationer för att anpassa arbetsuppgifter och arbetsförhållanden till den sökande.

Därutöver skall arbetsförmedlingen:

- verka för att kvinnor och män får lika rätt till arbete på lika villkor,
- samverka med skolan för att hjälpa ungdom ut i arbetslivet,
- samverka med sociala myndigheter och försäkringskassan för en effektiv användning av resurserna för handikappade.

Nuvarande samverkan myndigheter emellan i rehabiliteringsärenden bygger på en överenskommelse som träffades 1981 mellan AMS, SoS, RFV, kriminalvårdsstyrelsen, Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Där framhålls nödvändigheten av samverkan eftersom man i rehabiliteringsärenden inte kan dra några helt klara gränser mellan olika åtgärdsformer. Väletablerad lokal samverkan skapar bättre möjligheter för samtliga myndigheter att ge adekvat stöd vid rätt tidpunkt. I det dagliga arbetet med sökande på arbetsförmedlingen och AMI kan samverkan ha olika former och innehåll. Oftast sker den helt informellt. På vissa håll har samverkan vidareutvecklats så långt att särskilda projekt drivs gemensamt för grupper av sökande.

Fr.o.m. 1986 är det skyddskommittéen som skall verka för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsplatsen. Verksamheten kan drivas av en särskild partsammansatt grupp under skyddskommittén eller i andra för arbetsplatsen lämpliga former. Arbetsförmedlingens roll har därför blivit mer inriktad på de arbetssökande som inte har ett arbete. Men enligt arbetsmiljöförordningen är det också möjligt för det organ som sysslar med anpassning och rehabilitering inne i företag eller förvaltningar att göra en frivillig överenskommelse om samarbete med arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Arbetsmarknadsverket har rätt till information och förhandlingar med arbetsgivare enligt främjandelagen (1974:13).

Arbetsförmedlingens medverkan i anpassningsgrupperna

Med stöd av främst främjandelagen startade arbetsmarknadsverket i början av 1970-talet verksamhet med s.k. anpassningsgrupper. Tillkomsten skall bl.a. ses mot bakgrund av den ökade utslagningen från arbetsmarknaden av främst äldre och handikappade under 1960-talet. Grupperna skulle vara ett forum för samverkan mellan företaget, fackföreningen och arbetsförmedlingen. Syftet var att offensivt arbeta med anställningsfrämjande åtgärder. Arbetsförmedlingen hade en framträdande roll i anpassningsgrupperna, som initierare av och sammankallande i dessa. Grupperna kom dock i huvudsak att syssla med företagsinternt anpassningsarbete.

Genom en ändring i arbetsmiljölagen den 1 januari 1986 gavs skyddskommittén i uppgift att verka för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs för de redan anställda. Arbetsförmedlingens roll i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsplatsen har tonats ner. Tanken bakom detta är att om parterna engageras mer i sådan verksamhet kan åtgärder sättas in i ett tidigare skede. Risken för utslagning från arbetslivet bör därigenom minska. Arbetsförmedlingen och AMI kan koncentrera sina insatser till sökande som saknar arbete.

Resurser — kompetens

Vid arbetsförmedlingen och AMI finns platsförmedlare, arbetsvägledare, arbetskonsulenter, socialkonsulenter, psykologer, sjukgymnaster, sjuksköterskor och andra specialister av vilka en del är speciellt inriktade på att hjälpa sökande med handikapp. De erfarenheter och kunskaper de har då de anställs vid arbetsmarknadsverket byggs på med verksintern grund- och fortbildning anpassad för de krav som ställs på dem i deras arbete inom verket.

Vid förmedlingar och AMI finns kompetens att göra kartläggning av sökandes situation vad gäller arbets- och yrkesbakgrund, utbildning, sociala och ekonomiska förhållanden samt intressen och motivation. Kartläggningen utmynnar i en handlingsplan för hur sökande kan nå fram till ett arbete. Detta innebär i mer komplicerade fall att andra myndigheters medverkan ingår i planen. Omfattningen och inriktningen av kartläggningen är givetvis beroende på den enskildes behov.

AMI erbjuder teoretisk och praktisk arbetsvägledning. Inom instituten finns möjlighet att pröva olika slag av arbetsuppgifter på en orienteringsavdelning. AMI har också möjlighet att erbjuda arbetsprövning vid externa arbetsplatser utan att arbetsgivare och sökande binds till varandra utöver prövningsperioden.

Instituten kan lägga upp program för arbetsträning för sökande som behöver träna sin arbetsförmåga. Programmen kan genomföras såväl inom instituten som ute i arbetslivet.

AMI med särskilda resurser kan bl.a. prova ut arbetshjälpmedel åt sökande med handkapp och träna de sökande att använda dem. Anpassning av arbetsplatser till sökandes medicinska, psykologiska, intellektuella och sociala förutsättningar ingår också i institutens arbete.

Lediga platser skall enligt lag anmälas till arbetsförmedlingen. Platsförmedlare är också kontaktmän med enskilda företag vilket gör att arbetsförmedlingen har god kännedom om företag och arbetsuppgifter och är en bra informationskälla för personer som söker arbete. Efter utredning kan arbetsmarknadsverket också bevilja AMU, beredskapsarbete, starta-eget-bidrag, arbete i ungdomslag eller annan åtgärd till sökande, som behöver den aktuella åtgärden.

För de sökande som har svårt att välja arbete och yrke på grund av otillräckliga kunskaper om arbetsmarknaden eller osäkerhet om de egna förutsättningarna, bl.a. på grund av arbetshinder, ges arbetsvägledningsservice. För dessa sökande står sammanlagt 1 100 arbetsvägledare till förfogande vid arbetsförmedlingarna.

Vissa sökande behöver mer stöd för att komma in på arbetsmarknaden än vad som är möjligt att få vid arbetsförmedlingen. Förmedlingen kan då utnyttja AMI:s fördjupade insatser för arbetsvägledning och yrkesinriktad rehabilitering.

Arbetsmarknadsverket erbjuder sedan budgetåret 1986/87 konsultmedverkan i anpassning till företag, organisationer och myndigheter. Verksamheten bedrivs på försök och skall vara ekonomiskt självbärande.

Vid sidan av platsförmedlingen är arbetsmarknadsutbildningen den

viktigaste arbetsmarknadspolitiska resursen. Under 1985/86 deltog ca 100 000 personer. Av dessa var ca 17 procent arbetshandikappade. Anslaget för verksamhetsåret 1986/87 var ca 2 000 miljoner kronor.

Andra resurser som arbetsmarknadsverket förfogar över är introduktions- och lönebidrag, bidrag till arbetshjälpmedel åt handikappade, näringshjälp och skyddat arbete.

Skyddat arbete kan erbjudas den vars arbetsförmåga är så nedsatt att han eller hon inte kan beredas annat förvärvsarbete. Det bedrivs dels av regionala stiftelser för skyddat arbete i varje län, dels av offentliga arbetsgivare, främst primärkommuner, som får statsbidrag till verksamheten.

Samhall svarar för över 85 procent av den skyddade sysselsättningen med ca 28 000 arbetshandikappade anställda. Ca 5 000 personer har skyddat arbete hos offentliga arbetsgivare. Anslagen till dessa båda former av skyddat arbete uppgår för budgetåret 1987/88 till ca 3,6 miljarder kr.

3.4.4 Kommunerna — socialtjänsten

Socialtjänstlagen trädde i kraft den 1 januari 1982. Enligt lagens 4 § skall det i varje kommun finnas en socialnämnd för att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Kommunfullmäktige får besluta att inrätta två eller flera sociala distriktsnämnder som har var sitt eget distrikt. Beslutanderätten i biståndsärenden kan bli föremål för delegation. Detta innebär att socialnämnden eller distriktsnämnden kan delegera beslutanderätten till avdelning av nämnden, till ledamot, suppleant eller till tjänsteman hos kommunen. Nämnden måste dock först inhämta medgivande av kommunfullmäktige om delegationsrätt.

De senaste åren har allt fler kommuner inrättat kommundelsnämnder och för socialtjänsten har distriktsindelning gjorts samtidigt som man i många kommuner beslutat införa sociala distriktsnämnder.

Kommundelsnämnder och sociala distriktsnämnder

Kommundelsnämnder finns i 22 av landets kommuner och dessa har totalt 95 kommundelsnämnder (1986). Sociala distriktsnämnder finns i 28 kommuner som totalt har 115 sådana nämnder.

Av landets samtliga 284 kommuner har hälften ca 15 000 invånare eller mindre. Trots de många kommunsammanläggningarna är det fortfarande stora skillnader i storlek kommunerna emellan. Stockholm har drygt 650 000 invånare medan Bjurholms kommun i Västerbottens län har endast ca 3 100 invånare.

Policy och verksamhetsinriktning

I 21 § SoL sägs bl.a. följande:

"Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska, eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra."

"Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning."

I 7 § SoL sägs bl.a. att socialnämnden i sin verksamhet skall främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning.

Normalisering är målet för omsorgerna om handikappade. Bistånd skall lämnas så att den handikappade får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden skall verka för att den handikappade om möjligt får ett arbete som han kan försörja sig på. Kontakter med bl.a. arbetsförmedling kan vara nödvändiga i de enskilda fallen.

Ekonomiskt bistånd till arbetslösa skall i första hand lösas genom arbetslöshetsförsäkringen och det kontanta arbetsmarknadsstödet. Den arbetslöse kan också erbjudas olika former av hjälp, t.ex. i ungdomslag, beredskapsarbete vid utförsäkring eller åtgärder enligt arbetsmarknadskungörelsen, t.ex. AMU. Den som är arbetslös kan inte anses ha rätt till bistånd enligt 6 § SoL, om hans behov kan tillgodoses genom de åtgärder i övrigt som samhället ställer till förfogande för arbetslösa. I förarbetena till SoL sägs att det är av vikt att socialnämnden, när den tar ställning till bistånd åt den som är arbetslös, har god kontakt med arbetsförmedlingen och i samarbete med förmedlingen och den enskilde försöker finna rätt form för hjälp.

En allmän utgångspunkt för bedömning av missbrukares rätt till socialbidrag bör vara att försöka undvika särbehandling. Särbehandling medverkar till att fixera problemen och motverkar möjligheterna att komma till rätta med dem. I vissa situationer är emellertid den individuella problembilden sådan att missbruket utgör ett hinder för den enskilde att försörja sig genom arbete. Det gäller oftast missbrukare som kan sägas vara socialt utslagna eller är på väg att bli det. I dessa fall är det socialtjänstens uppgift att försöka få till stånd en rehabilitering genom behandlingsinsatser, personligt stöd, utbildning och andra åtgärder.

En biståndsform av rehabiliteringskaraktär är den kommunala färdtjänsten. I den mån som färdtjänst behövs för den enskildes livsföring kan den anses som bistånd enligt 6 § SoL, vilket innebär att den enskilde i sådana fall kan ha rätt till bistånd i form av färdtjänst. Färdtjänsten kan även ses som ett inslag i kommunens serviceverksamhet enligt 10 § SoL, t.ex. insatser som behövs för att den enskilde skall kunna bo hemma och ha kontakter med anhöriga, vänner och andra. Formerna för denna är inte reglerad i lag, utan varje kommun är suverän att utforma egna regler för den. SoS har emellertid genom tillämpningsföreskrifter till kungörelsen om statsbidrag till färdtjänst (SOSFS, 1982:61) påverkat utformningen av färdtjänstreglerna. I föreskrifterna sägs bl.a., att "färdtjänsten är avsedd för personer som på grund av fysiskt, psykiskt eller socialt handikapp har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller anlita allmänna kommunikationer". En av förutsättningarna för att statsbidrag skall utgå är att handikappets varaktighet bedöms bestå minst tre månader. Detta har naturligtvis generellt påverkat kommunernas utformning av reglerna.

I sammanhanget kan nämnas att personer med här angivna förflyttningssvårigheter i vissa fall också kan få bidrag för att skaffa egen bil. Sådant bidrag kan, fr.o.m. oktober 1988, sökas hos försäkringskassan.

3.4.5 Kriminalvårdsverket

Kriminalvårdsstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för ärenden om kriminalvård och chefsmyndighet för regionerna, kriminalvårdsanstalterna, de allmänna häktena och skyddskonsulentorganisationen. I administrativt hänseende är även kriminalvårdsnämnden och övervakningsnämnderna underställda styrelsen.

Lokalanstalter, allmänna häkten och skyddskonsulentdistrikt är organisatoriskt sammanförda i geografiskt avgränsade regioner under ledning av en kriminalvårdsdirektör. Varje region omfattar i regel ett eller två län.

Centraler för ledning och samordning av transporter finns i Göteborg, Härnösand och Stockholm. Centralerna är administrativt underställda respektive regionchef.

Behandlingsteam för narkomanvård finns i Stockholms-, Göteborgs- och Malmöregionerna.

Policy och verksamhetsinriktning

Riktlinjer för den svenska kriminalvårdspolitiken angavs av statsmakterna år 1973 då de beslutade om en genomgående reform av den verksamhet som bedrivs inom kriminalvården.

Kriminalvårdsreformens grundtankar kan sammanfattas på följande sätt:

- Minsta möjliga ingripande — frivården är den naturliga formen för kriminalvård.
- Anstaltsvård skall bedrivas i intim samverkan med frivården.
- Närhetsprincipen skall tillämpas vid anstaltsplacering, om inte samhällsskyddet kräver annorlunda.
- Utåtriktad verksamhet, samhällets sociala service skall utnyttjas i största möjliga utsträckning.

Varje år döms ca 14 000 personer till fängelse och ca 6 000 personer till skyddstillsyn. Fängelse och skyddstillsyn är kriminalvårdspåföljder. Det är kriminalvårdens uppgift att verkställa fängelsestraffen och att ansvara för övervaknng av skyddstillsynsdömda och villkorligt frigivna från fängelse. Kriminalvården ansvarar också för de allmänna häktena där bl.a. anhållna och häktade omhändertas.

Kriminalvården har två huvuduppgifter när det gäller dömda:

- Att genom stödjande insatser medverka till deras rehabilitering eller anpassning i samhället genom arbetsträning, utbildning, social träning, vård för alkohol- och narkotikamissbrukare samt hälso- och sjukvård eller andra insatser.
- Att så långt det är möjligt hindra dem från att begå nya brott.

Frivården (skyddskonsulentorganisationen) ansvarar för verkställighet av påföljden skyddstillsyn samt den övervakning som är förenad med villkorlig frigivning.

Fr.o.m. 1 januari 1988 finns en särskild form av skyddstillsyn, s.k. kontraktsvård, som innebär att den dömde i stället för fängelsestraff får vård och behandling enligt en särskild plan som domstolen fastställt. Kontraktsvård är alltså en dom till skyddstillsyn med en kvalificerad föreskrift om behandling enligt plan. För att vård skall komma i fråga skall det finnas ett samband mellan brott och missbruk. Den dömde skall också samtycka till den uppgjorda behandlingsplanen.

Frivårdens arbete koncentreras till inledningsskedet i den dömdes återanpassningsprocess. Tät kontakt och aktiv uppföljning av de enskilda ärendena utgör påföljdens ram medan innehållet utformas i en individuellt avpassad plan. Därvid är en nära samverkan med olika myndigheter och organisationer i samhället synnerligen viktig.

Tillfredsställande bostadsförhållanden, arbete och utbildning är en viktig förutsättning för aktiv fritid och sociala kontakter och därmed indirekt för minskat missbruk och färre återfall i brott.

I ett samarbetsprojekt mellan arbetsförmedling, socialtjänst och kriminalvård (Krami) i Malmö, som arbetar med en kombination av AMI:s vägledningsmetodik och konsekvenspedagogik, har man under fem år nått en 50-procentig rehabilitering med ett återfallsklientel.

Ett centralt avtal mellan AMS och kriminalvårdsstyrelsen reglerar det lokala samarbetet mellan arbetsförmedlingen och kriminalvårdens myndigheter. Särskilda kontaktmän arbetar med kriminalvårdsklienternas utslussning på arbetsmarknaden, speciellt efter anstaltsvistelser.

Skyddskonsulenterna är i allmänhet representerade i LRG.

3.4.6 Verksamhetsområden för rehabiliteringsarbetet hos olika myndigheter

Ett organisatoriskt problem i samarbetet mellan myndigheterna i rehabiliteringsarbetet är att indelningen i verksamhetsområden i vissa fall inte är lika hos de olika myndigheterna.

Trots att många kommuner inrättat kommundelsnämnder och sociala distriktsnämnder så torde det föreligga svårigheter i en del fall att vid områdesindelningen för rehabiliteringsarbetet i ärenden där flera samhällsorgan är inblandade välja kommun/kommundelen/distriktet som verksamhetsområde.

I andra kommuner däremot skulle man mycket väl kunna använda kommunen eller del av kommunen som verksamhetsområde för rehabiliteringsarbete. Så är fallet bl.a. där kommundelarna eller distrikten delats in efter en naturlig gemenskap t.ex. samordnade gränser med bl.a. rektorsområden, kassaområden, socialtjänstens och landstingens områdesindelningar eller där kommunen i sin helhet sammanfaller med nämnda myndigheters områdesindelning.

Små kommuner har ofta ett enda socialkontor dit man vänder sig om

man behöver hjälp, råd eller stöd. Medelstora och större kommuner har ofta flera distriktskontor, bl.a. Stockholm, Göteborg och Malmö.

De nyinrättade arbetsförmedlingsnämnderna stämmer i stort sett med antalet kommuner. 16 av de 265 arbetsförmedlingsnämnderna omfattar dock mer än en kommun.

Vårdcentralerna i primärvården omfattar ibland en kommun men i ett stort antal kommuner finns flera vårdcentraler. Även försäkringskassornas lokalkontor är betydligt fler än antalet kommuner i landet. De nyinrättade socialförsäkringsnämnderna är dock bara 165 (1988) till antalet och omfattar oftast flera kommuner.

3.5 Arbetsplatsens resurser för rehabilitering

En förutsättning för att kunna bedriva arbetsanpassning och rehabilitering i enlighet med arbetsmiljölagens krav är att vissa resurser finns för detta på arbetsplatserna.

Det är, som här tidigare har understrukits, i arbetsplatsens linjeorganisation som arbetsanpassnings- och rehabiliteringsfrågorna så långt det är möjligt skall lösas. Arbetsgivaren har huvudansvaret för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten fungerar tillfredsställande. På mindre arbetsställen är arbetsgivaren själv ofta direkt involverad i det dagliga arbetet i en arbetsledande funktion. På de större arbetsplatserna har arbetsgivaren i regel delegerat sitt ansvar såväl för det förebyggande som rehabiliterande arbetet till personalansvariga och/eller arbetsledare.

Det är i linjeorganisationen som i regel de bästa förutsättningarna finns att hitta lämpliga arbetsuppgifter, förändra arbetsorganisation och vidta andra åtgärder för den som är i behov av rehabilitering. I den dagliga verksamheten finns förutsättningar att bedöma den enskildes arbetsförmåga så att rehabilitering kan initieras i ett förebyggande syfte, genom exempelvis omplacering och förändrade arbetsuppgifter. Ofta är rehabiliteringsbehoven så omfattande och av så komplicerad natur att de inte kan lösas i den vanliga verksamheten. Det är i regel då som anpassningsgrupp, skyddskommitté och företagshälsovården blir inkopplade.

I det praktiska rehabiliteringsarbetet kan således många personalgrupper på en arbetsplats engageras på olika sätt. Inte minst är arbetskamraternas stöd en betydelsefull faktor för en framgångsrik rehabilitering. På vissa arbetsplatser har kamratstödjande verksamhet utvecklats för arbetskamrater med missbruksproblem eller andra svårigheter.

För att kunna bedriva ett kvalificerat och omfattande rehabiliteringsarbete krävs emellertid i regel även personal med särskild utbildning och tid för sådana arbetsuppgifter. De som främst arbetar med arbetsanpassning och rehabilitering på arbetsplatserna är personal inom FHV och olika slag av personalhandläggare. Framför allt är tillgång till FHV en viktig förutsättning för att kunna bedriva rehabiliteringsarbete. FHV utgör en väsentlig stödfunktion för såväl linjeorganisationens, som skyddskommittéernas/anpassningsgruppernas verksamhet.

Arbetsplatserna har en mycket viktig funktion när det gäller att på ett tidigt stadium initiera rehabilitering. På arbetsplatserna finns, om än i varierande utsträckning, förutsättningar för arbetsträning i "reell miljö" och möjlighet att exempelvis genom omplacering finna lämpliga arbetsuppgifter. Vid rehabilitering på arbetsplatserna kan man kontinuerligt följa resultatet av vidtagna rehabiliteringsinsatser.

3.5.1 Arbetsledare, personalhandläggare m.fl.

Åtgärder rörande arbetsanpassning och rehabilitering skall således så långt det är möjligt handläggas i linjeorganisationerna av personalhandläggare, arbetsledare m.fl. I regel finns inom alla större företag och offentliga verksamheter särskilda enheter för personalfrågor eller särskilda tjänstemän som enbart ägnar sig åt personalfrågor. På små arbetsplatser har däremot ofta arbetsledare dessa arbetsuppgifter.

De arbetsuppgifter som vanligtvis handhas av personalansvariga är exempelvis löneadministration, personalplanering- och rehabiliteringsfrågor. I regel samarbetar också personalansvariga såväl med skyddskommitté som anpassningsgrupp genom att vara ledamöter eller adjungerade till verksamheten. I vissa fall kan personalhandläggare ha ett mycket stort ansvar för rehabiliteringsfrågorna, bl.a. i samband med omplaceringar av personal. Eftersom rehabiliteringsfrågorna i hög grad också är bemannings- och organisationsfrågor är personalhandläggarna en viktig resurs i den rehabiliterande verksamheten.

Förutom ovan nämnda grupper med ansvar för personalfrågorna bör särskilt arbetsledarna nämnas. Det är en personalgrupp som kanske allra närmast har ett ansvar för personalfrågorna. Arbetsledaren har i regel bl.a. det direkta ansvaret för arbetsmiljön genom ett delegerat arbetsgivaransvar. De har också möjlighet att följa förändringar ifråga om sjukfrånvaro och arbetsförmåga.

Arbetsledarens skiftande arbetsuppgifter innebär att behovet är mycket stort av utbildning på en rad områden. Inte minst har arbetsledaren en viktig funktion att fylla när det gäller att — i vissa fall i samarbete med FHV — förändra arbetsorganisation, teknisk utrustning m.m. för att ge förutsättning för arbetsanpassning och rehabilitering.

3.5.2 Övriga resurser på arbetsplatsen, skyddsombud m.fl.

Det är som tidigare sagts inte enbart personal med ett yrkesmässigt ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering, som är betydelsefulla för denna verksamhet på arbetsplatsen. En väsentlig resurs är också de anställda som är förtroendevalda med uppgift att enligt lagar och avtal arbeta med dessa frågor (skyddsombud, skyddskommittéledamöter m.fl.). För att man skall erhålla en samlad bild av vilka resurser arbetsplatsen har till sitt förfogande för rehabiliterings- och anpassningsverksamhet bör dessa också beaktas.

Skyddsombud

I alla större företag utses skyddsombud för olika delar av arbetsplatsen och för större arbetsplatser även huvudskyddsombud som har ett visst samordnande och övergripande fackligt ansvar för skyddsverksamheten. Skyddsombuden har en rad fastställda arbetsuppgifter enligt arbetsmiljöavtalet.

I och med ändringen av AML beträffande skyddskommitténs ansvar för anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten har också ansvaret ökat för skyddsombudens medverkan i dessa frågor. Skyddsombuden har ofta en nära kontakt med de anställda och har att ta initiativ när olika åtgärder kan behöva vidtas för en anställd.

Antalet skyddsombud är ca 86 000 inom LO-området och ca 26 000 inom TCO och inom SACO/SR ca 2 800.

Regionalt skyddsombud kan utses av facklig organisation efter tillstånd av yrkesinspektionen. Regionalt skyddsombud kan endast tillsättas om det saknas skyddskommitté på arbetsstället och om förhållandena är sådana att det av yrkesinspektionen bedöms som påkallat att regionalt skyddsombud utses. Regionalt skyddsombud utses således i flertalet fall endast för arbetsställen med färre än 50 anställda. Det regionala skyddsombudet har samma uppgift och ställning gentemot arbetsgivaren som övriga skyddsombud.

År 1987 fanns ca 1 700 regionala skyddsombud. Flertalet ombud finns inom LO-området. Ombuden är anställda av resp. förbund, som erhåller viss ekonomisk ersättning från arbetsmiljöfonden efter beslut av regeringen. Huvuduppgiften för regionala skyddsombud är att i första hand ge råd om och bevaka generella arbetsmiljöförhållanden vid små arbetsställen.

Skyddskommitté och anpassningsgrupp

En väsentlig resurs för arbete med anpassnings- och rehabiliteringsfrågor utgör även skyddskommittén och dess ledamöter. Vid arbetsställe där minst 50 arbetstagare sysselsätts regelbundet skall det finnas skyddskommitté. Denna skall vara sammansatt av företrädare för arbetsgivare och arbetstagare. En av ledamöterna är i regel i företagsledande eller har därmed jämförlig ställning. En styrelseledamot i lokal facklig arbetstagarorganisation ingår även i skyddskommittén. De anställdas företrädare utses i första hand av lokal arbetstagarorganisation med kollektivavtal i förhållande till arbetsgivaren.

Om arbetstagarna begär det kan skyddskommitté inrättas även vid arbetsställe med färre än 50 anställda. Detta kan ske när parterna är ense om detta eller om arbetstagarna begär det.

Av de ca 210 000 företag som har anställda utgörs merparten av småföretag. Endast 1 200 företag har mer än 100 anställda, men svarar trots detta för huvuddelen av sysselsättningen. Drygt 75 procent av de anställda finns i företag med mer än 50 anställda eller på cirka 18 500 arbetsställen — där skyddskommittéer skall och anpassningsgrupp bör finnas — och de övriga ca 25 procent i företag med mindre än 50 anställda. Det

visar betydelse av en aktiv skyddskommittéverksamhet.

Förutom det ansvar som enligt AML ålagts skyddskommittén i rehabiliteringsfrågor bör även erinras om att arbetsgivaren enligt 3 kap. AML har att ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Vidare anges att man vid arbetets planläggning och anordnande skall beakta att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika. Denna lagregel syftar till att främja sysselsättningsmöjligheterna för personer med arbetshandikapp. Detta innebär att den lokala skyddsverksamheten, skyddsombud och skyddskommitté har haft att arbeta med dessa frågor i viss utsträckning även före ändringen av AML.

Ändringen i AML 1986 innebär att skyddskommittén har uppgiften att verka för att en i lämplig form organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs, vilket innebär att kommittén kan välja att själv arbeta med dessa frågor eller att under sig utse en särskild grupp för dessa frågor — en anpassningsgrupp.

Det kan konstateras att det nu liksom tidigare i mindre och medelstora företag oftast finns en anpassningsgrupp. I större företag och offentliga verksamheter kan det förekomma att man inrättat en central anpassningsgrupp och en eller flera lokala anpassningsgrupper.

Den centrala gruppen har då i regel ansvar för att det anställningsfrämjande arbetet utvecklas och bestämmer riktlinjer och målsättning för verksamheten. Den behandlar principiella och övergripande frågor om rekrytering, personalplanering o.dyl. Den ansvarar också för samverkan med t.ex. den lokala skyddsverksamheten, FHV samt befintliga rehabiliteringsorgan m.m.

De lokala anpassningsgrupperna arbetar huvudsakligen med enskilda ärenden. Arbetsledare, skyddsombud eller personalkonsulten adjungeras i vissa fall till anpassningsgruppen. Tidigare förekom det att även personer utan direkt anknytning till företaget adjungerades, t.ex. från försäkringskassa, handikapporganisation eller AMI. Inga formella hinder finns för sådan adjungering med nuvarande regler för verksamheten. I arbetsmiljöförordningen 1977:1166 (ändrad 1985:331) erinras om att skyddskommitté eller dess organ för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet kan komma överens med försäkringskassa eller arbetsförmedling om att överlägga i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsfrågor.

Ett syfte med den förändring som skett i AML är att anpassningsgruppen (motsvarande) skall komma in på ett tidigt stadium i rekryterings- och rehabiliteringsarbetet. Den är ett rådgivande organ och dess rekommendationer följs av formella beslut inom företaget. Dess verksamhet bygger i hög grad på ett nära samarbete med andra organ, t.ex. FHV, personalkonsulent, personalavdelning och ekonomiavdelning.

Kamratstödjande verksamhet

Kamratstödjande verksamhet bedrivs i dag på allt fler arbetsställen. Denna verksamhet bedrivs med stöd från bl.a. TCO, LO och SACO/SR. Den kamratstödjande verksamheten syftar till att förhindra utslagning

från arbetsställen. Genom stöd och hjälp från arbetskamrater kan genom denna verksamhet personer med bl.a. psykiska och sociala problem, missbruksproblem etc. klara sina jobb och även sin fritid.

Ibland är kamratstödjande verksamhet en rent facklig verksamhet, ibland är det ett uttryck för att alla på arbetsstället skall ta ett ansvar för att arbetskamrater som behöver hjälp och stöd. I vissa fall kan verksamheten främst innebära insatser på fritid. I andra fall kan det gälla att en arbetstagare ägnar en del av sin arbetstid åt att stötta en kamrat i arbetet. På ett antal arbetsplatser har även fackligt förtroendevalda fått möjlighet att på arbetstid ta ansvar för denna och eventuellt också annan social verksamhet.

3.5.3 Tillgång till företagshälsovård och olika slag av företagshälsovårdsorganisation

Som tidigare redovisats är det ca 75 procent av de heltidsanställda som i dag har tillgång till FHV. Om hänsyn tas även till de deltidsanställda är anslutningsnivån i förhållande till det lokala antalet anställda lägre. Det är således fortfarande många anställda främst på små arbetsställen som saknar FHV.

Det finns i Sverige ca 490 000 aktiva företag varav 340 000 utan anställda. De sistnämnda utgörs i huvudsak av familjejordbruk.

Samtliga företag med över 1 000 anställda har numera FHV. Totalt finns f.n. 200 företag med tillsammans ca 360 000 anställda som har inbyggd FHV. Även många kommuner med över 50 000 invånare har i dag en egen inbyggd FHV. I andra fall samverkar man med företag på orten i företagshälsovårdscentraler och i några fall med landstinget. Landstingen har i regel inbyggd FHV för sin egen personal, men det förekommer också att man låter ansluta vissa verksamhetsdelar till företagshälsovårdscentraler.

Små och medelstora företag och mindre kommuner som saknar möjlighet att ordna egen FHV samarbetar således ofta i företagshälsovårdscentraler. För dessa krävs vanligtvis ett underlag på cirka 1 500 anställda inom ett någorlunda begränsat geografiskt område.

Företagshälsovårdscentraler omfattar såväl privata företagare, kommuner, och landsting som statliga arbetsgivare. Olika branscher och verksamheter kan således vara företrädda i samma central. 1986 fanns ca 430 sådana centraler som betjänar drygt 19 000 företag, inklusive offentliga förvaltningar, med sammanlagt ca 1 163 000 anställda. Intressenterna bildar i regel en ideell förening eller stiftelse som via ett aktiebolag driver företagshälsovårdscentralen. I bolagens styrelse har arbetsgivarsidan majoritet. Som ledningsorgan under centralens styrelse fungerar en företagshälsovårdskommitté med arbetstagarmajoritet.

FHV för statligt anställda, Stiftelsen Statshälsan, har 113 egna företagshälsovårdscentraler (1986). Därtill kommer ett antal centraler som ansvarar för FHV vid affärsdrivande verk. Dessa skall på sikt inordnas i Statshälsans organisation. Samarbete med extern FHV bedrivs med 119

hälsocentraler. Cirka 365 000 statsanställda (95 %) har nu FHV. Fullt utbyggd kommer Statshälsan att ha ca 120 hälsocentraler. En hälsocentral har normalt ansvar för FHV för 2 000—3 000 anställda.

Den utbyggnad av FHV som skett senare år består främst i en utökning av antalet centraler.

Antalet inbyggda företagshälsovårdsenheter kommer däremot knappast att öka nämnvärt i framtiden. De flesta företag och kommuner med underlag för en inbyggd FHV har redan en sådan och den fortsatta utbyggnaden gäller de små och medelstora företagen. De inbyggda enheterna ger i vissa fall också service åt externa företag. Detta förekommer såväl inom privata företag som inom kommuner.

1986 fanns det 860 företagshälsovårdsenheter i landet med medicinsk och teknisk verksamhet. Enheterna var i huvudsak organiserade enligt de alternativ avtalen anger, dvs. som inbyggd FHV, företagshälsovårdscentraler och branschhälsovård samt som landstingsdriven extern FHV. Uppgifter om antalet företagshälsovårdsenheter, antalet anslutna företag m.m. redovisas i tabell (3:1). Siffrorna är hämtade från skriften företagshälsovården i Sverige, arbetarskyddsstyrelsen 1987.

Tabell 3:1 Sammanställning över antal företagshälsovårdsenheter, företag och anställda

Antal enheter	företag	anställda	varav privat sektor	statlig	kommunal	annat avtal	Ej avtal
860	27 871	2 859 539	1 361 857	373 531	997 218	61 020	6 735

Möjligheten att bedriva arbetsanpassning och rehabilitering kan påverkas av om man har en inbyggd FHV eller tillhör en FHV-central eller en branschhälsovård. Kontakterna med arbetsplatsens verksamhet "i linjen" kan bli mindre täta inte minst av geografiska skäl. Eftersom många FHV-centraler har att arbeta med mindre arbetsställen och dessutom även med tillfälliga arbetsplatser med ett föga varierat utbud av arbetsuppgifter är resurserna ofta sämre för rehabiliteringsverksamhet. Den stora skiljelinjen med hänsyn till möjligheterna att bedriva rehabilitering går emellertid mellan arbetsplatser med och utan FHV.

För vissa branscher med geografiskt spridda, små eller tillfälliga arbetsställen kan det enligt SAF-, LO- och PTK-avtalet vara lämpligt att inrätta FHV i form av branschhälsovård. Denna kan organiseras t.ex. genom regionvis inrättade FHV-centraler med rörliga enheter. Härutöver krävs en central instans med uppgift att planera verksamheten m.m. Exempel på sådan branschhälsovård är Bygghälsan, Transporthälsan, Lantbrukshälsan, Motorhälsan, Skogshälsan.

3.5.4 Personal inom företagshälsovården

Tillgång till olika expertgrupper inom FHV är en viktig förutsättning för att bedriva arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatserna.

I tabell 3:2 redovisas förekomst av olika personalgrupper inom FHV. Siffrorna är hämtade från skriften Företagshälsovården i Sverige, arbetarskyddsstyrelsen 1987. Företagssköterskorna är den största personalgruppen. Därefter följer företagsläkare, tekniker (skyddsingenjörer och skyddstekniker) och sekreterare. Utvecklingen de senaste åren har inte medfört några förändringar vad gäller största personalgrupper i FHV. Det är fortfarande dessa fyra grupper som dominerar antalsmässigt.

Samtliga gällande arbetsmiljöavtal ger på olika sätt uttryck för att i FHV måste finnas medicinskt och tekniskt samt psykologiskt och socialt kunnande för att arbetsmiljöproblemen skall kunna angripas på ett allsidigt sätt. Några detaljerade anvisningar om personal och intern organisation av FHV ingår däremot inte i avtalen.

I avtalen inom den privata sektorn beskrivs FHV som medicinsk, teknisk och psykosocial verksamhet under gemensam ledning. På den statliga sidan skall arbetsuppgifterna inom FHV fördelas på en medicinsk, en teknisk och en psykosocial funktion och skall fullgöras i nära samverkan mellan dessa funktioner.

Det har också blivit allt vanligare att sjukgymnast finns vid företagshälsovårdsenheterna. Beteendevetare har anställts främst inom den statliga FHV men även i kommunernas och landstingens FHV samt i några företagshälsovårdsenheter inom privata sektorn.

Tabell 3:2 Sammanställning över personal vid företagshälsovårdsenheter i landet

Företagsläkare		Företagssköterskor		Sjukgymnaster	
antal	årsarbets-kraft	antal	årsarbets-kraft	antal	årsarbets-kraft
1 369	1 018.51	2 358	1 875.97	952	707.59
Skyddsingenjörer		**Övrig teknisk pers.**		**Beteendevetare**	
antal	årsarbets-kraft	antal	årsarbets-kraft	antal	årsarbets-kraft
1 219	1 033	171	131.57	524	398.7
VD		**Övrig adm. personal**			
antal	årsarbets-kraft	antal	årsarbets-kraft		
352	93.99	1 761	1 251.2		

3.5.5 Företagshälsovårdens finansiering

I regeringens prop. 1984/85:89 föreslogs ett nytt ersättningssystem för FHV som trädde i kraft den 1 januari 1986. De nya reglerna innebär bl.a. att ersättning delas upp i grundersättning, småföretags- och nyanslutningstillägg. Det ökade stödet till småföretag och arbetsplatser som nyligen anslutit sig till FHV motiveras självfallet av önskemålet om att stimulera en ökad anslutning till FHV.

De nu gällande riktlinjerna för FHV innebär en principiell rätt till ersättning under förutsättning att den uppfyller vissa villkor. Ersätt-

ningen utgår vidare i förhållande till antalet personer som omfattas av FHV.

De allmänna principerna för rätt till ersättning innebär bl.a. krav på:

- miljöinriktade förebyggande insatser,
- individ- och gruppinriktade insatser, ex. anpassning av arbete och arbetsplatser,
- behandlande verksamhet, ex. rehabilitering.

Det är yrkesinspektionsnämnderna, som efter framställning från en företagshälsovårdsenhet har att pröva om enhetens verksamhet och resurser uppfyller de krav som gäller för ersättningen. För närvarande är samhällets stöd till FHV i genomsnitt ca 300 kr. per anställd och år.

3.5.6 Företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsarbetet

Som tidigare redovisats står företagshälsovårdens roll i fråga om arbetsanpassning och rehabilitering fast i olika avtal och riktlinjer mellan parterna på arbetsmarknaden. Företagshälsovårdens roll i samband med arbetsanpassning och rehabilitering har ytterligare förstärkts i och med den ändring som 1986 genomförts av AML.

Företagshälsovårdsutredningen (SOU 1983:32) underströk företagshälsovårdens betydelse i rehabiliteringsarbete på arbetsplatsen och detta betonades ytterligare i regeringens proposition om FHV och arbetsanpassning (1984/85:89). Företagshälsovårdsutredningen ansåg att i synnerhet om FHV har en mångsidig personaluppsättning kan den medverka i olika slag av rehabiliterande insatser medicinska, psykologiska och sociala. I den mån medicinsk rehabilitering krävs är detta emellertid i huvudsak något som skall ske i eller i samverkan med samhällets hälso- och sjukvård.

Företagshälsovårdens speciella förutsättningar är att den kan planera arbetsmässig rehabilitering mycket tidigt i sjukdomsförloppet och vara kontaktpunkt inom företaget för de många funktioner som måste bli inkopplade som arbetsledning, fackliga företrädare, utbildningsplanerare m.fl.

I begreppet rehabilitering måste enligt företagshälsovårdsutredningen också inrymmas den mycket omfattande verksamhet som FHV har med olika ställningstaganden till omplaceringsproblem inom företag. Initiativ till sådana åtgärder kan komma från FHV själv som resultat av den hälso- och sjukvårdande verksamheten. I stor utsträckning skall FHV kunna kopplas in på sådana problem på uppdrag av anpassningsgrupp, enskilda anställda eller arbetsledning.

Företagshälsovårdsutredningen betonade i hög grad betydelsen av att FHV arbetar med anpassning av arbetsplatserna utifrån den enskildes förutsättningar. En individ med relativt begränsad nedsättning av fysisk eller psykisk arbetsförmåga kan vara helt arbetsoförmögen om arbetets krav drabbar just det begränsade arbetshinder som föreligger. Han kan å andra sidan vara helt arbetsför och utan besvär om man finner ett annat arbete som inte innebär en sådan påfrestning. Även en gravt arbetshandi-

kappad kan fungera i arbetet om man finner ett arbete som är väl anpassat till dessa förutsättningar.

En målsättning i hälsoundersökningar bör därför vara att den medicinska hälsokontrollen kompletteras med arbetsplatsbedömningar och vid behov resulterar i förslag för att förändra arbetsförutsättningar. Detta kräver även kombinationer av rehabiliterande insatser. Omplacering kan också ibland vara ett alternativ. Även en sådan åtgärd kräver olika insatser, där t.ex. utbildning kan vara en viktig komponent.

Den tekniska delen i FHV är en mycket väsentlig resurs då i många fall olika typer av arbetshinder relativt lätt kan kompenseras genom tekniska förändringar i arbetsmiljön. Fysiska toppbelastningar kan utjämnas med mekaniska hjälpmedel. Vidare kan man genom förbättrade arbetsställningar och förbättrade arbetsrörelser, bättre belysning m.m., minska arbetsbelastning och trötthet.

Dessa åtgärder som kan vara medicinska men i många fall tekniska, ergonomiska, psykologiska och sociala passar väl in i den inriktning mot förebyggande verksamhet som FHV skall ha. Företagshälsovårdsutredningen ansåg att missbruk av alkohol och narkotika även är problem som FHV måste arbeta med. Det är ett problem som rör alla sektorer av samhället också arbetsplatserna. Företagshälsovårdens resurser måste därför samspela med samhällets insatser i förebyggande, behandlande och rehabiliterande syfte när det gäller missbruk.

Företagshälsovårdsutredningen ansåg det vara väsentligt för FHV att vid sidan av anpassningsåtgärder på arbetsplatsen, utarbeta rutiner för kontakter med försäkringskassan, arbetsförmedlingen m.fl. Rutinerna måste vara sådana att FHV i god tid får information om att anpassning och rehabilitering behövs. Många förtidspensioner kan t.ex. förhindras om arbetsmiljöinriktade åtgärder sätts in i stället för långvarig sjukskrivning. Sålunda skulle en bättre kommunikation mellan primärvården och FHV kunna leda till att återgång i arbete efter sjukskrivning avsevärt skulle underlättas om personalen i primärvården och företagshälsovårdens personal gemensamt kunde finna former för sådan återgång.

FHV har således en betydelsefull roll i rehabiliteringsarbetet på arbetsplatserna enligt såväl arbetsmarknadsparternas avtal som de allmänna principerna för statligt stöd till företagshälsovårdens verksamhet. Företagshälsovårdens insatser varierar emellertid sannolikt fortfarande i fråga om omfattning och inriktning. Det visar bl.a. den förfrågan som vi tillsänt ett antal arbetsplatser. Förfrågan redovisas närmare i avsnitt 4.5.

4 Rehabilitering på arbetsplatsen

4.1 Behovet av rehabilitering på arbetsplatsen

Ett av de främsta skälen för att knyta anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet till arbetsplatserna är att ca 85 procent av de långtidssjukskrivna har en anställning. En väsentlig målsättning för rehabilitering av en anställd måste vara att kunna få behålla det tidigare arbetet, eller om detta inte är möjligt åtminstone bli kvar på den gamla arbetsplatsen. Det är väl kända fakta att ju längre tid en försäkrad är sjukskriven desto större är risken för att han inte skall komma tillbaka i arbete. Den som har förlorat sin anställning har dessutom svårt att få ett annat arbete.

Den arbetsplatsanknutna rehabiliteringen kan i princip omfatta såväl medicinsk, social som yrkesinriktad rehabilitering. Företagshälsovården bedriver viss sjukvårdande och behandlande verksamhet. Den kamratstödjande verksamhet, som finns på många arbetsplatser, har närmast karaktären av social rehabilitering för de berörda. Huvuddelen av rehabiliteringen på arbetsplatserna är emellertid yrkesinriktad rehabilitering, dvs. den gäller främst insatser för att en anställd skall kunna återfå arbetsförmågan och behålla sitt arbete.

Med yrkesinriktad rehabilitering avses vanligen insatser som skall underlätta för människor, som på grund av ett fysiskt, psykiskt eller förståndsmässigt betingat funktionshinder har svårt att få eller behålla ett arbete. Yrkesinriktad rehabilitering bedrivs på arbetsplatserna, bl.a. inom ramen för företagshälsovårdens verksamhet. Arbetsmarknadsverket bedriver yrkesinriktad rehabilitering, främst för sökande som saknar arbete eller som måste byta arbete.

Åtgärder, som vanligen anses ingå i en arbetsplatsanknuten rehabilitering är:

- Åtgärder för arbetsplatserna.

Ändring av den fysiska miljön, t.ex. minskad belastning eller anskaffning av särskild utrustning som anpassad arbetsstol, telefonförstärkare för hörselskadad, särskild belysning för synsvag, arm- eller handledsstöd för att mildra effekten av belastning m.m.

- Åtgärder beträffande arbetsinnehåll och arbetsorganisation.

Helt eller delvis förändrade arbetsuppgifter eller omplacering. Sådana åtgärder förutsätter oftast kartläggning av förekommande arbetsuppgif-

ter på arbetsplatsen, eventuellt också ändrade arbetsuppgifter för andra än den direkt berörde arbetstagaren. Arbetsrotation, lagarbete är andra relativt vanliga åtgärder.

□ Åtgärder för den enskilde arbetstagaren.

Arbetsprövning, arbetsträning, inskolning, utbildning. Stöd, "fadder", kamratstöd, psykosociala insatser. Behandling, t.ex. sjukgymnastik, ryggskola. Anpassning av arbetstid, t.ex. successiv återgång efter sjukskrivning eller mer långsiktigt anpassad arbetstid.

□ Åtgärder för övriga på arbetsplatsen.

Attitydpåverkan. Insatser för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön. Utbildning för arbetsledare, skyddsombud m.fl. om arbetsanpassning, rehabilitering, psykosociala arbetsmiljöfaktorer m.m.

Ett skäl till att rehabiliteringsinsatserna på arbetsplatserna tillmäts en allt större vikt under senare år är den ökade insikten om arbetets betydelse, inte enbart som förvärvskälla, utan även för människor socialt och ur hälsosynpukt. Det finns emellertid i dag också mycket klara belägg för att sjukdomar och skador bland de förvärvsarbetande i hög grad är relaterade till förhållanden i arbetsmiljön.

Den ökade insikten om arbetsmiljöns betydelse för hälsan har också bidragit till att en rad åtgärder kommit till stånd för att förebygga och eliminera risker i arbetsmiljön. Ny lagstiftning, ökade insatser från myndigheter i fråga om tillsyn och kontroll samt forskning och utveckling är åtgärder som vidtagits från samhällets sida.

I många avseenden har arbetsmiljön förbättrats. En del tunga arbetsuppgifter har försvunnit och kraven på åtgärder för att förebygga hälsorisker har skärpts. Fortfarande råder stora ergonomiska brister. Men nya risker har också tillkommit. Arbetstempot har ökat i många arbetsuppgifter och därmed är risken stor för förslitning och stress i arbetet. Mängden kemikalier ökar också i arbetslivet.

Samtidigt som de förebyggande insatserna för att förbättra arbetsmiljön måste fortsätta finns det även ett stort behov av att öka insatserna i fråga om arbetsanpassning och rehabilitering på arbetsplatserna. Förebyggande och rehabiliterande insatser är också på många sätt sammanlänkade.

Bl.a. mot den bakgrunden kom den s.k. Samverkanskommittén enhälligt fram till att förutsättningarna för ett positivt resultat av rehabiliteringsinsatserna är störst om en arbetshandikappad arbetstagare kan fortsätta arbeta där han är anställd. Kommittén ansåg det därför vara av stor betydelse både för den enskilde och för samhället att kraftfulla insatser görs för att underlätta för den arbetshandikappade att behålla anställningen. På förslag av Samverkanskommittén förstärktes också skyddskommitténs och arbetsplatsens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering. Ändringen innebar bl.a. att arbetsförmedlingen inte längre permanent deltar i anpassningsgruppernas arbete. (DsA 1984:2 samt regeringens prop. 1984/85:89).

Rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen syftar till att den anställde

skall kunna återuppta reguljärt arbete. Enligt Samverkanskommittén kan åtgärderna exempelvis innebära att den sjukskrivne ges möjlighet att successivt träna upp sin arbetsförmåga i tidigare eller nya arbetsuppgifter. Det kan i vissa fall innebära att personen inledningsvis arbetar bara några timmar per dag eller kanske per vecka för att successivt öka tiden och övergå t.ex. i halv sjukskrivning eller till full arbetsinsats i de fall så kan ske. Även andra slag av ågärder kan behövas exempelvis i fråga om arbetsanpassade åtgärder, tekniska hjälpmedel m.m. Kommittén diskuterade även möjligheterna att i högre grad utnyttja sjukersättningen för rehabiliteringsåtgärder. Den framlade förslaget att arbetstagare som efter en tids sjukskrivning önskar rehabilitering skall kunna behålla sin sjukpenning vid behov av rehabilitering och anpassningsåtgärder på arbetsstället.

I våra direktiv understryks vikten av en satsning på arbetsanpassning och rehabilitering på arbetsplatserna motiverat av såväl hälso- som arbetsmarknadspolitiska skäl.

4.2 Arbetsmiljö och hälsa

Oavsett om rehabiliteringsbehovet uppstått på eller utanför arbetet har arbetsgivaren ansvar för att rehabiliterande insatser kommer till stånd. Det är emellertid av särskild vikt att rehabiliterande insatser vidtas i samband med arbetsskador då detta i regel ofta också är av stor förebyggande betydelse. Möjligheterna för arbetshandikappade att få arbete är också större om arbetsplatserna har en god arbetsmiljö och om företagen bedriver en bra förebyggande och rehabiliterande verksamhet.

Ett antal utredningar har under senare år visat arbetsmiljöns betydelse för hälsan. Utredningen om hälso- och sjukvården inför 90-talet — HS 90-utredningen (SOU 1984:39) — redovisade att värk i rygg, höfter, skuldror, axlar eller leder var vanligare i socialgrupp tre än i socialgrupp ett. Motsvarande skillnader fanns också beträffande psykiska besvär. Långvarig sjukdom, oavsett sjukdomstyp, rapporterades mellan 25 och 75 procent oftare bland arbetare än bland högre tjänstemän.

Utredningen konstaterade att buller, vibrationer, fysisk belastning och kemiska hälsorisker fortfarande utgör problem i arbetslivet. Hälsoeffekterna av psykosociala förhållanden i arbetslivet har kommit att ägnas ökad uppmärksamhet. Mycket talar för att t.ex. risken för hjärt- och kärlsjukdomar ökar i arbeten som är monotona, har lågt beslutsutrymme och samtidigt hög kravnivå.

HS 90-utredningen understryker vikten av samverkan mellan landstingen och FHV. Den medicinska rehabiliteringen är ett väsentligt samverkansområde, anser utredningen, eftersom det är viktigt att FHV engageras i den yrkesinriktade rehabiliteringen och arbetsanpassningen vid patientens arbetsplats. "De åtgärder som här kan bli aktuella kan vara medicinska men också tekniskt-ergonomiska, psykologiska och sociala och passa väl in i den inriktning mot förebyggande verksamhet som FHV bör ha".

Också senare utredningar från SoS (Att förebygga sjukdomar i rörelseorganen samt Folkhälsorapporten, SoS 1987:14 resp. 1987:15) visar att arbetsmiljön har stor vikt för förekomst av ohälsa, och i synnerhet för den stora utbredningen av belastningsåkommor. De tidigare redovisade diagnosundersökningarna som genomförts under senare år ger ytterligare belägg för att ett starkt samband föreligger mellan arbetsförhållanden och förekomst av sjukskrivning. Undersökningarna ger bekräftelse på belastningsåkommornas stora betydelse som orsak till sjukskrivning.

Den officiella arbetsskadestatistiken — Informationssystemet för arbetsskador (ISA) — ger även viktig information om arbetsmiljöns inverkan på hälso- och skadeutvecklingen inom befolkningen. Årligen inträffar ca 100 000 olycksfall som leder till sjukskrivning och det anmäls över 66 000 arbetssjukdomar/år (1987). Av samtliga anmälda arbetsskadeärenden under 1987 beviljades 87 procent. Bland anmälda arbetssjukdomar var beviljandeprocenten 86 procent och bland olycksfallen 90 procent. Samhällets och företagens kostnader för dessa arbetsskador kan uppskattas till flera miljarder kronor om året. Att försöka värdera konsekvenserna för de drabbade ekonomiskt, medicinskt och socialt är betydligt svårare.

Arbetsskadestatistiken visar att antalet arbetsolycksfall i Sverige varit i stort sett konstant under en lång rad år medan antalet anmälda arbetsrelaterade sjukdomar har ökat. Ökningen kan bl.a. tillskrivas att underanmälning troligen skett tidigare år. Såväl arbetsskadestatistiken som de utredningar som tidigare redovisats talar för ett stort behov i synnerhet av insatser för att minska belastningsskadorna.

En positiv förändring av arbetsmiljön visar utvecklingen av olycksfallen, dess antal och svårighet. Den mest uppmuntrande förändringen är att de allra svåraste olycksfallen har minskat. Statistiken visar att antalet dödsfall till följd av olyckor i arbetet (exkl. färdolycksfall) bara under 1970-talet har minskat till hälften.

Oavsett hur den exakta arbetsskadefrekvensen ser ut kan det konstateras att tusentals människor årligen drabbas av arbetsrelaterade skador eller sjukdomar, som gör att de tvingas lämna sitt arbete och i många fall arbetslivet. Arbetsmiljöförhållandena kan också vara sådana att arbetshandikappade och människor med sämre hälsa överhuvud taget inte kan börja arbeta på en arbetsplats. Detta talar för att arbetsplatsen bör tillskrivas en central roll i rehabiliteringsarbetet.

Arbetsolycksfall

Arbetskadestatistiken ger en viss uppfattning om behovet av rehabiliteringsinsatser, såväl i fråga om inriktning som omfattning. Av särskilt intresse ur rehabiliteringssynpunkt är sjukskrivningens längd i samband med en skada. För att erhålla information om sjukskrivningens längd i samband med arbetsskador måste ISA statistik från 1984 utnyttjas, eftersom uppgifter om sjukskrivningstid ännu saknas för de senaste årens arbetsskadestatistik.

Omfattningen av olika skadetyper är även av betydelse med hänsyn till behovet av rehabilitering. Bland arbetsolycksfallen är överbelastningsolyckor orsakade av tunga lyft, svåra arbetsställningar och häftiga rörelser vanligast. Mycket vanliga är också fallolyckor och olyckor vid rörliga maskindelar. De vanligaste skadetyperna är stukning och sträckning, sårskador samt kross- och klämskador. De allvarligaste skadetyperna, dvs. skelettskador, hjärnskador och förlust av kroppsdel, utgör tillsammans 13 procent av skadorna och drabbar bortåt 15 000 människor varje år (enligt ISA 1984).

Bland olika branscher (motsv.) är slakterierna den i särklass mest utsatta. Andra branscher med hög olycksfrekvens är skeppsvarv, gruvor, järn- och stålgjuterier, sågverk, brandkåren och renhållningsverk.

Arbetssjukdomar

Också beträffande arbetssjukdomar är nivån högst inom tillverkningsindustrin. Järn-, stål- och metallverk, har det högsta risktalet för sjukdomar inom tillverkningsindustrin. Särskilt med avseende på buller är skadefrekvensen hög, nära dubbelt så hög som tillverkningsindustrins genomsnitt och tre gånger så hög som genomsnittet för samtliga näringsgrenar.

Belastningssjukdomar är vanligast inom livsmedelsindustrin och därefter kommer textilindustrin och jord- och stenvaruindustrin. Inom livsmedelsindustrin och textilindustrin är också sjukskrivningstiderna långa, genomsnittligt 85 resp. 101 dagar.

Drygt hälften av alla arbetssjukdomsfall 1984 kan hänföras till ensidiga eller ansträngande rörelser och arbetsställningar. Belastningssjukdomarna har ökat kraftigt jämfört med föregående år. Totalt sett är belastningssjukdomarna jämnt fördelade mellan könen. Däremot är ryggsjukdomarna betydligt vanligare bland männen än bland kvinnorna medan det motsatta förhållandet gäller beträffande skador i nacke och halsrygg.

Medelantalet sjukdagar har ökat under senare år för arbetssjukdomar och uppgick 1984 till 68 dagar per år. Belastningssjukdomarna resulterar i betydligt längre sjukfrånvaro än övriga arbetssjukdomar, i medeltal över 90 sjukdagar per fall. Sjukskrivningstiderna är särskilt långa för skador i nacke/halsrygg och rygg, i medeltal 113 resp. 102 sjukdagar per skada. Kvinnor har längre sjukskrivningstid än män per fall.

Vibrationsskadorna är en annan grupp arbetssjukdomar som medför lång sjukskrivningstid — 38 dagar i genomsnitt per fall (1984).

Bland männen är antalet arbetssjukdomsfall totalt sett starkt relaterat till åldern. Bland män över 44 år svarar de kemiskt betingade sjukdomarna och bullerskadorna för en mycket stor andel av samtliga fall. Av de belastningssjukdomar som drabbat männen återfinns flera fall i åldersgruppen 35—44 år än i någon av de övriga grupperna. Bland kvinnorna över 24 år dominerar belastningssjukdomar. Av dessa återfinns särskilt många i åldersgruppen 45—54 år.

Det bör noteras att den officiella arbetsskadestatistiken i mycket begränsad omfattning ger information om arbetssjukdomar som kan ha

samband med psykosociala faktorer i arbetsmiljön. Även många s.k. psykosomatiska sjukdomar kan vara relaterade till arbetsmiljön. Bl.a. av det skälet innebär statistiken troligen en underskattning av arbetsskador bland tjänstemannagrupper.

Andra statistikkällor, bl.a. SCB:s levnadsnivåundersökningar, visar att psykosociala arbetsmiljöförhållanden, psykisk påfrestning m.m. är ett förhållandevis vanligt arbetsmiljöproblem bland tjänstemännen och även bland arbetare. Stress i arbetet synes vara ett ökande problem för många, som kan resultera i psykosomatiska och olika psykiska besvär. Få av dessa anmäls som arbetsskador, eftersom sambandet med arbetsmiljön har uppmärksammats först under senare tid. Det är även först under senare år som sjukdomar med psykiska-psykosomatiska samband har godkänts som arbetsskada, ex. hjärtinfarkter.

4.3 Arbetets betydelse

Behovet av rehabilitering är beroende av andra förhållanden på arbetsmarknaden än endast arbetsmiljön, exempelvis strukturförändringar och konjunkturförhållanden. Sådana faktorer kan i hög grad påverka om en rehabiliteringsåtgärd resulterar i återgång i ett reguljärt arbete eller inte. De påverkar sannolikt även arbetsplatsernas satsning på rehabilitering.

Det finns starka samband mellan arbetslöshet och ohälsa, långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar. Konjunkturerna på arbetsmarknaden styr ofta möjligheterna att få eller behålla ett arbete. Under lågkonjunkturerna har människor med arbetshinder haft särskilt stora svårigheter att hävda sig på arbetsmarknaden. Man kan också notera att unga människor med sociala problem, främst i storstäderna, har svårt att komma in på arbetsmarknaden oavsett konjunkturläget.

Längre arbetslöshetstider är den främsta förklaringen till arbetslösheten under senare år. Svaga grupper har blivit mer utsatta, vilket hänger samman med de allt högre krav som ställs på arbetskraften till följd av bl.a. den tekniska utvecklingen. Det är i första hand de enklare arbetsuppgifterna som har rationaliserats bort.

Ett uttryck för arbetsgivarnas allt högre krav på de nyanställda är att andelen av de lediga platserna med krav på utbildning och/eller erfarenhet har ökat från 61 procent 1980 till 74 procent 1986. Denna utveckling är tydlig inom alla näringsgrenar.

Strukturförändringar kan skapa "arbetshandikapp"

För människor med arbetshinder har de senaste årtiondenas strukturella förändringar påverkat deras möjligheter på arbetsmarknaden. Förskjutningen från arbetar- till tjänstemannayrken har för en del inneburit ökade möjligheter till arbete. För andra har de ökade kraven på utbildning, specialisering och krav på förmåga till snabb anpassning och omställning, inneburit minskade arbetsmöjligheter. Många arbeten, som tidiga-

re fungerade som reträttplatser för äldre, har rationaliserats bort. Detta har medfört mindre möjligheter till anpassade arbetsuppgifter och omplacering. Äldre arbetare har ofta haft svårt att anpassa sig till den tekniska utvecklingen på arbetsmarknaden, och därmed haft färre möjligheter att finna andra arbeten när deras gamla arbete rationaliserats bort.

Undersökningar visar att många som på grund av företagsnedläggelser förlorar sitt arbete har svårt att få arbete på öppna marknaden igen. En funktionsnedsättning som inte varit handikappande i det tidigare arbetet blir ett hinder att få nytt arbete. För många kan hälsoproblem tillkomma eller förvärras vid förlusten av det tidigare arbetet. Det blir sedan svårt att finna ett nytt arbete och utslagning från arbetsmarknaden blir konsekvensen av arbetsförlusten.

De strukturella förändringarna av arbetsmarknaden tycks främst drabba grupper med svag eller ingen förankring på arbetsmarknaden. Det är framför allt ungdomar, arbetshandikappade, invandrare och andra resurssvaga grupper som inte lever upp till arbetsmarknadens kvalifikationskrav vad gäller utbildning m.m., som drabbas.

De sysselsättningsskapande åtgärderna för arbetshandikappade har nästan fyrdubblats sedan 1970-talets början. År 1970 sysselsattes ca 20 400 personer i lönesubventionerade anställningar och skyddat arbete. År 1986 hade ca 33 000 personer skyddat arbete inom Samhall eller hos offentliga arbetsgivare och ca 40 000 anställningar med lönebidrag. Även om övergången från skyddat arbete till den öppna marknaden har ökat under senare tid, så är den fortfarande låg — ca 2,8 procent. Detta bör dock ses mot bakgrunden av att det skyddade arbetet främst skall gälla de svårast handikappade och att en placering i skyddat arbete sker först när alla andra möjligheter är uttömda. Samtidigt med denna kraftiga utbyggnad av de arbetsmarknadspolitiska sysselsättningsåtgärderna har en betydande ökning skett av förtidspensioneringarna. Antalet förtidspensionärer har mer än fördubblats sedan 1968, då antalet var drygt 149 000. Ökningen beräknas fortsätta och uppgå till 339 000 år 1988 (se bilaga 1, avsnitt 4).

De största riskerna att slås ut från arbetsmarknaden löper de äldre. Andelen personer med funktionsnedsättningar ökar med stigande ålder.

Antalet sysselsatta har ökat med drygt 230 000 under 1976—1985. Det är kvinnorna som står för ökningen. För männen har sysselsättningsnivån sjunkit. Det är framför allt i gruppen äldre män den största minskningen skett. Under perioden 1976—1985 minskade sysselsättningsnivån för män i åldrarna 50—64 år med 97 000. Den minskade mest i åldrarna 50—59 år. För kvinnor i åldergruppen 50—64 år ökade sysselsättningen med 22 000 under samma period.

Utslagningen på arbetsmarknaden

Utslagningsbegreppet bygger på individens möjligheter att få eller behålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. Man kan tala om två förlopp av utslagning, dels från arbetsmarknaden, dels från arbetsplatsen.

På arbetsmarknaden leder strukturrationaliseringar till koncentration av företag. Konsekvenserna blir nedläggningar, driftsinskränkningar och uppsägningar. För individen innebär effektiviseringen och den tekniska utvecklingen ofta ökade krav på prestations- och anpassningsförmågan. I vissa fall råder det bristande överensstämmelse mellan tillgång och efterfrågan på arbetskraft på grund av olika faktorer, bl.a. att de arbetssökande inte svarar mot de kvalifikationskrav som ställs. En annan faktor är koncentrationen av arbetstillfällen till vissa regioner.

LO har i en rapport "Arbetsskadad — arbetslös?" redovisat en specialbearbetning av levnadsnivåundersökningarna. Dessa bygger på intervjuuppgifter som insamlats resp. år 1968, 1974 och 1981. I specialbearbetningen jämförs en grupp med påfrestande och dålig miljö — den s.k. riskgruppen — med en grupp som hade god arbetsmiljö. Rapporten redovisar bl.a. en väsentligt högre andel med förtidspension i den s.k. riskgruppen. Även sjukbidrag och långvarig sjukskrivning är vanligare inom riskgruppen. Andelen dödsfall är också större. Framför allt är det en påtaglig skillnad då det gäller dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar.

Sjukdom och ohälsa innebär också en mer utsatt ställning på arbetsmarknaden och ökar risken för utslagning. HS 90-utredningen visade bl.a. på hälsopolitiska riskgrupper som var utsatta för fler och mer frekventa hälsoproblem än andra grupper i samhället. Dit hör arbetare i olika riskyrken såsom gruv- och stålarbetare, grovarbetare, stuveri- och lagerarbetare, hushålls- och servicearbetare. Särskilt utsatta är ofta arbetare i yrken utan krav på yrkesutbildning. En annan riskgrupp utgör de arbetslösa samt utländska medborgare — särskilt kvinnor.

Bidragande orsaker till förtidspensionering

Förtidspensioneringen är i stor utsträckning ett uttryck för utslagning från arbetslivet. Utslagningsprocessen, som ofta satte i gång långt tidigare, kanske hade gått att hejda om lämpliga åtgärder hade vidtagits tidigare, exempelvis lämplig utbildning eller arbetsbyte.

Dåliga arbetsmiljöer kan som tidigare nämnts, ge upphov till belastningsskador och sjukdomar där förtidspension i vissa fall blir den yttersta konsekvensen.

Frekvensen förtidspensionärer är störst inom gruv- och skogsnäringen, serveringsarbete, grov- och diversearbete, mureri- och betongarbete, målning och lackering, stuveri, lager, förråd, paketering, lantbruksarbete samt övrig tillverkning i nämnd ordning (Jörgensen, 1983).

En undersökning (Hedström, "Förtidspension, välfärd eller ofärd", 1978) visar att rörelsehinder, värk i rörelseapparaten och cirkulationsbesvär har haft störst betydelse för ökningen av förtidspensionärer. En annan arbetsmarknadsrelaterad orsak till ökningen av förtidspensioneringarna är den s.k. "äldreparagrafen, som infördes 1972, och möjliggjorde förtidspensionering av arbetsmarknadsskäl vid 60 års ålder.

Samtidigt kan, enligt Handikappkommitténs betänkande (DsA 1984:12), inte förtidspensioneringarnas omfattning och fördelning regio-

nalt frikopplas från arbetsmarknadsläget. Bilden är sammansatt. Ett svagt arbetsmarknadsläge i förening med bl.a. ogynnsam åldersfördelning, ökade utbildningskrav, större hälsorisker och yrkestillhörighet skapar ett klimat för förtidspensioneringar.

4.4 Rehabilitering inom den statliga sektorn

Vi har intresserat oss för förhållanden inom den statliga sektorn, där arbetsgivaren har ålagts ett speciellt ansvar för rehabiliteringsverksamheten enl. en särskild förordning. Inom övriga delar av arbetsmarknaden finns inte motsvarande preciserade ansvar för arbetsgivaren. (Reglerna redovisas närmare i avsnitt 3.1.6).

Uppföljning av sjukfrånvaron

År 1984 antogs regler om förenklad administration av försäkringsersättningar vid statsanställdas sjukfrånvaro. Dessa trädde i kraft 1 januari 1985 och innebär vissa förändringar av administrationen av den allmänna försäkringens ersättningar vid statsanställdas sjukfrånvaro. Anställningsmyndigheten ansvarar ensam för administrationen av kortare sjukfall för de anställda. Försäkringskassorna behåller dock det övergripande ansvaret även för dessa sjukfall. Kassorna får en stödjande och rådgivande roll för myndigheternas hantering av de korta sjukfallen och svarar för handläggningen av sjukfall som varar längre tid än 14 dagar. De statliga arbetsgivarna har dock ett eget uppföljnings- och rehabiliteringsansvar även för de långa sjukfallen. Det s.k. arbetsgivarinträdet för statligt anställda innebär bl.a. att den sjukpenning som tillkommer den anställde uppbärs av arbetsgivaren/staten, som istället betalar sjuklön.

Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering enligt de statliga reglerna innebär, att ställningstagande till rehabiliteringsinsatser skall göras vid längre frånvaro från arbetet än 14 dagar samt vid upprepad korttidsfrånvaro. Detta skall ske i samråd med arbetstagare och FHV och syfta till en bedömning av vilka åtgärder som kan behövas för att underlätta återgång i arbete.

Arbetsgivaren har att i dessa frågor följa gällande sekretessbestämmelser. Det innebär att arbetsgivaren måste ha medgivande från den enskilde anställde för att diskutera dennes person och hälsotillstånd med företagshälsovårdens personal. Också av denna anledning är det således viktigt att bedömningen sker i samråd med den anställde. Endast i det fall man vill inhämta en bedömning i ett typfall, kan man underlåta att ha medgivande från den enskilde anställde.

Samarbete med försäkringskassan

Trots det ansvar som åvilar staten som arbetsgivare kvarstår försäkringskassans ansvar för rehabilitering. Försäkringskassornas ansvar innebär bl.a. att de bör upplysa anställningsmyndigheten om att flera korta sjuk-

fall utan läkarintyg föreligger och att sjukfrånvaron bör utredas. Utredningen kan sedan i vissa fall leda till att krav på läkarintyg skall gälla från första dagen.

Åtgärder för att minska sjukfrånvaron behöver inte vara av så omfattande natur, att bestämmelserna i rehabiliteringsförordningen behöver tillämpas. Det kan röra sig om enklare arbetsmiljöåtgärder t.ex. byte av rum, förändring av vissa arbetsmoment, stödkontakter av kurativ eller kamratstödjande karaktär, anpassning av arbetstid under viss period, kortare utbildningsinsatser, intern omplacering etc.

Vid underrättelse till försäkringskassan används ett särskilt formulär. Formuläret insänds tillsammans med läkarintyget omedelbart när arbetstagaren har varit sjukledig mer än 14 dagar i följd samt vid förlängning av sjukledigheten. Försäkringskassan skall även omgående underrättas vid sjukledighet på grund av arbetsskada eller återfall i arbetsskada. Vid sjukfall där försäkringskassan ej underrättats (vanligtvis sjukfall understigande 15 dagar) skall myndigheten inte översända försäkran och — i förekommande fall — läkarintyg till försäkringskassan.

För att underlätta samverkan med försäkringskassa vid sjukfrånvarouppföljning och rehabilitering bör en kontaktperson (motsvarande tidigare rehabiliteringsansvarig) utses på myndigheten med uppgift att ansvara för att försäkringskassan hålls underrättad om vidtagna åtgärder. Kontaktpersonen bör även ha befogenhet att påbörja utredning och handläggning i rehabiliteringsärendena. Kontaktperson kan, beroende på myndighetens storlek och interna delegering, vara t.ex. personalchef, personalansvarig chef, arbetsledare eller annan lämplig person.

Departementschefen har i prop. 1983/84:109 uttalat att "Den omständigheten att försäkringskassorna inte längre kommer att handlägga kortare sjukdomsfall innebär inte att kassornas övergripande ansvar minskar. Enligt min mening bör kassorna i fortsättningen ha en stödjande och rådgivande roll i myndigheternas sjukfallshantering. Deras insatser bör därvid inriktas på att aktivt verka för en effektiv sjukfallshantering hos enskilda myndigheter."

Enligt RFV borde detta "innebära att försäkringskassorna ansvarar för att deras kontaktvägar till myndigheterna utvecklas eller skapas och att kontaktytorna ökar". Kassan bör också i sjukfallshanteringen vara uppmärksam på hur myndigheterna hanterar ärendena. Om kassan uppmärksammar att en myndighet i sjukfallshanteringen avviker från gängse praxis bör kassan fästa myndighetens uppmärksamhet på ev. missförhållanden. Försäkringskassan bör härvid också vara beredd att stödja och råda myndigheten. Exempelvis kan informationsträffar ordnas med myndigheten.

Den statsanställdes roll

Åtgärder för att underlätta återgång i arbetet skall alltid planeras tillsammans med den anställde enligt de tillämpningsföreskrifter som här redovisas.

Det enklaste sättet är att den anställde själv begär ett läkarutlåtande

hos sin behandlande läkare. I annat fall kan läkaren kontaktas av arbetsgivaren, varefter läkaren i samråd med patienten skriver utlåtandet. För att finna t.ex. ett lämpligt arbete för arbetstagaren behövs inga omfattande beskrivningar av tidigare sjukdomar och inte heller av den aktuella sjukdomen. Det som behövs är däremot en bedömning av arbetshindret i relation till det tidigare arbetet och till de aktuella nya arbetsuppgifterna. Om nya arbetsuppgifter inte kan föreslås av myndigheten, kan man i stället av läkaren begära förslag på vilka arbetsuppgifter som kan anses lämpliga eller vilka arbetsmoment som bör undvikas.

Det ansvar för rehabilitering, inklusive medicinsk utredning t.ex. i form av läkarintyg som följer av rehabiliteringsförordningen, förutsätter att rehabiliteringen genomgås frivilligt av arbetstagaren. Det innebär bl.a. att i ett rent rehabiliteringsärende — mot arbetstagarens vilja — kräva in medicinsk utredning, t.ex. ett läkarintyg, inte är i överenstämmelse med innebörden i reglerna för den statliga rehabiliteringsverksamheten.

För medicinska bedömningar i myndighetens rehabiliteringsarbete kan läkarutlåtande behöva inhämtas. Ett särskilt formulär har utarbetats för rehabilitering av statligt anställd. Intyget inhämtas från behandlande läkare eller företagsläkare.

Samarbete med företagshälsovården

Den statliga FHV skall enligt avtalet den 15 september 1979 om statlig FHV (SAV cirk. 1979 A 33) ha en i huvudsak förebyggande inriktning. Den skall syfta till att skydda arbetstagaren mot hälso- och skaderisker i arbetet och bidra till att arbetet, så långt som möjligt, anpassas till arbetstagarnas psykiska och fysiska förutsättningar.

FHV skall vidare medverka vid rehabiliteringsarbetet genom:

- att medverka vid genomförande av rehabiliterings-, tjänstbarhets- och andra utredningar,
- att bedriva sådan sjukvård som innebär uppföljning av arbetstagarnas hälsotillstånd,
- att verka för att myndigheten vidtar lämpliga åtgärder för att underlätta för arbetstagaren att kunna återgå i arbetet, och att hjälpa myndigheten att genomföra sådana åtgärder.

FHV bör i samverkan med olika samhällsorgan, t.ex. SAMN, försäkringskassor m.fl., biträda myndigheterna när det gäller att bedöma lämpligheten av olika rehabiliteringsinsatser. Det kan t.ex. gälla utredningen om arbetsträning/arbetsprövning, omskolningsinsatser eller utbildning, rådgivning i samband med en eventuell omplacering, utprovning av arbetstekniska hjälpmedel, särskilda arbetsuppgifter eller speciella anordningar på arbetsplatsen.

De statliga reglernas betydelse

Det har inte funnits förutsättningar att inom rehabiliteringsberedningens ram närmare utvärdera betydelsen av de statliga reglerna, eftersom såda-

na utvärderingar av flera skäl är mycket svåra och tidskrävande att göra. SAMN har emellertid tillsänt ett antal myndigheter (30 st.) en förfrågan om hur de uppfattar de statliga reglerna och en kort redovisning skall ges av resultatet. Eftersom den senaste revideringen av förordningen ang. den statliga rehabiliteringsverksamheten nyligen trätt i kraft omfattas denna inte av förfrågan. Den revidering som skett innebär emellertid inte förändringar av betydelse för resultatet av förfrågan.

Förfrågan visar i stort att statliga myndigheter har en tämligen positiv uppfattning om hur regelsystemet och dess tillämpning inom den statliga sektorn fungerar. I vilken utsträckning de statligt anställda kan behålla sina arbeten och andra mått på rehabiliteringens effektivitet och resultat ger emellertid förfrågan inte några svar på. I den förfrågan som vi tillsänt ett antal skyddskommittéer ingår även statliga verksamheter (se avsnitt 4.5). Antalet är emellertid för begränsat för att några slutsatser skall kunna dras av skillnader i effektivitet i fråga om rehabiliteringsverksamheten inom den statliga sektorn och övriga delar av arbetsmarknaden. Uppföljning av sjukfrånvaron tycks emellertid ske tidigare och mer systematiskt och arbetsledarna har ett mer uttalat ansvar för denna uppföljning.

Trots svårigheterna att göra en regelrätt utvärdering finns det således ändock skäl att beakta de speciella regler för den statliga sektorns rehabiliteringsverksamhet. Det gäller främst det mer preciserade ansvar som åvilar arbetsgivaren för rehabilitering, för sjukfrånvarouppföljning och för initiering av rehabiliteringsinsatser. SAMN:s förfrågan till myndigheterna visar inte på att några större svårigheter skulle föreligga att tillämpa dessa regler beträffande arbetsgivareansvaret.

För att en egentlig bedömning skall kunna göras av de speciella regler som statliga arbetsgivare omfattas av krävs självfallet mer än en förfrågan om hur myndigheterna ser på reglerna och möjligheterna att efterleva dessa. Vi har således inga säkra belägg för om arbetsgivarnas insatser är mer omfattande eller framgångsrika än inom övriga delar av arbetsmarknaden. Klart är emellertid att verksamheten tycks ha mer systematisk uppläggning bl.a. i fråga om uppföljning av sjukskrivning och behovet av rehabilitering bland de anställda. Reglerna för den statliga rehabiliteringsverksamheten innebär således att större formella krav på "egenkontroll" av rehabiliteringsbehovet ställs på arbetsgivaren.

Regelsystemet inom den statliga sektorn innebär att försäkringskassans roll övergår från att enbart vara inriktad på uppföljning av den enskilde anställde till en mer "övervakande" roll beträffande arbetsgivarens uppföljning av sjukfrånvaro och rehabiliteringsbehov. Försäkringskassans ansvar kvarstår emellertid även för de enskilda i de fall då arbetsgivaren av olika skäl inte fullgör sitt ansvar.

Förändringarna i arbetsmiljölagen 1986 innebär att ett större ansvar skall ligga på arbetsplatserna för arbetsanpassning och rehabilitering.

I samband med förändringen av AML lämnade arbetsförmedlingen anpassningsgruppernas verksamhet. Det uttalades vidare att arbetsförmedlingens insatser för rehabilitering skall tas i anspråk först när arbetsgivarens egna resurser kan anses uttömda eller helt saknas, vilket kan vara fallet exempelvis för småföretagen.

Även om det är svårt att värdera betydelsen av de särskilda reglerna för statliga sektorn kan frågan ställas om det är rimligt att ha skilda regelsystem för olika delar av arbetsmarknaden. Det finns skäl att förstärka samhällets insatser inom rehabiliteringsområdet samtidigt som det finns skäl att markera arbetsgivarens och arbetsplatsernas stora ansvar.

4.5 Förfrågan angående arbetsanpassning och rehabilitering

För att få en bild av arbetsplatsernas rehabiliteringsverksamhet tillsändes ett antal skyddskommittéer en förfrågan. Förfrågan ställdes enbart till ett antal skyddskommittéer och kan därför inte ge en i statistisk mening representativ bild av arbetsplatsernas rehabiliteringsverksamhet. Av de 27 skyddskommittéer som tillsändes förfrågan inkom svar från 19.

Förhoppningsvis visar emellertid vår förfrågan i stort vilka resurser och förutsättningar som finns inom olika slag av arbetsplatser. Resultatet av förfrågan ger också belägg för erfarenheter som erhållits på annat sätt beträffande rehabilitering på arbetsplatserna.

Ett urvalskriterium för förfrågan var att arbetsplatsen skulle ha tillgång till FHV, antingen genom egen inbyggd FHV eller anslutning till en företagshälsovårdscentral. Såväl inbyggda företagshälsovårdsenheter, kommun- resp. statshälsa som privata företagshälsovårdscentraler ingick i urvalet och denna variation återfinns även bland dem som besvarat vår förfrågan.

Tillgång till FHV bedömdes ge en bättre förutsättning att besvara förfrågan. Tillgång till FHV är kanske även i många fall också en förutsättning för bedrivande av rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen. Det innebär emellertid att vår förfrågan inte säger något om hur förhållandena är på arbetsplatser utan FHV.

Ett annat urvalskriterium var att arbetsplatserna skulle omfatta olika branscher och "offentliga verksamheter". Ytterligare ett kriterium för urvalet var att antalet anställda skulle variera bland de olika företagshälsovårdsenheterna. 120 anställda omfattar den minsta och 6 700 den största företagshälsovårdsenheten (Göteborgs kommun).

Företagshälsovårdens organisation och personalresurser

Samtliga skyddskommittéer utom en uppger att anpassningsgrupp finns på arbetsplatsen.

Företagshälsovårdens personalbesättning är i stort i enlighet med den fördelning som andra statistikkällor visar. Antalet sjukgymnaster är kanske något större än riksgenomsnittet. Med hänsyn till att ett relativt stort antal kommun- och statshälsor återfinns i stickprovet är antalet beteendevetare/personalkonsulenter också relativt omfattande.

Att färre av dem som besvarat förfrågan uppger att FHV-personal som sjukgymnaster och konsulenter medverkar i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten sammanhänger med att dessa personalgrupper inte förekommer i samma utsträckning som läkarna inom FHV. Däremot kan

det ifrågasättas varför en så vanlig personalgrupp som skyddsingenjörerna i så pass begränsad utsträckning tycks arbeta med dessa frågor. I många fall kan anpassnings- och rehabiliteringsinsatserna innebära tekniska åtgärder av olika slag, som borde kräva skyddsingenjörernas medverkan.

Övrig personal som arbetar med dessa frågor är, vilket kan förväntas, de personalansvariga. Att personalavdelningen ofta är inkopplad uppger så gott som samtliga som besvarat enkäterna. Ett "förstahandsansvar" för dessa frågor anser också en majoritet ligger i linjen. I ett fåtal fall anges att fackliga företrädare också arbetar med anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna.

Initiativ till att ett rehabiliteringsärende tas upp tar i regel FHV-personalen, i andra hand de personalansvariga. I ungefär samma utsträckning — hälften av dem som besvarat enkäten — är det arbetsledare och försäkringskassa som tar initiativet.

Lagstiftning och avtal anger en viss ram för var ansvaret för arbetsanpassning och rehabiliteringsfrågor skall ligga på arbetsplatsen. Skyddskommittén har enligt AML ansvaret för hur anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten bedrivs på arbetsplatsen. Den kan i sin tur delegera detta ansvar till en anpassningsgrupp. Beslut i enskilda fall delegeras sannolikt även i många fall till "linjen" (arbetsledare eller motsvarande).

Det är också den bild av anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten som förfrågan ger. Ingen av de skyddskommittéer som besvarat enkäten har ansvar för enskilda ärenden. Det ansvaret har i första hand anpassningsgruppen, i andra hand arbetsledare. I några enstaka fall ligger ansvaret för individärenden på personalhandläggare. I vissa fall tar anpassningsgruppen ställning till allmänna, övergripande anpassnings- och rehabiliteringsfrågor och i ett par fall ansvarar även personalhandläggare för dessa frågor.

Företagshälsovårdens anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet

FHV:s arbetsuppgifter är i hög grad bestämda av avtal och de regler som finns för samhällsbidrag. Sannolikt påverkas svaren på frågan angående FHV:s arbetsinriktning av viss hänsyn till gällande regler.

I medeltal tar, enligt vår förfrågan, förebyggande insatser nära 50 procent av resurserna, sjukvård cirka 30 procent, arbetsanpassning och rehabilitering drygt tio procent av resurserna. Övriga insatser omfattar administration, utbildning, information m.m.

Antalet rehabiliteringsärenden varierar självfallet beroende på hur stora arbetsplatserna är som skyddskommittéerna omfattar. Antalet ärenden varierar här från 1—2 500 beroende på arbetsplatsens storlek. För Göteborgs kommun är antalet cirka 2 500/år. Därav anses 1 500 kunna lösas per år.

Orsaker bakom rehabiliteringsbehoven anges av flertalet vara arbetsolycksfall och arbetsrelaterade sjukdomar. Framför allt är det belastningssjukdomar/förslitning och åkommor i rygg, nacke, skuldror, leder och muskler.

Initiering av rehabilitering

Nära hälften av dem som besvarat förfrågan kan inte ange när rehabiliteringsinsatserna vanligtvis sätts in. Ca 1/3 anger att insatser vanligtvis sätts in efter 90 dagars sjukskrivning. Också korta, upprepade sjukskrivningsperioder används i vissa fall som en indikator på behov av rehabiliteringsinsatser. Framför allt tycks detta förekomma på statliga arbetsplatser, liksom även initiering av rehabilitering inom en månad sjukskrivningstid.

Det är främst arbetsgivare/arbetsledare som följer upp de långa sjukfallen, i andra hand FHV. I ett par fall anges det att försäkringskassan ansvarar för uppföljning av de långa sjukfallen.

Vilka är rehabiliteringsinsatserna?

De vanligaste åtgärderna är omplacering, delvis förändrade arbetsuppgifter samt sjukgymnastik. Därefter kommer arbetsprövning och stödsamtal. Mindre än hälften av dem som besvarat förfrågan uppger tekniska åtgärder på arbetsplatsen och arbetspraktik. På sista plats kommer utbildning och arbetsträning.

Skälet till ovanstående svarsfördelning är otvetydigt det faktum att förutsättningarna för åtgärder i form av arbetsträning, arbetsprövning bedöms som dåliga. Det är således 15 av de 19 som besvarat förfrågan som anser att arbetsuppgifterna är för likartade, kraven på effektivitet stora och det finns för få lätta arbetsuppgifter.

Mot denna bakgrund bör det noteras att en sådan åtgärd som utbildning, som inte ställer samma krav på arbetsförutsättningarna på en arbetsplats, utnyttjas mycket sällan för rehabiliteringsändamål.

På frågan om vilka slag av arbetsuppgifter som vanligen kan erbjudas för arbetsträning, omplacering anger man bl. a. byte av arbetstider, exempelvis från skift till dagtid. Vidare regelbundna arbetstider i stället för oregelbundna, byte från stående till sittande arbetsställning, byte av arbetsuppgifter till administration, förråd, vaktmästeri, service, lättare maskinarbeten, skolmåltid, snickeri, virkesmätning m.m.

Externa insatser och kontakter i rehabiliteringsarbetet

Den vanligaste externa insatsen är sjukgymnastik och sjukvård. Att sjukgymnastik nämnts av så gott som samtliga är sannolikt ett uttryck för den stora bristen på sjukgymnaster inom FHV. I tillräcklig omfattning kan inte heller de sjukgymnaster som i dag finns inom FHV ägna sig åt individuella rehabiliteringsinsatser.

Det är sex resp. fyra av dem som besvarat förfrågan som anger utbildning- resp. stödsamtal och enbart i två fall nämns arbetsprövning som en extern rehabiliteringsinsats.

Beträffande kontakter med externa institutioner anger flertalet att man ofta har kontakt med försäkringskassan. Det är också fallet med sjukvården. Enbart en tredjedel av dem som besvarat förfrågan anger att

man ofta har kontakt med arbetsförmedlingen och än mer sporadisk tycks kontakterna vara med socialtjänsten.

Samarbetet med försäkringskassan gäller långa sjukskrivningar, arbetsskador och pensionsärenden, men även träning i reell miljö, omplaceringar, arbetsanpassning och utredning. Samarbete med arbetsförmedlingen förekommer vid arbetsprövning och träning, omskolning, omplacering, utbildning, yrkesvägledning, arbetspsykologiska utredningar och arbetstekniska hjälpmedel. Här nämns också uppdragstjänster från AMI. Med sjukvården förekommer samarbete vid rehabilitering, sjukgymnastik, sjukskrivning, specialistvård, läkarutlåtande med bedömning om nedsatt arbetsförmåga, prognoser i komplicerade fall, samt förtidspension.

Samarbete med socialtjänsten förekommer då behov finns främst vad gäller privatekonomiskt stöd till anställda och missbruksproblem.

Vilka önskemål har man uppgivit sig ha beträffande samarbetet med dessa institutioner?

I fråga om försäkringskassan vill man ha möjlighet till bl.a. flexibel och differentierad sjukskrivning, rehabiliteringspenning, deltagande vid behov i anpassningsarbetet, snabbare arbetsskadehandläggning. Man önskar även hjälp med uppföljning av långa sjukfall, arbetsprövning och personliga träffar med försäkringskassans handläggare.

Beträffande arbetsförmedlingen är önskemålen bl.a. utökade möjligheter till arbetsvägledning, bedömning av arbetsförutsättningar, deltagande vid behov i anpassningsärenden. Andra önskemål är bättre möjligheter till hjälp genom AMI, byte av arbete och arbetsträning. Ytterligare ett önskemål är att arbetsförmedlingen bör göra mer företagsbesök.

I fråga om sjukvården önskar man ett systematiskt samarbete mellan primärvård, FHV och försäkringskassa. Ett annat önskemål är att sjukvården kontaktar arbetsgivaren i fall som berör arbetet. Här uppfattas sekretesslagen som ett hinder. Man önskar vidare bättre kunskaper om arbetsrelaterade sjukdomar hos sjukvården, möjlighet till sjukgymnastik och rygginstitut på orten.

För socialtjänstens del är önskemålen också deltagande i anpassningsärenden samt ett utökat samarbete i missbruksfrågor. Ett annat önskemål är en uppsökande verksamhet från socialtjänstens sida.

Finansiering av rehabiliteringsverksamheten

Till övervägande del utnyttjas inte sjukersättning eller utbildningsbidrag i samband med rehabilitering inom de arbetsplatser som besvarat förfrågan. Särskilt påtagligt är det mycket begränsade antalet utbildningsbidrag. Detta sammanhänger sannolikt i hög grad med de villkor som gäller för utbildningsbidrag beträffande risk för arbetslöshet m.m.

De egna insatserna är enligt vår förfrågan av motsvarande omfattning som de externa insatserna. I ett fall anser man sig emellertid klara sig så gott som enbart med egna insatser, förutom speciella AMI-insatser och utnyttjande av rygginstitut.

Beträffande önskemål om sjukersättningens utnyttjande för rehabilitering på arbetsplatsen är dessa mycket entydiga. De tillfrågade som har redovisat önskemål angående detta önskar genomgående en vidareutveckling av möjligheterna att utnyttja sjukersättningen för rehabiliteringsändamål.

Man anser bl.a. att sjukersättningens utnyttjande i rehabiliteringssammanhang har börjat bli bättre. Numera har långtidssjukskrivna fått börja pröva arbete under begränsat antal timmar med ersättning från försäkringskassan, vilket bör utvecklas ytterligare. Vidare anser en av de tillfrågade att försäkringskassan blivit mer generös vad beträffar arbetsträning under pågående sjukskrivning och att det ger resultat. Försäkringskassan stoppar dock ibland sjukpenningutbetalningen så fort en person klarar av ett arbete, vilket försvårar utredningen.

Ersättning av kostnader för tekniska hjälpmedel är ett annat önskemål samt utökade möjligheter att arbetsträna eller omplacera med bibehållen sjukpenning. Ofta är de stressiga och psykiskt betungande jobben bäst betalda. Detta innebär bl.a. att det är svårt att snabbt omplacera eller träna på andra tjänster på grund av ekonomiska försämringar för den anställde.

Beträffande sjukersättningen är ett framfört önskemål en flexibel sjukpenning från 20 procent. Andra önskemål är ersättning för studier i egen rehabilitering (studiecirkel) samt utökade möjligheter till arbetsträning inom andra yrkesområden. Snabbare handläggning och fastställande av stationära sjukdomstillstånd och därmed tillhörande hjälpmedelsbehov i nuvarande arbete önskar en av de tillfrågade skyddskommittéerna.

Ett allmänt uttryckt önskemål är vidare samverkan praktiskt/ekonomiskt i yrkesinriktade projekt, som komplement till försäkringskassans individinriktade insatser.

Ett bättre utnyttjande av försäkringskassans uppgifter för analys av arbetsrelaterade och andra sjukdomsorsaker som stöd för bl.a. förebyggande åtgärder är en annan förbättring som man önskar inom de skyddskommittéer som besvarat förfrågan.

Slutsatser av förfrågan

Sammanfattningsvis kan följande slutsatser dras av den förfrågan som vi sänt ut till ett antal skyddskommittéer.

Förfrågan ger en bekräftelse på att man på arbetsplatserna anser sig ha stora svårigheter att klara rehabiliteringsverksamheten på grund av bl.a. brist på platser för arbetsträning, för omplacering m.m. Men det är också många av dem som besvarat förfrågan som redovisar omfattande rehabiliteringsinsatser för sina anställda trots dessa svårigheter. Främst är det omplacering och vissa förändringar av arbetsuppgifter som vidtas. Att notera är att de externa insatserna är av motsvarande omfattning som arbetsplatsernas egna insatser.

Förfrågan visar vidare att arbetsledarna spelar en mycket stor roll i rehabiliteringsverksamheten på arbetsplatsen, för initiering och uppfölj-

ning av rehabilitering och för beslutsfattande i enskilda ärenden. Förfrågan visar att ett genomgående problem på arbetsplatserna i dag är brist på lämpliga uppgifter för arbetsträning, omplacering och annan förändring av den enskildes arbetsuppgifter. Eftersom arbetsuppgifterna är tämligen likartade är det ofta svårt att finna lämplig sysselsättning för dem med exempelvis rygg- och ledbesvär. Däremot anges inte begränsade resurser inom FHV som någon större brist. Vissa påtalar emellertid att behov föreligger av sjukgymnastik exempelvis i form av rygginstitut. Det framkommer även önskemål om en ökad aktivitet från sjukvårdens sida gentemot arbetsplatsen i rehabiliteringsärenden. Det kan vidare konstateras att samarbetet med socialtjänsten förekommer i mycket begränsad omfattning. Försäkringskassan är den externa institution som man främst samarbetar med i samband med rehabilitering, i andra hand sjukvården. De externa och interna satsningarna på rehabilitering sägs i förfrågan vara av ungefär samma storlek. En rehabiliteringsersättning anges av flera som ett värdefullt stöd för rehabilitering på arbetsplatsen.

4.6 Särskilda problem att beakta beträffande rehabilitering på arbetsplatsen

En viktig förutsättning för att bedriva rehabilitering på arbetsplatsen är att det finns tillgång till FHV. Som tidigare har redovisats har i dag ett mycket stort antal av de anställda också tillgång till FHV. FHV har som sin främsta uppgift att förebygga att skador och sjukdomar drabbar arbetstagarna. Det innebär inte att det skulle behöva föreligga någon motsättning mellan bedrivande av förebyggande och rehabiliterande verksamhet. Självfallet bör en viss gränsdragning göras mellan medicinskt och socialt sett mer krävande rehabiliteringsverksamhet, som kräver specialistresurser och större tidsinsatser än vad som FHV kan erbjuda. Även i dessa fall behöver det inte uteslutas att rehabilitering till viss del kan utföras på arbetsplatserna, genom arbetsträning och att samtidigt en medicinsk rehabilitering, exempelvis sjukgymnastik, ges av sjukvården.

Det är främst de mindre arbetsplatserna som fortfarande saknar tillgång till FHV. De regler för bidrag till FHV (SFS 1985:326) som gäller sedan den 1 januari 1986, har som tidigare nämnts bl.a. mot denna bakgrund utformats så, att ett särskilt småföretagstillägg utgår som ett stöd för de relativt sett högre kostnader som en anordnare av FHV har för mindre företag.

Problemet beträffande företagshälsovårdens roll är dels att FHV fortfarande saknas på många arbetsplatser och dels att vissa personalgrupper som kan behövas för rehabiliteringsverksamheten inte finns inom all FHV, exempelvis sjukgymnaster och beteendevetare/socionomer.

Den sannolikt bästa förutsättningen för bedrivande av rehabilitering på arbetsplatsen är att personella resurser så långt möjligt finns på arbetsplatsen. Det ökar möjligheterna till tidig rehabilitering och individuell anpassning av arbetet. För de mindre arbetsplatserna är därför fortsatt utbyggnad av FHV mycket angelägen. När tillgång finns på FHV

kan samhällsinsatserna på rehabiliteringsområdet i hög grad inriktas på att stödja arbetsplatsernas rehabiliteringsarbete.

4.6.1 Individens medverkan — integritetsfrågor

Sekretessbestämmelserna kan ibland utgöra ett hinder för samarbete mellan arbetsplatsen och sjukvård m.fl. Samtidigt är integritetsfrågorna mycket betydelsefulla för den enskilde arbetstagaren. De har också betydelse för den interna handläggningen av anpassnings- och rehabiliteringsärenden på en arbetsplats. Om det inte finns ett tillfredsställande skydd för den enskildes integritet kan rehabiliteringsarbetet försvåras.

4.6.2 Initiering av rehabilitering. Uppföljning av sjukfrånvaron

Ett skäl för att lägga ett stort ansvar för rehabilitering på arbetsplatsen är behovet av att rehabiliteringen sker så tidigt som möjligt. Ju tidigare åtgärder för individen kan sättas in, desto mindre omfattande blir sannolikt behovet av insatser senare.

Ökad frånvaro är ofta uttryck för dålig anpassning mellan arbetskrav och arbetsförmåga och att det föreligger behov av förebyggande åtgärder. Framför allt vid förebyggande åtgärder, dvs. när man skall ta tag i tidiga signaler kan det vara känsligt att närma sig en individ. Man misstänker t.ex. att personen i något avseende är överbelastad och löper risk att utveckla sjukdom. Det föreligger ett visst motstånd hos arbetskamrater, arbetsledare, personalfunktion i fråga om att agera tidigt även om man märker att någon inte orkar med sitt arbete. Det gäller även när den anställde varit sjukskriven en längre tid.

Sjukfrånvaro i sig kan försvåra arbetsåtergång t.ex. på grund av passivisering, nedsättning av kondition och andra kroppsfunktioner samt förlust av arbetsrutin, förändrad dygnsrytm och engagemang i andra aktiviteter. Arbetsgivaren bör därför sträva efter att hålla kontakt med "sjukfrånvarande".

Arbetsgivaren har ansvar att pröva vad som kan göras på arbetsplatsen för att underlätta en återgång i arbete och initiera samråd med såväl den sjukskrivne som övriga berörda anställda och den behandlande läkaren. Väsentligt är att det på arbetsplatsen finns en beredskap att vid behov omstrukturera arbetet, anpassa det och ge möjlighet till omplacering. Beredskapen bör även omfatta förhållandevis tillfälliga förändringar som syftar till att förkorta en sjukfrånvaro under ett läkningsförlopp, resp. att uppnå en träningseffekt.

Arbetsgivaren, i första hand FHV då sådan finns, har ett stort ansvar för stödjande insatser i samband med en längre tids sjukskrivning. Det gäller även arbetsledare, personalansvariga och inte minst arbetskamrater och facket.

Den anställde har inte alltid kunskap om vilka möjligheter det finns på arbetsplatsen att göra förändringar, anpassa arbetet och vidta omplacering. Den anställdes möjlighet att påverka situationen beror på hur aktiv, ifrågasättande och initiativrik han är. Den som behöver rehabilitering orkar ofta inte ta itu med sina problem och anser "sjukskrivning" vara ett

rent medicinskt ställningstagande. Den anställde har inte så sällan en rädsla för att "ta tag i" sitt problem på grund av risk att få lägre lön, otrivsamt arbete etc. De flesta långtidssjukskrivna har föga kontakt med arbetsplatsen.

Av integritetsskäl kan det vara svårt för arbetsgivaren och dennes företrädare — och även FHV — att verka aktivt gentemot den anställde för att främja arbetsåtergång. Det kan uppfattas som om man ifrågasätter "sjukskrivningen". Av samma skäl förekommer det praktiskt taget aldrig någon kontakt från arbetsgivare till läkare. Läkaren är dessutom huvudsakligen utbildad och inriktad på symtomlindring och att bota. Att bedöma balans mellan arbetsförmåga och arbetskrav är i många fall utomordentligt svårt och läkarnas kunskaper om förhållanden på arbetsplatserna är i regel mycket begränsade.

Mot denna bakgrund är det särskilt angeläget att ytterligare stärka företagshälsovårdens roll i rehabiliteringen inom såväl den tekniska och psykosociala som den medicinska funktionen. För att lämpliga arbetsanpassande och tidiga rehabiliterande åtgärder skall kunna göras måste också i hög grad ansvarig personal på arbetsplatsen, arbetskamrater och berörda fackliga organisationer engageras i arbetet.

Förbättrade rehabiliteringsinsatser kräver en mer systematisk sjukfrånvarouppföljning på många arbetsplatser.

4.6.3 Olika förutsättningar för rehabiliteringsinsatser

Inom vissa verksamheter varierar arbetsuppgifterna i begränsad utsträckning. Arbetet kan bestå av ensidiga repetitiva arbetsuppgifter vid löpande band. Allt fler arbetsuppgifter kräver utbildning i synnerhet inom det tekniska området.

Också vår förfrågan till ett antal skyddskommittéer visar på svårigheterna att finna lämpliga arbetsuppgifter för anställda som behöver rehabilitering. Man pekar bl.a. på att det inte finns någon variation i fråga om arbetsuppgifter, att det kan vara svårt att omplacera av skäl som sammanhänger med löner, löneformer, arbetstider m.m.

Utbildning används i begränsad omfattning i rehabiliteringssyfte på arbetsplatserna. Så gott som genomgående anges utbildning i vår förfrågan som en mindre vanlig åtgärd. Utbildningsinsatser borde utnyttjas mer i rehabiliterande syfte än vad som nu sker.

Det är betydelsefullt såväl ur mänsklig som samhälls- och företagsekonomisk synpunkt att sjukskrivningstider kan minskas. Detta gäller inte minst för arbetsrelaterade belastningsskador. Det kan i första hand åstadkommas genom förebyggande insatser i arbetsmiljön, i andra hand genom tidiga rehabiliterande insatser, riktade såväl mot individen som mot arbetsplatsen.

Skall samhällets stöd till rehabiliteringsinsatser bli ett effektivt instrument för att minska mänskligt lidande och samhällskostnader måste det utformas så att insatserna riktas inte minst till människor med belastningsskador.

5 Rehabilitering i samverkan

5.1 Definition av begreppet rehabilitering

FN:s världsaktionsprogram för handikappade från 1982 har utarbetat en definition för rehabilitering med WHO:s klassifikation av skada/sjukdom, funktionsnedsättning och handikapp som utgångspunkt. Med rehabilitering avses där

"en målinriktad och tidsbegränsad process som syftar till att sätta en av skada eller sjukdom drabbad människa i stånd att nå bästa möjliga psykiska, fysiska och/eller sociala funktionsnivå och därigenom ge honom möjligheter att förändra sitt eget liv. Processen kan innefatta åtgärder avsedda att kompensera för en förlust eller inskränkning av funktionsförmågan (t.ex. med tekniska hjälpmedel) och andra åtgärder som är ägnade att underlätta social anpassning eller återanpassning".

Denna definition poängterar dels vikten av att se rehabilitering som en process och dels betydelsen av individens egen medverkan.

SoS definierar rehabilitering som

"ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som skall hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv".

SoS definition tar fasta på resurserna, åtgärderna och målet för rehabilitering.

Rehabiliteringsarbetet är en systematisering av medicinska, sociala, psykologiska och pedagogiska behandlingsmetoder. Många yrkesgrupper med helt olika utbildningsbakgrund arbetar med rehabilitering. Rehabiliteringsarbete har utvecklats till en specialitet inte enbart inom medicinen utan också inom psykologi, arbetsvägledning och socialt arbete. Forskning och vetenskap både på det rehabiliteringsmedicinska området och inom den yrkesinriktade rehabiliteringen utvecklas i rask takt. Handikapprörelsen spelar en viktig roll i utvecklingen av rehabiliteringsverksamhet.

Om rehabilitering innefattar alla de åtgärder som medför en förbättring av individens funktionsförmåga och anpassning i samhället, kommer nödvändigtvis de flesta behandlingsformer att betecknas som reha-

bilitering. Nästan all sjukvård kan med en sådan allmän definition sägas vara rehabilitering.

Samordnade rehabiliteringsprogram

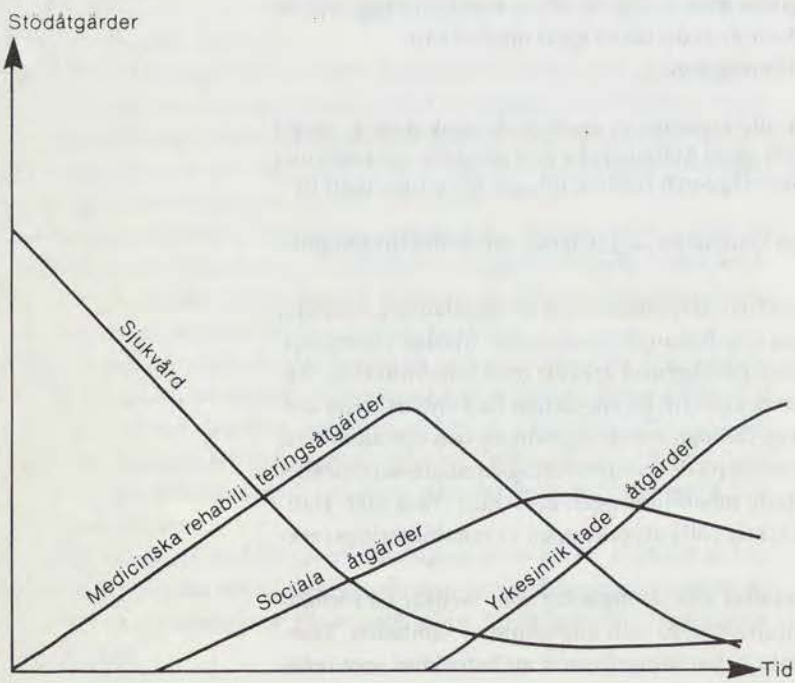
Samordnade rehabiliteringsprogram består ofta av olika delmålsättningar:

- inom yrkesmässig rehabilitering att få till stånd en bättre anpassning mellan den enskilde och arbetet,
- inom medicinsk rehabilitering att hjälpa patienter att klara egen omvårdnad och eget boende eller i arbete,
- inom socialtjänst att hjälpa klienter att fungera inom familj, yrkesliv, ekonomiskt m.m.

Rehabiliteringsinsatser kan inte tidsmässigt klart avgränsas mot medicinska vårdinsatser. Rehabiliteringsinsatser från olika instanser (aktörer) kommer även att tidsmässigt överlappa varandra. Ett exempel på hur olika rehabiliterande stödåtgärder tidsmässigt kan sättas in återges i fig. 5:1.

Den medicinska målsättningen är i första hand att diagnostisera, bota/läka samt lindra symtom. Rehabilitering riktar sig däremot främst mot konsekvenser till sjukdomar och skador och har målsättningen att förbättra olika funktioner, så att individen kan klara sina sociala roller inom familj, hushåll, fritid och förvärvsarbete.

Figur 5.1



Uppnådda sjukvårdsmålsättningar skapar förutsättningar för att uppnå slutmål med rehabilitering. I rehabiliteringsprogram kommer därför fullföljningen av den medicinska vården att ingå som ett väsentligt moment. Rehabilitering bör initieras tidigt och kommer därför att tidsmässigt samordnas med medicinsk uppföljning. Av dessa skäl är det mycket svårt att urskilja om och när sjukvård respektive rehabiliteringsinsatser överväger under ett sjukdomsförlopp.

5.2 Rehabiliteringsmål

De olika målsättningarna för rehabilitering bland de olika ansvariga samhällsorganen och bristen på samordning dem emellan försvårar en rationell användning av rehabiliteringsresurserna. I direktiven sägs att vi bör studera förutsättningarna för att samordna eller bättre anpassa de olika rehabiliteringsmålen till varandra.

Sjukförsäkringens rehabiliteringsmål

Sjukförsäkringens rehabiliteringsmål är relaterat till den försäkrades arbetsinkomst före sjukdom/skada. Den bygger på inkomstbortfallsprincipen. Sjukpenning enligt 3 kap. 8 § AFL utbetalas inte längre tid "än som kan anses erforderlig för att den försäkrade skulle kunna återgå i arbete och förvärvat minst hälften av den arbetsinkomst han kunnat påräkna i sin tidigare sysselsättning om han varit frisk". Motsvarande målsättning gäller även för sjukbidrag.

Samtidigt har försäkringskassan ett uppsökande och aktiverande ansvar enligt 2 kap. 11 § och 3 kap. 13 § i AFL. Försäkringskassan skall aktivt arbeta för rehabilitering genom att:

- uppmärksamma de försäkrade som är i behov av rehabiliterande åtgärder,
- utreda orsaken till nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga,
- medverka till att lämpliga rehabiliteringsåtgärder vidtas samt,
- se till att den försäkrade påbörjar de föreslagna åtgärderna.

Sjukvårdens rehabiliteringsmål

Sjukvårdens rehabiliteringsmål är att så långt det är möjligt återställa funktionsförmågan. Rehabiliteringen kan syfta till att förbättra en nedsatt funktion, bibehålla en uppnådd funktionsförmåga och att träna kompenserande funktioner. Åtgärden är i första hand inriktade mot basala funktioner på organ- eller individnivå även om slutmålet omfattar arbetsåtergång och andra sammansatta sociala funktioner.

Inom hälso- och sjukvården finns också hälsopolitiska mål för att förebygga ohälsa. De hälsopolitiska program som SoS fått i uppdrag av regeringen att utarbeta i samråd med berörda myndigheter, skall utgöra underlag för samhällets insatser för att minska hälsorisker. Syftet med pro-

grammen är, att rikta uppmärksamheten mot sambandet mellan ohälsa och olika riskmiljöer, att åtgärder inriktas mot livsmiljöer; samt att insatser vidtas i ett tidigt skede vid uppkommen skada/sjukdom.

Socialtjänstens rehabiliteringsmål

Kommunerna har, enligt 3 § i SoL, det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I princip kan kommunen inte avvisa någon som behöver hjälp utan skall

- antingen ge den hjälp individen behöver eller
- hänvisa till rätt hjälpinstans.

Kommunens ansvar inträder redan när en person vistas i kommunen. Han behöver således inte bo där.

Enligt 21 § SoL skall socialnämnden verka för, att människor som möter svårigheter i sin livsföring skall kunna delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Där sägs vidare, att den enskilde skall få hjälp till meningsfull sysselsättning. Enligt den s.k. portalparagrafen i SoL skall socialtjänsten bygga på respekt för människans självbestämmande och integritet och utövas så att människan får ha kvar ansvar för sin sociala situation och kan frigöra och utveckla sina resurser.

Arbetsskadeförsäkringens rehabiliteringsmål

Arbetsskadeförsäkringens mål för rehabilitering är att ge den försäkrade möjlighet att återgå i arbete med en förmåga att kunna förvärva en arbetsinkomst lika stor som om skadan inte inträffat.

Arbetsmarknadsverkets rehabiliteringsmål

Arbetsmarknadsverkets mål för den yrkesinriktade rehabiliteringen är att den sökande skall finna, få och behålla ett lämpligt arbete. Yrkesobestämda och arbetshandikappade personers förutsättningar för att nå detta mål skall prövas och vid behov förbättras i förhållande till arbetsmarknadens krav. Det innebär att de individuella arbetsönskemålen och förutsättningarna alltid måste vägas mot kraven och möjligheterna på arbetsmarknaden. Den yrkesinriktade rehabiliteringen bedrivs vid AMI, men också andra åtgärder som förmedlingen vidtar kan ha ett rehabiliterande syfte, t.ex. AMU. Arbetsmarknadsverkets allmänna service, metoder och åtgärder är de medel som står till förfogande. Målet arbete skall nås genom att:

- kartlägga de sökandes arbetsönskemål och förutsättningar för arbete,
- arbetsmarknadspolitiska medel utnyttjas för att sökande skall kunna ta arbete där det finns lediga platser och i nära anslutning till deras önskemål och förutsättningar samt,
- vid behov samråda med arbetsgivare och fackliga organisationer för att anpassa arbetsuppgifter och arbetsförhållanden till den sökande.

Skillnader i rehabiliteringsmål

Skillnader i rehabiliteringsmålen är ibland en källa till konflikter mellan de rehabiliterande aktörerna, försäkringskassan och individen. En sådan konflikt uppstår t.ex. när försäkringskassan, efter en strikt prövning av den försäkrades medicinska status, konstaterar att rehabiliteringsåtgärder bör vidtas eftersom man bedömer att den försäkrade har en restarbetsförmåga. Arbetsförmedlingen däremot anser att visserligen har den försäkrade en arbetsförmåga, men den kommer inte att kunna tillvaratas på den allmänna arbetsmarknaden, kanske inte ens på den skyddade arbetsmarknaden. Detta är ett känt problem sedan många år och innebär att kassan sätter av resurser för att utreda rehabiliteringsbehov som arbetsförmedlingen anser orealistiska och därför tillbakavisar.

De rehabiliterande aktörerna bygger helt riktigt sina åtgärder på individens intresse och medverkan. I många rehabiliteringsärenden satsar arbetsmarknadsorganen, i samråd med den arbetssökande, på åtgärder som syftar till att göra honom konkurrenskraftig på den allmänna arbetsmarknaden. Detta rehabiliteringsmål kommer ibland i konflikt med sjukförsäkringens restriktivare rehabiliteringsmål, vilket innebär att sjukpenning inte kan utbetalas under hela arbetsmarknadsutbildningen. Detta orsakar konflikter mellan kassan och försäkrade som inte kan förstå kassans agerande.

5.3 Samverkan

5.3.1 Inledning

I kapitel 2 har vi bl.a. påpekat att det delade ansvaret för rehabiliteringsåtgärder mellan myndigheter innebär problem under rehabiliteringsprocessen. De olika huvudmännen har skilda mål med sin rehabiliteringsverksamhet och saknar en helhetssyn över hur samhällets totala rehabiliteringsresurser används.

För att effektivisera rehabiliteringsverksamheten är det ytterst viktigt att resurserna sätts in så tidigt som möjligt i sjukfallet samt att det blir kontinuitet i rehabiliteringsarbetet. Effekten av en rehabiliteringsinsats kan spolieras om det uppstår väntetid mellan flera planerade åtgärder. Det är samtidigt en samordnings- och resursfråga att rehabiliteringen samordnas på ett sådant sätt att inga besvärande väntetider eller avbrott uppstår, som försvårar eller omintetgör en rehabilitering. Vikten av tidigt insatta rehabiliteringsinsatser är allmänt känd. Oftast sätts rehabiliteringsinsatserna in för sent och individen har vuxit in i en sjukroll och motivation och möjligheter till rehabilitering har försvårats ytterligare.

För individen innebär rehabilitering ofta en omställningsprocess. Förutsättningarna har förändrats och det kan behövas utbildning och ändrade arbetsuppgifter för att man skall kunna återgå i arbete. Rehabiliteringsprocessen kan dessutom ofta innebära förändringar för den närmaste omgivningen, såsom familjen och arbetskamrater.

Förutom yttre förutsättningar har också individuella faktorer betydelse för rehabilitering. Psykisk beredskap för anpassning och omställning, fysiska förutsättningar, personlighet och inte minst motivation är viktiga sådana. Utan en motiverad individ hjälper professionella experter föga. Motivationsarbete är därför en viktig del i rehabiliteringen.

Hos den enskilda individen är rehabiliteringen en sammanhängande process, där de olika faserna inte nödvändigtvis passar myndigheternas olika uppdelningar.

Insikten om betydelsen av ett nära samråd mellan den enskilde och inblandade myndigheter i rehabiliteringsarbetet har successivt vuxit fram.

Ett mera organiserat samarbete i de långa sjukfallen inleddes 1959 i och med en överenskommelse om samarbete mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen i s.k. samarbetslag. Tanken med dessa samarbetslag var att man på ett så tidigt stadium som möjligt skulle få kännedom om eventuellt behov av yrkesinriktad rehabilitering hos de sjukanmälda.

Under slutet av 1960-talet och i början av 1970-talet växte olika lokala samrådsorgan fram vid sidan av samarbetslagen. Personsammansättningen i grupperna varierade något beroende på lokala förhållanden. I regel ingick dock en läkare samt representanter för försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen. På en del håll utökades grupperna till att omfatta även distriktssköterska, kuratorer, skyddskonsulenter m.fl. Erfarenheterna från dessa samrådsorgans arbete var mycket positiva och de involverade myndigheterna fann att det var ett värdefullt instrument i rehabiliteringsarbetet för de mera komplexa långtidssjukfallen.

År 1975 föreskrev RFV efter samråd med SoS och AMS att lokala och centrala rehabiliteringsgrupper borde inrättas (cirkulär nr. 5:1975). Detta fastlades 1979 i och med RFV:s nuvarande föreskrifter om rehabiliteringsgrupper m.m. hos allmän försäkringskassa (RFFS 1979:1).

Mellan RFV, AMS, SoS, kommun- och landstingsförbunden samt kriminalvårdsstyrelsen har det bildats ett samrådsforum. Denna centrala samrådsgrupp i rehabiliteringsfrågan (s.k. RASK-gruppen) växte fram i början på 1980-talet ur ett under åren allt starkare krav på en samordnande, övergripande funktion. Gruppen är ett informellt samarbetsorgan, med uppgift att stödja samarbetet i det praktiska rehabiliteringsarbetet på lokal och regional nivå.

Gruppen har bl.a. utarbetat en gemensam skrivelse (1981-05-22) angående fördelning av ansvaret mellan myndigheter, kommuner, organisationer och enskilda i rehabiliteringsärenden. I skrivelsen fastslås angelägenheten av ett ökat organiserat samarbete i planeringen och genomförandet av rehabiliteringsinsatser. Vidare understryks att det för ett lyckat rehabiliteringsresultat är helt grundläggande och avgörande att den enskilde är motiverad för, införstådd med och accepterar de åtgärder som föreslås.

I skrivelsen poängteras att förutsättningarna för att rehabiliteringsinsatserna skall lyckas ökar om respektive myndighet är överens om:

- Vilka insatser som behövs.
- När och hur dessa skall komma in.
- Vilka som behövs.
- Var huvudansvaret ligger.
- Var delansvaren skall ligga.

Lämpligt forum för en sådan planering och för ett kontinuerligt samarbete är enligt nämnda skrivelse de lokala rehabiliteringsgrupperna under förutsättning att samtliga berörda ställer upp.

RASK-gruppen har under sin verksamhetstid varit olika aktiv. Under senare tid har den i avvaktan på rehabiliteringsberedningens ställningstagande spelat en mindre betydelsefull roll.

5.3.2 Rehabiliteringsgrupper och övrig samverkan

Tanken med de lokala rehabiliteringsgrupperna är att de skall vara ett samarbetsforum för vissa sjukpenningärenden eller presumtiva sådana som berör flera samhällsorgan. Ärendena skall vara av större komplexitet och flera än två samhällsorgan skall vara eller beräknas bli involverade i rehabiliteringarbetet. I enklare rehabiliteringsärenden sker samrådet genom direktkontakter mellan berörda myndigheter. Ärenden till LRG kan initieras av något av de berörda samhällsorganen. LRG har inga egna beslutsbefogenheter, utan det är upp till varje myndighet att fatta beslut i de enskilda fallen. Målsättningen för LRG är att man kommer överens om en plan för de rehabiliteringsåtgärder som anses nödvändiga för ärendet i fråga. Vidare att man kommer överens om ansvarsfördelningen av dessa åtgärder. Planen är tänkt att ses som ett kontrakt mellan personen i fråga och de berörda samhällsorganen.

Inom varje allmän försäkringskassa skall det förutom LRG enligt RFV:s föreskrifter finnas en central rehabiliteringsgrupp med företrädare för försäkringskassa, länsarbetsnämnden, sjukvårdshuvudmannen och socialtjänsten. Tanken med CRG är att man skall ta upp rehabiliteringsfrågor av mera övergripande natur (principfrågor), såsom planerings- och resursfrågor beträffande rehabiliteringsverksamheten inom länet. I CRG bör man vidare följa upp hur rehabiliteringen fungerar i länet, utvärdera arbetet i LRG, samt försöka hitta konstruktiva uppslag till förbättrade samarbetsrutiner inom länet.

Riksrevisionsverket har i en revisionsrapport "Arbetsmiljö, anpassning och arbetsvård" (1978-05-09) berört arbetet i LRG. RRV pekar på LRG som ett organ för samordning av rehabiliteringssträvanden mellan arbetsförmedling, försäkringskassa och socialtjänst. RRV anser att den samordning som ägt rum inom ramen för denna verksamhet förefaller vara ett steg i rätt riktning och efterlyser en utvärdering av arbetet i LRG. Statens handikappråd har också ansett att en undersökning bör göras för att söka kartlägga hur samordning av rehabiliteringsärenden fungerar i LRG, vilken typ av ärenden som tas upp, vilken instans som initierar dessa, vilka handläggningsrutiner som utvecklas m.m.

Analys av rehagruppernas verksamhet

För att få en så allsidig bild som möjligt av rehabiliteringgruppernas arbete har vi tagit del av dels den undersökning som genomförts av RFV och dels de erfarenheter som kommit fram genom RASK-gruppens arbete. Vi har även på egen hand tagit in uppgifter om rehabiliteringsgruppernas verksamhet, samt förekomsten av övrigt organiserat samråd.

RFV har för perioden tredje kvartalet 1980 genomfört en undersökning, med syfte att kartlägga och analysera vilka ärenden som går till LRG och hur dessa ärenden åtgärdas och avslutas.

Från insamlade data kan bl.a. utläsas, att försäkringskassan aktualiserade drygt hälften av ärendena och att återstoden var jämt fördelad mellan arbetsförmedlingen, socialtjänsten och primärvården.

De intervjuade ledamöterna i ett urval av LRG ansåg bl.a. att:

- Man saknade beslutsbefogenhet hos LRG.
- Man var överens om en teoretisk målsättning innebärande helhetssyn och tidiga åtgärder. Men på grund av resurs- och tidsbrist så arbetade man inte så, utan man tog ett problem i taget.
- Alla parter prioriterade den egna löpande verksamheten före LRG men upplevde ändå LRG som ett viktigt stöd i rehabiliteringsverksamheten.
- Rehabiliteringsfallen tas ofta upp i LRG som ett sista försök då tidigare åtgärder misslyckats.

Vid analys av dessa data får man komma ihåg att det nu rör sig om ca sju år gamla uppgifter. Vi har efter kontakter med företrädare för de olika samarbetsorganen kunnat konstatera att det skett en utveckling av gruppernas arbetsmetodik, kanske framför allt då det gäller behandlingsplaneringsmetodiken och att ärendena initieras tidigare, samt att man mer än tidigare försöker få individen att delta i sammanträdena. Samtidigt kvarstår flera av problemen, exempelvis att man saknar beslutsbefogenhet. Vi har även kunnat konstatera att LRG:s effektivitet i hög grad är beroende av det personliga engagemanget hos ledamöterna i grupperna.

För att få tillgång till aktuella data rörande antal LRG, CRG och andra liknande samrådsgrupper har RFV på uppdrag av rehabiliteringsberedningen sänt en enkätförfrågan till samtliga försäkringskassor. Totalt ingick 434 lokalkontor i enkäten. Följande är hämtat från enkätsvaren och gäller förhållandena den 1 december 1986:

Antalet LRG uppgick till 425. Det geografiska området för LRG motsvaras i 319 fall av lokalkontorsområdet.

Av de 434 lokalkontoren har 35 stycken inte någon egen LRG, jämfört med ca 80 vid utgången av 1981.

24 lokalkontor har fler än en LRG. 41 LRG arbetar mot fler än ett lokalkontor.

Av enkätsvaren kan utläsas att det finns en rad lokala grupper vid sidan av LRG. Sammansättningen i dessa kan variera något beroende på de lokala förhållandena. Som exempel på ledamöter kan nämnas personer från alkoholpoliklinik, FHV, vårdcentral, psykiatrisk mottagning,

kommunen, socialtjänsten, arbetsförmedlingen, AMI, RFV:s sjukhus i Nynäshamn och Samhall.

Samtliga försäkringskassor förutom Malmöhus och Halland uppger sig ha CRG eller liknande grupp. Av dessa 24 CRG hade sju inte haft något enda sammanträde under 1986, sex endast ett sammanträde. Flest sammanträden redovisade CRG i Gävleborg som hade haft fem sammanträden under 1986.

5.3.3 Övrig samverkan

Det finns ofta skäl att diskutera rehabiliteringsärenden vid sidan av LRG. Ovan nämnda enkät visar också att det finns olika lokalt organiserade samrådsgrupper med i stort samma syfte som LRG, men med något annan sammansättning. Det tas dagligen direktkontakter mellan handläggande personal i respektive myndighet, exempelvis mellan läkare och försäkringshandläggare. Försäkringskassan kan ha träffat överenskommelse med läkaren om att sammanträda en bestämd dag varje månad. I de fall man då kommer fram till att det i ett sjukskrivningsärende bör tas kontakt med arbetsförmedlingen och/eller socialtjänsten, är det ofta tjänstemannen vid försäkringskassan som ser till att det blir gjort. Man har även på många håll byggt upp ett system med regelbundna sammanträden med olika lasarettskliniker. Medicin, ortopedi och psykiatri är de vanligaste i dessa samanhang. Även här fungerar tjänstemannen vid försäkringskassan som kontaktperson gentemot andra samhällsorgan. I de fall den sjukskrivne har en anställning samarbetar försäkringskassan nu allt mer med arbetsgivare, personalrepresentant och FHV.

Försäkringskassan har ansvar för att rehabilitering initieras senast efter 90 dagars sjukskrivning. Det förekommer emellertid ofta att varken försäkringskassan eller arbetsplatsen initierar rehabilitering efter tre månaders sjukskrivning och i vissa fall tas inte heller senare några sådana initiativ. I många fall är det också sjukvården som tar initiativ till rehabilitering. Kontakt tas inte heller i större utsträckning med FHV eller arbetsplatsen i övrigt. Samverkan primärvård—arbetsplats förefaller i första hand ske då arbetsplatsen har tillgång till FHV. Men också samverkan primärvård—FHV förekommer sällan.

Av flera skäl, som utvecklas i kap. 4, är det angeläget att få till stånd ett utvidgat samarbete mellan arbetsplatsen och övriga rehabiliteringsansvariga. Anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna bygger på samverkan och samarbete mellan parterna på arbetsplatsen, men också på arbetsplatsens samverkan med olika utomstående instanser t.ex. sjukvården, socialtjänsten m.fl.

Rehabiliteringsinsatser på arbetsplatsen kan ibland innebära vissa problem ur de anställdas synvinkel. Arbetets organisation kan behöva förändras, en omplacering i rehabiliteringssyfte kan innebära att ökade arbetsinsatser krävs, i alla fall tillfälligtvis, av arbetskamraterna. Om parterna — i skyddskommittén, anpassningsgrupp, MBL-grupp eller annan form för samverkan — är överens om de åtgärder som bör vidtas,

ökar också möjligheten att insatserna tas emot på ett positivt sätt av övriga på arbetsplatsen.

I hälso- och sjukvårdspolitiska propositionen (1984/85:181) påpekas behovet av samverkan mellan sjukvårdsansvariga och andra samhällsorgan och organisationer. Man uppmärksammar också behovet av att klarlägga samverkansområden och uppgiftsfördelning i anslutning till primärvårdens uppbyggnad.

Arbetsförmedling och AMI har i det dagliga arbetet med yrkesinriktad rehabilitering olika former av samverkan. Oftast sker den helt informellt. På vissa håll har samverkan vidareutvecklats så långt att särskilda projekt drivs tillsammans för grupper av arbetssökande.

Länsarbetsnämnden har det övergripande planeringsanvaret för arbetsförmedlingens samverkan med landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation. Då det bedöms nödvändigt utses kontaktpersoner med medicinsk rehabiliteringsklinik, psykiatrisk klinik och eventuella andra institutioner.

Arbetsmarknadsmyndigheternas samverkan med kriminalvårdsverket utgår ifrån att kriminalvårdens klienter skall beredas all tillgänglig hjälp för att kunna erhålla arbete eller yrkesutbildning och har i likhet med andra alltid rätt att registreras som sökande på arbetsförmedlingen. Enligt personundersökningskungörelsen skall personundersökare vid behov samråda med arbetsförmedlingen angående åtgärder som kan främja den misstänktes anpassning i samhället.

Den dominerande samarbetsfrågan i landsting och kommuner de senaste fem åren har varit utarbetandet av en gemensam strategi för social hemtjänst och sjukvård i hemmet. Överenskommelser mellan huvudmännen har träffats i samtliga län. Dessa innefattar en gemensam målsättning, medel för genomförande, organisation för samråd samt reglering av ekonomiska mellanhavanden. Utöver hemtjänst och sjukvård i hemmet utförd av anställd personal, har i många avtal ingått bl.a. sjukvårdsinsatser på servicehus med helinackordering, anhörigvård samt i några län trygghetslarm, fortbildning, habiliteringsinsatser och avlösarservice för tillsyn av handikappade.

5.3.4 Försöksprojekt rörande samverkan

Vi har tagit del i och följt en rad lokala försök med samverkan i rehabiliteringsarbetet. Här redovisas kortfattat uppläggning och tankar bakom några av dessa projekt.

Östhammarsprojektet

På initiativ av Uppsala läns landsting har i Östhammar genomförts ett försöksprojekt där man på det lokala planet utvecklat metodiken i samarbetet mellan sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa. I en utvärdering av detta projekt redovisas några av de faktorer som anses utgöra ett hinder i samarbetet och motverka rehabilitering.

När Östhammarsprojektet startade i januari 1982 var samarbetet i Östhammars kommun mellan de fyra organisationerna ganska begränsat. Visserligen fanns LRG i kommunen, men den träffades relativt sällan (fyra gånger per år) och man tog upp få ärenden i gruppen. De klienter som diskuterades hade haft lång kontakt med personal från en eller flera organisationer. Personalen kände att man inte "klarade" dessa klienter och att det blev något av "en sista utväg" att "ta upp" klienterna i LRG.

För att åstadkomma en förbättring genomfördes fortbildning om samarbete där personal från samtliga fyra organisationer deltog. Syftet med fortbildningen var att deltagarna skulle få ökade kunskaper om varandras organisationer och arbetsbetingelser. Med bl.a. denna fortbildning väcktes engagemang och intresse för att utveckla det lokala samarbetet.

Den gamla LRG delades upp i två grupper, med målsättningen att tidigt aktualisera klienter för diskussion i de fall man bedömde att eventuellt samarbete skulle behövas. All personal som i de fyra organisationerna arbetade med patienter/klienter skulle kunna aktualisera en klient i LRG. Arbetet i de två grupperna dokumenterades.

Försöken visade att den ökade omfattningen av samarbetet i LRG innebar att man i större utsträckning än tidigare planerade olika åtgärder parallellt. Vidare inleddes detta arbete snabbare för några av klienterna jämfört med tidigare. Dessutom skapades genom samarbetet bättre förutsättningar för mera realistiska bedömningar som underlag för planerade åtgärder, framför allt yrkesinriktade åtgärder.

Ett problem som framkom i samverkansprojektet är svårigheterna att förena de olika rehabiliteringsaktörernas olika roller.

För primärvården och socialtjänsten är kravet att bemöta individer som hela människor och inte som fall grundläggande. I denna relation krävs att vårdgivaren kan stödja och medverka till att patienten/klienten återfår eller utvecklar sin förmåga att klara ett självständigt liv. Personalen hos arbetsförmedling och försäkringskassa har i grunden andra förutsättningar för relationen till klienten. För arbetsförmedlingen kommer detta till uttryck genom att man förutsätter att klienten är motiverad och medicinskt rehabiliterad innan man planerar yrkesinriktade åtgärder. För försäkringskassan finns en dubbelhet i relationen till den försäkrade genom att man dels skall kontinuerligt pröva rätten till sjukpenning, dels medverka till att planera och påskynda rehabiliteringsåtgärder. Information om den försäkrades situation i LRG har ibland varit skäl för försäkringskassan att ifrågasätta sjukpenningrätten. Å andra sidan skall försäkringskassan samarbeta med övriga deltagare. Häri ligger en motsättning som begränsar möjligheterna till ett ändamålsenligt samarbete i LRG. Gruppen kommer i sådana fall lätt i diskussioner om vilken organisation som skall svara för ekonomiskt stöd till klienten. Man menar i projektet att här finns ett behov att väga in social- och psykosocial problematik vid bedömning av rätten till sjukpenning. Bibehållen sjukpenning kan många gånger göra arbetet med rehabilitering lättare.

Ett annat problem har varit när läkare efter en längre tids sjukskrivning av en patient föreslagit successiv återgång till heltidsarbete. Läkaren

har föreslagit nedtrappning från 50 procent sjukskrivning till 40, 30, 20 procent. Detta har inte varit möjligt på grund av regeln att arbetsförmågan skall vara nedsatt med minst 50 procent för att sjukpenning skall beviljas. Dessa två exempel har av projektgruppen valts för att illustrera vad som i komplicerade ärenden kan innebära svårigheter till en individuellt anpassad rehabilitering och begränsa möjligheten att vidareutveckla samarbetet i LRG.

Ytterligare ett problem har varit arbetsförmedlingens och försäkringskassans krav på läkarutlåtanden som har inneburit väntetider. Man menar att med det intensivare arbete som tillämpats i försöket uppstår här ett dubbelt informationsunderlag för planerade åtgärder. Å ena sidan det formella kravet på läkarutlåtande — å andra sidan den informella kunskapen som deltagarna i rehagruppen får genom samarbetet. Trots att den reella planeringen är gjord kan den alltså fördröjas genom att det formella underlaget saknas.

Trelleborgsprojektet — aktiv och förebyggande rehabilitering

Syftet med projektet har varit att utveckla försäkringskassornas roll vid rehabilitering av långtidssjukskrivna. Projektet startade hösten 1985 och avslutades sommaren 1987. Inom projektets ramar låg också försöksverksamhet med flexibel sjukpenning med fyra ersättningsnivåer på 1/4, 1/2, 3/4 eller 1/1 sjukpenning.

Huvudsyftet var att genom tidigt insatta åtgärder och en aktivare försäkringskassa minska sjukskrivningstiden och därmed kostnaderna för försäkringen. Projektet bedrevs i nära samarbete med Trelleborg AB och dess FHV, fackliga organisationer och länsarbetsnämnden. Målgruppen var anställda vid Trelleborg AB, totalt 2 765 personer.

Särskilda utredningsresurser, i form av en projektledare, två assistenter och 0,75 handläggare på försäkringskassans lokalkontor i Trelleborg har arbetat med projektet. Malmöhuskassan har fått särskilt anslag från RFV för projektet.

Projektmetodiken har bl.a. inneburit att:

- de försäkrade kontaktats inom 30 dagar,
- arbetsplatsbesök gjorts under vilket en planering av ärendet skett. På så sätt har nya kontaktvägar skapats mellan försäkringskassan och arbetsgivaren,
- uppföljning av arbetsträning skett, genom arbetsplatsbesök av försäkringskassans handläggare.

Arbetsmetodiken har inneburit att de försäkrade, läkare, arbetsgivare m.fl. kontaktats tidigare än som normalt är fallet. Ett fullständigt beslutsunderlag för bedömning av sjukpenningrätt samt rehabiliteringsbehov föreligger två till tre månader efter sjukanmälningsdagen. Jämfört med den normala handläggningstiden har en sammanlagd tidsvinst på tre till fyra månader gjorts.

Projektets erfarenhet är att en första kontakt inom 14 dagar räknat från sjukanmälningsdagen ofta gett en alltför begränsad information i ärendet. Kontakterna 15 till 30 dagar efter sjukanmälningsdagen ger betydligt

bättre information i utbyte. Oftast har vid den tidpunkten en bedömning och prioritering kunnat göras utifrån insamlat material.

Om kassan vid kontakt med den försäkrade konstaterar att orsaken till sjukdomen eventuellt finns på arbetsplatsen eller att sjukdomen medför att omplacering måste ske, gör kassan ett arbetsplatsbesök. Vid detta besök medverkar alltid den försäkrade, arbetsledaren samt kassans handläggare. Vid behov kan facklig företrädare, sjukgymnast, personalhandläggare m.fl. medverka. Under arbetsplatsbesöket beskriver den försäkrade sin arbetssituation varefter en gemensam planering av fortsatta åtgärder görs. Sådana åtgärder kan vara omplacering eller arbetsträning. I planeringen ingår alltid samråd med behandlande läkare och/eller sjukgymnast.

Om arbetsträning var aktuell utsågs en fadder för den försäkrade. Faddern medverkade vid introduktion inför arbetsträningen, höll kontakt med den försäkrade under träningen, samt medverkade under utvärdering av densamma. Vid utvärdering medverkade även representant från FHV. Utvärdering av arbetsträning skedde i regel två till fyra veckor efter det att träningen påbörjats samt varannan vecka efter första utvärderingstillfället. Vid varje utvärderingstillfälle fattades beslut om rätten till sjukpenning.

Genom det stora antalet arbetsplatsbesök som genomförts, två till fyra per arbetsdag, har det etablerats nya och direkta kontaktvägar mellan försäkringskassan och personalhandläggare, arbetsledare m.fl. vid Trelleborgs AB. Arbetsmetodiken med arbetsplatsbesök har medfört att en ordentlig planering och ansvarsfördelning kunnat ske inför en arbetsträning. Man har i samband med besöket fattat beslut om bl.a. träningsplats och träningens längd, arbetstid och sjukpenningnivå, ansvarig för introduktion och utseende av fadder. Den samordning och planering som skett inför och under en arbetsträning anser projektet vara en av de största vinsterna i metodiken.

För att samordna olika insatser, sammanträdde en arbetsprövningsgrupp en gång i veckan och diskuterade pågående och planerade prövnings- och träningsinsatser. I gruppen medverkade FHV, personalhandläggare, försäkringskassan samt arbetstagarorganisationer. I denna grupp diskuterades också ärenden där man vid arbetsplatsbesöket inte lyckats finna någon lösning på den försäkrades problematik.

Den ömsesidiga kommunikationen med behandlande läkare som skett inom projektet gav bl.a. till resultat att läkaren bättre uppfattade den försäkrades arbetssituation. Genom att läkaren t.ex. fick en kopia av arbetsplatsutredningen fick han ett bättre underlag för sin bedömning av den försäkrades arbetsförmåga.

Under perioden november 1985—april 1986 har Trelleborg AB köpt tjänster av AMI. En arbetspsykolog och en arbetskonsulent från AMI utredde och arbetsprövade ett 50-tal personer. Det rörde sig huvudsakligen om personer som hade en långdragen sjukskrivning samt i vissa fall personer med frekvent korttidsfrånvaro. AMI har utarbetat rekommendationer för de personer som de arbetsprövat och försäkringskassan har följt upp rekommendationerna. I 26 fall har AMI rekommenderat fort-

satt arbete med nuvarande eller nya arbetsuppgifter. Åtta personer har rekommenderats fortsatt arbetsträning i rehabiliteringsverkstaden, resterande 16 personer har rekommenderats skyddat arbete, remiss till RFV:s sjukhus i Tranås eller förtidspension.

Förutom arbetet med dessa individärenden har konsulternas arbete resulterat i flera förslag till organisationsutveckling. Det gäller bl.a. uppbyggnad av träningsverkstad, utveckling av metodik för arbetsprövning och fadderverksamhet.

Genomförda arbetsträningar har till största delen skett på arbetsplatser ute i den normala produktionen. En princip som gällt för projektet är att aktuell division i första hand skall svara för rehabiliteringen. Först när minst två realistiska försök gjorts har en arbetsprövning blivit aktuell i träningsverkstaden som finns på Trelleborgs AB.

Följande resultat av projektarbetet har bl.a. redovisats i slutrapporten:

- Upp emot 6 miljoner kronor har sparats genom att sjukpenning utbetalats för färre dagar.
- Antalet pågående sjukfall vid Trelleborg AB har sedan projektstarten november 1985 minskat med 25 procent (från 187 st. till 133 st. juni 1987).
- Fler återgår i arbete av dem som varit sjuka i minst sex månader.

Under projektet har 81 sjukfall avslutats, i vilka s.k. 3:8 sjukpenning beviljats under arbetsträning i reell miljö. Nära 70 procent av träningstillfällena har resulterat i att den försäkrade är i helt arbete. 43 ärenden har varit föremål för projektmetodiken redan i sjukfallets inledningsskede. Dessa ärenden visar de bästa resultaten. Arbetsträningen har i dessa ärenden som regel påbörjats mellan den andra och sjätte sjukskrivningsmånaden. Endast sju procent har erhållit hel förtidspension/sjukbidrag medan 86 procent återgick i helt arbete.

Slutligen sägs i rapporten att projektet har upplevt försäkringskassans roll i rehabiliteringsarbetet som mycket centralt. Genom att tidigt få impulser i ärenden är det kassan som oftast sätter igång rehabiliteringsprocessen. Det är kassan som genom arbetsplatsbesök och andra utredningar försöker ringa in problemet. Kassan har också haft en aktiv roll i rehabiliteringsplaneringen i det enskilda ärendet samt uppföljning av en arbetsträning. Här krävs dock ett väl fungerande samarbete med arbetsgivare, arbetstagarorganisationer, FHV m.fl. Den brist på samordning som ofta finns i rehabiliteringsarbetet har undanröjts i projektet. Erfarenheterna av projektet talar för att detta samordningsansvar med fördel kan åvila försäkringskassorna, att försäkringskassans roll som initiativtagare och pådrivare i rehabiliteringsarbetet bör stärkas.

Projektet "Fackföreningsrörelsens medverkan i utslussning från institution till arbetsmarknad"

Med hjälp av beviljade pengar av regeringen ha LO fr.o.m. årsskiftet 1984—85 och fram till 30 juni 1987 bedrivit utslussningsarbete inom projektets ram.

Bakgrunden är mycket kortfattat den att LO sedan mitten av 1970-talet har utvecklat det fackligt-sociala arbetet. Under uppbyggnaden av sin s.k. kamratstödjande verksamhet har man funnit att många medlemmar söker eller blir föremål för vård och behandling på institutioner för sina sociala och psykiska problem. Bl.a. beroende på att vården och behandlingen sker alldeles för isolerat från arbetslivet, blir en återgång till arbete mycket svår. För många slutar det i förtidspensionering. En annan erfarenhet kommer från de många gånger misslyckade försöken, att via anpassningsgrupperna hjälpa personer som kommer från fängelser, mentalsjukhus och behandlingshem att få ett arbete.

Målet för projektet har varit att med fackets hjälp kunna hjälpa dessa personer att komma ut på arbetsmarknaden, behålla arbetet och fungera socialt. I projektet har man utvecklat metoder och åtgärdsprogram för att förverkliga det uppsatta målet.

Man kan konstatera att projektet gett många bra erfarenheter. Av en redogörelse från den av LO och Västmanlands läns landsting gemensamt bedrivna utslussningsverksamheten från psykiatrisk vård till näringslivet, kan man notera effekter av arbetet och en stor efterfrågan på insatserna. Efter projekttiden hade insatser begärts för 81 personer (47 män och 34 kvinnor).

13 har erhållit anställning enligt nedanstående:

Åter till tidigare arbetsplats	3
Anställning med lönebidrag	7
Tillsvidareanställning	3

Anställning har skett i samverkan med:

Landstinget	5
Primärkommun	1
Privata företag	6
Statliga företag	1

I pågående arbetsträning återfinns 29 personer.
Arbetsträning planeras för 34 personer.
Två personer går på utbildning.
Tre personer har avvisats av projektet.

Förutom dessa siffermässiga resultat kan man konstatera att verksamheten givit entydiga erfarenheter för en lyckad rehabilitering genom ett aktivt samarbete mellan arbetsgivare, facklig organisation och sjukvård. Vidare att ett gott samarbete med länsarbetsnämnd och försäkringskassa är en förutsättning för framgång i rehabiliteringsarbetet.

Riksförsäkringsverkets projektverksamhet rörande samverkan

RFV har sedan budgetåret 1984/85 årligen erhållit särskilda medel för att finansiera projektverksamhet hos försäkringskassorna. Ett relativt stort antal projekt har bedrivits inom området rehabilitering. Här redovisas några av dessa i vilka man bl.a. utvecklat samrådsförfarandet:

Jönköpingskassan har bedrivit ett projekt benämnt *Gisle — aktiv rehabilitering*. Syftet med projektet har varit att utöka samarbetet med FHV

vid Gislaveds Däck AB och andra FHV-centraler för att därigenom tidigt uppmärksamma rehabiliteringsbehov och förkorta sjukfallens längd.

Försäkringskassan har velat finna nya och informella kontaktvägar med arbetsgivarna för att utöka utredarnas kunskaper, samt för att förbättra den enskildes arbetsmiljö. Försäkringskassan har också sökt utreda hur människor med nedsatt arbetsförmåga kan sysselsättas på den egna arbetsplatsen. Dessutom har arbetsträningsplatser i reell miljö inom Samhalls verksamhet utnyttjats för bedömning av arbetsförmågan.

En grupp bestående av läkare, sjukgymnast, sjuksköterska vid Företagshälsan Gislaved AB samt försäkringskassans utredare har tillsammans valt ut lämpliga personer till projektet. Till projektet har en arbetsterapeut knutits. Arbetsterapeuten, som har erfarenhet av psykosocialt arbete, har följt gruppen i träningen. Arbetsterapeuten har vidare utvärderat och bedömt funktionsförmågan och därefter rapporterat sina iakttagelser till gruppen.

Projektet som omfattar 24 långtidssjukskrivna har enligt försäkringskassan resulterat i ett fördjupat samarbete med FHV vid Gislaved AB samt andra FHV-centraler och företag. Försäkringskassan har dessutom fått ett fördjupat samarbete med Höglandsverken, som ingår i Samhall. Genom denna satsning från försäkringskassans sida anser man sig ha fått bättre möjligheter att utnyttja de rehabiliteringsresurser som finns på nära håll.

Vid *Tenstakontoret i Stockholm* har man bedrivit ett projekt *Effektivare sjukfallshandläggning* som syftade till att effektivisera rehabiliteringsarbetet. Tensta är ett bostadsområde som under många år har haft högt sjuktal, dvs. relativt många ersatta sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad. Sjukfallen tenderar att vara både mer frekventa och långvariga i Tensta än övriga områden i länet. Tensta skiljer sig från övriga områden i Stockholm län ganska markant på många andra sätt. Bland annat utgör utländska medborgare i Tensta ca 40 procent av befolkningen, jämfört med drygt nio procent i Stockholms län.

Projektet hade som mål att effektivisera rehabiliteringsarbetet genom att på ett tidigt stadium kontakta och etablera en positiv relation med den sjukskrivne, i syfte att få den försäkrade åter i arbete. Samtidigt etablerade man en aktivare kontakt med övriga berörda myndigheter, för att göra det möjligt att sätta in åtgärder tidigare än vad som före försöket hade varit normalt. Försäkringskassan har förbättrat sina kontakter med den försäkrade och dess arbetsgivare samt med förtroendeläkaren, arbetsförmedlingen, sociala servicecentralen, psykiatriska mottagningen och RFV:s sjukhus i Nynäshamn.

Den arbetsrutin som tillämpades innebar att den försäkrade kontaktades efter fyra veckors sjukskrivning. Tidigare skedde ofta första kontakten först efter tio veckors sjukskrivning. Denna tidiga kontakt har uppfattats positivt av den sjukskrivne.

Av resultaten framgår att sjuktalet minskade med i genomsnitt 1,19 dagar per sjukpenningförsäkrad under den 18-månadersperiod då försöket pågick, jämfört med de föregående 18 månaderna. För de två kon-

trollkontoren, som bl.a. valdes med hänsyn till vad man ansåg vara gemensamma faktorer, t.ex. befolkningsunderlag och sjukfrånvaro, steg sjuktalet kraftigt under motsvarande period. En grov beräkning av försäkringskostnaderna visar enligt projektgruppen att Tensta minskat kostnaderna med närmare två miljoner kronor (beräknat på 1,19 dagar) medan kontrollkontorens försäkringskostnader ökat med över fyra miljoner kronor vardera under de 18 månader då försöket pågick.

Skaraborgs läns allmänna försäkringskassa har bedrivit ett *Ryggvårdsprojekt*. Under tiden den 1 mars 1986 – den 28 februari 1987 har en grupp bestående av två sjukgymnaster och en ortoped från Kärnsjukhuset i Skövde samarbetat med tre kommuner i länet. Försäkringskassans del i projektet har bestått i att ta fram personer som är sjukskrivna för ryggbesvär och att remittera dessa till vissa vårdcentraler. Försäkringskassan har dessutom tagit fram en kontrollgrupp. Det övriga arbetet med de sjukskrivna, information och utbildning av personal på vårdcentralerna samt upprättande av stansunderlag har utförts av personal på Kärnsjukhuset.

Målsättningen med projektet har varit att minska sjukskrivningstiderna genom undervisning och fortbildning av personalen på vårdcentralerna. Patienterna har fått ett snabbt omhändertagande, noggrann undersökning och undervisning i ryggvård. Man har efter ett första omhändertagande strävat efter att omedelbart göra upp en plan för rehabiliteringen med så snabb arbetsåtergång som möjligt. Detta för att den försäkrade så snabbt som möjligt skall kunna återgå i arbete.

Stockholmskassan driver sedan årsskiftet 1985/86 vid försäkringskassans lokalkontor i Högdalen och Tyresö projektet *Effektivare rehabilitering i Stockholms län, "Paraplyprojektet"*. Projektet finansieras delvis med medel (1,5 milj. kr.) från regeringen och bedrivs i samarbete med länsarbetsnämnden, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms socialförvaltning samt Kommunförbundets länsavdelning. Projektet syftar till att minska samhällets totala kostnader för bl.a. sjukpenning och förtidspension genom att vidta rehabiliteringsåtgärder, att öka samverkan mellan de medverkande myndigheterna i LRG samt att finna nya individinriktade former för rehabilitering.

Genom att sätta in rehabiliteringsinsatser i ett tidigt skede och genom att även kunna utnyttja tillgängliga resurser fritt vill man visa på ovanstående positiva effekter.

För att vi skulle få möjlighet att informera oss och diskutera projektets erfarenheter, anordnades en hearing med paraplyprojektet hösten 1987. Till grund för hearingen låg bl.a. en social delrapport från projektet. Sammanfattningsvis redovisades följande erfarenheter från 40 projektärenden (21 män och 19 kvinnor) under perioden augusti 1986–juni 1987:

- Flertalet är i åldern 20 till 35 år.
- Tolv fall har psykiska problem, 17 fall sociala problem och tolv fall medicinska problem.
- Avseende åtgärder är fördelningen i fyra fall psykoterapikostnad, i

ett fall flyttningsbidrag, i två fall starta-eget-bidrag, i ett fall billeasing, beredskapsarbete i sju fall, förtur till AMU i tio fall och tolv fall under utredning.

- Av avsatta 1,0 milj. kr. till åtgärder i enskilda fall har 122 000 kr. använts enligt följande: 72 000 kr. till psykoterapikostnader, 20 000 kr. till flyttningsbidrag, 6 000 kr. till leasingbil, 18 000 kr. till starta-eget-bidrag och 6 000 kr. till hemutrustning.
- Försöken att prioritera ärenden bland de sjukskrivna utifrån olika krissymtom (sociala omständigheter) har gett dåliga resultat. I stället har det visat sig att den personliga kontakten mellan handläggaren och en klient är avgörande för om man skall sätta in tidiga åtgärder.

I erfarenhetsdelen har framkommit bl.a. att samhällets samlade resurser är mer omfattande än vad man trodde vid projektets planering. Ofta finns adekvata åtgärder att erbjuda. Problemet är dels svårigheten att erbjuda en tät stödkontakt under rehabiliteringsfasen, dels i många fall en bristande inre motivation hos människor som är föremål för en rehabilitering.

Behovet av nya unika åtgärder har visat sig vara begränsat. I stället behöver resurserna för vissa befintliga åtgärder ökas. Det kan gälla platser i AMU, arbetsträning, beredskapsarbeten, platser på behandlingshem för unga människor med psykiska problem, på behandlingshem för missbrukare med psykiska problem, bekostande av psykoterapi m.fl.

En viktig iakttagelse har också varit att befintliga åtgärder måste kunna användas, trots att samtliga kriterier enligt respektive myndighets regelsystem inte till fullo är uppfyllda.

En stark LRG med känsla för samverkan och hög beslutskompetens är enligt projektet en viktig faktor i det lokala myndighetssamarbetet. I de två aktuella LRG har ett arbetsutskott fungerat mellan sammanträdena. Det har medfört en minimal handläggningstid i aktuella ärenden. Arbetsutskottet har haft direktkontakt med den enskilde människan, vilket har inneburit att LRG i huvudsak blir en beslutsinstans. Viktigt är att LRG vågar prioritera. Resurserna skall satsas på människor med en hygglig prognos till rehabilitering.

Exempel på försöksverksamhet i frikommunerna

Som frikommun har Ale kommun fritt kunnat organisera sina nämnder och styrelser sånär som på kommunstyrelsen och valnämnden, vilka även i fortsättningen är obligatoriska.

Den nya organisationen i Ale innebär bl.a. att en lokal arbetsförmedlingsnämnd inrättats med en av kommunstyrelsens ledamöter som ordförande. Kommunen har även en kommunal arbetsmarknads-, rehabiliterings- och utbildningsnämnd. Denna nämnd med tillhörande förvaltningskontor handlägger följande frågor: Samordning/samverkan med arbetsförmedling, ungdomscentrum, lärlingsutbildning, arbetsbefrämjande åtgärder såsom beredskapsarbete och skyddat arbete, PRAO-verk-

samhet, SSA-rådet, rehabiliteringsfrågor, gymnasieskolan och KOM-VUX.

Försöket har till syfte att ge Alebor som så önskar ett förvärvsarbete. Kommunen vill avsevärt öka samverkan mellan den av statsmakterna bedrivna och den av kommunen bedrivna arbetsmarknadspolitiken och de insatser och åtgärder som handhas av försäkringskassan, AMU, KOM-VUX och arbetslöshetskassan, samt att statsbidragen och övriga ekonomiska resurser skall samordnas och kunna användas friare. Samarbetet med näringslivet och arbetsmarknadens parter skall också utvecklas.

Exempel på försök med socialt behandlingsarbete

Inom Lunds socialförvaltning har man under åren 1982—1984 bedrivit ett projekt bland yngre alkoholmissbrukare. Målet var att bryta nyrekryteringen till gruppen kroniska missbrukare genom att utveckla en metodik och samordna de insatser som görs av olika samhällsorgan. Målgruppen var under projekttiden ett 60-tal missbrukare i åldern 16—30 år.

Under projekttiden har samarbete förekommit med olika myndigheter och organisationer för att kunna förbättra möjligheterna till rehabilitering. Erfarenheterna av projektet är att man genom ett metodiskt arbete på en socialbyrå kan åstadkomma väsentliga förbättringar i livssituationen även för personer som haft långvariga missbruksproblem.

Vid en utvärdering i mars 1984 visade det sig bl.a., att av 52 klienter som var arbetslösa när kontakten inleddes hade 33 ordnad sysselsättning och av 31 bostadslösa hade 25 ordnad bostad.

Försök där primärvården tar ett större ansvar för rehabiliteringen

I Älvsborgs läns landsting har ett primärvårdsteam av läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster samt konsulterande läkare från rehabiliteringskliniken huvudansvaret för rehabiliteringen. De upprättar en handlingsplan för vård men även för kontakter med andra myndigheter. Resultatet av försöket visar att många fall kan avslutas redan på primärvårdsnivå och avlastar rehabiliteringskliniken och ortopeden mycket kraftigt.

Skara vårdcentral etablerades 1972 som en av de första vårdcentralerna i landet med samlokalisering av social och medicinsk vård. Samlokaliseringen var ett uttryck för en strävan att utveckla ett närmare samarbete mellan de sociala och medicinska vårdgivarna i kommunen. I enlighet med denna målsättning etablerades också redan vid vårdcentralens start ett fast samarbetsmönster mellan de olika insatserna vid vårdcentalen — främst sjukvård, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsvård. Detta har givit förutsättningar för socialmedicinskt teamarbete med en högre ambitionsnivå när det gäller rehabiliteringen av enskilda patienter/klienter. Samverkan har också resulterat i ett projekt med engagemang av bland annat kommunens resurser, inriktat på rehabilitering av svårsysselsatta personer främst missbrukare. Detta s.k. "Skaraprojekt" illustrerar olika aspekter på vårdcentralens möjligheter i rehabiliteringsverksamheten

och kan ses som ett exempel på hur vårdcentralen inom den sociala och medicinska samordningen kan få delvis nya uppgifter och också en inriktning på att lösa vårdproblem med en högre ambitionsnivå.

Reaktivering av sjukskrivna i Kalmar län

Syftet med projektet var att försöka finna former för att rehabilitera och återföra människor i arbete efter en längre tids sjukskrivning. Detta försökte projektgruppen uppnå genom att bryta den isolering som kan drabba människor under en längre sjukskrivning samt att förbättra den sjukskrivnes kondition.

Personer med rygg- och nackbesvär liksom personer med lättare psykiska besvär prioriterades vid urvalet som ursprungligen bestod av 53 personer. Medelåldern var 43 år och ca 70 procent av deltagarna var kvinnor. Försöket bedrevs tillsammans med landstingen som svarade för fritidsledare och en sjukgymnast. Deltagarna erbjöds en hälsoprofilsbedömning och väl anpassad motion två förmiddagar/vecka under åtta till tio veckors tid. Efter motionspasset följde hälsoinformation med föreläsningar och diskussioner. Genom den sociala gruppsamvaron fick deltagarna möjlighet att diskutera sina problem med varandra. Det sistnämnda, anser projektgruppen, bidrog till stor del till verksamhetens positiva effekter.

Nästan 75 procent av deltagarna upplevde att behandlingen hade en positiv effekt på hälsan. Tolv veckor efter avslutad behandling kände fortfarande två tredjedelar av deltagarna att deras hälsotillstånd hade förbättrats. Konsumtionen av lugnande och smärtstillande medel minskade under pågående behandling, och antalet sjukskrivningsdagar under femmånadersperioden efter behandlingen var drygt 17 procent lägre än under samma tidsperiod före behandlingen.

Det intressantaste resultatet av detta försök är att man tycks ha påverkat deltagarnas sjukskrivningstid, utan att ha påverkat den direkta orsaken till sjukskrivningen. Ett förbättrat allmänt hälsotillstånd har haft stor betydelse för dem som återgick i arbete.

Hofors-projektet

Syftet med projektet var att kartlägga långtidssjukskrivningarnas mönster, orsaker och handläggning i Hofors. Bakgrunden var att andelen långtidssjukskrivna i Hofors har varit hög och visat en ökande trend sedan slutet av 1970-talet. Näringslivet har dominerats av en arbetsgivare, Stålverket OVAKO-Steel.

Utvecklingsenheten för primärvård på landstinget i Hofors har stått som huvudman, och försäkringskassan, FHV vid OVAKO-Steel och sociologiska institutionen vid Umeå universitet har medverkat i projektet.

Genomförandet gick till så att data från ett stort antal långtidssjukskrivna under åren 1976—1984 samlades in. Av dessa intervjuades 78 personer. De insamlade uppgifterna skulle belysa vilka grupper som drabbas av långtidssjukdomar, olycksfall och/eller arbetsskador, vissa

bakgrundsvariabler, samt de sjukskrivnas sociala miljö och egen uppfattning om sin totala situation. Uppläggningen av intervjuerna var sådan att de skulle spegla samspelet mellan de försäkrades hälsa och den miljö de vistas i.

Resultaten visar att sjukdomar i skelett- och rörelseorgan utgör drygt 51 procent av diagnoserna bland långtidssjukskrivna från OVAKO-Steel och knappt 43 procent för övriga anställda. Det finns en påtaglig ökning i denna diagnos för medelålders och yngre kvinnliga OVAKO-Steel-arbetare.

Av undersökningen framgår vidare att långtidssjukskrivna i det längsta försöker negligera sina hälsoproblem. Det gäller framför allt gruppen medelålders eller äldre. De har ofta undvikit sjukskrivningar, återgått till arbete för tidigt efter en sjukskrivning eller avstått från befogade omplaceringar till lättare arbetsuppgifter/omskolning. Det betonas i rapporten att sjukskrivning och utsikten att bli förtidspensionerad innebär en stor risk för isolering eftersom arbetskamraterna utgör det sociala umgänget för många.

Inställningen till rehabiliteringsinsatserna är positiv när de väl kommit igång. Problemet är snarast att den sjukskrivne får vänta länge eller får oklara besked om väntetider. Den sjukskrivne känner då ofta maktlöshet. De flesta efterlyser en större kontinuitet i stödet från sjukvården och påtalar svårigheterna att klara av träningsprogrammen på egen hand. Önskemål om sjukgymnastikträning i kollektiv form framfördes av de intervjuade.

Hofors-undersökningen påvisar liksom kalmarförsöket den positiva sociala effekten av enkla gruppaktiviteter för långtidssjukskrivna.

6 Våra förslag avseende rehabilitering på arbetsplatsen och rehabilitering i samverkan

6.1 Utredning och planering

6.1.1 Arbetsplatsutredning

Försäkringskassan skall som i dag ta initiativ till erforderliga utredningar för att klarlägga den försäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder. Därvid får kassan hjälp genom de signaler som kan finnas i de olika utlåtandena, som lämnas angående den försäkrades nedsatta arbetsförmåga. Våra förslag rörande utlåtande om arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov utvecklas i avsnitt 6.2.3.

Omkring 85 procent av de långtidssjukskrivna har en anställning. Det är därför naturligt att arbetsgivarna har ett uttalat ansvar i rehabiliteringsarbetet. Det ligger i en arbetsgivares intresse att vara observant på eventuella rehabiliteringsbehov hos de anställda och att dessa snarast åtgärdas. Vi föreslår därför att arbetsgivaren skall svara för att den försäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder klarläggs, naturligtvis med tillbörlig hänsyn till den försäkrades personliga integritet och eventuella sekretessfrågor.

Det räcker självfallet inte att arbetsgivaren konstaterar att den försäkrade har ett rehabiliteringsbehov. Om det framkommer att den försäkrade har behov av en rehabiliteringsåtgärd, skall han tillse att åtgärder för en effektiv rehabilitering snarast kommer till stånd. När en anställd är i behov av en begränsad rehabiliteringsinsats, som har samband med arbetsförhållandena och som kräver små förändringar av den enskildes arbete eller som kan kräva en kort rehabiliteringstid, bör det vanligtvis ligga inom arbetsgivarens ansvar att klara detta inom ramen för arbetsplatsens egna resurser. Det kan också vara fråga om åtgärder som faller inom hans ansvar enligt arbetsmiljölagen, vilka han då snarast skall ta initiativ till. Det kan emellertid även vara fråga om åtgärder som kräver medverkan från myndigheter eller någon annan utanför arbetsplatsen. I sådana fall skall arbetsgivaren ta erforderliga kontakter med dessa och initiera ifrågavarande rehabiliteringsåtgärder.

Som ett led i detta arbete föreslår vi att arbetsgivaren i vissa fall skall göra en arbetsplatsutredning för att klarlägga den försäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen. Om det inte framstår som obehövligt skall en sådan utredning genomföras:

1. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av sjukledighetsperioder eller när han under en längre tid har varit deltidssjukledig, eller
2. när den försäkrade har varit helt sjukledig längre tid än fyra veckor i följd, eller
3. när den försäkrade begär det.

Eftersom det är den försäkrades arbetsgivare som föreslås få ansvaret för att utredningen genomförs, kan detta i praktiken innebära att det blir företagshälsovården som genomför utredningen. Det är i dag ca 75 procent av de anställda som har tillgång till FHV.

Utredningen kan i vissa fall vara av mycket enkel beskaffenhet medan den i andra fall kan bli mer omfattande, allt beroende på förhållandena i det enskilda fallet.

Ofta har arbetsledare, arbetskamrater och andra knutna till arbetsplatsen god kännedom om den försäkrade och hans grundläggande problem i arbetet. Det är också på arbetsplatsen man bäst kan avgöra vilka arbetsuppgifter och arbetsmoment som är lämpliga för den försäkrade i förhållande till hans besvär. De åtgärder som föreslås måste vara realistiskt genomförbara på t.ex. arbetsplatsen. Det är också viktigt för en lyckad rehabilitering, att arbetsledare och arbetskamrater är medvetna om den försäkrades situation och är positiva till rehabiliteringen. Utredningen skall också inkludera erforderliga kontakter med medicinsk personal.

I vissa fall ställs inga formella krav på att en arbetsplatsutredning skall utföras, exempelvis då det för en arbetsåtergång inte krävs några särskilda åtgärder på arbetsplatsen. Däremot har arbetsgivaren självfallet ansvar för att, på olika sätt, klarlägga och bedöma de anställdas eventuella behov av rehabiliteringsinsatser. Utredningen behöver inte heller utföras när det klart framgår att de åtgärder som skall vidtas i rehabiliteringssyfte, ryms inom arbetsgivarens grundläggande skyldigheter enligt t.ex. arbetsmiljölagen. Utredningen skall komma till stånd när rehabiliteringsbehoven är oklara eller när det kan förmodas att det kan komma att krävas en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning skall utges från socialförsäkringen eller där andra än parterna på arbetsplatsen är bäst lämpade att handha rehabiliteringsåtgärden.

Försäkringskassan skall underrättas om resultatet av utredningen eftersom kassan har det övergripande ansvaret för att behovet av rehabiliteringsåtgärder klarläggs och har samordningsansvaret i rehabiliteringsarbetet. Underrättelse kan lämpligen ske genom att arbetsplatsutredningen översänds till försäkringskassan. Arbetsplatsutredningen skall också ligga till grund för rehabiliteringsplanen.

Om försäkringskassan finner att det finns skäl till det skall kassan överta ansvaret för arbetsplatsutredningen. Detta kan bli aktuellt när det är fråga om en liten arbetsplats, när arbetsgivaren saknar kompetens eller resurser för ändamålet eller i därmed jämförbara situationer. Övertagandet kan också bli aktuellt i sådana situationer där arbetsgivaren av någon anledning inte, trots påpekanden, gör någon utredning. Genom bestämmelsen får försäkringskassan en skyldighet att tillse att en utred-

ning över huvud taget kommer till stånd, oavsett om det blir försäkringskassan eller arbetsgivaren som får utföra den.

Enligt 2 kap. 1 § andra stycket AML skall arbetsförhållandena på arbetsplatsen anpassas till människans förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. I lagens samverkansregler (6 kap. 9 §) föreskrivs att skyddskommittéerna skall verka för att arbetsanpassning och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället. Arbetsgivarens ovan beskrivna ansvar och uppgifter i rehabiliteringsarbetet skall därför ses som en konkretisering och en förstärkning av skyldigheterna enligt arbetsmiljölagen.

Individens medverkan

En genomgående erfarenhet är att individens medverkan i rehabiliteringsarbetet är nödvändig. För att en rehabiliteringsinsats skall ge resultat krävs det att den enskilde är med i planeringen av rehabiliteringsarbetet.

En förutsättning för att den enskilde skall känna motivation för rehabiliteringen är att medverkan är frivillig och att möjlighet finns för den enskilde att bidra med förslag till rehabiliteringsåtgärder. En annan viktig förutsättning är att den enskildes integritet kan garanteras. Detta är kanske särskilt angeläget att beakta i den arbetsplatsanknutna rehabiliteringen.

Med hänsyn till den enskildes integritet föreslår vi att det krävs den enskildes medgivande för att hans fackliga organisation och företagshälsovården skall medverka i rehabiliteringsarbetet. Den enskilde kan även i vissa fall föredra att rehabiliteringsarbetet skall förläggas utanför den egna arbetsplatsen. Den enskilde bör dock så långt möjligt motiveras för rehabiliteringsinsatser knutna till den egna arbetsplatsen, eftersom det oftast är där de bästa förutsättningarna finns för en lyckad rehabilitering.

6.1.2 Rehabiliteringsutredning

Vi föreslår vidare att hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna får ett utökat ansvar för att klarlägga behovet av rehabiliteringsåtgärder och vidta åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. När företrädare för sådan myndighet är i kontakt med den försäkrade, skall de vara observanta på eventuella rehabiliteringsbehov. Beträffande läkare och andra inom hälso- och sjukvården kommer detta till uttryck också genom den föreslagna bestämmelsen i 3 kap. 7 § AFL, som innebär att det i ett utlåtande om nedsatt arbetsförmåga alltid skall anges eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder för att underlätta arbetsåtergång. Detta beskrivs närmare under avsnitt 6.2.3. Liksom vi föreslagit beträffande arbetsgivare, föreslår vi att nämnda myndigheter också får en skyldighet att ta initiativ till att åtgärder för en effektiv rehabilitering snarast kommer till stånd. Faller åtgärden inom ramen för myndighetens kompetensområde skall företrädaren naturligtvis ta initiativ till att åtgärden snarast kommer till stånd genom myndighetens försorg. I

andra fall skall åtgärden initieras hos den, vars kompetensområde den hör till.

Om det inte framstår som obehövligt skall myndigheten utreda om det finns lämpliga rehabiliteringsåtgärder. Detta skall ske genom att myndigheten genomför en rehabiliteringsutredning. Utredningen kan även i dessa fall vara av mycket enkel beskaffenhet medan den i andra fall kan bli mer omfattande, allt beroende på förhållandena i det enskilda fallet. Utredningen skall göras när rehabiliteringsbehoven är oklara eller när åtgärderna berör flera rehabiliteringsansvariga, samt när det kan förmodas att det erfordras en rehabiliteringsåtgärd för vilken ersättning skall utges från socialförsäkringen.

Detta framhäver vikten av att ansträngningar görs på bred front för att klarlägga behovet av rehabiliteringsåtgärder och för att en rehabilitering skall initieras på ett så tidigt stadium som möjligt.

Försäkringskassan skall underrättas om resultatet av utredningen. Detta kan lämpligen ske genom att utredningen översänds till kassan.

6.1.3 Rehabiliteringsplan

Konstateras det på grundval av en arbetsplats- eller rehabiliteringsutredning eller annan utredning — t.ex. utredning företagen inom försäkringskassan — att den försäkrade är i behov av en ersättningsgrundande rehabiliteringsåtgärd, skall det upprättas en rehabiliteringsplan.

Rehabiliteringsplanen skall ange de åtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabiliteringen samt uppgifter i övrigt som är av betydelse för rehabiliteringens genomförande.

Försäkringskassan behöver känna till hur rehabiliteringsåtgärden planerats för att kunna ta ställning till om den kan anses som en ersättningsberättigad rehabiliteringsåtgärd. En plan rörande träning på arbetsplatsen kan t.ex. innehålla uppgifter om:

- på vilken arbetsplats/avdelning/enhet den försäkrade skall träna,
- vilka arbetsmoment träningen består av,
- vilka träningstider som är planerade,
- under hur lång tid träningen skall pågå,
- om handledare finns,
- vilket arbete träningen avses leda fram till och om arbetet är tillgängligt för den försäkrade.

Oftast visar den grundläggande utredningen vilken rehabiliteringsåtgärd som skall komma i fråga. Den rehabiliteringsaktör som initialt skall svara för åtgärden skall upprätta rehabiliteringsplanen. Om åtgärder som berör flera aktörer är aktuella, kan det uppstå svårigheter att avgöra vem som bör ha huvudansvaret för rehabiliteringen. Kassan har då att antingen komma överens med en av aktörerna att svara för att planen upprättas eller att själv upprätta den. Kassan kan också hänskjuta frågan till den lokala rehabiliteringsgruppen för överenskommelse om vem som i det enskilda fallet framstår som lämpligast att ha huvudansvaret för rehabili-

teringen och därmed också ansvaret för att en plan upprättas. Planen skall upprättas efter samråd med den försäkrade. Detta skall ske bl.a. för att motivera den försäkrade och få honom att bli delaktig i de åtgärder som man gemensamt kommit fram till och medveten om syftet med rehabiliteringen.

Försäkringskassan skall tillse att planen upprättas. Det ankommer på försäkringskassorna att pröva om det rehabiliteringsprogram som planen anger, medför ersättning från socialförsäkringen. Planen skall därför godkännas av försäkringskassan.

Eftersom rehabilitering är en process kan det ibland vara svårt att i början av en sådan bedöma möjligheternas gräns och utforma en färdig rehabiliteringsplan, som kanske sträcker sig över en lång tidsperiod. Planen får därför stegvis byggas på och revideras vid behov. Försäkringskassan skall tillse att planen följs upp och vid behov revideras.

Vi föreslår att den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, företagshälsovården, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, arbetsmarknadsmyndigheterna och andra berörda myndigheter skall medverka i utarbetandet av planen, i den mån det är erforderligt och den försäkrade medger det.

Kan rehabiliteringsplanen inte upprättas inom sex månader från insjuknandedagen, skall handläggande tjänsteman vid försäkringskassan lämna underrättelse om detta till socialförsäkringsnämnden. Härigenom får de förtroendevalda i försäkringskassorna en möjlighet att aktivt medverka i arbetet med att initiera en rehabilitering.

Försäkringskassans insatser på arbetsplatserna bör kunna variera betydligt beroende på bl.a. tillgång till företagshälsovård och övriga personalresurser. I många fall kan försäkringskassans insats avse enbart ett godkännande av rehabiliteringsplanen. I andra fall, för arbetsplatser med mer begränsade resurser, krävs sannolikt mer omfattande insatser från försäkringskassans sida.

För ett effektivt samarbete är det viktigt att finna de rätta kanalerna. Alla berörda måste känna till vem som har befogenhet att besluta om åtgärder inom respektive instans, t.ex. vem som beslutar om omplaceringar hos arbetsgivaren, vem som beslutar om olika ersättningar hos försäkringskassan. Brist på kunskap om organisation och befogenheter är ett hinder för ett effektivt samarbete.

Därför föreslår vi att en kontaktperson i rehabiliteringsfrågor skall finnas i vart fall på varje arbetsställe med en skyddskommitté. Det är i dag ca 75 procent av de anställda som arbetar på arbetsplatser med över 50 anställda där skyddskommitté skall finnas. Självfallet föreligger inget hinder mot att en kontaktperson utses även på andra arbetsställen.

Ur den enskildes synvinkel och för att underlätta rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen är det av vikt att formerna för samarbete med försäkringskassan blir så enkla och smidiga som möjligt. Vårt förslag innebär att en rehabiliteringsplan skall lämnas såväl för enkla som mer komplicerade och omfattande rehabiliteringsärenden. Det bör kunna innebära ifyllande av ett relativt enkelt formulär — med krav på ett fåtal uppgifter

— i de fall då individens rehabilitering enbart gäller minskad arbetstid el.dyl. Det bör även understrykas att i vissa fall kan en arbetsplatsutredning, om den ger ett tillräckligt beslutsunderlag angående rehabiliteringsåtgärder m.m., fungera som rehabiliteringsplan.

Det kan vara lämpligt att försäkringskassan i mer komplicerade fall redan tidigt är med i diskussionerna när en fråga om t.ex. rehabiliteringsersättning aktualiseras. På så sätt undviks att en på arbetsplatsen utarbetad rehabiliteringsplan inte uppfyller de krav som gäller för att ersättning skall kunna utges.

I vissa fall kan försäkringskassan behöva samverka med arbetsgivaren för att i ett enskilt fall få till stånd åtgärder för att förändra arbetsförhållandena för en anställd som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Främjandelagen ger länsarbetsnämnden möjlighet att begära överläggningar med arbetsgivare om åtgärder för att främja anställning av arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Vi föreslår att i de fall en arbetsgivare inte självmant vidtar rehabiliteringsinsatser för den anställde, skall arbetsgivaren ha en skyldighet att delta i överläggning med försäkringskassan om sådana åtgärder.

Försäkringskassan har inte någon lagstadgad rätt att delta i överläggningar med partsammansatt organ (anpassningsgrupp eller motsvarande) på en arbetsplats. Av arbetsmiljöförordningen (1985:331) framgår att anpassningsorgan kan komma överens med försäkringskassa eller arbetsförmedling om att överlägga i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsfrågor. Möjligheterna för försäkringskassorna och övriga rehabiliteringsansvariga att samverka med arbetsgivaren i frågor som rör en arbetstagares rehabilitering, om arbetstagaren medger det, bör också förbättras genom den komplettering som föreslås av arbetsmiljölagen.

6.2 Gemensamma utgångspunkter för rehabilitering och ett samordnat rehabiliteringsmål

Som påpekats under avsnitt 5.2 finns det olika definitioner på rehabiliteringsmål beroende på vilken verksamhet det gäller. Att olika myndigheter som av samhället tilldelats skilda uppgifter har olika mål för sin verksamhet är naturligt. En viss specialisering är också nödvändig för att få yrkeskunnig och kompetent personal.

För att åstadkomma bättre samordning och få en för individen mer behovsanpassad och sammanhållen rehabilitering föreslår vi att det tillskapas en för rehabiliteringsaktörerna (försäkringskassan, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, arbetsmarknadsorganen och arbetsgivaren) gemensam definition på vad som i detta sammanhang skall avses med samordnad rehabilitering. Definitionen föreslås få följande lydelse:

"Med rehabilitering avses en sammanhängande process som syftar till att återge den som drabbats av sjukdom eller av annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett självständigt liv.

En rehabiliteringsåtgärd kan avse förändringar av individens arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art.

Rehabiliteringsåtgärden skall planeras efter samråd med den enskilde och utgå från hans individuella förutsättningar och behov."

Det bör noteras, att med uttrycket "förutsättningar att leva ett självständigt liv" avses i sjukförsäkringsrättslig mening bl.a. att en försäkrad i yrkesverksam ålder bereds möjlighet att försörja sig själv.

Viktiga utgångspunkter för rehabilitering

Tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder är grunden för en lyckad rehabilitering. Möjligheten att rehabilitera sjunker kraftigt med tiden. Det är därför viktigt att systematiska insatser för ett snabbt uppspårande av rehabiliteringsbehov vidtas inom de olika samhällssektorerna. Här har arbetsplatserna en nyckelfunktion. Bl.a. för att förhindra utslagning från arbetsmarknaden är tidiga rehabiliteringsinsatser på arbetsplatsen av stor vikt. Såväl primärvården som försäkringskassorna har stora förutsättningar att i ett tidigt skede upptäcka rehabiliteringsfall. Genom de många klientkontakter som äger rum på arbetsförmedlingar och socialbyråer visas också sådana förhållanden. Den uppsökande verksamhet som kommunerna enligt socialtjänstlagen skall bedriva är också betydelsefull.

Rehabiliteringsarbetet skall bedrivas utifrån en helhetssyn, där individens totala situation alltid tas i beaktande, oavsett om det är medicinsk, social eller yrkesinriktad rehabilitering det är frågan om. Individen är en helhet med en mängd behov, möjligheter och problem. För den enskilde är en sammanhållen och behovsanpassad rehabilitering av stor vikt.

Rehabiliteringen är ofta en sammanhängande process, där de olika faserna inte nödvändigtvis passar myndigheternas olika uppdelningar. Därför krävs ibland samtidiga insatser från olika myndigheter och intressenter. Att på så sätt nödgas ha kontakt med många människor kan vara påfrestande. God samverkan mellan parterna i rehabiliteringskedjan och personen i fråga och dennes familj är en av förutsättningarna för en lyckad rehabilitering. Av stor vikt är vidare att man tillerkänns ett reellt positivt inflytande över sin egen situation hela vägen genom rehabiliteringsprocessen.

Kontinuiteten i åtgärder vid rehabiliteringen är av stor vikt. Effekten av en rehabiliteringsinsats kan spolieras om ett glapp i tiden uppstår mellan flera planerade åtgärder. Långa omotiverade väntetider mellan olika faser i rehabiliteringsprocessen leder till att rehabiliteringen försvåras eller omintetgörs.

6.2.1 Tidigt påbörjad rehabilitering — arbetsmetodik m.m.

Tiden är en viktig faktor vid rehabilitering. Erfarenheter visar att möjligheterna till ett lyckat resultat i rehabiliteringen ökar ju tidigare rehabiliteringsåtgärderna påbörjas. Det är därför av stor betydelse att arbetsgivaren, läkaren, försäkringskassan m.fl. på ett tidigt stadium uppmärksammar dem som är i behov av åtgärder för att klara sitt arbete.

Cirka 85 procent av alla långtidssjuka har ett förvärvsarbete vid insjuknandet. En stor del av dessa bör kunna återgå i arbete efter arbetsanknuten rehabilitering. Av dem som har varit frånvarande på grund av sjukdom under 180 dagar eller längre, återgår i dag drygt 30 procent till sitt tidigare arbete. Vi menar att denna andel bör kunna öka betydligt genom tidigare rehabiliteringsinsatser bl.a. på arbetsplatsen.

6.2.2 Arbetsplatsens samverkan med sjukvården och arbetsförmedlingen

På arbetsplatsen kan man behöva samarbeta med primärvården och arbetsförmedlingen i rehabiliteringsfrågor som gäller en enskild anställd. Så sker också i många fall, exempelvis i samband med medicinsk rehabilitering som i regel sker utanför arbetsplatsen. Kontakter förekommer företrädesvis mellan företagshälsovården och övrig hälso och sjukvård. I rehabiliteringsärenden kan det även finnas externa kontakter genom att exempelvis arbetförmedlingen kallas till anpassningsgruppen. Dessa direktkontakter mellan arbetsplatsen och olika rehabiliteringsansvariga organ måste finnas — och helst vidareutvecklas oavsett om försäkringskassans medverkan behövs eller inte. Vi föreslår därför att det i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, arbetsmiljölagen samt rehabiliteringsförordningen ställs krav på samverkan mellan rehabiliteringsaktörerna och arbetsgivaren, samt med arbetstagarorganisationen i frågor som rör en arbetstagares rehabilitering, om den enskilde medger detta.

För mindre arbetsplatser får försäkringskassan sannolikt påta sig en mer aktiv samverkansroll eftersom i regel varken företagshälsovård eller särskilda personalhandläggare finns på dessa arbetsplatser.

6.2.3 Hälso och sjukvård

Inom hälso- och sjukvården har primärvården en viktig funktion då det gäller att spåra upp och initiera rehabilitering. Vi anser att denna roll kan och bör förstärkas. Försök i bl.a. Älvsborgs län har visat att primärvården kan ta ett betydligt större ansvar än i dag för initiativ till rehabilitering och dess inriktning. Aktivare insatser inom primärvården borde även innebära att flera slag av medicinsk behandling kan ske direkt av den behandlande läkaren. Detta skulle innebära att trycket på specialistfunktionerna minskar och därvid även de i dag ofta långa, inaktiva väntetiderna.

Patientens första kontakt med sjukvården sker oftast på den vårdcentral (motsvarande) som han tillhör. På vårdcentralerna över hela landet tas dagligen ca 100 000 patienter emot. Men primärvårdens begränsade kapacitet, den stora personalomsättningen och brister i vårdplaneringen gör att patienten inte alltid får träffa samma läkare eller sköterska vid olika besök. En annan anledning till det är också att patienterna flyttar. Som exempel kan nämnas att en studie vid Sollentuna vårdcentral visar att nästan hälften av de yngre vuxna lämnade vårdcentralens upptagningsområde under en fyraårsperiod. Även bland barn och medelålders var rörligheten stor.

Om patienten bor i något av storstadsområdena är det inte ovanligt att han vänder sig till någon av de ca 1 900 privatpraktiserande läkarna eller de ca 1 400 privatpraktiserande sjukgymnasterna. Ca 18 000 patienter behandlas dagligen av dessa. Till detta skall läggas de drygt 3 500 personer som varje dag besöker företagshälsovården. Vidare de drygt 70 000 patienter som varje dag behandlas vid något av landets region-, länsdels- eller länssjukhus. Detta illustreras av följande tabell.

Tabell 6:1

	Antal besök per dag		
Hälso- och sjukvårds-huvudmännen	170 000		(89 %)
varav			
primärvård	100 000	(52 %)	
sjukhusvård	70 000	(37 %)	
"Privat vård"	18 000		(9 %)
Företagshälsovård	3 500		(2 %)
	191 500		

Mot denna bakgrund och för att uppnå kontinuitet i sjukvården anser vi att primärvårdens personal måste ta ett samlat ansvar för patientens totala sjukvård. Det innebär bl.a. att en patient som inte kan få lämplig behandling vid den egna vårdcentralen fortfarande skall vara primärvårdens patient när han remitteras till sluten vård.

Vi vill framhålla att det skall åligga primärvårdens personal att ansvara för att patienten inte fastnar i "remisstrappan". Om patienten upplever att han inte får riktig behandling inom sjukhusvården skall han på nytt vända sig till primärvården. Det är patientens kontaktperson inom primärvården som då ansvarar för att han får adekvat vård så snabbt som möjligt.

Det skulle vara bra om mer information om individernas sjukdomar och sjukskrivningar samlas på ett ställe inom primärvården. För att behandlande läkare skall kunna bedöma behovet av rehabiliterande åtgärder bör dessa uppgifter kompletteras med information om yrke och arbetsplats. Försäkringskassan bör kunna bidra med uppgifter om tidigare sjukfall, rehabiliteringsåtgärder m.m. Förslag i denna del utvecklas längre fram i detta kapitel.

Resurser och kompetens inom primärvården

Landstingens rehabiliteringsarbete på primärvårdsnivå har som framgår av problemanalysen i kapitel 2 flera brister. Detta beror till stor del på att man ännu inte haft möjlighet att tillföra verksamheten de resurser och den kompetens som krävs. Men det beror också på att det saknas bra behandlingsmetoder. För att förbättra samverkan mellan sjukvården och övriga rehabiliteringsaktörer bör primärvårdens rehabiliteringsresurser utökas.

Bl.a. för att avlasta läkarna en del rutinärenden har vi diskuterat en mera flexibel tid för egen sjukskrivning. Vi har följt försök med förlängd läkarintygsfri tid till 14 dagar som pågår i bl.a. Jämtlands län. Försöksprojektet har emellertid pågått under för kort tid och i alltför begränsad omfattning för att några säkra slutsatser skall kunna dras av detta. Vi har ansett det vara angeläget att försöksverksamheten utvidgas till att omfatta även en storstadsregion. Sådana försök pågår fr.o.m. 1 juli 1988 i Göteborg parallellt med försöken i Jämtland.

Även vårt förslag om att andra än läkare skall kunna lämna utlåtanden, vilket utvecklas längre fram i detta avsnitt, kommer att innebära en avlastning från primärvården.

För att primärvården skall ges förutsättningar att utreda och ge lämplig vård till patienter med mera sammansatt problematik krävs förutom ökade resurser även ökade kunskaper hos personalen om och förmåga att handskas med psykosomatiska, psykologiska och psykosociala problem. Antalet utbildningsplatser för personal som arbetar med rehabilitering inom vården bör utökas. Rutiner för ett fastare samarbete mellan primärvård och FHV är också en viktig fråga. Företagshälsovården har ofta bättre kunskaper om de försäkrades arbetsförhållanden och specifika krav i deras faktiska arbetssituation. En väl fungerande kontakt mellan behandlande läkare, företagshälsovården och arbetsplatsen ger möjlighet till tidigt insatta åtgärder som t.ex. anpassning av en arbetsplats, omplacering eller kartläggning av arbetshjälpsbehov.

Längre fram i kapitlet redovisar vi ett förslag i vilket försäkringskassan ges en möjlighet att påverka fördelningen av sjukförsäkringsersättningen till sjukvårdshuvudmännen. Syftet med förslaget är att det bör skapa förutsättningar för större satsningar på rehabilitering inom såväl primär- som länssjukvården.

Behandling och sjukskrivning

Någon samlad bild av hur sjukskrivning används av enskilda läkare eller vid kliniker och vårdcentraler finns inte. Försäkringskassan är ofta den enda som följer de enskilda fallen i samband med sin uppgift att pröva omfattningen av arbetsförmågans nedsättning och eventuella behov av rehabilitering.

För att öka förståelsen och kunskapen om socialförsäkringssystemet samt om sambanden mellan sjukskrivning och kostnader för sjukförsäkring m.m. föreslår vi att vårdpersonalen skall få ökad utbildning i försäkringsmedicin (dvs. mötet mellan kunskaperna från medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet om sjukdomars uppkomstmekanismer och följder samt de socialförsäkringsrättsliga begreppen som fastställs i regler, förarbeten och domstolspraxis). Den utbildning som för närvarande förekommer innehåller främst information från försäkringskassorna om försäkringssystemets regler och tillämpning. Vissa delar av den föreslagna utbildningen kan med fördel vara gemensam för läkare, sjukgymnaster, psykologer, arbetsterapeuter, kuratorer och försäkringstjänstemän.

Försöksverksamheterna i bl.a. Östhammar och Lerum visar på fördelarna med en sådan gemensam utbildning.

För att bl.a. motverka dels upprepade eller långa sjukskrivningar där rehabiliteringsbehoven inte klarläggs och dels föreställningen att ett läkarintyg är det samma som rätt till sjukpenning föreslås följande. Begreppet utlåtande införs i stället för läkarintyg. Med detta understryks att det är frågan om ett utlåtande om nedsatt arbetsförmåga och om eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder, som skall ingå i försäkringskassans underlag vid bedömning av rätten till rehabiliteringsersättning respektive sjukpenning. Utlåtandet bör alltid innehålla uppgift om ett eventuellt behov av rehabiliteringsåtgärd för att förbättra arbetsförmågan. Detta för att den som utfärdar utlåtandet redan i ett initialskede skall vara uppmärksam på eventuellt rehabiliteringsbehov samt att försäkringskassan skall få besked om att en sådan bedömning gjorts. Merparten av utlåtandena kommer liksom i dag att medföra att ersättning utges från försäkringskassan utan några kontrollåtgärder, men förslaget innebär att sannolikheten för att det blir ett korrekt beslut ökar genom ett säkrare beslutsunderlag.

Av samma skäl som ovan nämnts, föreslår vi vidare införandet av en bestämmelse som innebär att när den försäkrade har uppburit sjukpenning under två månader i oavbruten följd, så skall utlåtandet också innehålla uppgifter om pågående och planerad behandling samt — i de fall det är möjligt — beräknad återstående tid med nedsatt arbetsförmåga. Det skall med andra ord anges den försäkrades prognos vad gäller arbetsförmågan. Försäkringskassan får därigenom möjligheter att snabbare ta ställning i rehabiliteringsfrågor samt initiera sådana åtgärder som kan förkorta sjukskrivningstiden.

Enligt vår mening bör rätten att utfärda utlåtande om arbetsförmågans nedsättning kunna tillkomma inte enbart läkare utan även andra yrkeskategorier. Således bör rätten kunna tilldelas även t.ex. sjukgymnaster, distriktssköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och andra som har sådan utbildning och erfarenhet på området att de inom sitt kompetensområde kan beskriva nedsättningen av arbetsförmågan, rehabiliteringsåtgärder etc. Redan i dag har tandläkare genom praxis tilldelats befogenheten. Enligt vår mening bör huvudregeln även fortsättningsvis vara att det är en läkare som skall utfärda utlåtandet. I vissa uppenbara fall kan det emellertid inte vara nödvändigt att den försäkrade skall behöva vända sig till en läkare enbart för att få ett utlåtande. I dessa fall kan det vara tillräckligt om en distriktssköterska gör bedömningen. Vidare kan befogenheten aktualiseras när den försäkrade genomgår en behandling enligt en behandlingsplan och utlåtandet endast avser att förlänga en sjukskrivning under pågående behandling. Vi vill framhålla att utfärdandet av ett utlåtande självfallet skall ske med bibehållna medicinska säkerhetskrav. Vi har valt att inte föreslå en lagreglering i denna fråga, utan anser att RFV bör ta initiativ till försöksverksamhet i detta hänseende tillsammans med försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen för att pröva sig fram och göra successiva utvidgningar i takt med ökad erfarenhet.

6.2.4 Försäkringskassorna

Nuvarande rehabiliteringssystem lämnar alltför ofta människorna ensamma med att själva bedöma var de skall ta vägen för att få hjälp. Den enskilde får merarbete genom att han blir tvungen att vända sig till olika myndigheter, till vilka han måste lämna uppgifter för att få hjälp. Även från administrativ synpunkt innebär splittringen i ansvar och regelsystem merarbete och sämre utnyttjande av resurserna. Varje samhällssektor bedömer om fallet "hör till dem", dvs. stämmer med deras rehabiliteringsmål och "produktion", om inte så är fallet avvisas individen och hänvisas till annan samhällssektor.

Utifrån denna beskrivning kan man komma till slutsatsen att det mest rationella vore att lägga ett huvudansvar ihopkopplat med direktivrätt för rehabiliteringsinsatserna hos någon av de inblandade myndigheterna. Det finns ett klart samband mellan hälso- och sjukvårdens och arbetsmarknadsmyndigheternas insatser samt sjukförsäkringen. Under vårt arbete har vi tagit del av olika förslag, bl.a. där man lägger ett huvudansvar antingen hos sjukvårdshuvudmannen eller hos försäkringskassan. Försäkringskassorna har redan i dag ett ansvar för rehabilitering av sjukskrivna och de svarar för de försäkrades försörjning under stora delar av rehabiliteringstiden. Våra förslag i kap. 8 om mer flexibel sjukpenning, rehabiliteringsersättning samt ersättning för särskilda åtgärder, ger försäkringskassorna möjlighet att mera aktivt och pådrivande, än vad som är fallet i dag, arbeta i rehabiliteringsprocessen. Vi har funnit att försäkringskassorna som en följd härav också bör ges ett ökat administrativt och samordnande ansvar för att rehabiliteringsarbetet genomförs i varje enskilt fall.

Försäkringskassans ansvar föreslås innebära följande:

- att tillse att behovet av rehabiliteringsåtgärder klarläggs,
- att initiera rehabiliteringsåtgärder då initiativet inte redan har tagits av behandlande läkare, arbetsgivare eller annan,
- att samordna de olika rehabiliteringsåtgärderna, t.ex. i LRG eller dylik samrådsgrupp eller genom direktkontakter,
- att tillse att en rehabiliteringsplan upprättas så snart som möjligt av den som skall ha det initiala huvudansvaret för rehabiliteringsåtgärden, alternativt i samverkan i LRG, och tillse att den fullföljs,
- att följa upp och vid behov aktualisera revidering av rehabiliteringsplanen,
- att besluta om rehabiliteringsersättning m.m.,
- att tillse att de rehabiliteringsåtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Dagens system att uppmärksamma ett rehabiliteringsbehov och förhindra långtidssjukskrivning är behäftat med brister. Som tidigare beskrivits i kapitel 2 finns problem inom såväl hälso- och sjukvården, sjukförsäkringsadministrationen som hos arbetsgivarna. Hos försäkringskassorna är avsikten att man skall uppmärksamma rehabiliteringsbehovet genom en aktiv och målmedveten handläggning av sjukärendena. Som en ga-

ranti för att kassorna inte skall "tappa bort" ärenden i sin granskning, ges för närvarande automatiskt impuls till lokalkontorens handläggare via försäkringskassornas ADB-system senast när ett ärende pågått i tio veckor. I praktiken innebär detta att rehabiliteringsutredningar sällan inleds förrän en försäkrad varit sjukskriven minst tre månader. Förfrågningar som gjorts i några försäkringskassor tyder på att ända upp till sex månaders sjukskrivning är vanligt innan en aktiv handläggning inleds.

För att de föreslagna reglerna om skyldighet att tidigt uppmärksamma rehabiliteringsbehov skall få avsedd effekt måste rutiner för närmare kontakter mellan försäkringskassan, den som utfärdar utlåtandet och arbetsgivaren, utarbetas. Läkarna behöver t.ex. få information om effekten av sina insatser och försäkringskassan behöver i sin tur uppgifter om prognos vad gäller arbetsförmågan, funktionsnedsättningens orsak och omfattning samt pågående eller planerad behandling. Ett försök med ett sådant samarbete med försäkringskassan pågår f.n. vid Sollentuna vårdcentral.

En annan viktig fråga är utformningen av lämplig statistik. I en försöksverksamhet inom ramen för FAS 90 (Framtida ADB-verksamhet inom socialförsäkringen på 90-talet och därefter) i Jönköpings län har det utvecklats förutsättningar för ett system som ger möjlighet till statistikinsamling på lokal nivå. I systemet lagras uppgifter om bl.a. arbetsställe, yrke, diagnos, sjukskrivningsförhållande m.m. Med hjälp av dessa uppgifter kan man t.ex. få fram:

- diagnosrelaterade kostnader som härrör från sjukvård men också från försäkringskassans insatser,
- larmsystem som anger när en viss diagnos är överrepresenterad inom ett yrke, på visst arbetsställe eller vid en vis typ av exposition.

Ett sådant statistiksystem kan bl.a. ge underlag för sjukvårdens planering, ge förutsättningar för förebyggande insatser i arbetsmiljö m.m. samt ge vägledning för prioritering av åtgärder i rehabiliteringsarbetet. Vidare bör ett sådant lokalt statistiksystem innebära att varje vårdcentral får information från försäkringskassorna om de sjukskrivningar läkaren genererar (antal sjukdagar, genomsnittlig sjukskrivningstid, information om långa sjukfall samt försäkringens kostnad för de aktuella sjukfallen).

Resurser och kompetens hos försäkringskassorna

För att försäkringskassorna skall klara sitt ökade ansvar i rehabiliteringsarbetet behövs en utveckling av personalens kompetens. Den personal som skall arbeta med rehabiliteringsärendena behöver förutom den vanliga utbildningen för socialförsäkringshandläggare även ha goda kunskaper om hur samhällets rehabiliterande resurser är uppbyggda och om individens beteenden i rehabiliteringsprocessen. Det sista är viktigt, då motivationen hos den enskilde ofta är avgörande för en framgångsrik rehabilitering. En sådan funktion, som kan benämnas rehabiliteringsvägledning, bör finnas hos försäkringskassorna.

I förslagen till ett nytt kapitel om rehabilitering i AFL föreslår vi att

försäkringskassan får ett ansvar för att se till att rehabiliteringsåtgärder vidtas tidigt. Detta innebär ett krav på mera aktiv handläggning hos försäkringskassorna. Som framgår av kapitel 2 har senare års besparingar lett till att arbetet med rehabilitering hos försäkringskassorna fått stå tillbaka i förhållande till andra områden. Kontakter med några kassor visar också att aktiv handläggning i de långa sjukfallen kommer igång allt för sent. Våra förslag som innebär att rehabiliteringsbehovet klarläggs betydligt tidigare än i dag, ökar kravet på aktiva åtgärder. Detta ställer ökade krav både på kompetens- och metodutveckling och på ökade resurser. Den teknikutveckling som FAS-90-utredningen föreslår kommer enligt utredningen att på sikt innebära personalbesparingar. En del av dessa personalbesparingar bör enligt vår mening kunna användas för rehabiliteringsverksamheten.

Socialförsäkringsnämnderna

Vi föreslår att socialförsäkringsnämnderna skall underrättas om ärenden där rehabiliteringsplan inte upprättas inom viss tid (sex månader). Avsikten med detta förslag är att kassornas förtroendevalda, med sin lokalkännedom och kunskap om förhållandena på den lokala arbetsmarknaden, skall få en möjlighet att aktivt medverka i arbetet med att initiera rehabilitering.

Socialförsäkringsnämnderna skall också besluta om förtidspension och om rehabiliteringsersättning till unga handikappade enligt vårt förslag i kapitel 8. Den ersättning som föreslås skall utbetalas av försäkringskassorna för åtgärder som inte annan myndighet har att svara för föreslås beslutas av socialförsäkringsnämnderna i de fall det innebär stora kostnader. Socialförsäkringsnämnden skall vidare ägna särskild uppmärksamhet åt rehabiliteringsärenden och därvid avgöra frågor som är av principiell betydelse.

6.2.5 Samverkansformer

Som framgår av avsnitt 5.3 finns det väl etablerade samrådsgrupper rörande rehabilitering. Framför allt gäller detta de lokala rehabiliteringsgrupperna, som finns knutna till i stort sett samtliga lokalkontor på försäkringskassorna. LRG har bildats för samråd och samarbete på lokal nivå mellan olika samhällsorgan. I ärenden där problemen är mer sammansatta, dvs. flera olika faktorer medverkar till den försäkrades arbetsoförmåga, är LRG ett i stort väl inarbetat samarbetsorgan. Där ges tillfälle att diskutera och få ärendena belysta från många olika håll. Den samlade kunskapsmängden är avsevärd i en väl fungerande LRG.

Det som brister i LRG-samarbetet i dag är kanske framför allt att ärendena fortfarande tas upp för sent, att individen inte alltid är medverkande i planeringen samt att man inte gör en heltäckande rehabiliteringsplan. Man har även från flera håll fört fram att man saknar beslutsbefogenheter och speciella medel till aktivare eller alternativa rehabiliteringsinsatser. Parterna i LRG har heller inte alltid tillräckliga kunskaper om

vilka rehabiliteringsmöjligheter de tillsammans förfogar över.

Vi anser att LRG borde vara ett utmärkt samarbetsorgan för rehabiliteringsfrågor som berör flera samhällsorgan. Samarbetet och arbetsformerna bör emellertid ytterligare utvecklas. Detta bör ske främst genom att i ett tidigare skede än i dag och i samråd med individen diskutera och komma överens om en rehabiliteringsplan. Det är då viktigt att grupperna består av beslutsmässiga företrädare för de samhällsorgan som ingår i LRG. I rehabiliteringsärenden som berör enbart två organ bör samverkan ske direkt mellan dessa. Så sker till stor del redan i dag, men vi vill understryka vikten av att detta utvecklas och att man därvid strävar efter så smidiga kontaktvägar som möjligt mellan rehabiliteringsaktörerna.

I RFV:s kungörelse (RFFS 1979:1) om rehabiliteringsgrupper m.m. regleras verksamheten i LRG. Där sägs bl.a. att LRG skall finnas vid kassans lokalkontor för samråd med andra samhällsorgan i ärenden som rör rehabilitering av försäkrade.

Vi föreslår en lagfäst skyldighet för rehabiliteringsaktörerna att samverka i rehabiliteringsfrågor. Denna skyldighet föreslås införas i de lagkomplex som reglerar respektive aktörs verksamhet. Vi anser emellertid att det är viktigt att inte alltför detaljerat reglera detta samråd. I ärenden som enbart berör två samhällsorgan, t.ex. försäkringskassan och arbetsförmedlingen, sker som redan påpekats samråd oftast genom direktkontakter mellan handläggande personal i respektive myndighet. Vid flera orter finns alternativa grupper till LRG, ibland kopplade till primärvården eller socialtjänsten. Samrådet bör därför få utvecklas fritt utifrån de lokala och regionala förutsättningarna. Regleringen syftar främst till att framhålla vikten av att varje rehabiliteringsaktör har en skyldighet att samarbeta med övriga aktörer i rehabiliteringsarbetet.

I de fall rehabiliteringen t.ex. innebär insatser i form av arbetstekniska hjälpmedel och arbetsorganisatoriska förändringar kan representanter för yrkesinspektionen adjungeras till rehagrupper eller motsvarande grupp. Grupperna bör vidare kunna kompletteras med företrädare för arbetsgivare och fackliga representanter.

Vidare föreslår vi att det anordnas gemensamma utbildningsdagar för ledamöterna i LRG, då man bl.a. klargör vilka resurser som sammantaget står till gruppens förfogande.

Initiativet till att ta upp ett ärende i LRG eller motsvarande grupp kan komma från antingen den berörda individen eller gruppens egna representanter inom sjukvården, försäkringskassan, socialtjänsten, kriminalvården, arbetsmarknadsverket eller från t.ex. företagshälsovården.

Det är således den representant som först uppmärksammar ett problem som i samråd med individen skall ta upp ärendet i rehabiliteringsgruppen. Eftersom ca 85 procent av dem som är i behov av rehabilitering har ett förvärvsarbete bör en stor del av initiativen tas av arbetsledaren, företagshälsovården och av de partsammansatta organen på arbetsplatserna. Även primärvården förutsätts uppmärksamma fler personer med rehabiliteringsbehov.

Ansvaret för att driva varje enskilt ärende skall sedan vila på den

verksamhetsföreträdare som har kompetens inom det aktuella området, utifrån en gemensam rehabiliteringsplan. Därför krävs att parterna ser över sina respektive rehabiliteringsresurser så att de kan användas på ett så bra sätt som möjligt.

I syfte att ge försäkringskassan möjligheter att ta initiativ till olika speciallösningar som inte ligger inom ramen för någon av aktörernas egentliga ansvarsområde föreslås sjukförsäkringen kunna bekosta sådana åtgärder. Kriteriet skall vara att det är en rehabiliteringsåtgärd som är väsentlig för att återföra den försäkrade till förvärvsarbete. Kostnaderna för åtgärden får emellertid inte bli större än vad kostnaderna för socialförsäkringen skulle blivit om åtgärden inte kommit till stånd.

För samarbete på länsnivå finns *centrala rehabiliteringsgrupper* inrättade, för att bl.a. diskutera policy och planeringsfrågor. Vi har konstaterat att dessa grupper på flertalet ställen för en tynande tillvaro. Endast ett fåtal grupper sammanträder regelbundet och har funnit lämpliga arbetsformer. För att samtliga länskassor skall anse att CRG är en värdefull samarbetsgrupp i länsövergripande rehabiliteringsfrågor behöver troligtvis grupperna tillföras några mera konkreta uppgifter än de har i dag. En sådan är vårt förslag, som utvecklas längre fram i detta avsnitt, att CRG skall ta fram underlag för fastställande och fördelning av delar av den allmänna sjukvårdsersättningen till sjukvårdshuvudmännen, dvs. visa på resursbehov inom sjukvården för att minska sjukligheten. En annan skulle kunna vara att ansvara för och samordna utbildningen i rehagrupperna. Ytterligare uppgifter borde vara att svara för statistik över rehabiliteringsverksamheten på länsnivå, samt att initiera och leda projekt- och försöksverksamhet inom länet.

Sammanhållen utbildning och metodutveckling

Som tidigare nämnts finns ett behov av ökade kunskaper hos alla aktörer i rehabiliteringsarbetet. Ökade krav på arbetsgivarna och en betoning av arbetsplatsens centrala roll som utgångspunkt för rehabiliteringsarbetet kräver en utveckling av kompetensen på arbetsplatserna bland t.ex. arbetsledare, personaladministratörer och fackliga företrädare. Det förutsätter också att företagshälsovårdens kompetens och verksamhet vidareutvecklas. Inom primärvården krävs ökade kunskaper om och förmåga att handskas med psykosomatiska, psykologiska och psykosociala problem hos patienterna. Vidare behövs en utveckling av försäkringskassornas kompetens för att de skall klara sin roll som samordnare av rehabiliteringsarbetet. Erfarenheterna från bl.a. Östhammarsprojektet visar också att det är en fördel om utbildningen, när det gäller samverkan och metoder, är gemensam för alla som skall samverka i rehabiliteringsarbetet.

Försöksverksamhet i olika delar av landet har visat att det är möjligt att påverka sjukfallens längd och i förlängningen sannolikt också förtidspensioneringarna. Försöksverksamheten har ofta inriktats på att utveckla metoder för utökat samarbete t.ex. Trelleborgsprojektet, Östhammars-

projektet och försöken i Lerums kommun. Erfarenheterna från olika projekt sprids dock inte alltid till andra delar av landet. En viktig uppgift för RFV bör vara att föra ut resultaten av de olika försöksprojekten till tillämparna. Detta aktualiserar också frågan om styrning av utbildning, forskning och metodutveckling är nödvändig? En ordentlig satsning på en sammanhållen utbildning och metodutveckling är troligen det som ger de största vinsterna ur samhällsekonomisk och statsfinansiell synpunkt. Vi menar att erfarenheterna från olika samverkansprojekt måste på ett helt annat sätt än i dag utvärderas och läggas till grund för att utveckla lämpliga samarbetsmetoder. Detta föreslås ske i en samordnad organiserad form där alla samhällssektorer som deltar i rehabiliteringsarbetet ingår. Detta utvecklas närmare i kapitel 11.

Vi föreslår vidare särskilda insatser vad gäller utbildnings- och forskningsfrågor inom socialförsäkringsområdet. Härigenom kan forskning och utbildning på detta område ges det intresse och den tyngd som erfordras för att utveckla rehabiliteringen. Förslag i denna del utvecklas närmare i kapitel 12.

6.2.6 Styrning genom marginella förändringar i de nuvarande ekonomiska systemen inom rehabiliteringsområdet

I detta avsnitt redovisas ett antal förändringar i rehabiliteringsystemet, varav huvuddelen utgörs av förslag som utförligare beskrivits i andra avsnitt av betänkandet.

Utgångspunkten för förändringarna är att försäkringskassan åläggs att tillse att en rehabiliteringsplan upprättas för en försäkrad som skall delta i en rehabiliteringsåtgärd. Detta innebär att det övergripande tillsynsansvaret för rehabiliteringsfallen läggs på en myndighet.

Vi har tidigare påpekat att ett avgörande hinder för en omstrukturering av rehabiliteringsverksamheten är brist på resurser och kompetens inom de organisationer som arbetar med rehabilitering. I syfte att tillskapa sådana resurser föreslås bl.a. att det hos försäkringskassorna inrättas särskilda funktioner för rehabiliteringsvägledning. Även andra åtgärder i kompetenshöjande syfte föreslås, t.ex. gemensamma utbildningsinsatser.

Vårt förslag att låta försäkringskassorna under vissa förutsättningar (se kap. 8) ersätta kostnader för sådana rehabiliteringsåtgärder som inte kan betalas av annan myndighet, kommer även att påverka det ekonomiska systemet inom rehabiliteringsområdet. Som komplement till denna generella regel föreslås att det inrättas särskilda, av försäkringskassan betalda, platser hos AMI till försäkringskassans disposition. Vi anser vidare att det är viktigt att prövnings- och träningsplatser finns i tillräcklig omfattning på arbetsplatserna. Dessutom föreslås att försäkringskassan får möjligheter att i vissa fall ersätta kostnader för resa till och från arbete samt för arbetshjälpmedel. Dessa förslag, som utvecklas längre fram i betänkandet, innebär således ett steg på vägen mot ett system där försäkringskassan styr rehabiliteringsarbetet med ekonomiska medel.

Två invändningar kan emellertid göras mot denna metod att endast låta vissa begränsade delar av rehabiliteringsarbetet styras med ekonomiska medel. Den första är att gränsdragningen mellan försäkringskassefinansierade tjänster och tjänster som betalas av andra huvudmän kan bli oklar. Sådana eventuella oklarheter skapar problem med övervältring av kostnader mellan huvudmännen. Kostnadsövervältringsproblemet är allvarligt och bör undvikas genom klar ansvarfördelning mellan huvudmännen. Riskerna för kostnadsövervältring kan emellertid inte ses som så allvarliga att de bör hindra alla försök till upphandling av rehabiliteringstjänster.

Den andra invändningen är att upphandlingen av rehabiliteringstjänster inte bör ske utan tillgång till ett genomarbetat prissättningssystem. Utan ett sådant system blir dels upphandlingen svårhanterlig med frekventa förhandlingar om kostnadsersättningen, dels risken för felaktiga prissignaler uppenbar.

Försäkringskassorna föreslås vidare få möjligheter till större flexibilitet vad gäller ersättningen till den försäkrade. Syftet är att underlätta rehabiliteringsarbetet genom att motivera den försäkrade och arbetsgivarna att delta i rehabiliteringsåtgärder. Förslagen innebär för det första en ytterligare differentiering av sjukpenningen genom införande av kvarts och trekvarts sjukpenning och för det andra ett införande av en ny ersättningsform, s.k. rehabiliteringsersättning. Förslagen utvecklas i kapitel 8.

Möjligheterna att skapa bättre samband mellan sjukvården och sjukförsäkringen i ekonomiskt hänseende

I dagens sjukförsäkringssystem finns, som påpekats i kapitel 2, problem med att mera direkt koppla ihop kostnader för sjukpenning och resurser för olika typer av sjukvård (inklusive förebyggande åtgärder). Utbetalaren av sjukpenning (försäkringskassan) har inga möjligheter att påverka sjukvårdsapparatens utformning, medan producenten av sjukvården (landstingen) inte har någon direkt ekonomisk vinning av att utforma sin vårdapparat med det direkta syftet att söka minska sjukpenningersättningen.

I det följande ges en idéskiss för hur bättre möjligheter skulle kunna skapas för att beakta kopplingen mellan sjukvårdens utformning och sjukpenningkostnadernas storlek och utveckling.

En sådan lösning kan enligt vår mening vara att centralt avdela ett särskilt ersättningsbelopp från sjukförsäkringen i syfte att öka sådana insatser hos sjukvårdshuvudmännen som bidrar till förbättrad rehabilitering och andra åtgärder som kan korta ned framför allt de långa sjukfallen. Underlag för bestämmande av storleken och inriktningen av denna pott skall inför varje beslut om försäkringsersättningarna tas fram lokalt av de centrala rehabiliteringsgrupperna och sammanställas centralt av RFV under medverkan av Landstingsförbundet och SoS. På detta sätt kan en del av försäkringsersättningarna till sjukvårdshuvudmännen

användas för att åstadkomma en aktivare sjukvårdsplanering som tar hänsyn till försäkringens intresse.

Den slutliga fördelningen av dessa medel inom sjukvården skulle ske först efter det att överläggningar ägt rum mellan respektive landsting och försäkringskassa, således med medverkan av förtroendevalda. Fördelningen skulle då inte avse användning på individnivå utan dimensionering av olika områden, t.ex. större satsningar på medicinsk rehabilitering inom såväl primär- som länssjukvården.

Försäkringskassan har redan i dag en betydande kunskap om vad som inom det egna kassaområdet är orsakerna till långa sjukskrivningar. Ett sådant underlag bör vara en god grund för att i överläggningar med landstingen söka påverka sjukvårdens utformning för att t.ex. minska väntetiden för vissa behandlingar och därmed nedbringa de långa sjukskrivningarna. Med en förbättad statistik från sjukförsäkringen, t.ex. med uppgifter om sjukskrivningsorsaker, arbetsplatser etc. skulle ett mycket bra underlag finnas tillgängligt för sådana överläggningar. Med ett ansvar att genomföra överläggningarna på nivån försäkringskassa/landsting kan också bättre hänsyn tas till olika regionala förhållanden. Fr.o.m. 1988 skall man ta hänsyn till dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspension samt andelen ensamboende äldre vid fördelningen av ersättningen till sjukvårdshuvudmännen.

Ett system av detta slag skapar inga direkta ekonomiska incitament för landstingen. Det borde dock också vara möjligt att beakta effekten för sjukförsäkringen av minskade sjuktal i överläggningarna om den totala storleken på ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen. Ett sätt att skapa underlag för detta kan vara att komplettera nuvarande system för ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen med ett moment som tillför sjukvårdshuvudmännen en andel av de minskade sjukpenningersättningar som följer med en minskning av sjuktalet.

För att närmare koppla detta till långtidssjukskrivning och rehabilitering kan man låta enbart förändringen av de långa sjukfallen vara bestämmande för hur stort detta extra bidrag eller avdrag för respektive landsting skall vara. Konstruktionen av ett sådant system får dock inte innebära att landstingen drabbas av minskade bidrag när sjukligheten stiger på grund av orsaker som inte kan förutses eller kontrolleras av sjukvården eller sjukförsäkringen, t.ex. epidemier.

7 Behovet av särskilda resurser för arbetsförmågeutredning och rehabilitering

I direktiven sägs bl.a. att vi bör pröva försäkringskassornas behov av särskilda resurser för undersökning och rehabilitering. Vidare påpekas att försäkringskassorna i dag i viss utsträckning har tillgång till sådana resurser vid RFV:s sjukhus i Nynäshamn och Tranås.

7.1 Kliniker för medicinsk rehabilitering

7.1.1 Socialstyrelsens principprogram

Medicinsk rehabilitering utgör en medicinsk specialitet med särskilda behörighetskrav för läkare. I februari 1978 presenterade SoS ett principprogram för medicinsk rehabilitering (1978:3). I detta framhålls att rehabilitering bedrivs på alla nivåer och inom de flesta områden inom sjukvården. Målsättningen är framför allt att uppnå funktionsförbättringar.

Rehabiliteringsåtgärderna tar inte bara sikte på att ge patienten möjlighet att klara sig själv i den dagliga tillvaron. De syftar också till att skapa förutsättningar för att integrera patienten i arbetsliv och i skilda samhällsaktiviteter, dvs. göra honom självständig och oberoende.

Medicinska funktionsnedsättningar kompliceras ofta av omgivningsfaktorer som olämplig bostad, dålig ekonomi, besvärliga kommunikationer, otillräcklig utbildning, bristande sysselsättningsmöjligheter, svårigheter i familjesituationen m.m. Rehabiliteringsmedicinska åtgärder riktar sig därför dels mot individen, dels mot den omgivande miljön genom förbättringar som gäller t.ex. bostaden, arbetsplatsen och kommunikationerna.

Den individinriktade sidan av medicinsk rehabilitering är framför allt inriktad på träning, såväl av basala funktioner såsom kondition, styrka, koordination, som mera sammansatta funktioner såsom ADL och arbete.

Den samhällsinriktade sidan där åtgärderna sätts in i patientens omgivning har beröringsytor mot socialmedicin, företagshälsovård och yrkesmedicin.

Målgrupper för medicinsk rehabilitering

Allt efter graden och arten av funktionsnedsättning kan personer som behöver medicinsk rehabilitering indelas i följande grupper:

- Gravt fysiskt funktionshindrade — hos dessa sträcker sig behandlingen över förhållandevis lång tid och omfattar en komplicerad behandlingskedja med systematiskt samordnade medicinska och sociala åtgärder.
- Måttligt fysiskt funktionshindrade — många personer inom denna grupp är inte i behov av omfattande medicinska rehabiliteringsåtgärder. I de fall då sådana krävs kompliceras emellertid situationen ofta av psykologiska och/eller sociala faktorer.
- Psykiskt funktionshindrade — hit hör gruppen med måttliga psykiska funktionsnedsättningar, ofta förenade med somatiska symtom och sociala problem med krav på särskilda rehabiliteringsåtgärder. Denna grupp behöver i flertalet fall inte tas om hand inom den psykiatriska vårdorganisationen.

Behandlingsformer inom medicinsk rehabilitering

Behandlingsformerna är i huvudsak följande:

- Medicinsk behandling, (t.ex. fortsatta åtgärder enligt tidigare ordination).
- Sjukgymnastik med funktionsprövning och funktionsträning samt övrig fysikalisk behandling (t.ex. termo- och elektroterapi).
- Arbetsterapi med funktionsprövning och funktionsträning (t.ex. ADL-träning).
- Hjälpmedelsåtgärder (t.ex. utprovning och träning beträffande ADL-hjälpmedel).
- Yrkesinriktade åtgärder (t.ex. stödjande pedagogiska åtgärder).
- Miljöåtgärder (t.ex. ergonomiska åtgärder i samband med boende, utbildning och arbete).
- Psykiatrisk — psykologiska åtgärder (t.ex. samtalsterapi och familjestödjande åtgärder).
- Sociala åtgärder (råd och hjälp i olika personliga angelägenheter, t.ex. i bostadsfrågor och ekonomi).

Samverkan

Den medicinska rehabiliteringen är ofta bara ett första led i en rehabiliteringsprocess och i de flesta fall behövs även andra rehabiliteringsåtgärder, som ligger utanför sjukvårdens kompetensområde. Det är framför allt tre verksamhetsområden som den medicinska rehabiliteringen behöver ett kontinuerligt samarbete med, nämligen arbetsförmedling, försäkringskassa och kommun.

7.1.2 Rehabiliteringsklinikernas verksamhet

Rehabiliteringsklinikerna är regelmässigt inordnade i sjukvårdshuvudmannens organisation. Detta medför att reglerna om vårdavgifter, pati-

entavgifter, ersättning för resor m.m. är desamma som för sjukvårdshuvudmännens vård i övrigt.

Inom specialiteten medicinsk rehabilitering gör man en helhetsbedömning av patientens möjligheter att tillgodogöra sig rehabilitering och lära sig leva med sin funktionsnedsättning. En rad åtgärder sätts in samtidigt, t.ex. träning av rörelseförmåga och kondition, träning i att använda tekniska hjäpmedel, allmän psykologisk aktivering, träning av uthållighet i arbetssituationer och anpassning till regelbunden aktivitet. Härtill kommer personlig rådgivning och vägledning i sociala och yrkesinriktade frågor samt psykiskt stöd genom samtal och gruppaktiviteter. Patientundervisning är viktig för att skapa en verklighetsanpassad uppfattning hos patienten.

Det centrala är alltså att olika behandlingsaktiviteter, sociala, psykiska och somatiska sätts in samtidigt.

I SoS principprogram anges målgrupperna för klinikernas verksamhet. Vilka patienter klinikerna tar emot varierar dock bl.a. beroende på vilka rehabiliteringsresurser som i övrigt finns. Man kan i princip urskilja två patientkategorier. Den ena kommer i direkt anslutning till en omedelbar skada t.ex. hjärnblödning eller olycksfall. Målsättningen för denna grupp begränsar sig ofta till eget boende och egen omvårdnad. Den andra gruppen har ofta varit sjukskriven en längre tid på grund av funktionshinder i rörelseorganen. Målsättningen här är oftast arbetsåtergång.

De yrkeskategorier som finns till förfogande vid klinikerna är företrädesvis läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer.

Patienterna remitteras till medicinsk rehabiliteringsklinik från andra kliniker inom den slutna vården, öppenvårdsmottagningar, primärvården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och FHV.

Klinikerna har förutom sina direkta behandlingsuppgifter ansvar för följande:

- Ge service åt andra kliniker inom det egna sjukhuset, bl.a. när det gäller att upprätta vårdprogram eller rehabiliteringsprogram för enskilda patienter.
- Fungera som konsult gentemot länsdelssjukhus, inom primärvården och andra organ med rehabiliteringsuppgifter.
- Undervisa i medicinsk rehabilitering samt främja metodutveckling och samarbete.

År 1987 fanns rehabiliteringskliniker i 16 av landets 26 sjukvårdsområden. Sammanlagt fanns 18 kliniker varav tre i Stockholms län. 1985 fanns det 404 platser i sluten vård och 359 dagvårdsplatser.

Gjorda kartläggningar av verksamheten vid landets rehabiliteringskliniker visar bl.a. att muskuloskelettala sjukdomar utgör den största diagnosgruppen vid rehabiliteringsklinikerna och representerar nästan 30 procent av patienterna. De flesta av de patienter som remitteras till klinikerna från försäkringskassorna tillhör denna grupp. Vidare att ca 20 procent av patienterna gått tillbaka till eller funnit en ny arbetsplats inom den öppna arbetsmarknaden, 30—35 procent rekommenderades arbets-

vårdande åtgärder, 25—35 procent pensionerades och 20 procent rekommenderades andra åtgärder som inte specificerats.

Medicinska rehabiliteringskliniken vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har gjort en verksamhetsuppföljning som avsåg 858 patienter som under 1982-1984 påbörjade rehabilitering med återgång i arbete som huvudsaklig målsättning. 647 patienter fullföljde rehabiliteringsprogrammet och undersöktes ifråga om bakgrundsdata, orsak till arbetsoförmåga, rekommendation gällande försörjningsform och utfall ett år senare.

Drygt hälften av patienterna i undersökningen remitterades från sjukhus och 1/3 från primärvård. Den huvudsakliga orsaken till arbetsoförmåga var olika värktillstånd från rörelseorganen. De flesta hade multipla funktionsnedsättningar. Patienterna hade lång sjukfrånvaro före påbörjad rehabilitering, i medeltal drygt åtta månader, fler än 1/3 hade mer än ett års sjukfrånvaro. Ca 30 procent var arbetslösa. Nära hälften var invandrare. Drygt 60 procent av patienterna rekommenderades arbetsåtergång efter avslutad rehabilitering. De flesta direkt, men några efter utbildning alternativt efter genomgång av AMI. Resterande, nära 40 procent rekommenderades sjukbidrag/pension. Ett år efter avslutad rehabilitering var drygt 40 procent i arbete, 35 procent hade erhållit sjukbidrag/pension och drygt 20 procent var sjukskrivna.

Negativa faktorer för en arbetsåtergång visade sig i undersökningen vid Sahlgrenska sjukhuset vara: högre ålder, lång sjukfrånvaro före påbörjad rehabilitering, härkomst från icke-skandinaviska europeiska länder, behov av tolk, mångfaldiga orsaker till arbetsoförmåga samt arbetsoförmåga orsakad av hjärt-kärlsjukdom. Arbetslöshet däremot påverkade varken den rekommendation som gavs eller arbetsstatus ett år senare. Patienter med kroniskt värksyndrom återgick i arbete i lika hög frekvens som hela gruppen. Intressant var att bland de patienter som varit borta från arbetet längre än två år kunde hela 45 procent rekommenderas arbetsåtergång.

7.1.3 Behovet av medicinsk rehabilitering

Medicinska rehabiliteringskliniker finns endast i drygt hälften av landets sjukvårdsområden. Någon nämnvärd utbyggnad har inte gjorts under den sista tioårsperioden. I juni 1977 fanns sådana kliniker i tolv sjukvårdsområden mot 16 år 1987.

Att utbyggnaden av medicinsk rehabilitering gått långsamt har flera orsaker. På en av SoS anordnad konferens om medicinsk rehabilitering i oktober 1980, framhölls som en orsak att man inte kunnat utbilda personal, i första hand läkare, i den takt som varit nödvändig. En annan orsak ansågs vara att behovet av medicinsk rehabilitering aldrig riktigt kunnat beskrivas och fångas i siffror.

I SoS principprogram (1978:3) förs ett resonemang omkring behovet av rehabilitering. Bl.a. konstaterar man, att någon fullständig inventering inte gjorts vilket hänger samman med svårigheten att definiera funktionsnedsättningar och därmed avgränsa de grupper som kan anses i

behov av rehabilitering. Vissa uppskattningar har dock gjorts. Dessa tyder bl.a. på att det finns ca 500 000 vuxna personer (16—64 år) med fysiska funktionsnedsättningar och att ca 100 000 av dessa är svårt ADL-handikappade, dvs. har svårt att klara det dagliga livets aktiviteter. Därtill kan läggas att varje år avslutas ca 65 000 sjukfall som varat längre tid än 180 dagar. Mer än 50 procent av dessa har sjukdomar i rörelseorganen, ofta i kombination med psykosomatisk och social problematik. Många av dessa är i behov av särskild rehabiliteringsutredning.

Ytterligare en orsak till att de medicinska rehabiliteringsklinikerna inte byggs ut mera är, att denna kompetens avses att höjas inom primärvården och företagshälsovården. En grundläggande tanke i hälso- och sjukvård är att vård och behandling skall förläggas så nära patientens hemmiljö som möjligt. Konsekvensen av detta synsätt blir att även huvuddelen av rehabiliteringsarbetet bör inlemmas i primärvården. Liksom för hälso- och sjukvården i övrigt skall den specialiserade länssjukvården svara för de svåra rehabiliteringsfallen, utveckla metoder, samt göra konsultinsatser åt övrig länssjukvård och primärvård.

Ett exempel på aktiv primärvårdsrehabilitering finns i ett samverkansprojekt mellan medicinska rehabiliteringskliniken i Borås och primärvården i Lerums kommun, där man under 1980—1982 prövade nya former för att ge patienter med rehabiliteringsbehov snabb och adekvat hjälp. Projektet visade att en väl utbyggd primärvård, med stöd från länssjukvårdens specialister och i samverkan med olika intressenter på rehabiliteringsområdet, kan fånga upp och tillgodose en stor del av rehabiliteringsbehoven. I den studie som gjordes fann man att om rehabiliteringsinsatser sattes in inom fem veckor, kom över 80 procent av patienterna i arbete med en genomsnittlig sjukskrivningstid på sju veckor. Insattes rehabiliteringsåtgärderna efter fyra månader kom endast 40 procent i arbete, med en genomsnittlig sjukskrivningstid på 38 veckor. Man fann dessutom att endast en mindre del av patienterna behövde remitteras till specialistkliniker inklusive den medicinska rehabiliteringskliniken. Projektet visade emellertid också att en klinik för medicinsk rehabilitering spelar en viktig roll som basresurs för rehabiliteringsarbetet inom sjukvårdsområdet.

Den samverkan i rehabiliteringen som prövats med så stor framgång i Älvsborgs län är troligen en lämplig metod för att få till stånd tidigare insatser och en bättre helhetssyn. Den förutsätter dock att medicinska rehabiliteringskliniker finns i alla sjukvårdsområden för att ansvara för den medicinska samordningen, utbildning och konsultinsatser inom en väl utbyggd primärvård.

7.2 Riksförsäkringsverkets sjukhus

7.2.1 Bakgrund

I detta avsnitt behandlas socialförsäkringens behov av särskilda resurser för arbetsförmågeutredning och rehabilitering vid RFV:s sjukhus i Ny-

näshamn och Tranås. Denna resurs skall naturligtvis ses i ett större sammanhang, där AMI, medicinska rehabiliteringskliniker, m.fl. verksamheter sätts in.

Av våra direktiv framgår att dåvarande socialministern avsåg att föreslå regeringen att utreda sjukhusens framtida ställning. "En sådan utredning bör bedrivas i nära samarbete med den nu aktuella utredningen, framför allt vad avser försäkringskassornas behov av sådana resurser som sjukhusen tillhandahåller."

AB Kurortsverksamhet, som äger RFV:s sjukhus i Nynäshamn och Tranås samt Badhotellet i Tranås, har på egen hand under perioden juli 1986—januari 1987 utrett sjukhusens framtida verksamhet. Syftet med utredningen var att, mot bakgrund av en analys av socialförsäkringens behov av särskilda utrednings- och behandlingsresurser, formulera riktlinjer för den framtida verksamheten vid sjukhusen.

Detta avsnitt bygger huvudsakligen på denna utredning, som för övrigt skett i samarbete med rehabiliteringsberedningens arbete. Vi har vidare i samband med besök på sjukhusen fått information om deras verksamhet och utvecklingstankar.

7.2.2 Nuvarande verksamhet vid sjukhusen

Sjukhusens uppgifter har i utredningsrapporten sammanfattats i följande satser:

- Att utföra kvalificerade utredningar och initiering av rehabiliterande åtgärder i socialförsäkringens tjänst.
- Att inom sjukhusets kompetensområde utveckla den vårdande och rehabiliterande verksamheten inom socialförsäkringsområdet.
- Att inom sjukhusets kompetensområde bedriva övrig utredande, vårdande och rehabiliterande verksamhet.

Badhotellet i Tranås är ett s.k. sjukhushotell med inriktning att i första hand ta emot gäster i behov av sjukvård och rehabilitering, i andra hand hotell och matgäster, samt abonnemang av olika slag. Helpensions- och konvalescentgäster har vid vistelse på hotellet tillgång till sjukhusets vård- och behandlingsresurser enligt läkaranvisning. Badhotellet är av SoS godkänt som ett enskilt sjukhem för konvalescentvård. Badhotellets verksamhet i övrigt berörs inte här.

Det rör sig i princip om två olika patientgrupper som besöker RFV:s sjukhus. Den första gruppen består av sådana patienter som har remitterats till sjukhusen antingen från försäkringskassorna eller från landstingen (sjukvårdshuvudmännen). De patienter som remitterats från försäkringskassorna är sådana patienter som är särskilt svårbedömda ur sjukförsäkringssynpunkt (utredningspatienter). Dessa kan delas in i två undergrupper, dels utredning för rehabilitering och dels utredning för förtidspension. Patienterna som har remitterats från sjukvårdshuvudmännen kommer till sjukhusen huvudsakligen för att de skall få vård för olika sjukdomstillstånd (vårdpatienter). Sjukhusvistelsen för denna patientgrupp är ett led i ett långsiktigt funktionsbevarande behandlingsprogram.

Den andra huvudgruppen består av s.k. öppen-vårdspatienter (poliklinisk verksamhet). Det är frågan om patienter som själva söker sig till sjukhuset för läkarvård eller annan behandling i olika avseenden. Patienterna utgörs huvudsakligen av gäster på badhotellet, från lokalbefolkningen eller från personalen på sjukhusen och badhotellet.

För remisspatienterna erhåller sjukhusen en vårdavgift som är 470 kronor per dygn vid sjukhuset i Tranås och 575 kronor per dygn för sjukhuset i Nynäshamn. När det gäller utredningspatienterna betalar försäkringkassan (hemkassan) 45 kronor av vårdavgiften medan resten tillskjuts av RFV. Även när det gäller vårdpatienterna betalar försäkringskassan (hemkassan) 45 kronor, medan för dessa patienter respektive hemlandsting tillskjuter resterande del av vårdavgiften. Remisspatienterna betalar inte någon patientavgift till sjukhusen.

Remisspatienterna är som regel sjukskrivna och uppbär därför sjukpenning. För varje dag som patienten vistas på sjukhusen minskas emellertid sjukpenningen med 55 kronor, dock med högst 1/3 av sjukpenningens belopp, enligt 3 kap. 4 § AFL.

Patienten erhåller dessutom reseersättning i viss utsträckning. Försäkringskassan betalar som regel kostnaderna för inställelse- och hemresorna på sätt som anges i förordningen (1987:82) om ersättning vid sjukresa. Övriga resor betalas i huvudsak av patienterna själva. Emellertid förvaltar vissa försäkringskassor fonder, från vilka reseersättning kan utgå i vissa fall, dessutom har vissa fackförbund försäkringar vilka i viss utsträckning också täcker resekostnader.

När det gäller öppenvårdspatienterna får sjukhusen enligt ett regeringsbeslut av 1985-01-10 ersättning med 150 kronor per läkarbesök. Ersättningen utges under förutsättning att patientavgift tas ut enligt de bestämmelser som gäller för offentlig sjukvårdshuvudman, enligt förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från försäkringen enligt lagen om allmän försäkring. Såväl läkarvårdsersättningen som patientavgiften tillförs sjukhusen. Även i dessa fall kan reseersättning utgå enligt förordningen om ersättning vid sjukresa.

Under de allra senaste åren har relationen mellan vårdpatienter och utredningspatienter kraftigt förskjutits. Relationen var 1983 den att ca hälften var utredningspatienter. Under 1986 hade antalet utredningspatienter höjts så kraftigt att relationen är ca 85 procent utredningspatienter och 15 procent vårdpatienter. Andelen vårdpatienter kommer troligen att fortsätta att minska mot noll eftersom försäkringskassorna remitterar alltfler utredningspatienter. Denna utveckling är också en uttalad målsättning från sjukhusens sida. Man kan också konstatera att det är förhållandevis yngre patienter, som varit sjukskrivna kortare tid, som remitteras från försäkringskassorna idag än tidigare. Huvudsakligen består dessa av oklara rehabiliteringsfall. Detta kan tolkas som en kursändring troligen beroende dels på en utveckling och effektivisering hos de remitterande försäkringskassorna och hos sjukhusen själva, samt dels på grund av den kritik som ibland riktats mot sjukhusen.

Sjukhusens statistik för första halvåret 1986 visar att närmare 55 pro-

cent av patienterna hade varit sjukskrivna längre tid än ett år när de skrevs in.

Tabell 7:1 Patienter för rehabiliteringsutredning vid RFV:s sjukhus första halvåret 1986, procentuellt fördelade efter sjukskrivningstid vid inskrivning

Sjukskrivningstid månader	
- 6	16,8
7 - 12	28,5
13 - 18	18,0
19 - 24	9,0
25 -	18,0
Har sjb/ftp	9,7
	100

Om man jämför statistiken över sjukskrivningstiden före intagning mellan åren 1983 till 1987 kan man konstatera att det skett en förskjutning mot patienter med kortare sjukskrivningstid. I tabell 7:2 kan man se att de riktigt långa fallens procentuella andel (3 år eller mer) har minskat till hälften (från ca 12 procent till ca sex procent).

Tabell 7:2 Patienter vid RFV:s sjukhus i Tranås år 1983 resp. 1987, procentuellt fördelade efter sjukskrivningstid vid inskrivning

	1983	1987
Sjukskrivning mindre än 1 år	39,8 %	43,2 %
" 1—2 år	30,6 %	38,5 %
" 2—3 år	17,9 %	12,2 %
" 3—5 år	9,0 %	5,4 %
" mer än 5 år	2,7 %	0,7 %

Framför allt har kritiken mot RFV:s sjukhus riktat sig mot att vistelsen på sjukhusen oftast inte lett till rehabilitering utan till förtidspension. Av preliminära uppföljningsresultat från Tranås sjukhus kan man utläsa att antalet patienter med rekommendation om arbete ökar, medan antalet som efter utredning rekommenderas sjukbidrag/förtidspension minskar.

Tabell 7:3 Utredningspatienter vid Tranås sjukhus fördelade på av sjukhuset lämnad rekommendation åren 1983 resp. 1987/88*

	1983	Försök 87/88
Arbetsföra i någon form	24,9 %	39 %
Pension/sjukbidrag	62,0 %	52 %
Fortsatt utredning/rehab	2,8 %	9 %
Övriga (ingen rekommendation)	10,3 %	-

*) Siffror från pågående försöksverksamhet i samverkan med Älvsborgs- och Östergötlands läns allmänna försäkringskassa.

Även f.d. patienter har många gånger haft kritiska synpunkter på sin vistelse vid RFV:s sjukhus. Man anser att det i stort är för dåligt planerad tid med för låg aktivitet och för få behandlingar. Det är omfattande inaktiv tid mellan behandlingarna och innan behandlingarna kommer igång. Man upplever vidare ingen förbättring av sin hälsa.

Kritiken har bl.a. lett till att flera sjukskrivna idag säger nej till en vistelse vid RFV:s sjukhus. Även bland läkare och försäkringskasseföreträdare finns ibland en tveksamhet till att remittera patienter till RFV:s sjukhus.

Under 1985 tog RFV:s sjukhus emot 2 604 utredningspatienter remitterade av försäkringskassorna vilket framgår av tabell 7:4. I tabellen redovisas även de 289 utredningspatienter som samma år togs emot av Åre sjukhus fördelade på remitterande försäkringskassor.

Tabell 7:4 Antalet utredningspatienter vid RFV:s sjukhus samt vid Åre sjukhus, år 1985

Län	Tranås	Nynäshamn	Totalt	Åre
Stockholms län	9	833	842	2
Uppsala län	-	13	13	-
Södermanslands län	20	54	74	1
Östergötlands län	176	-	176	-
Jönköpings län	147	-	147	-
Kronobergs län	94	5	99	1
Kalmar län	136	2	138	-
Gotlands län	1	6	7	-
Blekinge län	102	19	121	-
Kristianstads län	80	5	85	-
Malmöhus län	85	1	86	-
Hallands län	26	-	26	-
Bohuslän	84	-	84	2
Älvsborgs län	97	-	97	-
Skaraborgs län	12	-	12	-
Värmlands län	66	16	82	3
örebo län	40	29	69	-
Västmanlands län	7	112	119	-
Kopparbergs län	5	38	43	20
Gävleborgs län	1	126	127	51
Västernorrlands län	9	11	20	35
Jämtlands län	-	2	2	74
Västerbottens län	-	5	5	61
Norrbottens län	-	18	18	33
Malmö	51	1	52	-
Göteborg	50	10	60	6
Totalt	1 298	1 306	2 604	289

Av tabell 7:4 kan man utläsa att kassorna i södra Sverige i huvudsak utnyttjar Tranås sjukhus, kassorna i mellersta Sverige Nynäshamn och kassorna i Norrland Åre sjukhus. Patienterna vill av naturliga skäl remitteras till det närmast liggande sjukhuset. Verksamheten vad gäller utredningspatienter är likvärdig vid de tre sjukhusen, vilket leder till en naturlig geografisk spridning av utredningspatienterna.

Åre sjukhus

Åre sjukhus var fram till 1979, då Jämtlands läns landsting, enligt särskilt avtal övertog verksamheten, ett av RFV:s sjukhus. Åre sjukhus har specialiserat sig på patienter med astma och allergibesvär. Vid sidan av denna patientkategori har man huvudsakligen patienter med sjukdomar i rörelseorganen. Här kan nämnas det nackskadeprojekt (Whiplash) som bedrivs i samarbete mellan Folksam och Åre sjukhus. Utredningspatienterna utgjorde 22 procent av sjukhusets totalt 1 301 patienter 1985. Läkarna uppskattar att de 289 utredningspatienterna vid Åre sjukhus fördelar sig med ca 15 procent astma och allergi och 75 procent av gruppen sjukdomar i rörelseorganen.

Till grund för den ekonomiska regleringen när det gäller utredningspatienterna ligger ett regeringsbeslut från 1983-07-14 och ett avtal som träffades mellan Jämtlands läns landsting och regeringen i samband med att landstinget övertog dåvarande RFV:s sjukhus i Åre. Enligt beslutet och avtalet skall sjukhuset ha skyldighet att ta emot sådana patienter som remitterats dit för undersökning och utredning för den allmänna försäkringens behov. Därvid avses utredningar som begärs av allmän försäkringskassa enligt 2 kap. 11 § och 16 kap. 2 § AFL, samt författningar som hänvisar till dessa bestämmelser.

I nämnda regeringsbeslut föreskiver regeringen, att ersättning för ifrågavarande undersökningar och utredningar som för allmän försäkringskassas räkning utförs vid Åre sjukhus, skall utgå till huvudmannen för sjukhuset med ett belopp som motsvarar den faktiska kostnaden. Beslutet gäller längst till utgången av år 1988. Den nuvarande faktiska vårdkostnaden uppgår till 790 kronor per dygn. Detta innebär att för utredningspatienterna betalar försäkringskasan (hemkassan) angivna belopp per dygn till Åre sjukhus.

Utredningspatienterna är som regel sjukskrivna, vilket innebär att de uppbär sjukpenning med sådant avdrag som anges i 3 kap. 4 § AFL. Patientavgift erlägges inte. När det gäller resekostnadsersättningen gäller samma förhållande som vid Tranås och Nynäshamns sjukhus.

När det gäller vårdpatienterna, föreligger det ett avtal mellan Åre sjukhus och Stockholms läns landsting, vilket innebär att landstinget erlägger 776 konor per dygn i vårdavgifter för de patienter som landstinget remitterar till Åre sjukhus. För övriga landsting är beloppet 790 kronor per dygn. I vissa fall är patienterna utförsäkrade från den allmänna försäkringen, vilket medför att patienterna själva får erlägga 55 kronor till sjukhuset medan resterande del av vårdagiften per dygn erläggs till sjukhuset av respektive landsting. Jämtlands läns landsting erlägger emellertid inte någon vårdavgift till sjukhuset, utan sjukhuset får själv stå för kostnaden. För vårdpatienterna gäller sedvanliga regler om sjukpenning och resekostnadsersättning.

7.2.3 Socialförsäkringens behov av sjukhusens resurser för arbetsförmågeutredning och rehabilitering

En huvudprincip för rehabilitering är, som tidigare poängterats, att den

igångsätts så tidigt som möjligt i sjukfallet. Detta förutsätter att primärvårdens kompetens och resurser byggs ut, så att flertalet av patienterna kan bli utredda och behandlade där. För att backa upp primärvården behövs väl fungerande rehabiliteringskliniker dels som konsultativt stöd och dels som basenheter för utveckling och bibehållande av kunskap och metodik. De medicinska rehabiliteringsklinikernas nuvarande resurser är inte tillräckliga sett utifrån socialförsäkringens behov. Klinikerna arbetar framför allt med rehabilitering av somatiska sjukdomsfall.

Vår analys av försäkringskassornas rehabiliteringsarbete med de långtidssjuka visar, att den mest betungande gruppen är de långtidssjukskrivna med sammansatta och diffusa funktionshinder. Dessa personer har ofta sammansatta problem med inslag av psykosomatisk och social problematik. Sjukvården har idag alltför ofta svårigheter att skaffa sig ett samlat grepp över dessa patienters hela situation. Resultatet bli därför ofta långa sjukskrivningar av primärvårdsläkare, följt av remisser till olika specialister. Det är mot denna bakgrund man skall se RFV:s sjukhus resurser när det gäller utredning och behandling av denna grupp patienter.

Under 1975 skickade RFV en enkät till försäkringskassorna med frågor om deras framtida behov av RFV:s sjukhus speciella utrednings- och behandlingsresurser. Kassorna var genomgående pessimistiska i sina svar då det gällde möjligheterna att få de försäkrades utrednings- och rehabiliteringsbehov tillgodosedda genom en utbyggnad av sjukvården i det egna länet. Man pekade också på att de specialiserade sjukhusklinikerna hade långa vårdköer. Man menade 1975 att kassorna hade ett stort behov av RFV:s sjukhus, speciellt då det gällde försäkrade med svårbedömda och sammansatta vårdbehov.

Av AB Kurortsverksamhets utredning andra halvåret 1986 framgår att försäkringskassorna fortfarande har samma åsikter i stort. Enligt kassorna finns det ett mycket stort behov av helhetsbedömningar av sammansatta och svårutredda sjukfall. Inför framtiden ser kassorna ett ökande behov av de speciella resurser RFV:s sjukhus representerar. Kassorna anser emellertid att RFV:s sjukhus i dag och även i framtiden bara kan svara upp mot en mycket liten del av detta stora behov. Man anser därför att dessa sjukhus helt och hållet skall satsa på utredning och behandling av försäkringskassornas utredningspatienter.

Kassorna önskar vidare att RFV:s sjukhus prioriterar sin verksamhet mot de svårutredda sjukfallen med sammansatta problem. Försäkringskassorna strävar alltmer mot att det skall vara rehabiliteringsfall och inte förtidspensionsfall som sänds till sjukhusen, vilket innebär att det är försäkrade som är yngre och som har kortare sjukskrivningstid än tidigare. Man önskar av sjukhusen att de ger en snabb helhetsbedömning med tyngdpunkt på funktionsprövning/bedömning. Vidare vill man ha förslag till fortsatta rehabiliteringsåtgärder, samt en professionell bearbetning av patienternas psykosomatiska besvär. Kassorna önskar att sjukhusen skall ha ett rehabiliteringstänkande som bygger på en analys av funktionshinder som smärtupplevelser och rörelseinskränkningar, samtidigt som patientens självkänsla och motivation byggs upp. Man menar

att sjukhusen i dag har en alltför somatisk inriktning, som bygger på att hitta "objektiva fynd" som kan motivera ersättning från den allmänna försäkringen.

7.2.4 Riksförsäkringsverkets sjukhus framtida inriktning

Sjukförsäkringsadministrationens bedömning, som den kommer till uttryck i AB Kurortsverksamhets utredning, är den att det finns ett stort behov av de utredande resurser som finns vid RFV:s sjukhus. Utvecklingen inom rehabiliteringsområdet ställer emellertid nya krav på sjukhusen. Den stora andelen sjukskrivna med sjukdomar i rörelseorganen samt problematiken med försäkrade som har psykosomatiska besvär, gör att kassorna behöver tillgång till sjukhus som utan lång väntelista kan ta emot de försäkrade som kassan bedömt angelägna för rehabilitering. Dessa sjukhus bör kunna erbjuda en allsidig utredning av de försäkrades medicinska problem, samtidigt som de utreder och beskriver de funktioner patienterna har i behåll och som den framtida planeringen kan bygga på.

Vidare krävs en bättre kommunikation mellan sjukhuset och inremitterande försäkringskassa under behandlingstiden och inte minst viktigt efter behandlingstiden för att få en smidigt fungerande övergång från utredningsfasen till de aktiva rehabiliteringsåtgärderna. Försäkringskassan bör senast vid utskrivningen känna till vad sjukhuset rekommenderar, så att den fortsatta rehabiliteringen omgående kan initieras på hemorten.

En stor brist i dag är att sjukhusen inte har någon systematisk uppföljning av sina patienter och en fortlöpande kontakt efter utredningsperioden. Detta är inte minst viktigt, då det gäller att utveckla sin verksamhet och ta till vara erfarenheter.

Styrelsen för AB Kurortsverksamhet och styrelsen för AB Tranås Kuranstalt har under 1987 beslutat att för RFV:s sjukhus i Nynäshamn och Tranås anta följande mål:

- RFV:s sjukhus skall tillsammans med försäkringskassorna hjälpa sjukskrivna patienter att återgå i någon form av arbete (integrerad rehabilitering).
- RFV:s sjukhus skall med hjälp av försäkringskassorna genom metodutveckling långsiktigt åtgärda viktiga hälsoproblem sett ur socialförsäkringens perspektiv (utvecklingsarbete).

Styrelsen har även beslutat att produktionsmålet för patienter som remitteras för rehabiliteringsutredning är att halvera vårdtiderna, dvs. maximalt fyra veckors vårdtid och att utlåtandet skall skickas till kassorna inom tre veckor. Rehabiliteringsinsatserna skall vara speciellt anpassade för att hjälpa patienter med sammansatta sjukdomsbilder och för dem som inte fått orsaken till funktionshindren klarlagd, eller som saknar en plan för fortsatt rehabilitering. Dessa patienter har ibland objektivt lätta eller måttliga funktionshinder, men upplever subjektivt mycket stora funktionshinder. Undersökningen skall bygga på en helhetssyn på indi-

viden och vara speciellt inriktad på en analys av de faktorer som sätter ned funktionsförmågan. Funktionsprövning i arbetsmiljö blir därför en dominerande del i undersökningen.

Sjukhusen avses komma att bestå av följande delar vid rehabiliteringsarbetet:

- En utredning som syftar till att dels klargöra de somatiska, psykologiska och sociala faktorer som sätter ned patientens funktionsförmåga, dels ta ställning till fortsatta rehabiliteringsåtgärder.
- Ett terapeutiskt omhändertagande som syftar till att dels bearbeta patienternas psykiska och psykosomatiska problem, dels stärka självkänsla och insikt samt motivera patienten för fortsattta rehabiliteringsåtgärder.
- Ett sedvanligt medicinskt omhändertagande i form av sjukgymnastik, bassängträning, konditionsträning m.m., i syfte att ge smärtlindring och öka välbefinnandet.

Patienter som genomgår rehabiliteringsundersökning skall av ett vårdteam få ett individuellt avpassat program för vistelsen vid sjukhuset och för eventuellt fortsatta insatser därefter. Vårdteamet består av läkare, psykolog, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast, arbetsprövningsledare samt vårdpersonal. Sjukhusen skall parallellt med detta rehabiliteringsarbete bedriva utvecklingsarbete med inriktning att identifiera och belysa viktiga hälsoproblem, samt att utveckla undersöknings- och rehabiliteringsmetoder. Denna delvis nya inriktning av RFV:s sjukhus verksamhet bör leda till ett positivare rehabiliteringsutnyttjande av sjukhusens resurser och att betydligt färre patienter än i dag lämnar sjukhusen med en rekommendation om förtidspension.

Den föreslagna förkortade vårdtiden (från 1983 då drygt 60 procent av patienterna hade en vårdtid på åtta veckor till i genomsnitt fyra veckor) medför en ökad genomströmning av patienter och innebär ökade krav på sjukhusens organisation och interna effektivitet. Vårdtiden är numera differentierad beroende på framför allt diagnos, t.ex. tre veckor för hjärtpatienter, sex veckor för psykosomatik-, rygg- och allmänpatienter.

7.3 Arbetsmarknadsinstituten

7.3.1 Organisation

Arbetsförmedlingen är arbetsmarknadsverkets första och bredaste kontaktyta med kunderna, dvs. arbetssökande och arbetsgivare. Hösten 1987 fanns 319 arbetsförmedlingar i landet.

Generellt kan sägas att arbetsförmedlingen erbjuder de sökande två former av service, platsförmedling och arbetsvägledning.

Bland de arbetslösa som aktivt söker arbete har 10—15 procent sådana problem att de behöver en mer omfattande rehabilitering med insatser från flera olika håll, t.ex. sjukvård, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling. I många fall behövs en fördjupad vägledning eller en

yrkesmässig rehabilitering, dvs. insatser som främst sker vid AMI.

För sökande som arbetsförmedlingen bedömer vara i behov av mer omfattande arbetsvägledning, yrkesinriktad rehabilitering eller utprovning av arbetshjälpmedel finns totalt 113 AMI.

Vissa AMI har särskilda resurser för specifika grupper av handikappade (AMI-S). Det finns också AMI-S arbetslag integrerade i vanliga AMI. AMI-S verksamhet bedrivs för hörselskadade, synskadade, rörelsehindrade, intellektuellt arbetshandikappade, psykiskt arbetshandikappade och socialmedicinskt arbetshandikappade.

Inom arbetsmarknadsverket pågår f.n. en genomgripande organisations- och verksamhetsutveckling. Målet är att få resurser och befogenheter så nära kunderna som möjligt för att möjliggöra en snabb anpassning av servicen till deras behov. För att underlätta denna utveckling pågår en övergång från detaljstyrning till målstyrning av verksamheten. Personalresurser för administration kan därmed styras över till kundservice. AMS och länsarbetsnämnderna har minskat sin personal, som i stället flyttat ut till arbetsförmedlingar och AMI. Den 1 juli 1987 var antalet tjänstgörande vid AMI 2 405 personer eller motsvarande 2 063 årsarbetare.

Vid ett AMI kan det finnas två eller flera arbetslag beroende på institutets storlek. I ett arbetslag ingår arbetskonsulenter, psykolog och AMI-vägledare. Vidare finns personal som bistår arbetslag och sökande med sakkunskap inom sina resp. områden, t.ex. socialkonsulenter, arbetskonsulenter (för praktisk arbetsorientering), sjuksköterskor, läkare och kontorister.

Enligt överenskommelse mellan staten och landstingsförbundet sker läkarmedverkan vid AMI i form av köpta konsulttimmar i den omfattning som avtalats mellan länsarbetsnämnd och landsting. Tjänsten ingår i de olika arbetslagen som en stabsfunktion. Därvid gäller att läkaren svarar för sådana bedömningar och utlåtanden, som direkt följer med läkarlegitimationen. Läkarens behörighet regleras i medicinalväsendets författningssamling 1974:86. Ansvarig läkare vid AMI förutsättes ha överläkarkompetens.

7.3.2 Arbetsmarknadsinstitutens verksamhet

I förordningen (SFS 1987:405, 10 §) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten definieras yrkesinriktad rehabilitering på följande sätt:

"Yrkesinriktad rehabilitering är sådan utredande, vägledande, rehabiliterande och förberedande verksamhet som arbetsmarknadsverket bedriver vid arbetsmarknadsinstitut. Den som behöver yrkesinriktad rehabilitering och som annars inte skulle kunna få arbete får skrivas in vid ett arbetsmarknadsinstitut."

Huvudregeln för inskrivning vid AMI är att andra förmedlings- och vägledningsinsatser bedöms olämpliga eller otillräckliga.

Arbetsförmedlingen tillämpar följande kriterier vid urval av sökande till AMI:

- behöver mer fördjupad och kontinuerlig vägledning än vad arbetsförmedlingens resurser och metoder medger,
- behöver praktisk erfarenhet av arbetslivet och/eller träning före valet av arbete/utbildning och inträde på arbetsmarknaden,
- skall vara inriktad på att ta ett arbete efter inskrivning vid AMI eller efter åtgärder som institutet förfogar över eller rekommenderar,
- skall vara beredd att i princip under heltid medverka i och följa de program som verksamheten omfattar och den individuella planering som görs upp tillsammans med den sökande,
- skall bedömas vara i sådan fysisk och psykisk kondition att insatserna kan ge rimligt utbyte.

Den nya utredningen om yrkesinriktad rehabilitering (NYR) angav i sin rapport Arbetsmarknadsinstitut (DsA 1979:5) att "Huvudmålet för verksamheten är att den arbetssökande skall finna, få och behålla ett arbete, i första hand på den reguljära arbetsmarknaden." Enligt riktlinjerna skall företräde ges åt särskilt utsatta grupper på arbetsmarknaden, t.ex. arbetshandikappade.

I Arbetsförmedlings-handboken sägs att "verksamheten är individinriktad, ej platsinriktad". Vilka insatser som blir aktuella och hur de ser ut beror på den sökandes individuella behov. En individuell handlingsplan utformas av arbetslaget vid AMI tillsammans med den sökande.

AMI:s verksamhetsformer kan indelas i:

- reguljära insatser, där heterogena grupper av sökande skrivs in vid institutet för olika insatser efter behov,
- riktade insatser, där målgruppen är avgränsad och en särskild uppläggning och metodik används.

Under budgetåret 1986/87 skrevs 22 000 personer in vid något AMI. Av dessa var ca 60 procent arbetshandikappade. Av de ca 21 500 personer, som skrevs ut från AMI under 1986 gick 36 procent till ett arbete. 20 procent fick en anställning på den öppna arbetsmarknaden utan lönesubventioner, medan resterande 16 procent fick anställning med lönebidrag eller inom Samhall. 16 procent gick vidare till utbildning. Tre procent till ett beredskapsarbete. Ca 18 procent lämnade AMI på grund av sjukdom eller andra personliga skäl. Resterande (ca 27 procent) gick tillbaka till arbetsförmedlingen med rekommendation om åtgärd. Ofta rör det sig om väntan på att en utbildning skall starta, men det kan också handla om att arbetsförmedlingen skall hitta visst slag av arbete. Sedan AMI inrättades år 1980 har resultaten kraftigt förbättrats.

Arbetsvägledning inom AMI

Arbetsvägledningen skall ses som en process som pågår hela tiden AMI har kontakt med en sökande. Den skall styras genom vägledningssamtal enskilt eller i grupp. Den skall enligt AMS föreskrifter "bidra till:

- att den sökande med stöd av institutets resurser skaffar sig kunskaper om arbetsmarknaden (yrken, arbeten, utbildningar), de egna arbetsförutsättningarna, utvecklingsmöjligheter samt olika handlingsalternativ,
- att den sökande bearbetar och prövar information av olika slag liksom olika handlingsalternativ,
- att den sökande själv planerar sin framtid/beslutar vad som kan åtgärdas/förändras och agerar för att påverka sin situation."

Vägledningen vid AMI genomförs stegvis, på samma sätt som vid arbetsvägledningen på arbetsförmedlingen, och planeringen görs individuellt för varje sökande. Eftersom den sökandes eget deltagande är viktigt i vägledningsprocessen tillmäts de egna erfarenheterna av olika arbeten stor betydelse. Därför genomförs även arbetsprövning och praktisk arbetsorientering och träning som ett led i vägledningen.

Arbetsprövning

Arbetsprövningen har två huvudsyften. Den skall, dels vara ett led i en arbets- och yrkesorientering som kan ge den sökande ett säkrare underlag för valet av arbete, yrke eller utbildning och underlätta beslut och fortsatt planering, dels vara ett led i en arbetsrehabilitering som kan underlätta arbetsanpassning och skapa förutsättningar för stadigvarande anställning.

Den verksamhet för sökande som AMI bedriver på arbetsplatser utanför instituten kallas arbetsprövning. Arbetsprövningen är som tidigare nämnts ett led i en vägledningsinsats. Den bygger på ett metodiskt arbetssätt i form av planering, introduktion, vägledning och uppföljning i minst fem dagar för varje sökande.

Ibland är arbetsprövningen huvudinslaget. Det gäller "riktade insatser", då syftet är att etablera anställning. Arbetsprövning i orienterande syfte pågår i regel minst två veckor och omfattar minst en vecka på vardera arbets- och/eller utbildningsplats. Arbetsprövningen som ett led i rehabilitering kräver ofta längre tid. Ibland kan syftena sammanfalla, så att den sökande både behöver träna upp sin arbetsförmåga och orientera sig på arbetsmarknaden. Enligt AMS föreskrifter skall "arbetsprövningen avslutas så snart den sökande fått svar på frågeställningen i sin handlingsplan och underlag finns för fortsatt planering".

Praktisk arbetsorientering och träning

Den orientering och träning som bedrivs inom institutet kallas för praktisk arbetsorientering och träning. På orienteringsavdelningen finns ett utbud av aktiviteter och arbetsuppgifter inom olika verksamhetsområden, bl.a. inom trä, metall och kontor. De sökande kan i orienterande eller tränande syfte få nya insikter och färdigheter inom skilda arbetsområden. Sökanden skall ges möjlighet att praktiskt pröva, bedöma och utveckla sin arbetsförmåga och sina arbetsförutsättningar. Metodiken

innebär dessutom att sökande skall kunna få erfarenheter och att dessa följs upp genom samtal. Arbetsorienteringen skall vara aktiverande för den sökande och stimulera till att våga pröva på svårare uppgifter.

Syftet med arbetsorienteringen är att den sökande skall få en inblick i de arbetsområden som hon är intresserad av eller att stimulera intresse för nya prövade arbetsområden.

Syftet med arbetsträning är i första hand att utveckla och träna den allmänna arbetsförmågan hos den sökande. Sociala, psykiska och fysiska funktioner kan tränas. Exempel på sådana är kontakt- och samarbetsförmåga, uthållighet och finmotorik.

Stödresurser vid AMI

Vid AMI finns medicinska, sociala och psykologiska stödresurser. Läkare, sjuksköterska och sjukgymnast svarar för medicinska stödinsatser. De utreder sökandens medicinska funktionshinder och dess inverkan på arbetsförmågan. I AMS föreskrifter framgår att medicinsk behandling inte bedrivs vid AMI och att medicinsk utredning och behandling så långt som möjligt skall vara klar före inskrivning vid AMI.

Social utredning, social träning och samhällsorientering är sociala stödinsatser vid AMI. För dessa svarar socialkonsulenten. Syftet är att den sökande utifrån sina egna förutsättningar skall kunna fungera i sin sociala miljö och på en framtida arbetsplats.

Förutom psykologens medverkan i vägledning, träning och samarbetsprövning ges psykologiska stödinsatser både vid AMI och på arbetsförmedling. Bl.a. finns en psykologjour på arbetsförmedlingen. Syftet är att ge sökande möjlighet till konsultation där psykologens sakkunskap kan vara till nytta.

7.3.3 Ekonomisk ersättning

Enligt 10 § förordningen (1987:405) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten har den som är inskriven vid ett AMI rätt till utbildningsbidrag. Regler om utbildningsbidrag finns i förordningen (1987:406) om AMU. Utbildningsbidraget består av dagpenning och särskilt bidrag. Till den som genomgår utredning om förutsättningarna för arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering lämnas utbildningsbidrag i form av ett särskilt bidrag. Dagpenningen utges antingen med högst 425 eller med 255 eller 181 kronor per dag. Dagpenning till den som är medlem i erkänd arbetslöshetskassa och uppfyller villkoren för ersättning från kassan vid arbetslöshet eller har uppburit ersättning från sådan kassa under den längsta tid ersättning kan utgå, utges med samma belopp som vederbörande är eller skulle ha varit berättigad till för heltidsarbete vid ersättning från kassan. Dagpenningen utges dock alltid med lägst 255 kronor per dag. Dagpenning utges med 255 kronor per dag till den som inte uppfyller dessa förutsättningar men som har fyllt 20 år eller har vårdnaden om eller fullgör underhållsskyldighet mot eget barn. Dagpenning utges med 181 kronor per dag till den som inte omfattas av nu nämnda bestämmelser (16 §).

Till den försäkrad som är föremål för åtgärd som avses i 2 kap. 11 § AFL och på grund därav uppbär sjukpenning enligt 3 kap. 8 § andra stycket AFL, lämnas dagpenning med ett belopp som motsvarar skillnaden mellan vad som annars skulle ha lämnats i dagpenning och sjukpenningen (17 och 18 §§).

Särskilt bidrag kan utgå för t.ex. kursavgifter, kostnader för dagliga resor mellan bidragstagarens bostad och utbildningsplatsen m.m. på sätt som anges i 21 och 22 §§.

Vid utredning om förutsättningarna för AMU eller yrkesinriktad rehabilitering lämnas särskilt bidrag i form av resekostnadsersättning och traktamente enligt 12 § arbetsmarknadskungörelsen samt ersättning för kostnader för att anlita läkare och psykolog. Vidare lämnas ersättning för förlorad arbetsförtjänst med ett belopp som motsvarar den faktiska förlusten.

7.3.4 Behovet av resurser vid arbetsmarknadsinstitut

Från försäkringskassorna har ofta förts fram att väntetiderna för yrkesinriktad rehabilitering är ett problem och ett hinder i rehabiliteringsarbetet. De medför dessutom som regel stora kostnader för olika samhällssektorer, eftersom de sökande ofta uppbär sjukersättning, arbetslöshetsersättning eller socialhjälp medan de väntar.

Hos arbetsmarknadsmyndigheterna prioriteras av naturliga skäl platsförmedling, utredning och vägledning till arbetssökande som saknar arbete. Ca 85 procent av de långtidssjuka har arbete men kan ofta på gund av sin sjukdom inte ha kvar sitt gamla arbete. Om de inte kan få lämpligare arbete hos den gamla arbetsgivaren, behöver de hjälp med att klargöra sina förutsättningar och möjligheter att få ett annat arbete. Det kan i många fall, särskilt i mindre företag, vara så att man på arbetsplatsen inte klarar rehabiliteringen eller behöver hjälp utifrån för att finna en lösning. AMI kan i sådana fall medverka med rehabiliteringsåtgärder som t.ex. speciell träning, ryggskola eller stödjande och motiverande insatser.

AMI föreslås få ett personaltillskott om 100 nya tjänster fr.o.m. budgetåret 1988/89, i första hand för att minska väntetiderna. Det finns dock behov av ytterligare ökade insatser från AMI och av ytterligare resursförstärkningar.

7.4 Stiftelsen "Rehabiliteringsinstitutet för ryggåkommor" (RIR)

7.4.1 Rygginstitutets historia

Rygginstitutet började sin verksamhet år 1961. Det var Svenska Cellulosa AB som i samarbete med länsarbetsnämnden i Härnösand startade rehabiliteringskurser för yrkesverksamma skogshuggare med ryggbesvär. Denna verksamhet kom att väcka stort intresse även bland andra yrkesarbetande. Därför ombildades år 1971 rygginstitutet till sin nuvarande

form som privat stiftelse där skogsindustrin/skogsbruket och byggnadsindustrin genom Bygghälsan är delägare. En ny anläggning byggdes i Sundsvall och institutet öppnades för alla yrkesgrupper. Verksamheten har senare byggts ut med ett institut i Växjö som i första hand inriktas mot byggnadsarbetare samt fr.o.m. 1 jan. 1987 ett i Luleå där verksamheten är inriktad mot alla yrkesgrupper.

7.4.2 Rygginstitutets verksamhet

Stiftelsen "Rehabiliteringsinstitutet för ryggåkommor" är en institution som bedriver yrkesinriktad rehabilitering. Totalt rehabiliteras ca 800 personer per år. Institutet i Sundsvall fungerar som resursinstitut, där huvuddelen av administration, uppföljning och utvecklingsarbete sker. Institutet tar emot samtliga yrkesgrupper. Institutet i Torpshammar har sin inriktning mot skogsbruket med en kapacitet på 100 elever per år. Vid institutet i Växjö är kapaciteten 140 elever per år samt i Luleå 100 elever per år. Rygginstitutets personal består av sjukgymnaster, träningsledare, ergonomer, psykologer, arbetsvårdare och administrativ personal samt av konsulter i ortopedi och intern medicin. Målgrupp för verksamheten utgörs av yrkesverksamma personer, framför allt yngre, som fått problem i sin rygg på grund av tungt arbete och/eller har belastningskänsliga ryggar. En målsättning är att rehabiliteringen skall påbörjas innan individernas ryggbesvär blir av sådan allvarlig art att det leder till återkommande perioder med arbetsoförmåga eller långstidssjukskrivningar.

Vid rygginstitutet görs inga medicinska utredningar. Personer som skrivs in för behandling skall därför vara medicinskt färdigutredda. De skall dessutom ha en positiv inställning till att genomgå behandlingen. För att institutet skall nå målet och åstadkomma ett bra resultat bör den som skall genomgå behandlingen inte ha några träningshindrande sjukdomar eller några anpassningssvårigheter.

Institutets program anger att verksamheten skall vara "Rehabilitering av anställda med ryggbesvär genom fysikalisk behandling och ergonomiska insatser och medelst undervisning, information, konsultations- och utvecklingsarbete verka för ökad rygghygien och ergonomi".

Rygginstitutets verksamhet har som syfte att:

- minska upplevelsen av ryggbesvären,
- förbättra arbetsanpassningen,
- minska sjukfrånvaro och vårdkonsumtion.

För att komma till rygginstitutet krävs en läkarremiss som går till närmaste arbetsförmedling. Den enskilde gör också ansökan till arbetsförmedlingen. Ansökan går därefter till länsarbetsnämnden i Härnösand som fattar beslut.

Kurserna är upplagda på ett fem veckors schema med åtta timmars aktiviteter dagligen. Under kurstiden tillhör eleven ett rehabiliteringsteam. I teamet ingår sjukgymnast, ergonom och träningsledare. Vid behov förstärks teamet med ortoped, internmedicinare, psykolog och arbetsvårdstjänsteman.

Vid rygginstitutet finns två huvudgrupper av elever. Den ena gruppen utgörs av anställda i privat tjänst, medan den andra gruppen utgörs av elever med offentlig anställning. Den senare gruppen kan indelas i två undergrupper, dels sådana elever som är anställda i offentliga myndigheter och verk, medan den andra gruppen utgörs av elever som är anställda i affärsdrivande verk. För båda grupperna gäller att de remitteras till rygginstitutet via arbetsmarknadsmyndigheterna. Kostnaderna för elevavgifterna i den första gruppen betalas alltid av försäkringskassan (hemkassan). Elevavgifterna uppgår till 460 kr. per dag eller 535 kr. per dag vid internat. För elever som är sjukskrivna utgår sjukpenning på vanligt sätt medan för övriga utgår utbildningsbidrag i enlighet med bestämmelserna i förordningen (1987:406) om AMU. För elever som är anställda i offentlig tjänst (vid myndigheter eller verk) betalar försäkringskassan kostnaderna för elevavgifter med ovan angivna belopp. När det gäller övriga offentliganställda (anställda i affärsdrivande verk) betalar respektive verk angivna belopp direkt till rygginstituten. Med den senare gruppen avses sådana anställda hos arbetsgivare som inte har arbetsgivarinträde.

Offentligt anställda kursdeltagare erhåller s.k. partiell tjänstebefrielse, vilket innebär att sedvanlig lön utgår från arbetsgivaren. Sådan elev har också rätt till traktamentsersättning. Vid internatförläggning på ett rygginstitut gör arbetsgivaren därefter avdrag på traktamentsersättningen för fri kost och logi. För de anställda i privat tjänst utgår reseersättning enligt sjukreseförordningen för inställelseresa och hemresa samt två permissionsresor. Dessa resor betalas på sedvanligt sätt av försäkringskassan (hemkassan).

Vid utskrivning från institutet skall eleven ha inhämtat så mycket kunskaper, att han själv, under överinseende av t.ex. FHV, kan fortsätta sin anpassade ryggträning. Inremitterande läkare och/eller företagsläkare erhåller en kopia av journalen samt en sammanfattning (slututlåtande) av de rekommendationer som beslutats i teamet i samråd med eleven. Arbetsgivaren tillställs förslag på tekniska och arbetsorganisatoriska förändringar på den aktuella arbetsplatsen, vilka utarbetas av ergonom och sjukgymnast i samarbete med eleven. Arbetsförmedlingen får en sammanfattning av resultaten.

7.4.3 Behovet av rygginstitutets resurser

Gruppen långtidssjukskrivna består, som vi tidigare redovisat, av många som har värk i nacke, halsrygg, axlar och rygg. Tiden för insjuknandet för denna grupp sammanfaller ofta med tiden för den bästa arbetsföra åldern. Akuta nack- och ryggbesvär är ofta förenade med kraftig smärtvärk och påtaglig funktionsinskränkning till en början, men för flertalet avtar besvären efter hand antingen av sig självt eller efter behandling.

I ca tio procent av fallen utvecklas kroniska eller återkommande rygg-, nackbesvär. Endast några procent av de med mera långdragna nack- eller ryggbesvär har förändringar i ryggen som framgångsrikt kan opere-

ras. Majoriteten av de övriga lär sig hantera och acceptera sina besvär och kan fungera på arbetet och socialt. Flera av dessa behöver emellertid hjälp med att träna upp sina ryggar och för dem kan en vistelse vid rygginstituten vara mycket värdefull. Denna resurs skall emellertid ses utifrån att det är en renodlad yrkesmässig rehabilitering och i förhållande till vad FHV kan göra för sina anställda, samt de resurser som finns inom primärvården och i AMI.

1981 genomförde Göran Engstrand en effektbedömning av rygginstitutets verksamhet. Utvärderingens resultat, som publicerades i januari 1986, visar att den ryggrehabiliterande verksamheten är samhällsekonomiskt motiverad. På mindre än två år "betalar" de behandlade personerna igen de kostnader som uppstått i samband med rehabiliteringen. De statsfinansiella effekterna är inte lika omedelbara, men på fyra års sikt "arbetar eleverna in vad staten lagt ut". I genomsnitt medförde behandlingen att varje person förbättrade sin arbetsinsats med 13 procent (den arbetade tiden ökade med 48 dagar per person och år). Stora skillnader föreligger mellan könen, olika åldersgrupper och beroende på individernas branschtillhörighet. Kvinnorna, som utgjorde 1/3 av de behandlade, ökade sin arbetsvolym dubbelt så mycket som männen, vilket till stor del kan förklaras av männens större andel sysselsatta inom skogs- och byggbranschen. Överraskande var att de äldsta personerna uppvisade de bästa behandlingsresultaten.

I undersökningen genomfördes även en ansats till välfärdsanalys. Man antog att en ökad arbetsvolym efter genomförd rehabilitering innebar mindre psykiskt och fysiskt lidande samt en ökad självtillit och trygghet. Denna mycket enkla välfärdsanalys indikerar att nära 70 procent av personerna fått det bättre. En tredjedel av alla har fått det avsevärt bättre.

7.5 Vårt förslag

Våra förslag om särskilda resurser för arbetsförmågeutredning och rehabilitering utgår från individernas behov av olika former av hjälpinsatser och stöd för att kunna återgå i arbete. De kan behöva hjälp med utredning av sina problem, sjukvårdande behandling, samt någon form av yrkesinriktad rehabilitering. Om hjälpinsatserna inte sätts in blir alternativet för den enskilde ofta sjukbidrag alternativt förtidspension. Försäkringskassorna behöver samtidigt hjälp med att så snart som möjligt få klarhet i den försäkrades arbetsförmåga. Detta för att kunna ta ställning till rätt ersättning, samt vad som eventuellt behöver göras för att den försäkrade skall kunna återgå i arbete alternativt få klarlagt att kriterierna för sjukbidrag/förtidspension är uppfyllda.

Vi har i kap. 6 bl.a. lagt förslag som syftar till att så mycket som möjligt skall göras på arbetsplatsen och betonat FHV:s roll framför allt i det förebyggande arbetet. En väl fungerande FHV och ett gott anpassningsarbete i samarbete mellan personal och företagsledning bör leda till att många flera än i dag kommer att kunna fortsätta sitt arbete, utan behov av de särskilda resurser vi tar upp i detta kapitel.

Emellertid behövs särskilda insatser för dem som inte har någon anknytning till arbetslivet och för dem med arbete som behöver extra stöd. Vi har konstaterat att bland de långtidssjukskrivna är det en mycket stor grupp som har problem med värk i rörelseapparaten (rygg, hals, axlar m.m.), flera med svårbedömbara, oklara funktionshinder. Det kan röra sig om sammansatta problem med inslag av psykosomatisk och social problematik.

De särskilda resurser som i dag finns för denna grupp individer är framför allt kliniker för medicinsk rehabilitering, RFV:s sjukhus och AMI. Vi har även beskrivit verksamheten vid stiftelsen "Rehabiliteringsinstitutet för ryggåkommor", då vi funnit att de är en värdefull resurs för den stora gruppen långtidssjukskrivna med ryggåkommor.

Det bör även poängteras att våra förslag här skall ses i förlängningen av vad vi sagt i kap. 6 rörande samverkan i rehabiliteringsarbetet. Där har vi bl.a. understrukit vikten av att rehabiliteringen skall ske så nära individens vardag som möjligt, vilket talar för primärvården, kommunen, arbetsplatsen, försäkringskassornas lokalkontor och arbetsförmedlingen. Vi är övertygade om att ett bättre samarbete mellan individen och rehabiliteringsaktörerna och en bättre fungerande rehabilitering på arbetsplatsen samt en utbyggd primärvård kommer att innebära att färre personer än i dag får behov av de särskilda resurserna. Men vi är lika övertygade om att inom överskådlig tid är de nuvarande särskilda resurserna för små.

7.5.1 Kliniker för medicinsk rehabilitering

Vi har kunnat konstatera att nuvarande kapacitet vid de medicinska rehabiliteringsklinikerna är mycket begränsad i förhållande till försäkringskassornas behov av arbetsförmågeutredning och rehabilitering av personer med oklara funktionshinder. Köerna till klinikerna är på de flesta håll mycket långa, ofta sex till åtta månader.

För försäkringskassornas rehabiliteringsarbete är den mest betungande gruppen de med sammansatta och oklara funktionshinder, ofta med inslag av psykosomatisk och social problematik. Med dagens system med långa sjukskrivningar av primärvårdsläkare, följt av remisser till olika specialister, blir ofta de medicinska rehabiliteringsklinikerna "en sista utväg" för försäkringskassorna. Man använder denna specialistresurs alltför ofta på samma felaktiga sätt som RFV:s sjukhus, dvs. då sjukfallet pågått alltför lång tid och prognosen för en lyckad rehabilitering är dålig.

Vi menar att huvudinriktningen för den medicinska rehabiliteringen skall vara att den huvudsakligen sker ute i primärvården. Detta förutsätter att primärvårdens kompetens och resurser byggs ut. Det förutsätter vidare att det finns tillgång till väl fungerande rehabiliteringskliniker, som konsultativt stöd för primärvården och som basenheter för utveckling och bibehållande av kunskap och metodik. Det förutsätter också att samarbetet med FHV utvecklas. I dag saknar nära hälften av landets sjukvårdsområden medicinska rehabiliteringskliniker.

Samverkansprojektet mellan den medicinska rehabiliteringskliniken i Borås och primärvården i Lerums kommun har visat, att man med stöd från länssjukvårdens specialister och i samverkan med olika intressenter på rehabiliteringsområdet kan fånga upp och tillgodose en stor del av rehabiliteringsbehoven.

Vi har i en enkät till samtliga klinikchefer vid medicinska rehabiliteringskliniker frågat om deras beredskap att medverka i tidig rehabilitering, för att förhindra långtidssjukskrivning och att ta sig an patienter för arbetsförmågebedömning och förberedande arbetsrehabilitering. Samtliga klinikchefer svarade att de anser det vara en riktig princip att försöka förebygga långtidssjukskrivning genom att stödja primärvård med konsultationsverksamhet och undervisning och att rehabiliteringskliniken ansvarar för detta enligt Älvsborgsmodellen eller liknande modell. Emellertid pågår för närvarande sådan verksamhet endast vid två kliniker, beroende framför allt på otillräckliga resurser.

Man kan av enkätsvaren utläsa att en stor majoritet av klinikcheferna anser att de med nuvarande resurser kan ta emot patienter för att rehabilitera dem åter i arbete även om tillståndet är psykosocialt komplicerat, funktionsnedsättningen är diffus eller att primärvård och FHV misslyckats att återanpassa individen i arbete. Däremot anser ett fåtal av klinikcheferna att de kan ta emot dessa patientkategorier för att enbart genomföra en arbetsförmågeutredning.

Vårt förslag är att de medicinska rehabiliteringsklinikerna får sådana resurser att de utökas till antal så att de bättre svarar mot behoven samt att de kan arbeta på liknande sätt som Älvsborgsmodellen. Vi har i avsnitt 6.2.6 skisserat ett förslag, som syftar till att avdela ett särskilt ersättningsbelopp från sjukförsäkringen för att öka sådana insatser hos sjukvårdshuvudmännen som bidrar till förbättrad rehabilitering. Försäkringskassan skulle få en möjlighet att påverka fördelningen av dessa medel, exempelvis för medicinska rehabiliteringskliniker. Underlaget för att bestämma storleken av denna pott för rehabiliteringsinriktade åtgärder föreslås tas fram av de centrala rehabiliteringsgrupperna. Vid överläggningarna bör man beakta den samhällsekonomiska effekten av våra förslag. En del av den samhällsekonomiska vinsten bör då kunna tillföras sjukvårdshuvudmännen för medicinsk rehabilitering.

7.5.2 Riksförsäkringsverkets sjukhus

Omkring 85 procent av patienterna vid RFV:s sjukhus har remitterats dit av försäkringskassorna, därför att de är särskilt svårbedömda ur sjukförsäkringssynpunkt. Försäkringskassorna önskar få hjälp med att klarlägga personernas rehabiliteringsmöjlighet alternativt få beslutsunderlag för förtidspensionering. Resterande ca 15 procent är patienter som sjukvården remitterat för vård på grund av olika sjukdomar. Utvecklingen går mot en allt större andel utredningspatienter.

Vi har kunnat konstatera att det hos försäkringskassorna finns ett stort behov av sjukhusens utredande verksamhet. Samtidigt är man kritisk

mot nuvarande verksamhet. Framför allt gäller detta att vistelsen alltför sällan leder till återgång i arbete utan till rekommendation om förtidspension.

Ett huvudproblem är att patienterna har varit sjukskrivna alltför lång tid då de kommer till sjukhusen. Närmare 55 procent av patienterna har varit sjukskrivna längre tid än ett år när de skrivs in. Ett annat problem är att man inte har någon kontinuitet i rehabiliteringen efter vistelsen.

AB Kurortsverksamhet föreslår i sin egen utredning en rad åtgärder, som skall leda till en aktivare och mera målinriktad verksamhet vid sjukhusen. Man strävar efter att mera integrerat med försäkringskassorna hjälpa sjukskrivna patienter att återgå i arbete. Detta skall bl.a. ske genom:

- individuellt anpassade utrednings- och vårdprogram,
- helhetsbedömning,
- speciellt arbeta med patientens motivation,
- kortare vårdtider,
- snabbare utlåtanden,
- fortsatt kontakt med försäkringskassan efter utskrivning från sjukhusen.

Sammanfattningsvis kan sägas att den delvis nya inriktning som ledningen för RFV:s sjukhus föreslår mot bättre och effektivare rehabiliteringsundersökningar överensstämmer väl med den analys av sjukföräkringens behov som vi gjort. Vi har även kunnat konstatera att denna utveckling påbörjats och gett vissa resultat, såsom kortare sjukskrivningstid och differentierade vårdtider. RFV:s sjukhus kan emellertid aldrig ensam klara av detta behov utan får ses som en resurs vid sidan om övrig sjukvård. Som framgår av tidigare avsnitt skall den medicinska rehabiliteringen ligga så nära individen som möjligt och byggas ut inom pimärvården med stöd från medicinska rehabiliteringskliniker. När tillräcklig sådan resurs finns i varje landsting kan behovet av rehabiliteringsresurser vid RFV:s sjukhus ifrågasättas.

7.5.3 Arbetsmarknadsinstitut

AMI:s resurser är avsedda för arbetssökande som arbetsförmedlingen bedömer vara i behov av mer omfattande yrkesmässig rehabilitering.

Från försäkringskassorna har ofta förts fram att väntetiderna för yrkesinriktad rehabilitering är ett problem och ett hinder i rehabiliteringsarbetet. Det medför dessutom som regel stora kostnader för olika samhällssektorer, eftersom de sökande ofta uppbär sjukersättning, arbetslöshetsersättning eller socialhjälp medan de väntar. Vårt förslag är därför att försäkringskassorna ges tillgång till utökad kapacitet inom den yrkesinriktade rehabiliteringen.

Nu remitterar försäkringskassan försäkrade, som behöver insatser av arbetsmarknadsverket, till arbetsförmedlingen. Vi anser inte att detta förfarande bör förändras på något mer radikalt sätt. Detta bör fortfarande vara den normala åtgärden, framför allt om det gäller personer som

saknar arbete. Däremot bör försäkringskassorna ges en möjlighet att direkt använda rehabiliteringsplatser för personer som har en anställning och bedöms vara i behov av yrkesinriktad rehabilitering och där rehabiliteringen skulle kunna medföra en väsentligt snabbare återgång i arbete. Detta skulle innebära en snabbare handläggning än i dag.

Vi föreslår att det inrättas särskilda, av försäkringskassan betalda, platser hos AMI som står till försäkringskassans disposition för anställda personer med behov av utredning vid AMI. I vår samhällsekonomiska analys (kap. 10) har vi räknat med en total kostnad på ca 25 mkr. Denna siffra bygger på ett antagande om att sådana här AMI-platser kommer att utnyttjas i en omfattning motsvarande 0,3 procent av alla sjukpenningdagar vid sjukskrivningstider mellan 90 och 360 dagar. Då det är mycket svårt att bedöma storleken på detta behov, kan det vara lämpligt att man inleder med en försöksverksamhet inom några län.

Arbetsmarknadsverket skall även framdeles ha ansvar för dem, som saknar arbete. De av försäkringskassan "disponerade" AMI-platserna föreslås därför främst användas för:

- dem, som har ett arbete, men där arbetsplatsen inte klarar rehabiliteringen eller inte klarar den utan hjälp utifrån,
- dem, som har ett arbete, men inte kan vara kvar och som behöver hjälp med att klargöra sina förutsättningar och möjligheter att få annat arbete,
- dem, som behöver klart definierade rehabiliteringsåtgärder, som AMI kan tillhandahålla, t.ex. ryggskola, speciell träning, stödjande och motiverande insatser m.m.

AMI bör också kunna medverka med attitydpåverkan o.dyl. Däremot förefaller det inte lämpligt att använda dessa särskilda resurser inom AMI för dem som:

- kan få tillräcklig hjälp av arbetsplats och FHV,
- kan antas behöva direkt platsförmedlande åtgärder,
- kan antas behöva tillgång till arbetsmarknadspolitiska åtgärder, som AMU, bidrag till arbetsplatsanpassningar eller annan sådan åtgärd,
- mer komplicerade ärenden, som förutsätter samverkan mellan flera olika samhällsorgan.

7.5.4 Rygginstituten

Stiftelsen "Rehabiliteringsinstitutet för ryggåkommor" är en privat institution som bedriver yrkesinriktad rehabilitering. Stiftelsen ägs av skogsindustrin/skogsbruket och byggnadsindustrin genom Bygghälsan. AMS köper platser/tjänster av instituten. Rygginstitutens målsättning är framför allt att anställda med ryggbesvär efter vistelsen vid institutet skall få en minskad upplevelse av sina ryggbesvär och genom förbättrad arbetsanpassning kunna minska deras sjukfrånvaro och vårdkonsumtion.

Vi menar att den huvudsakliga verksamheten för att förebygga och lindra problem i rygg, axlar och nacke skall ligga så nära individens

vardag som möjligt. För vissa personer finns det emellertid behov av den koncentrerade form av arbetsplatsinriktad utbildning som ges vid rygginstitut, bl.a. som ett komplement till enbart sjukgymnastisk behandling. Det speciella med rygginstitutet är att rehabiliteringen av en elev även omfattar behövliga arbetsmiljöinriktade åtgärder. Samtidigt som sjukgymnasten bedömer ryggen och lägger upp behandlingen, så gör ergonomen en bedömning av arbetsmiljöförhållandena och bedömer vad som bör göras för att en återgång i arbetet skall gå så smidigt som möjligt.

I flera fall är verksamheten vid rygginstituten ett värdefullt komplement resp. alternativ till den behandling som sker inom primärvården. Vi har samtidigt konstaterat att man inom AMI har och håller på att utveckla sin kompetens för gruppen sökande med ryggproblem, exempelvis genom s.k. ryggskolor.

I dag måste samtliga remisser till rygginstituten behandlas på arbetsförmedlingen och därefter skall länsarbetsnämnden fatta beslut. Skälet till detta hänger samman med kurskostnader samt den enskildes ersättning. I dag erhåller man antingen utbildningsbidrag eller sjukpenning enligt 3 kap. 8 § AFL. Vi föreslår att dessa rutiner ses över. Eventuellt bör det skapas rutiner så att primär- respektive FHV direkt kan remittera patienter till rygginstituten. Detta bör underlättas genom våra förslag om rehabiliteringsersättning, samt ersättning vid sjukdomsförebyggande insatser och genom att AMU numera är en uppdragsmyndighet som säljer platser också till andra än arbetsmarknadsmyndigheterna.

8 Ersättningssystemet

8.1 Gällande regler

8.1.1 Allmänt om sjukpenning

De grundläggande bestämmelserna om sjukförsäkring finns i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

Sjukpenningförsäkringen omfattar försäkrade som är inskrivna hos allmän försäkringskassa. Försäkrade är enligt huvudregeln i AFL svenska medborgare och personer som utan att vara svenska medborgare är bosatta i Sverige. Den som är försäkrad skall, om han är bosatt i Sverige, vara inskriven hos försäkringskassa fr.o.m. den månad då han fyller 16 år (1 kap. 3 och 4 §§).

En primär förutsättning för rätt till sjukpenning är, förutom inskrivning i försäkringskassa, att den försäkrade har en sjukpenninggrundande inkomst som uppgår till minst 6 000 kr. (3 kap. 1 §). För varje sjukpenningförsäkrad förvärvsarbetande fastställer försäkringskassan en sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Därmed avses den inkomst i pengar eller naturaförmåner i form av kost, bostad eller bil som den försäkrade kan antas att få av eget arbete under det närmaste året antingen som arbetstagare (inkomst av anställning) eller på annan grund (inkomst av annat förvärvsarbete).

Den som inte fyllt 16 år men som i övrigt uppfyller villkoren för rätt till sjukpenning har efter anmälan till försäkringskassan rätt till sjukpenning (3 kap. 1 § andra stycket).

Under de första 14 dagarna i en sjukperiod skall som regel sjukpenningens storlek beräknas med utgångspunkt från den försäkrades årsarbetstid. Denna fastställs av försäkringskassan för försäkrade som har en sjukpenninggrundande inkomst som helt eller delvis är att hänföra till anställning. Årsarbetstiden är det antal timmar per år som en försäkrad kan antas komma att tills vidare ha som ordinarie arbetstid eller däremot svarande normal arbetstid. Vid beräkningen av årsarbetstiden inräknas även ledighet för semester. Årsarbetstiden avrundas till närmaste hela timtal, varvid halv timme avrundas uppåt. Beräkningen av årsarbetstiden skall, där förhållandena inte är kända för försäkringskassan, grundas på de upplysningar som kassan kan inhämta från den försäkrade

eller dennes arbetsgivare eller uppdragsgivare. Regeringen har utfärdat förordning (1987:361) om arbetstid vid bestämmande av sjukpenning m.m. RFV har meddelat ytterligare föreskrifter om årsarbetstid (RFFS 1987:24).

Sjukpenning utgår vid sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst hälften. Vid fullständig nedsättning av arbetsförmågan utges hel sjukpenning. I annat fall utgår halv sjukpenning. Försäkringskassan kan fordra att nedsättningen av arbetsförmågan styrks med läkarintyg.

Enligt 3 kap. 4 § första stycket utgör enligt huvudregeln hel sjukpenning för dag 90 procent av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst (SGI), delad med 365.

För de första 14 dagarna av en sjukperiod gäller emellertid undantag från huvudregeln. Sjukpenningen beräknas då olika, beroende på om sjukpenningen svarar mot SGI *enbart av anställning* (3 kap. 10 a §) eller av *såväl anställning som annat förvärvsarbete* (3 kap. 10 b §). I vissa fall skall dock — trots att det är en korttidssjukskrivning — huvudregeln enligt 3 kap. 4 § första stycket ändå tillämpas (3 kap. 10 c §).

I det första fallet skall till grund för beräkning av hel sjukpenning läggas det tal, som erhålls när 90 procent av SGI delas med årsarbetstiden. Avrundning skall ske till närmaste hela krontal. Skall sjukpenning utges för *endast en dag*, multipliceras detta tal med antalet timmar av ordinarie arbetstid eller motsvarande normal arbetstid. Det tal som därvid erhålls utgör hel sjukpenning för dagen = (90 % av SGI) / (årsarbetstiden) x antalet timmar av ordinarie arbetstid = hel sjukpenning för en dag.

Om antalet timmar inte uppgår till ett helt timtal skall avrundning ske till närmaste hela timtal, varvid halv timme avrundas uppåt.

Om däremot sjukpenning skall utges för *mer än en dag* multipliceras det förstnämnda talet (90 % av SGI) / (årsarbetstiden) med det sammanlagda antalet timmar av ordinarie arbetstid eller motsvarande normal arbetstid, som belöper på dagarna. Det sålunda framräknade talet delas med antalet dagar med sjukpenning. Kvoten som då erhålls utgör beloppet av hel sjukpenning för dag.

(90 % av SGI) / (årsarbetstiden) x (summa timmar av ordinarie arbetstid) / (antalet dagar med sjukpenning) = hel sjukpenning för dag

Vid beräkning av ersättning till en försäkrad som för samma period är berättigad till ersättning efter olika nivåer, t.ex. både hel och halv sjukpenning, skall dagar med ersättning delas upp på varje nivå för sig (3 kap. 10 a §).

Om det sammanlagda antalet timmar inte uppgår till ett helt timtal skall avrundning ske till närmast hela timtal, varvid även i detta fall halv timme avrundas uppåt.

Sjukpenning avrundas alltid till närmaste hela krontal.

I det andra fallet (då sjukpenningen svarar mot SGI av såväl anställning som annat förvärvsarbete) beräknas beloppet av hel sjukpenning istället på följande sätt: Den del av sjukpenningen som svarar mot inkomst av anställning beräknas på samma sätt som när sjukpenningen

grundas på SGI av enbart anställning, enligt 3 kap. 10 a §, medan den del av sjukpenningen som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete beräknas enligt huvudregeln i 3 kap. 4 § första stycket, eller 90 procent av SGI, delad med 365.
= a) (90 % av SGI) / (årsarbetstiden) x (antalet timmar av ordinarie arbetstid) + (90 % av SGI) / (365) = hel sjukpenning
eller
= b) (90 % av SGI) / (årsarbetstiden) x (summa timmar av ordinarie arbetstid) / (antalet dagar med sjukpenning) + (90 % av SGI) / (365) = hel sjukpenning

Trots att det rör sig om de första 14 dagarna i en sjukperiod, skall sjukpenning enligt 3 kap. 10 c § ändå beräknas enligt huvudregeln i 3 kap. 4 § första stycket när den försäkrade

1. är helt eller delvis arbetslös och anmäld som arbetssökande på arbetsförmedling samt är beredd att anta erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten,
2. skall uppbära sjukpenning för tid då annars havandeskapspenning eller föräldrapenning skulle ha uppburits,
3. skall uppbära sjukpenning med tillämpning av 8 § andra stycket (den försäkrade är föremål för åtgärd enligt 2 kap. 11 §), eller
4. är inskriven vid AMI eller efter förmedling av en arbetsmarknadsmyndighet genomgår yrkesutbildning.

Vid beräkning av sjukpenning på en SGI som omfattar ersättning för vård i sitt hem av annans barn under 18 år som fosterbarn enligt 3 kap. 12 §, skall sjukpenning som svarar mot denna ersättning också beräknas enligt 3 kap. 4 § första stycket (3 kap. 10 c § sista stycket).

Om sjukperioden överstiger 14 dagar skall i förekommande fall sjukpenning för de första 14 dagarna bestämmas med tillämpning av bestämmelserna i 3 kap. 10-10 b §§ och för återstoden av perioden med tillämpning av bestämmelserna i 3 kap. 4 § första stycket.

Sjukpenning får inte utges för tid innan anmälan om sjukdomsfallet har gjorts till försäkringskassan. Om det emellertid förelegat godtagbart hinder för sådan anmälan, eller det annars finns särskilda skäl, får sjukpenning ändå utges (3 kap. 14 §). Utges sjukpenning för tid före anmälan skall den första ersättningsdagen anses vara sjukanmälningsdagen (3 kap. 10 § andra stycket).

Som sjukperiod anses tid, under vilken den försäkrade i oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 3 kap. 7 § (3 kap. 8 § sista stycket).

I 3 kap. 10 § sägs att för den dag då anmälan om sjukdomsfallet gjordes hos försäkringskassan och de följande 13 dagarna i sjukperioden utges sjukpenning som svarar mot *SGI av anställning* endast under förutsättning att den försäkrade skulle ha utfört förvärvsarbete om han inte varit sjuk. Med tid för förvärvsarbete jämställs

1. ledighet för semester,
2. ledighet under studietid för vilken oavkortade löneförmåner utges,

3. ledighet under tid då den försäkrade genomgår utbildning eller undervisning enligt 3 kap. 5 § tredje stycket 2 (grundvux eller svenskundervisning för invandrare) eller uppbär tim- eller dagstudiestöd enligt studiestödslagen (1973:349).

Försäkrad, som åtnjuter hel förtidspension enligt AFL eller åtnjutit sådan pension under månaden närmast före den, under vilken han börjat åtnjuta hel ålderspension, har inte rätt till sjukpenning. För tid efter ingången av den månad, under vilken försäkrad fyllt 70 år eller dessförinnan börjat åtnjuta hel ålderspension enligt AFL, får sjukpenning utgå för högst 180 dagar (3 kap. 3 §). Om den försäkrade vårdas på sjukhus skall sjukpenningen enl. AFL minskas med 55 kronor, dock med högst 1/3 av sjukpenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskningen skett avrundas till närmast lägre hela krontal (3 kap. 4 §).

Sjukpenning utgår inte för tid då den försäkrade

a) fullgör värnpliktstjänstgöring eller vapenfri tjänst eller genomgår militär grundutbildning för kvinnor
b) är intagen i sådant hem som avses i 12 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga
c) är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt
d) av annan orsak än sjukdom tagits om hand på det allmännas bekostnad
e) vistas utomlands i annat fall än då den försäkrade insjuknar medan han utför arbete som ett led i en här i riket bedriven verksamhet eller som sjöman anställd på svenskt handelsfartyg eller i fall då den försäkrade reser till utlandet med försäkringskassans medgivande.

För varje dag då en försäkrad bereds vård i sådant hem för vård eller boende enligt socialtjänstlagen som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol eller narkotika, skall sjukpenningen på begäran av den kommun som svarar för vårdkostnaderna minskas på det sätt som anges i 4 § andra stycket (3 kap. 15 §). Det belopp som sjukpenningen minskas med skall betalas ut till kommunen.

Försäkrad som är föremål för rehabiliteringsåtgärd skall anses ha fått sin arbetsförmåga nedsatt i den mån han på grund av åtgärderna är förhindrad att förvärvsarbeta. Försäkringskassan skall undersöka om det finns anledning att vidtaga någon åtgärd för rehabilitering när försäkrad har uppburit sjukpenning i 90 dagar i följd eller om det dessförinnan finns skälig anledning till undersökning om sådan åtgärd är erforderlig skall kassan se till att den vidtas (3 kap. 8 och 13 §§).

Drabbas försäkrad av arbetsskada, kan sjukpenning utgå under 90 dagar efter det att skadan inträffade, dock längst till dess skadan medför rätt till livränta eller rätten till sjukpenning upphör för att sjukpenningen har utgått i 180 dagar för försäkrad som har fyllt 70 år eller som dessförinnan har uppburit hel ålderspension. Efter denna s.k. samordningstid om 90 dagar utgår sjukpenning med 100-procentig kompensationsnivå i stället från arbetsskadeförsäkringen (3 kap. 1 § LAF).

Sjukpenning får i vissa fall dras in eller sättas ned. Detta gäller om försäkrad vägrar att ta emot besök av en person, som fått i uppdrag av försäkringskassan att utreda rätten till sjukpenning eller behovet av rehabiliteringsåtgärd. Vidare kan sjukpenningen dras in eller sättas ned om försäkrad underlåter att meddela försäkringskassan sin vistelseadress när han under sjukdom vistas annat än tillfälligt på annan adress än den som angetts till kassan. Samma förhållande gäller om den försäkrade underlåter att enligt 6 § första stycket anmäla sådan ändring, som är av betydelse för rätten till sjukpenning eller för sjukpenningens storlek (3 kap. 17 §). För alla ersättningar som kan utgå enligt AFL gäller dessutom vissa gemensamma bestämmelser om indragning och nedsättning av ersättning. Sålunda kan en ersättning dras in eller sättas ned om den som har rätt till ersättningen uppsåtligen har åsamkat sig sjukdom eller skada, har ådragit sig skada eller sjukdom vid förövande av brott, vägrar att låta sig undersökas av läkare, att följa läkares föreskrifter eller på annat sätt gör sig skyldig till grov ovarsamhet ur hälsosynpunkt eller medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktig eller vilseledande uppgift om förhållanden som är av betydelse för rätten till ersättning. Om försäkrad utan giltig anledning vägrar att genomgå rehabilitering kan sjukpenning eller förtidspension helt eller delvis tills vidare förvägras honom. Vid obehörigt förfarande kan den försäkrade bli skyldig att helt eller delvis återbetala uppburen ersättning. Belopp som skall återbetalas kan kvittas mot annan ersättning enligt AFL. Ersättningsanspråk enligt AFL preskriberas efter två år (3 kap. 17 §, 20 kap. 3—5 §§).

8.1.2 Särskilt om sjukdomsbegreppet

Enligt 3 kap. 7 § AFL utgår sjukpenning vid *sjukdom* som förorsakar nedsättning av *arbetsförmågan* med minst hälften. Att det föreligger sjukdom är alltså en förutsättning för att rekvisitet arbetsoförmåga överhuvud taget skall prövas. Det är dessutom den enda orsak till nedsättning av arbetsförmågan som enligt lag om allmän försäkring ger rätt till sjukpenning.

Försäkringens sjukdomsbegrepp är inte definierat i lagbestämmelserna, utan man får gå tillbaka till förarbetena till lagstiftningen för att hämta vägledning. Socialvårdskommittén skrev i sitt betänkande "Lag om allmän försäkring" (SOU 1944:15), sid. 162 f, att

"Man synes vid bedömande av huruvida sjukdom föreligger eller inte i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket inte sammanhänger med den normala livsprocessen. Efter en sjukdomsprocess kvarblivande missbildningar eller stympningar utan samband med sjukliga symtom bör dock icke räknas som sjukdom. Ett kroppslyte bör alltså ej anses som sjukdom. Å andra sidan bör icke endast själva sjukdomsprocessen såsom sådan utan även en efter sjukdomsprocessen kvarstående nedsättning eller

rubbning av det fysiska eller psykiska tillståndet kunna räknas som sjukdom. De störningar och fysiologiska förändringar som sammanhänga med det naturliga åldrandet eller med havandeskap och barnsbörd äro tydligen icke att betrakta såsom sjukdomar, enär de stå i samband med den normala livsprocessen."

Kommittén anförde vidare att försäkringen skulle ersätta sådan läkarvård som föranleddes av medfödda kroppsfel och genom vilken arbetsförmågan hos den vårdade kunde höjas, dock icke åtgärder vilka helt eller huvudsakligen var betingade av önskan att förbättra utseendet.

Kommittén framhöll emellertid att man inte avsåg att binda rättstillämpningen med dessa uttalanden, utan man ansåg det tvärtom angeläget att skälighetssynpunkter beaktas i tillämpningen. Av detta kan man bl.a. dra den slutsatsen att man bör bedöma varje ärende med hänsyn till förhållandena i det enskilda fallet. Med bl.a. ökade sjukvårdsresurser och ökande medicinska kunskaper har också det medicinska sjukdomsbegreppet och därmed också det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet efter hand vidgats. Ökade och ändrade krav i arbetslivet och ökade anspråk från de försäkrades sida liksom ändrat sjukskrivningsmönster från läkarnas sida har också inverkat på sjukskrivningarna.

En kartläggning av rättspraxis ger besked om på vilka områden socialvårdskommitténs definition av sjukdomsbegreppet har inneburit problem i rättstillämpningen och hur rättspraxis efterhand har utvecklats.

Graviditetskomplikationer

Ett exempel på hur sjukdomsbegreppet utvidgats i praxis är den utveckling som skett beträffande synen på störningar under graviditet. I ovan citerade förarbeten till sjukförsäkringslagstiftningen sägs ju att de störningar och fysiologiska förändringar som sammanhänger med havandeskap och barnsbörd inte är att betrakta som sjukdom, eftersom de står i samband med den normala livsprocessen. Detta uttalande har inneburit svårigheter vid bedömningen av rätten till sjukpenning liksom en oenhetlig rättstillämpning.

För att komma till rätta med dessa svårigheter inhämtade riksförsäkringsverket 1978 socialstyrelsens syn på, bl.a. vilka störningar och fysiologiska förändringar under graviditet som kan anses utgöra sjukdom. SoS hänvisade i sitt yttrande bl.a. till utlåtanden av docenterna Gårdmark och Westin. Gårdmark räknade upp en mängd störningar eller förändringar under graviditet som kunde anses utgöra sjukdom och som kunde motivera sjukskrivning, bl.a. hotande förtidsbörd, hotande missfall, havandeskapsförgiftning, otillräcklig fostertillväxt, bäckeninsuffi-ciens osv. I juli 1981 prövades ett ärende i försäkringsöverdomstolen (FÖD) om rätt till sjukpenning för en kvinna med diagnosen hotande förtidsbörd. RFV hänvisade till Gårdmarks uttalande och ansåg att hotande förtidsbörd skulle anses som sjukdom och således kunna berättiga till sjukpenning. FÖD fastslog att kvinnans arbetsförmåga var fullständigt nedsatt på grund av sjukdom och att sjukpenning skulle utbetalas.

Föräldraförsäkringsutredningen som 1983 kom med sitt betänkande "Utbyggd havandeskapspenning m.m." (SOU 1983:30) hade i uppdrag att dels klarlägga om bedömningen av rätt till ersättning till kvinnor som sjukskrivits på grund av olika graviditetskomplikationer var oenhetlig, dels utreda frågan om kompensation för inkomstbortfall för kvinnor som på grund av risk för fosterskador tvingas avhålla sig från förvärvsarbete.

I betänkandet, sid. 44—48, finns en utförlig beskrivning av i vilka situationer sjukpenning kan utges på grund av tillstånd som sammanhänger med graviditet. Man konstaterar också att utvecklingen av praxis gått i den riktningen att såväl hotande förtidsbörd som andra komplikationer, vilka räknas upp i Gårdmarks och Westins utlåtanden, numera betraktas som sjukdom. Förfrågan som föräldraförsäkringsutredningen gjorde vid olika försäkringskassor bekräftade också att man ansåg rättsläget till största delen klarlagt.

Vid denna tidpunkt kvarstod dock viss tveksamhet om ersättningsrätten i vissa speciella fall där det kunde ifrågasättas om kvinnan var sjuk enligt det sjukförsäkringsrättliga sjukdomsbegreppet. Det gällde t.ex. kvinnor som måste vara i stillhet på grund av flerbarnsgraviditet, Rh-immunisering som måste behandlas för att undvika risker för fostrets liv eller hälsa. FÖD har dock senare i två domar från december 1984 och januari 1985 slagit fast dels att Rh-immunisering hos en gravid kvinna kan berättiga till sjukpenning, dels att tillstånd vid tvillinggraviditet, med risk för förtidsbörd, likaså anses vara sjukdom i sjukförsäkringsrättslig mening. I och med dessa båda domar kan frågan om rätt till sjukpenning vid graviditetskomplikationer anses ha lösts praxisvägen.

Föräldraförsäkringsutredningens betänkande ledde för övrigt till en ändring av reglerna för rätt till havandeskapspenning. Ändringen innebar att havadeskapspenning även kan utges till gravida kvinnor som på grund av risk för arbetsmiljöbetingade fosterskador tvingas avstå från förvärvsarbete under graviditeten. Sedan tidigare har gravida kvinnor rätt till havandeskapspenning under graviditetens slutskede i de fall de inte kan fortsätta förvärvsarbete på grund av att arbetet är fysiskt påfrestande. Havandeskapspenningen avser alltså att täcka situationer då gravida kvinnor på grund av risker för fostrets liv eller hälsa måste avstå från förvärvsarbete medan sjukpenning utges vid graviditetskomplikationer eller extraordinära tillstånd under graviditeten som, enligt en numera tämligen klarlagd rättspraxis, anses vara sjukdom i sjukförsäkringsrättslig mening. Det gäller dels när kvinnan har besvär eller komplikationer som inte betingas av ett normalt graviditetsförlopp, dels när graviditeten innebär en situation med påtaglig belastning av, eller hot mot, kvinnans eller barnets hälsa.

Sterilitetsutredning, m.m.

Utredning av sterilitet som sker för att klarlägga om sjukdom föreligger bör givetvis enligt vanliga regler grunda rätt till ersättning. Efter uttalan-

de från SoS anses också medicinsk behandling av ofrivillig barnlöshet, in-vitro-fertilisering (provrörsbefruktning) och viss form av hormonbehandling, som sjukdom. RFV har i en skrivelse till försäkringskassorna 1984 meddelat att man delar socialstyrelsens uppfattning i denna fråga.

Operativa ingrepp som inte föranletts av sjukdom

Ett annat område där sjukdomsbegreppet fått en ändrad innebörd genom praxis gäller de tillstånd som uppstår genom olika slags operativa ingrepp. Socialvårdskommitténs uttalande i 1944 års betänkande har lett till oklarhet och man har menat att operativa ingrepp som inte föranletts av sjukdom inte skall ge rätt till sjukpenning. T.ex. har försäkringskassorna nekat sjukpenning vid borttagande av tatueringar eller operation av medfödda kroppsfel vilka helt eller delvis var betingade av önskan att förbättra utseendet. Så har också skett i samband med kejsarsnitt, aborter och sterilisering.

Även här har RFV inhämtat socialstyrelsens yttrande i ett antal ärenden och drivit fram utslag i både försäkringsrätterna och FÖD om hur man skulle se på sjukdomsbegreppet. Som exempel kan nämnas ett ärende som gällde kejsarsnitt och som avgjordes av FÖD i maj 1981. SoS yttrade bl.a. att kejsarsnitt som ju utförs som en bukoperation innebär ett betydande trauma. Operationssåret ger upphov till sårsmärtor och en temporär svaghet i bukväggen. Dessa förhållanden innebär en nedsättning av arbetsförmågan under viss tid efter operationen. Kejsarsnitt leder alltså till ett sjukdomstillstånd hos patienten som av försäkringskassan i andra sammanhang accepteras som sjukdom. FÖD fastslog att tillståndet efter operationen ansågs vara ett sådant onormalt kroppstillstånd som inte sammanhänger med den normala livsprocessen och alltså skulle räknas som sjukdom.

På liknande sätt behandlades ärenden i försäkringsrätterna angående tillstånd efter abort och efter sterilisering. SoS uttalade i dessa fall att "ingreppet leder till ett tillstånd som i andra sammanhang av försäkringskassorna betraktas som sjukdom".

Uppfattningen att anledningen till ett operativt ingrepp inte skall tillmätas någon betydelse när det gäller att bedöma sjukdomstillståndet efter ingreppet vann också stöd hos försäkringsrätten i södra Sverige i ett uppmärksammat mål i oktober 1982. Det gällde en ansiktsoperation i syfte att förbättra utseendet. Försäkringsrätten fastslog att den försäkrade var berättigad till sjukpenning till följd av det sjukdomstillstånd som uppstått genom operationen.

Vad domstolarna tagit ställning till i dessa fall är alltså frågan om *tillståndet efter* ett operativt ingrepp är att betrakta som sjukdomstillstånd som ger rätt till sjukpenning och bedömt detta *oavsett orsaken* till att ingreppet företagits. Bedömningen av sjukdomsbegreppet i sådana fall består dock ofta av två problemställningar. Den ena är frågan om *följdtillstånd* efter operativa ingrepp som redovisats ovan. Den andra problemställningen är en bevisfråga rörande vårdkostnaderna, nämli-

gen vad man skall kräva ifråga om bevisning vid bedömande av om en operation eller ett annat ingrepp i sig är medicinskt motiverad eller är orsakad av andra skäl, ibland rent kosmetiska.

I ett fall som gällde ansiktslyftning har SoS i sitt yttrande anfört, att gränsen mellan kosmetisk operation och plastikkirurgisk operation på medicinska grunder är flytande, men att det finns fall där personen ifråga upplever ett starkt psykiskt obehag och därför vill genomgå operation. Rent kosmetiska skäl kan givetvis också föreligga. SoS menar emellertid, att det ankommer i varje enskilt fall på den behandlande läkaren att ta ställning till patientens behov av ingrepp. Rent kosmetiska ingrepp — som huvudsakligen förekommer inom den enskilda vårdsektorn — och hudingrepp som hör hemma på "skönhetsinstitut" (typ håltagning i örsnibben) bör inte ersättas från den allmänna försäkringen. Men, säger SoS, om en läkare i offentlig tjänst, i sjukvårdshuvudmannens lokaler och med utnyttjande av dennes resurser för sjukvård, företar ett ingrepp av det slag som det är fråga om i målet, får det antas att han gjort erforderlig avvägning av skälen till ingreppet bl.a. med hänsyn till patientens psykiska lidande. Detta innebär att en offentliganställd läkare som företar ett ingrepp på offentligt sjukhus med utnyttjande av sjukhusets resurser har ett ansvar för att ingreppet är medicinskt — fysiskt eller psykiskt — motiverat.

Sorgereaktioner m.m.

En fast praxis saknas när det gäller att tolka sjukdomstillstånd som förorsakats av yttre upplevelser och händelser som t.ex. sorg- och trötthetstillstånd vid nära anhörigs död eller sjukdom. Det framhålls att svårigheten i dessa fall är att dra en gräns mellan normalpsykologisk och sjuklig reaktion i en sådan situation.

Under våren 1982 avkunnade FÖD ett flertal domar där den försäkrade tillerkändes sjukpenning. Gemensamt för dessa fall var att FÖD fann att de försäkrades reaktioner inte enbart var normalpsykologiskt fullt förklarliga sorgereaktioner, utan man konstaterade att det därutöver förelegat en akut insufficiens som förorsakat arbetsoförmåga.

Av bl.a. dessa domar kan man dra slutsatsen att sorgereaktioner och trötthetstillstånd m.m. i samband med nära anhörigs död eller sjukdom visserligen inte *i sig* kan inrymmas i det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet, men om reaktionerna får en sådan intensitet att de går över i ett insufficienstillstånd eller en depression, kan de numera inrymmas i sjukdomsbegreppet.

Symtomdiagnoser och psykosociala faktorer

Symtomdiagnoser används ofta för att beskriva en patientts besvär eller symtom när den bakomliggande sjukdomen är okänd. Så länge den medicinska utredningen pågår och den exakta diagnosen inte är fastställd, är det också naturligt att så sker. Exempel på sådana diagnoser är "ryggbesvär", "ledbesvär", "asthenia" (kraftlöshet), "huvudvärk" osv. Det är

emellertid inte ovanligt att sådana besvär hos patienter är ospecifika och bygger på patientens egen beskrivning av sina symtom medan de kliniska fynden är få. Läkaren har därför ibland svårt att fastställa en diagnos som bygger på objektiva medicinska fynd.

Hos försäkringskassorna uppfattas ofta subjektivt upplevda besvär som inte kan verifieras med objektiva medicinska fynd som otillräcklig grund för rätt till sjukpenning. Rättstillämpningen är inte enhetlig. Det förekommer att man ger sjukpenning under en kortare tid och därefter drar in sjukpenningen på grund av att antingen sjukdoms- eller arbetsoförmågebegreppet inte anses vara uppfyllt. Bland rättsfallen finns åtskilliga avgöranden där försäkringskassan menat att det trots pågående sjukskrivning inte längre föreligger rätt till sjukpenning därför att den försäkrade inte längre kan anses vara sjuk. Oftast är orsaken att behandlande läkaren inte kunnat påvisa några objektiva medicinska fynd som styrker sjukliga förändringar.

Av rättsfallen framgår att det ofta är fråga om symtomdiagnoser där de objektiva medicinska fynden är små samt att de subjektivt upplevda symtomen inte överensstämmer med denna brist på objektiva fynd. Den rent subjektiva upplevelsen av ett uppgivet sjukdomstillstånd tillåts som regel inte för någon längre tid bilda underlag för det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet. I några rättsfall har subjektiva besvär uppfattats som sjukdom. I de allra flesta fall leder dock avsaknaden av objektiva medicinska fynd till att rätt till sjukpenning inte anses föreligga. Ofta är det då fråga om ryggbesvär, ibland i kombination med psykosociala störningar.

Det medicinska sjukdomsbegreppet

Sjukdomsbegreppet förekommer i olika lagar, t.ex. i 1962 års sjukvårdslag (1962:242), som ersatts av hälso- och sjukvårdslagen (1982/763), och i lagen (1962:381) om allmän försäkring. I sjukvårdslagens 3 § ålades landstingen att inom respektive sjukvårdsområde svara för öppen och sluten vård för "sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd", såvida inte annan svarar för denna vård. Den nya hälso- och sjukvårdslagen, som trädde i kraft den 1 januari 1983 har karaktär av målinriktad ramlag. Lagen har föregåtts av en omfattande debatt om målsättningen för hälso- och sjukvården, som bl.a. förts i hälso- och sjukvårdsutredningens (HSU:s) betänkande "Mål och medel för hälso- och sjukvården" (SOU 1979:78).

Utgångspunkt i debatten har varit begreppen hälsa och sjukdom. Det är dock svårt — anser HSU — att definiera och avgränsa dessa tillstånd. Detta beror till stor del på att begreppet hälsa oftast sätts i samband med en enskild individ och att dess betydelse kan påverkas av individuella förhållanden. En annan svårighet ligger, enligt HSU, i den varierande synen på vad som är friskt och sjukt. Innebörden av begreppet hälsa påverkas i hög grad av sociala och kulturella förhållanden och av rådande värderingar vid den aktuella tiden. Därtill kommer att uppfattningarna om hälsa varierar mellan olika grupper av människor.

HSU erinrar om att beskrivningen av sjukdom utgår från olika synsätt. Ett *objektivt* synsätt innebär att det som avviker från de medicinskt normala är sjukt. Bedömningen görs i detta fall helt oberoende av vilken person det gäller. En person med objektivt påvisbar sjukdom behöver inte själv uppfatta sig som sjuk. Enligt ett *subjektivt* synsätt grundas bedömningen i stället på individens upplevelser. Det som en människa upplever som ohälsa, besvär eller störning i hälsotillståndet anses som sjukdom. Man kan alltså betraktas som sjuk utan att sjukdom kan påvisas rent objektivt.

HSU utgår vid sina överväganden från ett hälsobegrepp, som inrymmer inte bara medicinska utan även sociala och psykologiska faktorer. Med begreppet hälsa avses därmed, enligt HSU, de samlade förutsättningarna för en god livskvalitet. Enligt HSU baseras grunden för en sjukförklaring vanligtvis på en kombination av olika bedömningar, där hänsyn tas inte bara till medicinskt påvisbara tecken på sjukdom utan även till individens upplevelser och då framför allt till dennes arbets- och funktionsförmåga. HSU erinrar också om att sjukdom inom sjukförsäkringen är starkt relaterad till betydelsen arbetsoförmåga. HSU understryker starkt faran av att göra en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet. Alla problem — t.ex. oro, ångest och sömnsvårigheter — får inte göras till medicinska problem — dvs. medikaliseras — och åsättas en diagnos. Vad som är sjukdom måste enligt HSU relateras till en medicinskt påvisbar bedömning eller till en kombination av medi cinska och andra bedömningar.

I propositionen (1981/82:97) till den nya hälso- och sjukvårdslagen har föredraganden anslutit sig till den princip för avgränsning av hälso- och sjukvården från övriga närstående verksamhetsområden som följer av detta synsätt. Hälso- och sjukvårdens vårdansvar förutsätts därvid i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som i de enskilda fallen bedöms kräva insatser av endera medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samverkan med personal med t.ex. social, teknisk eller psykologisk kompetens.

Sjukdomsbegreppet är således ett relativt och flertydigt begrepp. I dag nödgas sjukvården arbeta utifrån olika sjukdomsbegrepp. I första hand kan man urskilja somatiska och psykiska sjukdomar. Under senare år har dock det psykiska inslaget vid somatiska sjukdomar uppmärksammats och man kan därför också avgränsa en särskild grupp av s.k. psykosomatiska sjukdomar. Ett objektivt kännetecken för sjukdom är att det rör sig om ett tillstånd eller en process som avviker från vad som kan betecknas som ett normalt tillstånd eller en normal process. Ett subjektivt kännetecken, som gäller de somatiska sjukdomarna och flertalet psykiska sjukdomar, är att den sjuke upplever smärta eller i vart fall lidande i någon form. En smärre grupp psykiska sjukdomar har dock inte detta kännetecken. Den sjuke mår bra och det är i stället omgivningen — "tredje man som drabbas av sjukdomen".

Många klassiska ganska välidentifierbara sjukdomar som t.ex. hjärtinfarkt kan diagnostiseras med hjälp av symtom, EKG och laboratorie-

prov. Det finns emellertid tillstånd som påminner om tillstånden vid de klassiska sjukdomarna men där likväl en sjukdomsdiagnos inte går att uppställa. Denna grupp, där patienten upplever sig vara sjuk, men objektiva kriterier saknas, förekommer i viss omfattning. Tillmäter man patientens egen upplevelse avgörande betydelse innebär det att patientens subjektiva upplevelse av sjukdom också är ett kriterium på när ett tillstånd skall betecknas som sjukdom. Sjukvården tillmäter visserligen patientens egna upplevelser största betydelse men vissa objektiva sjukdomskriterier måste dock uppställas. Någon exakt gräns mellan sjukdom och övriga tillstånd går därför inte att uppställa utan här finns visst utrymme för individuella variationer.

8.1.3 Särskilt om begreppet nedsatt arbetsförmåga

Allmänt

För rätt till sjukpenning krävs enligt 3 kap. 7 § AFL att en sjukdom förorsakat nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga med minst hälften. Det krävs således ett klart orsakssamband mellan sjukdomen och nedsättningen. I AFL sägs emellertid inte vad som avses med begreppet arbetsförmåga. Sett i belysningen av olika infallsvinklar kan arbetsförmågebegreppet ha olika betydelser.

Arbetsförmåga i sjukförsäkringsrättslig bemärkelse innefattar antingen en *faktisk arbetsoförmåga*, dvs. att den försäkrade rent faktiskt är oförmögen att utföra arbete, eller en *profylaktisk arbetsoförmåga*, dvs. att det för sjukdomens botande är lämpligt att den försäkrade avhåller sig från arbete.

Vissa läkare torde anse, att en läkare inte kan göra en bedömning av den faktiska arbetsoförmågan, om han skall följa i författningarna givna direktiv, dvs. enligt allmänna läkarinstruktionen handla "enligt vetenskap och beprövad erfarenhet" och enligt SOSFS (M 1981:25) "endast uttala sig om förhållanden som han har tillräcklig kännedom om och vara objektiv då han samlar in det material som han skall grunda intyget på". Det finns en rad sjukdomstillstånd där det står klart för den medicinska bedömaren att den försäkrade är arbetsoförmögen. Sjukdomsbilden ger klart besked om att den försäkrade rent faktiskt inte kan arbeta. En ordinär intygssituation kännetecknas emellertid ofta av att läkaren har bristande kännedom om patientens arbete och livssituation i största allmänhet. En bedömning av arbetsförmågan fordrar också kännedom om arbetets art. Det torde vara en allmän läkarmening, att ingen är bättre skickad att bedöma arbetets art, i förhållande till den föreliggande sjukdomen, än den försäkrade själv.

Den profylaktiska arbetsoförmågan har däremot ett mer renodlat medicinskt innehåll. Anknytningen till diagnosen är här mycket mer uttalad än vad som är fallet vid faktisk arbetsoförmåga. Sjukdomsbilden är av avgörande betydelse för vilken behandling som skall sättas in. Som ett led i behandlingen är det många gånger av största vikt att den försäkrade avhåller sig från arbete. Att arbeta kan inverka menligt på tillfrisknandet.

Läkarna är otvivelaktigt de som är bäst skickade att intyga profylaktisk arbetsoförmåga.

Under den intygsfria tiden är det som regel den försäkrades egen uppfattning om sin arbetsoförmåga, som är avgörande. I anmälan om arbetsåtergång intygar den försäkrade, att han på grund av sjukdom avhållit sig från arbetet. Den försäkrade har härmed underförstått intygat, att han varit arbetsoförmögen under den aktuella tiden. I de allra flesta fall godtar försäkringskassan den försäkrades intygande och därmed den försäkrades uppfattning om att han varit arbetsoförmögen. Endast om det av det uppgivna sjukdomstillståndet omedelbart framgår, att någon arbetsoförmåga inte kan bli följden härav, eller om det upptäcks att den försäkrade utfört arbete eller ägnat sig åt andra aktiviteter under sjukperioden, godtages inte den försäkrades uppfattning om sin nedsatta arbetsoförmåga. Efter den första veckan skall arbetsoförmågan och sjukdomen styrkas genom läkarintyg. I regel godtar försäkringskassan läkarnas bedömning av arbetsoförmågan. Det är dock alltid försäkringskassan som avgör om läkarens bedömning skall godtagas och om sjukpenning skall utgå.

Av 3 kap. 7 § framgår, att lagstiftaren utgår ifrån att arbetsoförmågan är en kvantifierbar egenskap. Villkoret om arbetsoförmåga är nämligen *omfångsrelaterat.* Vid fullständig nedsättning av arbetsförmågan skall hel sjukpenning utgå. I annat fallt utgår halv sjukpenning. Det betyder i princip, att 100 procent arbetsnedsättning måste vara för handen för att hel sjukpenning skall kunna utgå. Är arbetsförmågan nedsatt 50—99 procent skall halv sjukpenning utgå. Är arbetsförmågan 1—49 procent utgår ingen ersättning. Dylika gränsdagningar uppkommer ofta i rättstillämpningen som en fråga om arbetsförmågan skall relateras till hel dag eller del av dag. AFL lämnar inte något svar på frågan, hur lång tid arbetsförmågan bör ha varat, för att rätt till sjukpenning skall ifrågakomma. I 3 kap. 4 och 10 §§ sägs dock, att sjukpenning skall utges för dag. Av detta uttalande ansåg man tidigare, att tillräckligt stöd förelåg för den regeln, att sjukpenning kan utges endast om sjukdomen orsakat förlust eller nedsättning av arbetsförmågan under minst en hel dag. Hade det arbete som utförts varit obetydligt, kunde dock sjukpenning ifrågakomma. För att sjukpenning skulle kunna utbetalas krävdes alltså, att sjukdomen förorsakat förlust eller nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften under åtminstone en hel dag. Enligt praxis gäller vidare att sjukpenning inte utges för en kalenderdag under vilken en försäkrad arbetat mer än hälften av sin normala arbetstid.

Från dessa principer har i tillämpningen gjorts vissa undantag. Sjukpenning kan således under vissa förutsättningar utges för dag då den försäkrade avbrutit arbetet inom en fjärdedel av arbetstiden, räknat från dess början. Vidare gällde före den 1 december 1987 att om en försäkrad arbetar nattskift skulle vid bedömningen av hans rätt till sjukpenning skiftarbetet anses utfört den kalenderdag då han arbetat den längsta tiden. Till följd härav kan i vissa fall sjukpenning betalas ut för kalenderdag då den försäkrade arbetat mer än hälften av sin faktiska arbetstid den

dagen. Under den senaste tiden har en förändring skett av praxis som innebär att sjukpenning även i vissa andra situationer kan utges för dagar då en försäkrad arbetar mer än hälften av sin normala arbetstid. Denna utveckling har kommit till stånd genom två domar som FÖD meddelat den 29 november 1985 (FÖD 86:11). I båda fallen var den försäkrade halvt sjukskriven. Det arbete som utfördes under den halva sjukskrivningen hade koncentrerats så att de försäkrade under vissa arbetsdagar arbetade mer än hälften av vad som skulle ha varit normalt om de varit friska. FÖD uttalade i domarna att försök till rehabilitering i vissa fall kan utgöra motiv för att utge halv sjukpenning även vid sådan förläggning av arbetstiden att arbete utförs vissa dagar i en större omfattning än hälften av den försäkrades normala arbetstid. En grundläggande förutsättning härför är emellertid enligt domstolen

a) att den *sammanlagda* arbetstiden under den period som omfattas av det aktuella försöket till rehabilitering inte överstiger hälften av den försäkrades normala arbetstid, och
b) att arbetstidsförläggningen är medicinskt motiverad.

I prop. 1986/87:69 om förbättrad kompensation vid korttidssjukdom m.m., framhöll föredraganden, sid. 58 f, att det är motiverat med en ändring i principen att tillståndet som skall ge rätt till sjukpenning skall ha förelegat hela dagen. Hon anförde vidare:

"Det nu diskuterade kravet på sjukdomstillståndets varaktighet medför olyckliga konsekvenser i vissa andra avseenden. Medicinsk behandling som tidigare utfördes när patienten var inlagd på sjukhus kan numera utföras polikliniskt. Behandling som tidigare tog en hel dag i anspråk kan numera utföras på kortare tid. Detta har inneburit att personer som tidigare måste läggas in på sjukhus för behandling numera kan få erforderlig behandling trots att de behöver avstå från förvärvsarbete bara en del av behandlingsdagen. Det är otillfredsställande att dessa personer inte kan anses berättigade till sjukpenning om de på grund av behandlingen behöver avstå från förvärvsarbete halva dagen eller t.o.m. större andel än så. Mot bakgrund av det som anförts bör enligt min mening en ny regel införas som innebär en *generell garanti* för rätt till halv sjukpenning för dag då en försäkrad på grund av sjukdom behöver avstå från förvärvsarbete under minst hälften av sin normala arbetstid den dagen."

Den av föredraganden förordade regeln har införts i 3 kap. 8 § med följande lydelse:

"Om den försäkrade på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärvsarbete under minst hälften av sin normala arbetstid en viss dag, skall hans arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande mån den dagen."

Föredraganden pekade vidare på de svårigheter som föreligger att i vissa fall bestämma vilken dag frånvaron på grund av nedsatt arbetsförmåga skall hänföras till när det gäller personer med skift- eller turlistearbete. I anslutning härtill anförde föredraganden, sid. 59, att

"om en försäkrad arbetar nattskift skall vid bedömningen av hans rätt till sjukpenning, skiftarbetet anses utfört den dag då han arbetat den längsta tiden. Detta innebär t.ex. att om skiftet sträcker sig mellan kl. 20.00 på kvällen till kl. 06.00 på morgonen dagen därpå skall arbetspasset anses utfört den dag då skiftet avslutades. Om den försäkrade tillfrisknar och går på nattskiftet nästföljande kväll har han inte varit sjuk hela dagen. Försäkringsöverdomstolen har emellertid i en dom den 28 april 1984 (FÖD 85:12 II) pekat på svårigheterna att bestämma till vilken dag i ett s.k. turlistearbete frånvaro för vård av barn skall hänföras. I domen har domstolen uttalat att, om löneavdrag görs för ett arbetspass, avstående från förvärvsarbete skall anses ha skett den dagen. Att för varje situation där exempelvis nattskiftarbete eller turlistearbete föreligger genom fasta regler på förhand bestämma till vilken dag ett visst arbete skall hänföras låter sig svårligen göras. Frågan bör enligt min mening få avgöras i tillämpningen från fall till fall. Lösningar av en del hithörande problem bör underlättas av förändringar som jag i övrigt föreslår i detta sammanhang."

RFV har i RFFS 1987:24 meddelat föreskrifter om hur bedömningen skall ske i dessa situationer.

Det juridiska arbetsoförmågebegreppet är som ovan nämnts också *tidsrelaterat.* Innehållet i begreppet arbetsoförmåga varierar beroende på hur länge sjukfallet varat. Under den intygsfria tiden är det (med få undantag) den försäkrades egen uppfattning av sin arbetsförmåga som utgör innehållet i villkoret, medan det därefter och ca. tre månader framåt är den försäkrades jämte en läkares uppfattning om arbetsoförmågan, som ligger till grund för försäkringskassans avgörande om rätten till sjukpenning (med en del undantag). Under tiden därefter kommer avgörandet huruvida arbetsoförmåga föreligger eller inte att vara avhängigt av en rad andra faktorer såsom det aktuella arbetsmarknadsläget, tillgången till arbetsvårdsplatser, möjligheten till omplacering osv. Reglerna vid dessa situationer redovisas nedan. Vid bedömningen av om arbetsoförmåga föreligger vid längre sjukfall kommer andra faktorer att tillmätas betydelse än de, som var av intresse i början av sjukfallet. Innehållet i arbetsoförmågevillkoret skiftar alltså beroende på hur långvarigt sjukfallet blir.

Den tidsrelaterade arbetsoförmågan hänger samman med det *arbetsrelaterade* innehållet i villkoret arbetsoförmåga. Lagtexten anger, att om sjukfallet beräknas bli kortvarigt skall arbetsförmågan relateras till den försäkrades vanliga arbete (3 kap. 8 § första stycket). Om de icke kortvariga fallen sägs ingenting i lagtexten. Man brukar dock motsatsvis göra gällande, att arbetsoförmågan i de längre sjukfallen skall relateras till vilket tänkt "lämpligt" arbete som helst.

Om den försäkrade är föremål för en rehabiliterande åtgärd, skall den försäkrade anses arbetsoförmögen, om han på grund av åtgärden är förhindrad att utföra förvärvsarbete (3 kap. 8 § andra stycket). Här betyder arbetsoförmåga detsamma som att man är förhindrad att arbeta, därför att man inte samtidigt kan arbeta och t.ex. bli föremål för arbetsmark-

nadsåtgärder. RFV har genom bestämmelsen i 3 § kungörelsen (RFFS 1978:32) om sjukpenning vid arbetsvård, uppställt ett krav på att arbetsförmågan skall vara *inkomstrelaterad.* Nämnda bestämmelser redovisas utförligare nedan.

Genom den omfångsrelaterade, den tidsrelaterade, den arbets- och inkomstrelaterade arbetsoförmågan kan försäkringsadministrationen avgöra, vilka grupper som skall ha rätt till ersättning. Med en generös tolkning av begreppet arbetsoförmåga kan kretsen av ersättningsberättigade ökas, med en strängare kan den minskas. Enligt grundtanken bakom rätten till sjukpenning avses med arbetsoförmåga egentligen *ersättningsberättigad arbetsoförmåga,* i betydelsen att sjukpenning utgår för att kompensera sådant inkomstbortfall, som föranleds av att en sjukdom nedsatt den försäkrades arbetsförmåga.

I 3 kap. 8 § AFL anges att när ett sjukfall är kortvarigt skall arbetsförmågan bedömas i förhållande till det vanliga arbetet. Av detta kan man, som ovan nämnts, dra den slutsatsen att i övriga fall (dvs. långa sjukfall) skall arbetsförmågan bedömas med hänsyn till möjligheten att klara ett arbete överhuvud taget. Detta anges dock inte i lagtexten.

Det är inte rimligt att begära att en person som beräknas vara sjuk en kortare tid skall byta yrke. Det är därför naturligt att i korta sjukfall bedöma arbetsförmågan i förhållande till det vanliga arbetet. I långa sjukfall skall försäkringskassan undersöka om den försäkrade, eventuellt efter rehabilitering, är i stånd att försörja sig genom annat arbete.

Ett långt sjukfall i lagens mening är inte tidsrelaterat. Det är alltså inte fråga om sjukfall som är sju dagar, 90 dagar eller något annat. Ett långt sjukfall bedöms i praxis föreligga när

- det bedöms sannolikt att den försäkrade måste genomgå rehabiliteringsåtgärder för att kunna återgå till det arbete han hade som frisk eller
- det bedöms osannolikt att han skall kunna återgå till det arbete han hade som frisk.

Om den försäkrade genomgår åtgärd som avses i 2 kap. 11 § AFL skall arbetsförmågan anses nedsatt i den mån åtgärden förhindrar förvärvsarbete (3 kap. 8 § andra stycket).

Enligt 2 kap. 11 § skall försäkringskassan — om en försäkrad uppburit sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård i 90 dagar i följd eller det annars föreligger skälig anledning — i den utsträckning RFV föreskriver undersöka om det föreligger skäl att vidta en åtgärd som kan förkorta sjukskrivningstiden eller på annat sätt helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan. Är sådan åtgärd erforderlig skall kassan se till att lämplig sådan vidtages.

Principerna för bedömning av arbetsförmågans nedsättning vid långa sjukfall har under senare år förändrats till följd av flera domstolsavgöranden. Det gäller bl.a. rätten till sjukpenning under utbildning samt synen på vilka krav som skall uppställas för att den försäkrade skall anses ha en reell möjlighet att få och behålla ett annat lämpligt arbete på arbetsmarknaden.

För rätt till sjukpenning vid rehabiliteringsåtgärd enligt 2 kap. 11 §, har fordrats att sjukdomen redan medfört eller, om åtgärden ej vidtogs, kunde antas komma att medföra nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften. Avslag på framställning om sjukpenning under rehabilitering har av försäkringskassorna och domstolarna motiverats med att den försäkrades arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften samt att han, om inte den aktuella åtgärden vidtogs, kunde antagas erhålla en förvärvsinkomst motsvarande minst hälften av vad han tidigare har haft. Det sistnämnda innebär dock inte att bedömningen grundades på en uppskattning av de *reella möjligheterna* att erhålla en sådan inkomst utan på *förmågan* att utföra arbete som gav sådana inkomster. Prövningen gjordes i förhållande till hela arbetsmarknaden utifrån yrken som var någorlunda vanliga.

I flera av FÖD:s domar på senare år har getts uttryck för, att man måste ta hänsyn till att läget på arbetsmarknaden medför särskilda svårigheter för arbetshandikappade att behålla ett lämpligt arbete. Det kan vara svårt att visa på omständigheter som talar för att den försäkrade borde kunna få och behålla ett annat lämpligt arbete på arbetsmarknaden. Mot den bakgrunden har man ansett att bedömningen av en försäkrads arbetsförmåga skall, för tid in till dess lämplig rehabilitering vidtagits, göras med utgångspunkt från det arbete den försäkrade faktiskt har, såvida det inte framgår att han har en reell möjlighet att få och behålla ett annat arbete.

Rätt till sjukpenning vid yrkesinriktad rehabilitering

Sjukpenningrätten regleras i 3 kap. 7 §. Under tiden för rehabilitering — åtgärd enligt 2 kap. 11 § — kan sjukpenning utges med stöd av 3 kap. 8 § andra stycket. Om man sammanfogar de båda reglerna får man fram att tre förutsättningar skall vara uppfyllda innan sjukpenning kan utges under rehabilitering, nämligen

- orsaksrekvisitet sjukdom skall vara uppfyllt (dvs. den för säkrade skall ha en sjukdom)
- den försäkrade skall vara föremål för en rehabiliteringsåtgärd
- denna åtgärd skall hindra den försäkrade att förvärvsarbeta till minst hälften.

Med åtgärd enl. 2 kap. 11 § avses åtgärd som förkortar sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygger eller häver nedsättningen av arbetsförmågan. RFV har i kungörelse (RFFS 1978:32) om sjukpenning vid arbetsvård, reglerat vilka rehabiliterande åtgärder som i det enskilda fallet skall anses vara åtgärd enligt 2 kap. 11 §. Kungörelsen har emellertid mist sin aktualitet genom den rättspraxisutveckling som skett under den senare tiden. Enligt inhämtade upplysningar från RFV kommer därför kungörelsen att upphävas.

FÖD har i en plenidom (1987:30) angett de kriterier som skall vara uppfyllda för att en yrkesinriktad rehabiliteringsåtgärd skall betraktas som en åtgärd enligt 2 kap. 11 §, och därmed grunda rätt till 3:8-sjukpenning. Kriterierna kan sammanfattas på följande sätt:

- omplacering hos den nuvarande arbetsgivaren kan inte ske
- annat lämpligt arbete går inte att ordna utan att rehabiliteringsåtgärden först genomförs
- det föreligger behov av omskolning/utbildning för att häva eller förebygga en nedsättning av arbetsförmågan
- omskolningen skall syfta till ett lämpligt arbete för den försäkrade.

Om dessa förutsättningar är uppfyllda och omskolningen planerats i samråd med läkare och arbetsmarknadsmyndighet, kan i regel omskolningen/utbildningen i sin helhet godtas som en åtgärd enligt 2 kap. 11 §. Den försäkrade har därigenom rätt till 3:8-sjukpenning under hela utbildningstiden. Det är emellertid att notera, att rätt till sådan sjukpenning föreligger endast under den tid som den försäkrade deltar i åtgärden (utbildningen). Detta innebär att den försäkrade under t.ex. ferier inte är berättigade till 3:8-sjukpenning. Rätten till sjukpenning under ferier eller andra uppehåll i utbildningen får då i stället prövas enligt 3 kap. 7 §, dvs. den försäkrade skall ha en sjukdom och denna skall medföra att arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften.

Rätt till sjukpenning vid medicinsk rehabilitering

En strävan inom sjukvården idag är att i ökad utsträckning kunna ge behandling polikliniskt. Behandling som tidigare tog en hel dag i anspråk kan numera genomföras på kortare tid, ibland endast en halv dag eller mindre. Detta har inneburit att personer som tidigare måste läggas in på sjukhus för behandling numera kan få erforderlig behandling trots att de bara behöver avstå från förvärvsarbete halva behandlingsdagen. Tidigare praxis innebar att halv arbetsoförmåga hela dagen krävdes för halv sjukpenning. Hel arbetsoförmåga halva dagen gav inte rätt till sjukpenning. Denna praxis har ändrats genom ovannämnda ändring i 3 kap. 8 §, och genom en dom av FÖD (FÖD 1987:29). Det innebär att hel arbetsoförmåga halva dagen numera ger rätt till halv sjukpenning även vid enstaka dag.

Det är i sammanhanget att notera, att timsjukpenningberäkning inte gäller i de fall 3:8-sjukpenning utges. Om arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften på grund av sjukdom kan 3:7-sjukpenning utges (och då kan även timsjukpenningberäkning komma i fråga). Är däremot så inte fallet skall förutsättningarna för rätt till 3:8-sjukpenning prövas.

Reglerna i 3 kap. 8 § innebär att tre förutsättningar skall vara uppfyllda för rätt till sjukpenning vid medicinsk rehabilitering när den försäkrade inte är "sjukskriven". Dessa förutsättningar är, att den försäkrade skall

- lida av sjukdom,
- vara föremål för åtgärd enl. 2 kap. 11 §,
- på grund av denna åtgärd vara förhindrad att förvärvsarbeta.

RFV har inte utfärdat någon kungörelse, som ger ledning för bedömningen av vad som skall avses med en åtgärd enligt 2 kap. 11 § när det gäller *medicinska* rehabiliteringsåtgärder.

De förutsättningar som enligt praxis uppställs för att rätt till 3:8-sjukpenning skall föreligga är, att

- den försäkrade skall lida av sjukdom,
- den speciella behandlingen (t.ex. funktionsträning av profylaktisk natur) skall vara en åtgärd som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga,
- behandlingen skall hindra den försäkrade från att förvärvsarbeta minst halva dagen.

Om dessa förutsättningar är uppfyllda utgår sjukpenning enligt 3 kap. 8 § — hel eller halv sjukpenning beroende på den tid den försäkrade på grund av behandlingen varit förhindrad att arbeta.

Rätt till sjukpenning, med stöd av 3 kap. 8 § andra stycket, vid medicinska rehabiliteringsåtgärder har i praxis ansetts föreligga även om arbetsförmågan som åtgärden skall häva eller förhindra inte uppgår eller kan antas komma att uppgå till minst hälften.

Försäkrad som lider av vissa sjukdomar, t.ex. ledsjukdomar, astmabronkiter och psoriasis, kan erhålla vård utomlands. Vården bekostas i vissa fall av sjukvårdshuvudmannen med avdrag för ett belopp, som i princip skall motsvara storleken på sjukvårdsavdraget. Om det är klarlagt att vården avser en rehabilitering av den försäkrade, skall vården enligt RFFS 1981:4 med vissa bestämmelser om sjukpenning vid utlandsvård, anses utgöra en sådan åtgärd som avses i 2 kap. 11 § första stycket AFL (medicinsk rehabilitering). Rätt till sjukpenning enligt 3 kap. 8 § andra stycket föreligger också då.

8.1.4 Särskilt om förtidspension

I 7 kap. AFL föreskrivs att försäkrad under vissa förutsättningar har rätt till förtidspension, om dennes arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst hälften och nedsättningen kan anses varaktig. Kan nedsättningen av arbetsförmågan inte anses varaktig men kan den antas bli bestående avsevärd tid, har den försäkrade rätt till sjukbidrag. Vid bedömningen om arbetsförmågan är nedsatt skall man ta ställning till den försäkrades förmåga att bereda sig inkomst genom sådant arbete, som motsvarar hans krafter och färdigheter och som rimligen kan begäras av honom med hänsyn till hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bosättningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter. Bedömningen skall göras efter samma grunder oavsett arten av den föreliggande nedsättningen av prestationsförmågan.

Förtidspension och sjukbidraget har tre olika nivåer, beroende på omfattningen av arbetsförmågans nedsättning.

Hel förtidspension/sjukbidrag beviljas försäkrad, vars arbetsförmåga är så nedsatt att intet eller endast ringa del därav återstår. Härmed avses i princip, att arbetsförmågan är nedsatt med minst 5/6.

2/3 av hel förtidspension/sjukbidrag beviljas försäkrad, vars arbetsförmåga är nedsatt i mindre grad men likväl med avsevärt mer än hälften.

Arbetsförmågan skall i princip vara nedsatt med minst 2/3 men ej 5/6.

Halv förtidspension/sjukbidrag beviljas försäkrad vars arbetsförmåga är nedsatt med minst hälften men ej 2/3.

Är arbetsförmågan inte nedsatt med hälften kan förtidspension inte utgå.

Förtidspension och sjukbidrag ger samma ekonomiska ersättning. Sjukbidraget är tidsbegränsat på i allmänhet ett eller två år, i övrigt är förmånerna identiska.

Folkpensionsdelen är lika för alla och utgör 96 procent av basbeloppet (något mindre dock om man är gift med en folkpensionär).

Tilläggspensionen varierar med arbetsinkomsterna man haft. Ofta räknar man att folk- och tilläggspension tillsammans ger ca 65 procent av arbetsinkomsterna.

Har man ingen tilläggspension utgår pensionstillskott (96 procent av basbeloppet).

I propositionen (1962:90) med förslag till lag om allmän försäkring, m.m. har departementschefen klargjort den principiella grunden för förtidspensioneringen. Han har därvid uttalat att syftet med pensionen är att tillförsäkra medborgarna ekonomisk trygghet vid förtida förlust eller nedsättning av arbetsförmågan. Ersättningen skall vara en kompensation för försörjningsekonomiska konsekvenser som har sin grund i sjukdom eller skada och avser således inte att vara en lytesersättning. Grunden till den bristande arbetsförmågan bör enligt departementschefen utgöras av medicinska faktorer varvid härutöver bör fordras att den medicinska defekten medför förlust eller en betydande nedsättning av arbetsförmågan. När det gäller att ta ställning till i vilken omfattning sjukdom eller skada medfört nedsättning av arbetsförmågan har departementschefen anfört att utöver den medicinska statusen och de omständigheter i övrigt som i det enskilda fallet kan påverka vederbörandes möjligheter att utnyttja den återstående arbetsförmågan kan en jämförelse mellan arbetsinkomsten före och efter invaliditet tjäna till vägledning. 1958 års socialförsäkringskommitté har i sitt förslag avseende förtidspensionering och sjukpenningförsäkring m.m. (SOU 1961:29) angående sådan inkomstjämförelse uttalat att, bl.a. för personer som är födda invalider och för vilka hållpunkter saknas för uppskattning av den arbetsinkomst vederbörande skulle ha kunnat uppnå om han inte drabbats av invaliditet, man i regel måste utgå från arbetsförtjänsten i orten för en icke yrkesutbildad person.

I praxis tillämpas sedan mitten av 1960-talet den principen att en studerande ungdoms rätt till sjukbidrag eller förtidspension bedöms med hänsyn till dennes förmåga att skaffa sig inkomst av förvärvsarbete, om han skulle avbryta studierna. Även under tid man studerar inom ramen för obligatorisk skolutbildning kan man ha rätt att få pension efter uppnådda 16 års ålder. Detta gäller framför allt då frågan är om obligatorisk utbildning anordnad inom en sjukvårdsinrättning eller i särskilda anstalter för vård och utbildning av gravt medicinskt handikappade, men kan gälla även den som kan delta i den obligatoriska skolutbildningen inom

det allmänna skolväsendet. Även en gravt handikappad som bedriver mer kvalificerade studier, t.ex. vid ett gymnasium eller universitet, kan beviljas sjukbidrag under hela studietiden förutsatt att han bedöms inte kunna försörja sig förrän utbildningen är slutförd.

Beträffande blinda och döva studerande ungdomar tillämpas sedan några år den praxisen att de erhåller sjukbidrag under hela utbildningstiden. Detta under förutsättningen att handikappet är av sådan omfattning att någon försörjningsförmåga av betydelse inte kan påräknas utan en individuellt anpassad yrkesinriktad utbildning (FÖD 1986:39). Tidigare praxis var att dessa ungdomar erhöll sjukbidrag från 16 års ålder t.o.m. juni månad året efter de avslutat grundskoleutbildningen.

8.1.5 Lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring (LAF)

LAF omfattar samtliga förvärvsarbetande och sådana studerande som genomgår en utbildning, vilken är förenad med särskild risk för arbetsskada. Beträffande egenföretagare och uppdragstagare förutsätts dock, att de är bosatta i Sverige och att undantagande från ATP inte gäller för dem. Försäkringen finansieras genom socialförsäkringsavgifter och administreras av RFV och försäkringskassorna. Ersättning i enlighet med bestämmelserna i LAF utgår också enligt lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd.

Med en arbetsskada avses en skada till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet. Olycksfall vid färd till eller från arbetsstället räknas som olycksfall i arbete, om färden föranleddes av och stod i nära samband med arbetet. Arbetsskadeförsäkringen gäller emellertid inte t.ex. vid tillfälliga omplaceringar hos annan arbetsgivare än den egna eller vid resor till och från arbetsplatser vid träning i reell miljö, då sådan träning utföres hos annan än den ordinarie arbetsgivaren. Har skada som beror på annat än olycksfall framkallats av smitta, anses den som arbetsskada i den mån regeringen föreskriver det. Har försäkrad varit utsatt för ett olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet, skall denna skada anses vara orsakad av den skadliga inverkan, om inte betydligt starkare skäl talar mot detta. Med skada avses enligt LAF personskada och skada på protes eller annan liknande anordning som användes för avsett ändamål när skadan inträffade (2 kap. 1—3 §§).

Sjukpenning vid arbetsskada skall under de första 90 dagarna efter det att skadan inträffade utgå enligt de vanliga bestämmelserna i AFL. Efter denna samordningstid utgår sjukpenningen i stället från arbetsskadeförsäkringen. Den som inte är sjukpenningförsäkrad enligt AFL får redan från början sjukpenningen från arbetsskadeförsäkringen vid godkänd arbetsskada, men ersättningen under samordningstiden bestäms även då med tillämpning av AFL:s bestämmelser om sjukpenning (3 kap. 1—2 §§).

Vid sjukdom efter samordningstidens slut kan liksom enligt AFL hel eller halv sjukpenning utges. Kompensationsnivån är emellertid då 100-procentig och full dagersättning skall alltså motsvara 1/365 av den för-

säkrades sjukpenningunderlag (3 kap. 5 §). Sjukpenningsunderlaget utgörs i regel av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst enligt AFL. För den som inte är sjukpenningförsäkrad men ändå förvärvsarbetar används en antagen sådan inkomst, dock lägst 6 000 kr. Liksom enligt AFL beaktas inkomster upp till sju och halv gånger basbeloppet (3 kap. 6 §). Om den försäkrade vårdas på sjukhus eller konvalescenthem skall hans sjukpenning minskas i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. 4 § andra stycket AFL (3 kap. 8 §).

Om försäkrad på anmodan av försäkringskassan eller med kassans samtycke avstår från sitt arbete i syfte att förebygga arbetsskada har han rätt till skälig inkomstersättning motsvarande högst hel sjukpenning under resp. efter samordningstiden (6 kap. 4 §).

Statliga och andra arbetsgivare som författningsenligt har utgett ersättning vid arbetsskada inträder i den försäkrades rätt till ersättning enligt LAF. Staten står s.k. självrisk beträffande sina anställda och deras arbetsskadeersättningar utgår därför direkt av statsmedel (6 kap. 3 § och 8 kap. 3 §).

Ansökan om sjukpenning enligt LAF skall göras inom sex år från den dag ersättningen avser. Om detta försummas, är rätten till sådan sjukpenning förlorad. I fråga om redan beslutad ersättning gäller AFL:s tvååriga preskriptionsregel. Även andra bestämmelser i AFL har motsvarande tillämpning (6 kap. 6—7 §§).

Inom systemet för ersättning vid arbetsskada m.m. tillämpas ett renodlat ekonomiskt invaliditetsbegrepp. *Egenlivränta* skall i princip utgöra en hundraprocentig kompensation för inkomstförlust till följd av skada. Egenlivräntan skall ges till den som varaktigt har fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst 1/15 och därvid har ett årligt inkomstbortfall som motsvarar minst 1/4 av det basbelopp som gällde vid början av det år då livräntan skulle börja utgå (4 kap. 1—2 §§). För den som är sjukpenningförsäkrad enligt AFL utgörs livränteunderlaget i regel av hans sjukpenninggrundande inkomst vid den tidpunkt från vilken livräntan skall utgå. Inkomsten skall därvid kontrolleras och rättas vid behov. AFL:s 30-dagars väntetid för inkomständring skall inte beaktas. För den som inte är sjukpenningsförsäkrad men ändå förvärvsarbetar används en antagen sjukpenninggrundande inkomst, dock lägst 6 000 kr. Unga försäkrade får vid 18, 21 och 25 års ålder ett livränteunderlag som motsvarar sannolika inkomster vid de tidpunkterna. För studerande utgörs underlaget för beräknad utbildningstid lägst av sannolik inkomst efter ett antaget studieavbrott vid skadetillfället. Efter utbildningstidens slut används i stället den då sannolika förvärvsinkomsten. De studerande är dessutom garanterade ett livränteunderlag som beroende på åldern motsvarar minst 2—3 basbelopp. Livränteunderlaget fastställs till högst 7 1/2 basbelopp (4 kap. 5, 6, 9, 10 och 11 §§). Livräntans storlek är knuten till förändringar i levnadskostnaderna genom anknytningen till basbeloppet (6 kap. 2 §).

Sjukpenning och livränta enligt LAF och motsvarande ersättningar är pensionsgrundande för ATP och skattepliktiga. LAF gäller för skador som har inträffat fr.o.m. den 1 juli 1977. För tidigare skador skall äldre bestämmelser fortfarande tillämpas.

8.1.6 Utbildningsbidrag enligt förordning om arbetsmarknadsutbildning (1987:406)

Till den som har påbörjat arbetsmarknadsutbildning (AMU) och till den som är inskriven vid AMI lämnas utbildningsbidrag och lån enligt förordningen om AMU (1987:406). Utbildningsbidrag består av dagpenning och särskilt bidrag.

Dagpenningen uppgår f.n. (8807) till lägst 255 resp. 181 kr. per dag. Dagpenning till den som var medlem i erkänd arbetslöshetskassa och uppfyller villkoren för ersättning från kassan vid arbetslöshet eller har uppburit ersättning från sådan kassa under den längsta tid ersättning kan utgå, utges med samma belopp som vederbörande är eller skulle ha varit berättigad till för heltidsarbete vid ersättning från kassan. Dagpenning utges även med 255 kr. per dag till den som inte uppfyller nyssnämnda förutsättningar men som har fyllt 20 år eller har vårdnaden om eller fullgör underhållsskyldighet mot eget barn. Dagpenning utges med 181 kr. per dag till den som inte omfattas av ovanstående bestämmelser. Pension enligt AFL och livränta räknas i förekommande fall av från dagpenningen. Detta gäller också sjukpenning el.dyl. i samband med rehabiliteringsåtgärder.

Omfattar den yrkesinriktade rehabiliteringen mindre än åtta timmar per dag eller deltar vederbörande i rehabiliteringen i mindre omfattning än vad som har förutsatts skall dagpenningen minskas i förhållande till utbildningens omfattning per dag räknat, om det inte finns särskilda skäl (21 §).

Särskilt bidrag kan utgå bl.a. till kostnader för dagliga resor mellan bidragstagarens bostad och utbildningsplatsen i den mån bidragstagarens skäliga kostnader för dessa resor överstiger i genomsnitt 100 kr. per månad. Om däremot resorna tillhandahålls av den som anordnar den yrkesinriktade rehabiliteringen, utan kostnad för den som deltar i rehabiliteringen, får det göras ett avdrag från utbildningsbidraget med 100 kr. per månad.

Det är länsarbetsnämnden eller arbetsförmedlingen som beslutar om rätten att deltaga i AMU och rätten att genomgå yrkesinriktad rehabilitering. De beslutar även om utbildningen skall vara förenad med rätt till utbildningsbidrag. Därefter är det försäkringskassan som beräknar och utbetalar utbildningsbidraget i dessa fall. Länsarbetsnämnden eller arbetsförmedlingen beslutar också om utbildningsbidrag till den som genomgår utredning om *förutsättningarna* för AMU eller yrkesinriktad rehabilitering och de betalar även ut utbildningsbidrag i dessa fall. Däremot är det försäkringskassan som beräknar och utbetalar det särskilda bidraget och ersättning för förlorad arbetsförtjänst i samband med inställelse till AMU eller yrkesinriktad rehabilitering.

Ett beslut om AMU eller yrkesinriktad rehabilitering (och därmed utbildningsbidrag) förfaller, om den som har beviljats utbildningen eller rehabiliteringen inte inställer sig och inte anmäler giltigt förfall senast den dag då utbildningen eller rehabiliteringen skall börja. Motsvarande gäller om vederbörande är frånvarande fem dagar i följd utan att anmäla giltigt förfall.

8.1.7 Arbetsmarknadsorganens ersättningar

Ersättning vid arbetslöshet

Ekonomiskt stöd vid arbetslöshet lämnas genom arbetslöshetsförsäkringen eller som kontant arbetsmarknadsstöd (KAS). Utvecklingen har under senare år inneburit att en allt större andel av de arbetslösa omfattas av arbetslöshetsförsäkringen. Införandet av ungdomslagen år 1983 förde med sig en betydande minskning av antalet ungdomar med KAS.

Under år 1987 var det i genomsnitt per månad drygt 30 000 kvarstående arbetslösa, som inte omfattades av kontantstöd. I det närmaste tre fjärdedelar av de arbetslösa hade kontantstöd, till den största delen som ersättning från arbetslöshetskassorna (a-kassa) (tabell 8:1).

Tabell 8:1 Antal arbetslösa arbetssökande, fördelade på form av kontantstöd, månadsgenomsnitt

	1980		1983		1987	
	antal	%	antal	%	antal	%
A-kassa	43 300	46	91 700	51	78 000	66
KAS	14 900	16	26 800	15	8 900	8
Ej kontantstöd	36 400	38	59 800	33	30 500	26
Totalt	94 600	100	178 300	100	117 400	100

Drygt tio procent av de kvarstående arbetslösa utgörs av arbetshandikappade. Det finns inte uppgift om hur många av dessa som uppbär sjukpenning. I någon mån kan behovet av rehabiliteringsinsatser för kvarstående arbetslösa belysas av att i genomsnitt drygt 10 000 av under månaden aktuella är personer, som inte bedöms kunna återgå till tidigare yrke. Utöver dessa finns i genomsnitt per månad 12 000 – 13 000 sökande med arbetshandikapp, som bedöms ha behov av ytterligare utredning eller förberedande åtgärder.

Arbetslöshetsförsäkringen

Arbetslöshetsförsäkringen omhänderhas av a-kassorna, vilkas verksamhet regleras genom lagen (1973:370) om arbetslöshetsförsäkring. Kassorna har f.n. ca 3,5 milj. medlemmar.

För att få ersättning från a-kassan måste den arbetslöse uppfylla dels ett *medlemsvillkor*, dels ett *arbetsvillkor*.

Medlemsvillkoret innebär att den arbetslöse måste ha varit medlem i kassan i minst tolv månader. För företagare gäller 24 månader, såvida inte AMS anser att det finns särskilda skäl att medge att medlemsvillkoret bestäms till tolv månader.

Arbetsvillkoret innebär att den arbetslöse inom en ramtid av tolv månader omedelbart före arbetslösheten skall ha utfört förvärvsarbete i minst fem månader. Som arbetad tid får också räknas tid i AMU eller yrkesinriktad rehabilitering för vilken statligt utbildningsbidrag har utgått, semester eller annan ledighet med helt eller delvis bibehållen lön av annan anledning än sjukdom, värnpliktstjänstgöring eller barns födelse.

När man bestämmer den ramtid inom vilken arbete skall ha utförts under minst fem månader, är det ibland möjligt att gå mer än tolv månader tillbaka i tiden. Viss tid frånräknas som "överhoppningsbar". Förutsatt att den inte räknas som med arbete jämställd tid utgörs sådan s.k. överhoppningsbar tid av sjukdom, vuxenutbildning, värnpliktstjänstgöring, yrkesinriktad rehabilitering, nykterhetsvård på anstalt, frihetsberövande på kriminalvårdens område och vård av eget barn eller adoptivbarn, som inte fyllt två år.

Ersättningen lämnas i form av en dagpenning räknad för fem dagar per vecka, dock inte för lördag—söndag. Högsta dagpenning är f.n. 425 kr. och lägsta 149 kr. (1988-07). Det finns en *karenstid* om fem dagar, innan ersättning utgår. Dagpenningen är pensionsgrundande skattepliktig inkomst. Fr.o.m. 1 januari 1989 träder nya bestämmelser om beräkning av dagpenning i kraft (SFS 1988:645). Enligt dessa bestämmelser skall regeringen för varje år fastställa dagpenningens storlek. Ersättningsbeloppen till de arbetslösa anpassas därvid till löneutvecklingen. Beloppet skall utgöra högst 450 kr. multiplicerat med det tal (jämförelsetal) som anger förhållandet mellan den genomsnittliga tidlönen jämte ackordstillägg för vuxna industriarbetare avseende andra kvartalet året före det som beloppet avser och motsvarande lön andra kvartalet år 1988. Dagpenningens lägsta belopp skall vara det belopp som utgår enligt reglerna för KAS, dvs. 158 kr. per dag från och med år 1989. Inom dessa nivåer skall dagpenningen enligt huvudregeln utgå med 90 procent av den försäkrades dagsförtjänst. Karensdagarna avskaffas också från och med 1 januari 1989.

Som villkor för ersättning gäller också att sökande är arbetsför och i övrigt oförhindrad att åta sig arbete, att han är beredd att anta ett erbjudet lämpligt arbete samt att han är anmäld vid arbetsförmedlingen som arbetssökande utan att kunna få lämpligt arbete.

Ersättning kan utgå under längst 300 dagar för den, som är under 55 år. Äldre arbetslösa kan få ersättning upp till 450 dagar. Rätten till ersättning upphör, då den sökande uppnår 65 år.

Kontant arbetsmarknadsstöd (KAS)

Stöd enligt lagen (1973:371) om kontant arbetsmarknadsstöd administreras av arbetsmarknadsverket och betalas ut av försäkringskassan. KAS kan lämnas till

- den som inte är försäkrad i a-kassa,
- den som tillhör a-kassa, men ännu inte uppfyller medlemsvillkoret,
- den som blivit "utförsäkrad" från a-kassan efter fyllda 60 år.

Som villkor för att få KAS gäller att man skall

- ha fyllt 20 år,
- vara arbetsför och kunna åta sig arbete minst tre timmar per arbetsdag och i genomsnitt minst 17 timmar i veckan,

- vara arbetssökande genom arbetsförmedlingen och beredd att ta ett erbjudet lämpligt arbete,
- inte kunna få lämpligt arbete.

Också för KAS finns ett *arbetsvillkor*. Under en ramtid om tolv månader omedelbart före arbetslösheten måste den arbetslöse ha förvärvsarbetat i minst fem månader. Enbart månader med minst 75 arbetstimmar får räknas.

Också den som söker arbete efter en utbildning kan ha rätt till KAS, trots att arbetsvillkoret inte är uppfyllt. Det s.k. *utbildningsvillkoret* anses vara uppfyllt för den som har avslutat en utbildning på heltid, över grundskolenivå, som har omfattat minst ett läsår och berättigat till studiesocialt stöd, eller en AMU på minst fem månader. Ersättning kan utgå sedan man sökt arbete genom förmedlingen eller arbetat minst 90 dagar. De 90 dagarna skall ligga inom tio månader från det att utbildningen har avslutats. Som arbetad tid får också räknas tid då sökanden genomgått AMU eller yrkesinriktad rehabilitering med utbildningsbidrag eller vårdat åldring eller handikappad i enskilt hem, haft semester eller av annat skäl varit ledig med helt eller delvis bibehållen lön. Också värnpliktstjänstgöring och föräldraledighet får tillgodoräknas, dock med högst två månader.

I fråga om ramtiden gäller samma regler som för ersättning från a-kassa. Tid då den sökande varit hindrad att arbeta på grund av sjukdom, militärtjänstgöring etc. får således hoppas över.

KAS utgår med 149 kr. per dag för högst fem dagar per vecka. Regeln innebär att ersättning inte utges för lördag och söndag och ersättningsbeloppet 149 kr. gäller fr.o.m. 1 juli 1988. KAS kan utgå under längst 150 dagar för den som är under 55 år. För åldrarna mellan 55—60 år är längsta ersättningstid 300 dagar och för den som fyllt 60 år är ersättningstiden längst 450 dagar.

Fr.o.m. 1 januari 1989 träder nya bestämmelser om beräkning av KAS i kraft (SFS 1988:646). Enligt dessa bestämmelser skall regeringen för varje år fastställa det belopp som KAS skall utgå med. Beloppet skall fr.om. 1989 utgöra 158 kr. multiplicerat med det jämförelsetal som fastställs enligt lagen om arbetslöshetsförsäkring (se ovan). Karensdagarna avskaffas även för KAS fr.o.m. 1 januari 1989.

Vilka utestängs från kontantstöden?

Det är främst ny- och återinträdande på arbetsmarknaden, som inte kan komma i fråga för arbetslöshetsersättningarna. Den som inte har arbetat eller haft sysselsättning som jämställs med arbete enligt arbetsvillkoret under minst fem månader av den senaste tolvmånadersperioden — sjukskrivningstid m.m. oräknad — kan varken få a-kassa eller KAS. De, som lämnar en minst ettårig heltidsutbildning, måste ha arbetat eller varit arbetssökande i minst 90 dagar, innan de har möjlighet att få KAS vid arbetslöshet.

8.1.8 Studiestöd

Staten lämnar studiestöd enligt studiestödslagen (1973:349) i form av bl.a. *studiehjälp* och *studiemedel*. I nedanstående översiktliga redogörelse har hänsyn tagits till de ändringar i lagen som riksdagen har beslutat genom SFS 1988:270 och 1988:877.

Studiehjälp

Studiehjälp kan utgå vid all utbildning i gymnasieskolan fr.o.m. kvartalet efter det under vilket den studerande fyllt 16 år, och det utgår längst till och med första kalenderhalvåret det år under vilket den studerande fyller 20 år.

Studiehjälp består av studiebidrag jämte tillägg i form av inackorderingstillägg och extra tillägg samt återbetalningspliktiga studiemedel och resekostnadsersättning.

Studiemedel

Studiemedel utges som ett generellt stöd till alla behöriga sökande utan differentiering med hänsyn till ålder, familjesituation eller bostadsort. Det utgår dock enligt huvudregeln till och med det kalenderhalvår som infaller senast under det år då den studerande fyller 45 år. Gränsdragningen mot studiehjälpssystemet sker så att all utbildning i gymnasieskolan för ungdomar under 20 år hänförs till studiehjälpssystemet och övriga till studiemedelssystemet. Antalet terminer för vilka studiemedel kan utgå är begränsat på gymnasial nivå till sex och eftergymnasial nivå till tolv.

Studiemedel består av studiebidrag och återbetalningspliktiga studiemedel (studielån) samt resekostnadsersättning.

Studiemedlens totalbelopp uppgår till 170 procent av basbeloppet, medan studiebidraget utgör 50 procent av basbeloppet. Mellanskillnaden är studielån. Studiemedel prövas mot egen inkomst, men inte mot egen förmögenhet.

Nedan anges i schematisk uppställning de olika studiestödsbeloppen (kronor per månad) som gäller från den första januari 1989, i förekommande fall dock med utgångspunkt från ett basbelopp om 25 800 kr.

Grundskole- och särskolestudier (hela året)	
Förlängt barnbidrag	485
Gymnasie- och folkhögskolestudier m.m. (hela året)	
Studiehjälp i form av	
o studiebidrag	485
o inackorderingstillägg	810-1 630
o inkomstprövat extra tillägg	220-660

samt för elever under 18 år

o inkomstprövade återbetalningspliktiga studiemedel (åb-medel)		högst 556
	dvs.	högst 1 701
till elever 18 - (vt) 20 år		
o åb-medel		högst 1 111
	dvs.	högst 2 256
eller om eleven har självständig ekonomi		
o åb-medel		högst 3 379
(vilket minskas med extra tillägg)	dvs.	högst 3 864
Gymnasie- och folkhögskolestudier från (ht) 20 år samt högskolestuderande (under studietermin)		
Studiemedel i form av		
o studiebidrag		1 433
o åb-medel (studielån)		högst 3 437
	dvs.	högst 4 870

o extra lånemedel 1 225-12 000 per termin.

8.1.9 Ersättning för speciella åtgärder i samband med rehabilitering

Enligt våra direktiv skall vi överväga olika möjligheter att ge ersättning från sjukförsäkringen i olika situationer i syfte att förkorta sjukskrivningstider och underlätta rehabilitering. Som exempel på sådana situationer, som kan vara aktuella, anges i direktiven två typfall. Det är för det första situationer där den sjukes resor till och från arbetsplatsen måste ordnas på särskilt sätt på grund av benbrott eller annat liknande tillfälligt rörelsehinder. För det andra anges situationer där det rör sig om tillfälliga omplaceringar på arbetsplatsen på grund av sjukdom eller skada. I det följande redogörs för nu gällande regler i nyss nämnda situationer.

Ersättning för resor till och från arbetsplatsen

I AFL finns i dag ingen bestämmelse som direkt tar sikte på att av sjukförsäkringsmedel utge ersättning för resor till och från arbetsplatsen vid förflyttningshinder. Enligt 3 kap. 7 § AFL utges sjukpenning om den försäkrades arbetsförmåga på grund av sjukdom är nedsatt med minst hälften.

I praktiken tillämpas 3 kap. 7 § så att t.ex. en person med benbrott erhåller sjukpenning även om det enda hindret för att förvärvsarbeta är svårigheten att färdas till och från arbetet med ordinarie färdsätt. Detta gäller i de fall det är fråga om relativt korta sjukperioder. När det blir fråga om längre sjukperioder ingår det i försäkringskassans rehabiliteringsarbete, att bl.a. undersöka vilka möjligheter det finns att vidta åtgär-

der som är ägnade att förkorta sjukdomstiden. Ett exempel på detta kan vara att ordna så att den kommunala färdtjänsten svarar för transporten till och från arbetet. Den som erhåller färdtjänst anses inte längre vara förhindrad att utföra sitt förvärvsarbete och är därmed inte längre berättigad till sjukpenning.

Sedan den 1 februari 1986 pågår en försöksverksamhet som innebär att försäkringskassan, som ett alternativ till sjukpenning, betalar merkostnader för resor till och från arbetsplatsen om den försäkrades hälsotillstånd inte medger att han utnyttjar det färdsätt han normalt använder. Dessa försök grundas på en särskild lag om försöksverksamhet som trädde i kraft den 1 februari 1986 och till en början avsåg fem försäkringskassor. Riksdagen har senare beslutat om en förlängning samt en utvidgning av försöksverksamheten till att gälla hela landet fr.o.m. 1 juli 1987. Försöksverksamheten redovisas närmare i kapitel 8.4.

Den kommunala färdtjänsten

I socialtjänstlagen (1980:620) anges att kommunal färdtjänst skall finnas anordnad i varje kommun. SoL, som är en målinriktad ramlag, anger emellertid endast förutsättningarna för färdtjänsten när det gäller syfte, inriktning, administration och avgiftsuttag. Det ankommer därefter på varje kommun att utforma de närmare reglerna för färdtjänsten. Detta har lett till att reglerna i viss utsträckning varierar mellan olika kommuner. Ett genomgående tema är dock, att färdtjänst inte kan komma ifråga för sådana sjuk- eller behandlingsresor, som ersätts av försäkringskassan. En avgörande anledning till detta är att statsbidrag inte utgår för sådana resor.

Socialstyrelsen har utfärdat tillämpningsföreskrifter till kungörelsen om statsbidrag för färdtjänst (SOSFS 1962:61). Dessa föreskrifter innehåller bl.a. de villkor huvudmannen för färdtjänsten måste uppfylla för att få statsbidrag till verksamheten. Dessa har i hög grad verkat styrande på kommunernas sätt att utforma sina färdtjänstregler. I tillämpningsföreskrifterna anges bl.a. att färdtjänsten är avsedd för personer som på grund av fysiskt, psykiskt eller socialt handikapp har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller anlita allmänna kommunikationer.

Kommunerna beviljar i dag regelmässigt färdtjänst för vissa resor till och från arbetet. En förutsättning härför är dock, att rörelsehindrets varaktighet bedöms bestå under en tid av minst tre månader. Färdtjänst kan då beviljas i princip från första sjukdagen. Bedöms hindret bestå under kortare tid än tre månader beviljas inte färdtjänst. Rätten till färdtjänst i dessa fall är inte inkomstprövat. Det enda som prövas är rörelsehindrets beskaffenhet och varaktighet.

I de kommunala reglementena för färdtjänst som granskats finns i dag inte intaget någon regel som säger att färdtjänst för resor till och från arbetet inte skall beviljas om ersättning utgår från försäkringskassan. Anledningen härtill är självfallet att AFL i dag inte ger möjlighet till ersättning från sjukförsäkringen för sådana resor.

Förordning om bilstöd till handikappade (1988:890)

Enligt riksdagsbeslut den 19 maj 1988 gäller från den 1 oktober 1988 ett förbättrat statligt bidrag till handikappade för anskaffning av motorfordon. Det nya bilstödet omfattar fem olika grupper av förflyttningshandikappade. Dessa är:

1. Handikappade under 65 år som är beroende av bil för att förvärvsarbeta eller genomgå yrkesinriktad utbildning eller yrkesinriktad rehabilitering.
2. Handikappade under 65 år som beviljats bilstöd enligt punkt 1 men som lämnar arbetsmarknaden med förtidspension eller beviljas sjukbidrag.
3. Andra handikappade än som nämnts under 1 och 2 i åldern 18—49 år, under förutsättning att den handikappade själv skall bruka bilen som förare.
4. Handikappade föräldrar med barn under 18 år.
5. Föräldrar med handikappade barn under 18 år.

Bilstödet omfattar tre olika bidrag: grundbidrag, anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Grundbidraget är 50 000 kr. Helt grundbidrag utgår till grupperna 1—3 och halvt bidrag till grupperna 4 och 5. Grundbidrag lämnas vid anskaffning av fordon oavsett inkomst. Anskaffningsbidraget är inkomstprövat. Anpassningsbidrag utgår för kostnader som uppkommer för en sådan ändring av eller anordning på bilen som fordras för att den handikappade skall kunna bruka den. Det nya bilstödet kan lämnas i princip vart sjunde år.

För administrationen av bilstödet svarar RFV och de allmänna försäkringskassorna.

Förordning om bidrag till arbetshjälpmedel m.m. (1987:409)

Enligt förordningen kan bidrag lämnas till arbetshjälpmedel och särskilda anordningar på arbetsplatsen. Bidragen är främst avsedda att användas för icke anställda, i avsikt att underlätta för dessa att få arbete. Den som redan har en anställning har också rätt till bidragen men först om det finns *särskilda skäl.* Syftet med bidragen är därför inte att de skall komma till användning vid tillfälliga omplaceringar eller anpassning av arbetsplatsen, men de förtjänar ändå att kortfattat nämnas i sammanhanget.

Enligt 3 § i förordningen kan bidrag lämnas till anskaffning eller förhyrning av sådana arbetshjälpmedel eller anordningar på arbetsplatsen, som behövs för att en arbetshandikappad skall kunna utföra sitt arbete och även till kostnaden för expertundersökningar i ärenden om sådana anpassningsåtgärder. Bidraget lämnas till arbetsgivaren eller till den arbetshandikappade personen.

Bidrag får inte lämnas om anskaffningen av hjälpmedlet eller anordningen får anses vara en sådan investering, som normalt erfordras i verk-

samheten eller som erfordras för att arbetsmiljön skall vara tillfredsställande. Bidrag får heller inte lämnas för reparation av fast anordning, en maskin eller en byggnad eller ändamål för vilket stöd kan lämnas enligt förordningen om statligt stöd till jordbrukets rationalisering eller förordningen om särskilt stöd till lantbruksföretag i vissa glesbygder. Bidrag lämnas med ett belopp som motsvarar hela kostnaden, om hjälpmedlet eller anordningen saknar värde för annan än den arbetshandikappade och med lägst halva eller högst hela kostnaden i annat fall. Arbetsgivaren och den arbetshandikappade kan vardera erhålla bidrag med högst 50 000 kr. Om det finns synnerliga skäl kan dock AMS medge att bidrag lämnas med ett högre belopp. Bidraget till avancerade datorbaserade hjälpmedel får beviljas med högre belopp än 50 000 kr.

Bidraget skall återbetalas om hjälpmedlet eller anordningen inte längre används för avsett ändamål. Det återbetalningspliktiga beloppet får minskas med högst 1/5 för varje helt år som har förflutet sedan bidraget beviljades. Om det finns särskilda skäl, kan återbetalningsskyldigheten jämkas ytterligare eller helt efterges. Om den arbetshandikappade blir helt arbetsoförmögen eller det finns andra liknande skäl, kan återbetalningsskyldigheten fullgöras genom att hjälpmedlet eller anordningen överlåts till arbetsmarknadsverket.

Enligt 7 § i förordningen kan bidrag till arbetsbiträde lämnas till en arbetsgivare som anställer en arbetshandikappad eller har en handikappad anställd om den anställde på grund av handikappet åsamkar arbetsgivaren utgifter för sådant biträde i en utsträckning som väsentligt överstiger vad som kan anses vara normalt för befattningen. Bidrag kan också ges till en företagare eller en fri yrkesutövare som är handikappad och till en arbetsgivare som ställer plats till förfogande för praktisk arbetslivsorientering för handikappade ungdomar eller dem som är inskrivna vid AMI.

Bidrag får vidare lämnas till kostnaden för utbildning av arbetsbiträde i teckenspråk för döva eller utbildning av arbetsbiträde eller tolk för dövblinda, till kostnad för inläsning på ljudband av facklitteratur till en synskadad som genomgår utbildning inom ett företag och teckenspråkstolk för döva i samband med anställning eller utbildning inom ett företag.

Bidrag får inte lämnas för arbetstagare för vilka lönebidrag lämnas enligt förordningen (1984:519) om introduktions- och lönebidrag. I den utsträckning som regeringen i särskild ordning medger får dock bidrag lämnas för gravt handikappade som behöver personlig hjälp på arbetsplatsen. Bidrag lämnas inte heller för arbetstagare som sysselsätts i skyddat arbete eller som har beviljats utbildning enligt förordningen (1984:518) om bidrag till arbetsmarknadsutbildning i företag. Bidrag lämnas med högst 50 000 kr. per år. Arbetsmarknadsverkets utgifter för arbetshjälpmedel uppgick budgetåret 1985/86 till 105,6 milj. kr., vilket innebar en fördubbling jämfört med bå 1980/81. Under 1985/86 beslutades om bidrag i ca 5 000 fall.

Hjälpmedelsverksamheten

Arbetsmiljölagen lägger vittgående förpliktelser på arbetsgivaren. Enligt lagen skall en arbetsgivare vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att en arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall. Lagen utgår från att det är arbetsgivaren som skall tillhandahålla de resurser som är nödvändiga för övervakning av arbetsmiljön samt ansvara för att de anställdas förhållanden är tillfredsställande från säkerhets-, hälso- och anpassningssynpunkt. Arbetsmiljölagens regler i dessa avseenden redovisas närmare i avsnitt 3.1.6.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen svarar för huvuddelen av samhällets hjälpmedelsförsörjning. De lämnar, i princip kostnadsfritt, ut hjälpmedel till handikappade. De svarar också för ordination, utprovning och anpassning av hjälpmedlen. Bidrag lämnas från sjukförsäkringen i form av en schablonmässigt beräknad hjälpmedelsersättning (förordningen 1975:963, ändrad 1983:711, om ersättning till sjukvårdshuvudmännen för handikapphjälpmedel och sjuktransporter). En del av ersättningen går till driften av Handikappinstitutet, som drivs av staten och landstingsförbundet. Institutet svarar bl.a. för forsknings- och utvecklingsfrågor, informations- och utbildningsinsatser, prövning och bedömning av hjälpmedel. Institutet utfärdar också en rekommenderande hjälpmedelsförteckning till hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Som ett komplement till sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelsverksamhet lämnas kostnadsfria förbrukningsartiklar till bl.a. diabetiker, de som har uro- eller tarmstomi och inkontinenta. Dessa artiklar finansieras över den allmänna försäkringen och distribueras via apoteken. Den totala samhällskostnaden för handikapp hjälpmedel inkl. förbrukningsartiklar beräknas för år 1985 till drygt 1,5 miljarder kr. Den statliga ersättningen till sjukvårdshuvudmännen för hjälpmedel uppgick till 668 milj. kr. Kostnaden för förbrukningsartiklar uppgick till 450 milj. kr.

En särskild utredare utreder f.n. hjälpmedlen till handikappade (Dir. 1986:31).

Rehabiliteringsförordning (1987:221)

Förordningen reglerar statlig arbetsgivares skyldigheter gentemot arbetstagare vad avser anpassning och rehabilitering. Enligt förordningen har arbetsgivaren ett ansvar för anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder för arbetstagare som har eller kan förväntas få svårigheter att behålla en anställning på grund av fysiskt, psykiskt eller socialt arbetshinder, där inbegripet även nedsättning av arbetsförmågan till följd av missbruk av alkohol eller annat berusningsmedel (arbetshandikappad).

Om det genom en rehabiliteringsutredning eller på annat sätt framkommer att en arbetstagare behöver rehabilitering, t.ex. i form av arbetsprövning, anpassade arbetsuppgifter, omplacering eller utbildning eller tillhandahållande av arbetsbiträde, särskilda hjälpmedel eller andra anordningar för arbetsanpassning, skall myndigheten se till att denna genomförs. Kan myndigheten inte vidta de åtgärder som behövs för att

behålla en arbetshandikappad i anställning, skall myndigheten begära hos statens arbetsmarknadsnämnd att nämnden medverkar i den fortsatta handläggningen i frågan.

Under rehabiliteringen, t.ex. under den tid arbetstagaren är omplacerad till lättare eller för honom mindre krävande arbetsuppgifter, utgår i princip lön som tidigare till honom. Enligt 9 § i förordningen skall åtgärder för stöd till arbetshandikappad så långt som möjligt bekostas av de medel som myndigheten disponerar. Särskilda löneanslag kan emellertid utgå, om sjukpensionering därigenom bedöms kunna förebyggas, eller om den arbetshandikappade efter sjukpensionering genomgår rehabilitering i den formen att han försöksvis uppehåller en ny anställning hos en offentlig eller privat arbetsgivare (10 §).

Medel från det särskilda löneanslaget kan utgå endast övergångsvis under högst tre år, dock längst till fem år före pensioneringsperiodens början, om inte särskilda skäl föranleder annat. Ett sådant skäl är att arbetsgivaren medverkar till finansieringen och efter hand tar över hela lönekostnaden. När statens arbetsmarknadsnämnd medverkar vid omplacering till en lägre icke-statlig tjänst, får anslaget användas för att betala löneskillnaden under högst sex månader (11 §). Det särskilda löneanslaget får användas till kostnader för utbildning m.m. under högst sex månader, om inte särskilda skäl föranleder annat.

8.2 Avtalskompletteringar till socialförsäkringarna

Arbetsmarknadens parter har slutit kollektivavtal om vissa avtalsförsäkringar.

Genom arbetet har således nästan alla anställda ett försäkringsskydd utöver det som den allmänna försäkringen ger. Egna företagare kan genom Arbetsmarknadsförsäkringar (AMF) teckna liknande, frivilliga försäkringar.

Kompletterande ersättningar utges vid sjukdom, arbetsskada, arbetslöshet, pensionering och dödsfall. Avtalsförsäkringarna är en del av det ekonomiska trygghetssystemet och måste därför finnas med i en diskussion om bl.a. ersättningssystemet vid rehabilitering och förebyggande åtgärder.

8.2.1 Ersättning vid sjukdom

Avtalsgruppsjukförsäkring (AGS) ger, som regel, kompletterande ersättning vid sjukdom i form av dagersättning fr.o.m. 15:e dagen eller månadsersättning till den som beviljats sjukbidrag eller förtidspension från den allmänna försäkringen.

Med detta tillägg till AFL blir kompensationsnivån vid dagersättning 100 procent t.o.m. den 90:e dagen och därefter 95 procent. Vid månadsersättning blir motsvarande kompensation 89—95 procent av inkomsten.

AGS omfattar 2,4 miljoner anställda, varav en miljon inom det kommunala avtalsområdet. Dessutom omfattas ca 200 000 egna företagare.

Privatanställda tjänstemän erhåller sjuklön från arbetsgivarna under de första 90 dagarna. Därefter utges ersättning från ITP (industrins och handelns tilläggspension för tjänstemän) upp till motsvarande 95 procent av lönen. Under tid privatanställd tjänsteman har förtidspension är ersättningen 80 procent av lönen.

AST — allmänt avlöningsavtal för statliga och vissa andra tjänstemän — ger statsanställda sjuklön som motsvarar en kompensationsnivå på 92 procent av lönen i 31 dagar och därefter 94 procent.

8.2.2 Ersättning vid arbetsskada

Trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA) ger ersättning vid arbetsskada utöver vad försäkringskassan betalar enligt LAF. Ersättningen bestäms enligt skadeståndsrättsliga grunder och betalas vid alla arbetsskador oavsett om någon vållat skadan.

Ersättning under akut sjukdomstid lämnas för inkomstförlust, kostnader och sveda och värk. Ersättning för inkomstförlust lämnas om sjukskrivningen varar mer än åtta dagar. Om inkomstförlusten inte täcks genom sjukpenning, sjuklön eller AGS-ersättning, lämnas ersättning för vad den skadade faktiskt förlorar i inkomst. TFA ersätter de förluster som inte ersätts från annat håll, t.ex. från socialförsäkringen. Dessutom kan ersättning lämnas för sveda och värk samt vid invaliditet även för lyte och men och olägenheter i övrigt. Dessutom kan det lämnas en dödsfallsersättning.

TFA omfattar mer än tre miljoner anställda, och ca 300 000 egna företagare.

8.3 Sjukpenning under rehabilitering — fördelning på olika åtgärder, andel av sjukpenningkostnaderna m.m.

I RFV:s register över sjukpenningutbetalning särredovisas inte sjukpenning utbetald under tid då den försäkrade deltar i aktiva rehabiliteringsåtgärder (s.k. 3:8-sjukpenning). För att kartlägga omfattningen av utbetald sjukpenning enligt AFL 3:8 har RFV på uppdrag av beredningen genomfört en specialstudie av sådana sjukfall.

Undersökningen omfattade avslutade sjukfall som var 60 dagar eller längre för ett urval försäkrade. Urvalet utgjordes av försäkrade födda dag 5, 15 eller 25 i månaden och som var i åldrarna 16—59 år. Innebörden i några domar under åren 1983—1984, som beskrivs i avsnitt 8.1.3, har lett till en praxisändring vad gäller rätten till sjukpenning under yrkesinriktad rehabilitering. För att få en bild av denna utveckling valdes åren 1982 och 1986 för undersökningen.

Antalet sjukfall som ingick i undersökningen blev ca 20 000 för vardera året och antalet sjukpenningdagar knutna till dessa fall var ca 3,5 miljoner för vardera året. Av sjukfallen i undersökningen som avsåg 1982 innehöll 411 st. eller drygt två procent inslag av 3:8-sjukpenning. Motsva-

rande för år 1986 var 904 sjukfall eller knappt fem procent.

Av tabell 8:2 framgår den procentuella köns- och åldersfördelningen för dessa fall.

Tabell 8:2 Fall med 3:8-sjukpenning procentuellt fördelade efter ålder

Ålder	1982 %	1986 %
16 - 29	22,8	21,3
30 - 39	28,2	28,0
40 - 49	30,0	31,1
50 - 59	19,0	19,6
Summa	100,0	100,0
Män	55,1	46,6
Kvinnor	44,9	53,4

Av tabellen kan konstateras att åldersfördelningen i stort sett är lika mellan de båda åren medan könsfördelningen har en omvänd fördelning. Ca 60 procent av dem som erhöll 3:8-sjukpenning var mellan 30 och 50 år.

Av undersökningen framgår att drygt 50 procent av sjukfallen med 3:8-åtgärd var mellan 1/2—2 år långa både år 1982 och 1986. Däremot hade den procentuella andelen sjukfall som var längre än två år med 3:8 åtgärd minskat mellan åren 1982 och 1986 (från 26 % till 19 procent). Man kan vidare utläsa av undersökningen att ca 50 procent av dessa sjukfall med en sjukpenninglängd över ett år har minst 90 dagar med 3:8-sjukpenning. I ca fem procent av fallen med 3:8-sjukpenning var rehabiliteringsinsatsen 365 dagar eller mer.

Av tabell 8:3 framgå ur undersökningsmaterialet beräknat antal dagar med 3:8-sjukpenning i olika åldrar åren 1982 och 1986.

Tabell 8:3 Dagar med 3:8-sjukpenning

Ålder	1982	1986	Ökn	%
16 - 29	106 400	301 600	+ 195 200	+ 183
30 - 39	201 600	319 200	+ 117 600	+ 58
40 - 49	137 300	273 400	+ 136 100	+ 99
50 - 59	52 200	138 900	+ 86 700	+ 166
16 - 59	497 500	1 033 100	+ 535 600	+ 108

Man kan konstatera att ökningar av 3:8-sjukpenningutbetalning skett i alla åldersgrupper men framför allt i yngsta åldersgruppen.

Av undersökningsmaterialet kan också utläsas antalet olika typer av åtgärder som vidtagits. I de 411 fallen 1982 hade sammanlagt 448 åtgärder vidtagits och i de 904 fallen 1986 hade 975 åtgärder vidtagits. I drygt 90 procent av fallen hade endast en åtgärd vidtagits. Åtgärdernas procentuella fördelning framgår av tabell 8:4.

Tabell 8:4 Åtgärder med 3:8-sjukpenning procentuellt fördelade

Åtgärd	1982 %	1986 %
Träning i reell miljö	35	48
Arbetsmarknadsinstitut	35	23
Arbetsmarknadsutbildning	17	14
Reguljär utbildning	3	3
Företagsintern utbildning	-	0
Medicinsk rehabilitering	3	6
Rygginstitut	4	1
Övrigt	3	5

Av tabellen kan utläsas att träning i reell miljö är den vanligaste åtgärden följd av AMI. Den medicinska rehabiliteringen som ersätts med 3:8-sjukpenning är klimatvård, vistelse på behandlingshem eller hälsohem.

Dagarnas fördelning på olika rehabiliteringsåtgärder framgår av tabell 8:5.

Tabell 8:5 Dagar med 3:8-sjukpenning vid olika rehabiliteringsåtgärder

Åtgärd	1982	%	1986	%	Ökn %
Träning i reell miljö	92 600	18,6	290 300	28,1	+ 213
Arbetsmarknadsinstitut	160 200	32,2	249 900	24,2	+ 56
Arbetsmarknadsutbildning	184 200	37,0	288 500	27,9	+ 57
Reguljär utbildning	24 700	5,0	79 100	7,6	+ 220
Företagsintern utbildning	-		2 600	0,3	-
Medicinsk rehabilitering	6 400	1,3	53 100	5,1	+ 730
Rygginstitut	8 800	1,8	5 900	0,6	- 33
Övrigt	20 600	4,1	63 700	6,2	+ 209
Totalt	497 500	100	1 033 100	100	+ 108

Av uppgifterna i tabellen framgår att träning i reell miljö, AMI och AMU är de tre klart dominerande åtgärderna och svarar för över 80 procent av dagarna både 1982 och 1986. Träning i reell miljö står för den dagmässigt största ökningen mellan de båda åren.

Åtgärdernas genomsnittliga längd redovisas i tabell 8:6.

Tabell 8:6 Genomsnittlig längd på åtgärd med 3:8-sjukpenning

Åtgärd	1982 Dagar	1986 Dagar
Träning i reell miljö	59	62
Arbetsmarknadsinstitut	102	111
Arbetsmarknadsutbildning	233	214
Reguljär utbildning	187	244
Företagsintern utbildning	-	-
Medicinsk rehabilitering	53	86
Rygginstitut	48	41
Övrigt	127	137
Samtliga åtgärder	109	104

Den genomsnittliga längden på rehabiliteringsåtgärd med 3:8-sjukpenning är ca 3,5 månader. De längsta 3:8-sjukpenningperioderna förekommer helt naturligt vid utbildning med teoretiskt inslag. Perioder på över 200 dagar är vanliga vid AMU och reguljär utbildning.

Beräkning av rehabiliteringsåtgärdernas omfattning enligt AFL 3:8

Vid analys av redovisade resultat måste man observera att undersökningen har utgått från avslutade sjukfall för de båda åren. En faktor som därför inte kunnat belysas i denna undersökning är inslaget av 3:8-sjukpenning i de allt fler långa pågående (dvs. ej avslutade) sjukfallen. Under 1986 och framför allt under 1987 har antalet långa (180 dagar eller mer) pågående sjukfall ökat kraftigt. Det finns anledning att förmoda att dessa pågående sjukfall i allt större utsträckning har inslag av sjukpenning för rehabiliteringsåtgärder.

Jämförs utfallet av undersökningen med resultat från RFV:s statistikregister över utredningsärenden (avslutade sjukfall — 180 dagar eller mer) borde inslaget av fall med rehabiliteringsåtgärder varit större. Enligt nämnda statistikregister, som finns redovisad i bilaga 1, avsnitt 6, kan man få fram uppgift om vissa vidtagna rehabiliteringsåtgärder i fallen men inte längden på ersättningsperioderna för dessa åtgärder.

Av den statistiken kan man bl.a. utläsa att för år 1986 har i åtta procent av 180-dagarsfallen förekommit träning i reell miljö (TIR) medan motsvarande uppgift för denna undersökning är fem procent. På motsvarande sätt finns AMI eller AMU i nio procent av 180-dagarsfallen och i fyra procent i denna undersökning. Detta förhållande gör att rehabiliteringsinsatsernas totala omfattning inte kan beräknas med hjälp av undersökningsmaterialet. Däremot bedöms genomsnittslängder på ersättningar för olika åtgärder godtagbara samt procentuella fördelningar efter åtgärdernas omfattning bra.

För att få en god bedömning av rehabiliteringsåtgärdernas totala omfattning redovisas nedan resultatet av en beräkning avseende år 1986 baserad på uppgifter från dels 180-dagarsregistret dels undersökningen.

Beteckningar:
Uppgift från RFV:s statistikregister = RFV-180
Uppgift från RFV:s undersökning = U-82/86
Träning i reell miljö = TIR
Arbetsmarknadsinstitut = AMI
Arbetsmarknadsutbildning = AMU

År 1986:
Antal fall, TIR (RFV-180) 5 162
Medelantal dagar, TIR (U-82/86) 62
Beräknat antal dagar, TIR i 180-dagarsfall (5 162 x 62) = 320 044
Antal fall, AMI/AMU (RFV-180) 6 126
Medelantal dagar, AMI/AMU (U-82/86) 150
Beräknat antal dagar, AMI/AMU i 180-dagarsfall (6 126 x 150) = 918 900

I 180-dagarsfallen med TIR/AMI/AMU finns 88,2 procent av 3:8-sjukpenningdagarna till samtliga TIR/AMI/AMU-fall (U-82/86)
Beräknat antal 3:8-dagar AMI/AMU/TIR i *alla* fall blir då (320 044 + 918 900) / 0,882 = 1 404 698
Men AMI/AMU/TIR svarar bara för 80,2 procent (U-82/86) av alla 3:8-sjukpenningdagarna. Alltså beräknas totala antalet 3:8-sjukpenningdagar bli 1 404 698 / 0,802 = 1 751 494
Detta motsvarar 1,9 procent av sjukpenningdagarna eller 0,4 enheter i sjuktalet.
Av 1986 års sjukpenningkostnader 20,2 miljarder kr., kan ca 380 milj. kr. beräknas utgöra sjukpenning enligt AFL 3:8.

8.4 Försöksverksamhet med flexiblare sjukpenning samt reseersättning till och från arbetsplatsen som alternativ till sjukpenning

I direktiven sägs bl.a. att vi skall utreda om det är möjligt att göra sjukpenningförsäkringen mer flexibel med ett ökat antal ersättningsnivåer, samt att vi skall överväga möjligheterna att ge ersättning från sjukförsäkringen för resor eller tillfälliga arrangemang på arbetsplatsen då den sjukes hälsotillstånd medger att han förvärvsarbetar.

Försöksverksamhet har allt sedan budgetåret 1985/86 bedrivits inom dessa områden inom ramen för de av regeringen anvisade medel till RFV för projektverksamhet vid försäkringskassorna.

8.4.1 Försöksverksamheternas omfattning

Tre försäkringskassor, Malmöhus, Gävleborg och Västernorrland har beviljats projektmedel för att på försök få utge även en fjärdedels och tre fjärdedels sjukpenning.

Försäkringskassorna i Blekinge, Göteborg, Gävleborg, Västernorrland och Västerbotten beviljades projektmedel för att på försök, som ett alternativ till sjukpenning, betala merkostnader för resor till och från arbetsplatsen om den försäkrades hälsotillstånd inte medger att han utnyttjar det färdsätt han normalt använder.

En förutsättning för nämnda försök har varit riksdagsbeslut om ändrade regler. I proposition 1985/86:38 föreslog regeringen riksdagen att anta en särskild lag om försöksverksamhet. Riksdagen biföll propositionen (SfU 1985/86:3, rskr 1985/86:45).

Enligt lag (1985:1002) om försöksverksamhet inom sjukförsäkringsområdet föreskrivs bl.a. följande:

2 §
För att möjliggöra en effektivare rehabiliteringsverksamhet i anslutning till sjukdomsfall får, med avvikelse från 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring, föreskrivas dels att den lägsta grad av nedsättning av arbetsförmågan som fordras för rätt till sjukpenning skall vara en fjärdedel och dels

att två nya ersättningsnivåer skall införas nämligen en fjärdedels och tre fjärdedels sjukpenning.

3 §
För att underlätta återgång till arbetet i anslutning till sjukdomsfall får föreskrivas att ersättning skall lämnas från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring för den försäkrades merutgifter för resor till och från arbetet. Merutgifterna skall ha uppkommit på grund av att den försäkrades hälsotillstånd inte tillåter honom att utnyttja det färdsätt som han normalt använder för sådana resor. Ersättning får inte lämnas med högre belopp än som svarar mot den sjukpenning som den försäkrade skulle har erhållit enligt lagen om allmän försäkring för den tid som reseersättningen avser.

4 §
Vad som sägs i 2 och 3 §§ har motsvarande tillämpning i fråga om ersättning enligt lagen (1976:380) om arbetskadeförsäkring och lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd.

Lagen trädde i kraft i början av år 1986 och var ursprungligt giltig t.o.m. den 30 juni 1987. Giltighetstiden har därefter förlängts till utgången av år 1988 (SFS 1987:367).

I förordningen (1986:4) om försöksverksamhet inom sjukförsäkringsområdet föreskriver regeringen att RFV får meddela de föreskrifter som erfordras. Sådana förskrifter utfärdade RFV i en kungörelse (RFFS 1986:1) som i 1 resp. 3 §§ anger den personkrets som omfattas av försöksverksamheten.

I kungörelsen föreskrivs dessutom bl.a. följande:

2 §
Vid försöksverksamhet enligt 1 § utges sjukpenning vid sjukdom som förorsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Vid fullständig nedsättning av arbetsförmågan utges hel sjukpenning. Om arbetsförmågan inte är fullständigt nedsatt men nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels sjukpenning. Är arbetsförmågan nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv sjukpenning. I annat fall utges en fjärdels sjukpenning.

4 §
Vid försöksverksamhet enligt 3 § lämnas ersättning för merutgifter för resor till och från arbetet under de förutsättningar som anges i 3 § lagen (1985:1002) om försöksverksamhet inom sjukförsäkringsområdet. Vid beräkning av resekostnad skall bestämmelserna i 11 § sjukreseförordningen (1975:964) tillämpas.

Försäkringskassan får kräva att behovet av annat färdsätt än det som normalt utnyttjas vid färd till och från arbetet styrks genom läkarintyg.

Försöksverksamheterna påbörjades den 1 februari 1986. Försöken med fler ersättningsnivåer omfattade då försäkrade bosatta i Hudiksvalls kommun, försäkrade med jämnt födelsedatum som är anställda hos företag anslutna till Härnösandsortens Företagshälsovård AB samt vissa försäkrade som är anställda hos Trelleborg AB.

Försöksverksamheten med resor omfattade från början samtliga inom Västerbottens och Blekinge län bosatta försäkrade, medan den i Göteborg omfattade försäkrade med jämnt födelsedatum. I Gävleborgs län omfattades försäkrade bosatta i Hudiksvalls kommun och i Västernorrlands län omfattades anställda hos företag anslutna till Härnösandsortens Företagshälsovård AB.

Efter önskemål från försäkringskassorna har försöksverksamheterna utökats. Under budgetåret 1986/87 utökades båda försöken i Härnösand till att omfatta samtliga bosatta i kommunen. Försöken med reseersättningen utökades till att omfatta samtliga bosatta i Göteborg.

Totalt innebar detta att försöken med fler ersättningsnivåer under budgetåret 1986/87 berörde ca 38 000 sjukpenningförsäkrade personer. Försöken med reseersättning, som under samma budgetår berörde totalt ca 515 000 sjukpenningförsäkrade personer, har fr.o.m. den 1 juli 1987 utvidgats till att gälla hela landet (SFS 1987:367). Samtidigt har målgruppen för försöken med flexiblare ersättning utökats hos två av kassorna, Gävleborg (hela norra Hälsingland) och Malmöhus (utökad personkrets), så att detta försök nu omfattar tio av landets kommuner.

Tre försäkringskassor, Blekinge, Västerbotten och Göteborg har för budgetåret 1987/88 tildelats projektmedel för att söka fastställa om det finns skäl att utöka nuvarande något begränsade möjligheter till reseersättning, resp. att begränsa ersättningstidens längd.

8.4.2 Erfarenheter från försöken med flexiblare sjukpenningersättning

Syftet med försöksverksamheten är att genom ett utökat antal ersätningsnivåer möjliggöra en successiv upptrappning av arbetsinsatsen och därigenom underlätta för sjukskrivna att återgå i arbete. Ett utökat antal sjukpenningnivåer ger försäkringskassan i samarbete med arbetsplatsen och sjukvården en ökad möjlighet att bedriva en effektivare rehabiliteringsverksamhet.

Tre försäkringskassor, Malmöhus, Gävleborg och Västernorrland har allt sedan februari 1986 bedrivit försöken. Försöken planeras pågå till juli 1988. Kassorna har till RFV i augusti 1987 lämnat delrapporter från försöken. Försöket med flexiblare sjukpenning i Malmöhus har fram till juli 1987 ingått som en del i ett större projekt "Aktiv och förebyggande rehabilitering — Trelleborgsprojektet", som avgivit en slutrapport 1987-08-25.

Aktiv och förebyggande rehabilitering — Malmöhus kassan

Projektets syfte har varit att utveckla en ny arbetsmetodik i rehabiliteringsärenden, samt att pröva nya flexiblare ersättningsregler. Projektet

har omfattat anställda vid Trelleborg AB och bedrivits i nära samarbete med företaget och dess företagshälsovård, fackliga organisationer samt länsarbetsnämnden. Projektet har pågått från november 1985 till juni 1987. I avsnitt 5.3.4 har redovisats de mycket goda erfarenheter projektet gjort genom en ny arbetsmetodik, vilken bl.a. inneburit att:

- de försäkrade kontaktats inom 30 dagar,
- arbetsplatsbesök gjorts under vilket en planering av ärendet skett. På så sätt har nya kontaktvägar skapats mellan försäkringskassan och arbetsgivaren,
- uppföljning av arbetsträning skett genom arbetsplatsbesök av försäkringskassans handläggare.

Fram t.o.m. juni 1987 har en fjärdedels eller tre fjärdedels sjukpenning utbetalats i sammanlagt 569 dagar för arbetsträning i reell miljö. Dagarna har fördelats så att det under 342 dagar utgivits tre fjärdedels sjukpenning och under resterande 227 dagar en fjärdedels sjukpenning.

Under förutsättning att hel sjukpenning utbetalats för de dagar tre fjärdedels sjukpenning utgivits samt att halv sjukpenning utbetalats de dagar en fjärdedels sjukpenning utgivits blir den beräknade vinsten för projektperioden ca 66 000 kronor.

Då den flexibla sjukpenningen har utnyttjats i mindre utsträckning än beräknat i projektet har Malmöhus kassan fr.o.m. juli 1987 utökat försöksverksamheten med ett utökat antal sjukpenningnivåer att omfatta drygt 57 000 sjukpenningförsäkrade. I slutrapporten "Aktiv och förebyggande rehabilitering" poängteras att först när detta försök avslutats kan klara slutsatser dras om behovet av ytterligare sjukpenningnivåer i en framtida lagstiftning.

Försöksverksamhet med flexiblare sjukpenningersättning — Gävleborgs kassan

Syftet med projektet är att genom större flexibilitet med ersättningen nå resultatet att den sjuke helt eller delvis kan upprätthålla sitt arbete även under pågående sjukdom.

Den metod som används är att personalen vid försäkringskassan är observant i fall som inträffar där den försäkrade, dennes arbetsgivare, behandlande läkare, kurator eller annan vill diskutera arbetsschema el.dyl. i samband med sjukskrivning. Det kan också vara kassans personal som på grundval av en försäkringsutredning tar initiativ till en diskussion om återgång i arbete med flexibel sjukpenning.

Projektarbetet har utöver den rena försäkringshandläggningen inneburit en omfattande informationsverksamhet till berörda grupper i samhället (sjukvårdspersonal vid sjukhus och hälsocentraler, arbetsgivare, fackliga företrädare, anpassningsgrupper, LRG m.fl.). Dessutom har kontakter skett med lokala dags- och personaltidningar samt TV. Utställningsskärmar och broschyr har även framtagits som beskriver projektet.

Av delrapporten — juli 1987 framgår att för tidsperioden 1986-02-01 till 1987-07-01 har totalt 163 personer varit aktuella inom projektet. Alter-

nativ sjukpenning har utgått med 25 procent i 93 fall och med 75 procent i 70 fall. Minskningen av sjukpenningkostnaden har sammantaget beräknats till omkring 600 000 kronor. Beräkningen bygger på läkarnas angivelse på läkarintyget vilken sjukskrivningsnivå som varit aktuell om inte nivåerna 25 procent resp. 75 procent varit tillgängliga. Försök har inte gjorts att beräkna minskning av sjukpenningkostnaden på grund av förkortad sjukskrivningstid. Projektet menar emellertid att betydande vinster även gjorts i detta avseende.

För att så brett som möjligt belysa försöksverksamhetens konsekvenser har forskare vid Umeå Universitet på uppdrag av Gävle kassan utvärderat försöket. Tre målgrupper har genom en enkät- och intervjuundersökning kommit till tals, nämligen de försäkrade själva, läkarna och arbetsgivarna.

- Mediantiden för deltagande i försöket är drygt två månader och deltagarnas genomsnittsålder är 40 år. Det är något fler kvinnor än män.
- Sjukdomarna i rörelseorganen dominerar, men är relativt underrepresenterade. Däremot är psykiska sjukdomar överrepresenterade.
- Tydlig dominans av kvinnor i vårdyrken samt bland anställda i övrig tjänstesektor. Möjligen är också lärarkategorin något överrepresenterad.

Försöksdeltagarnas egen värdering av försöket:

- Motiven till att delta i försöket varierar. Nästan hälften har i deltagandet sett en möjlighet att slippa arbeta mer än vad man upplever sig orka med. Möjligheten att känna sig för på sin arbetsplats inför en ev. återgång till arbete i full omfattning har drygt 30 procent angivit som sitt incitament. Var femte deltagare har sett försöket som en förbättring av sina möjligheter att hålla god kontakt med arbetsplatsen.
- Effekterna av deltagandet i försöket upplevs mycket positivt. Fyra av fem upplever ökat välbefinnande. Tre av fyra anser sig ha kunnat återgå till arbetet snabbare. Betydligt mer än hälften anser att deras tillfrisknande påskyndats.
- Såväl arbetsgivaren som arbetskamraternas reaktioner har blivit allt positivare under försökets gång.
- Åtta procent har uppgivit att de skulle vilja lägga sig på annan nivå än de under försöket existerande.

Läkarnas värdering av försöket:

- Alla tillfrågade läkare anser att försöket med flexibel sjukpenning absolut är medicinskt motiverat och upplever det som mycket positivt för patienterna. De möjligheter som ges till stegvis återgång till arbetet underlättar tillfrisknandet.
- Den vanligaste åsikten bland läkarna är att flexibel sjukpenning/sjukskrivning ur medicinsk synpunkt passar de flesta bra oavsett kön, ålder, typ av arbete och diagnos.

- Den genomgående uppfattningen är att försöket med flexibel sjukpenning bör permanentas.
- Läkarna är mycket tveksamma till om försöket bör göras ännu mer flexibelt.
- Kontakterna läkare—arbetsgivare är få. Försäkringskassan har där en stor uppgift att fylla.

Arbetsgivarens värdering av försöket:

- Samtliga intervjuade arbetsgivare anser att försöket med flexibel sjukpenning totalt sett varit positivt.
- De flesta anser att försöket inte medfört några som helst problem organisatoriskt eller arbetsmässigt.
- Några tror att det kan bli organisatoriska problem om fler samtidigt skulle utnyttja systemet på samma arbetsplats och om systemet skulle göras mer flexibelt.
- I de flesta fall har arbetskamraternas reaktioner varit positiva till försöket.

Arbetsförmågerelaterad rehabiliteringsersättning — Västernorrlands kassan

Syftet med projektet är att undersöka om ett utökat antal ersättningsnivåer underlättar för sjukskrivna att återgå i arbete och kassans rehabiliteringsresultat därmed kan förbättras. Projektet väntas bekräfta kassans hypotes att ett utökat antal sjukpenningnivåer ger kassan möjligheter att bedriva en effektivare rehabiliteringsverksamhet.

Innan försöksverksamheten startade genomfördes omfattande informationsinsatser för att sprida kännedom om försöket till såväl personer i försöksgruppen som läkare, personaladministratörer vid berörda företag, m.fl. I informationen användes bl.a. en särskilt framtagen broschyr.

I de ärenden där försöksverksamhetens regler har använts har lokalkontoret i samråd med läkare bedömt vilken sjukskrivningsgrad som skulle ha tillämpats om ordinarie regler gällt. Minskad sjukpenningkostnad har därefter beräknats för varje enskilt ärende.

Redovisad utvärdering har omfattat försöksverksamheten under budgetåret 1986/87. Projektet skall fortsätta under hela budgetåret 1987/88 varefter den slutliga utvärderingen skall göras.

Resultatet av projektet är positivt. De handläggare på lokalkontoret som haft de dagliga kontakterna med de försäkrade, läkare och arbetsgivare har fått enbart positiva omdömen om de regelförändringar som provats under försöksverksamheten. Många uttrycker en förhoppning om att försöket skall leda till en permanent ändring av bestämmelserna. Flera har framfört värdet av de ökade möjligheterna att behålla kontakten med arbetet trots sjukdom. Många läkare uppger sig ha saknat fler sjukskrivningsnivåer.

Försöksverksamhetens sjukpenningnivåer 25 procent och 75 procent har tillämpats i sammanlagt 114 ärenden, varav 25 procent i 71 ärenden och 75 procent i 43 ärenden.

Karaktäristiskt för de som utnyttjat 75 procent sjukskrivning är att de normalt startat med hel sjukskrivning för att sedan gradvis återgå i arbete. Kassans minskning av sjukpenningkostnaden i dessa ärenden har beräknats till ca 140 000 kronor.

När det gäller gruppen med 25 procent sjukskrivning har betydligt fler startat med denna sjukskrivningsgrad. I ett tiotal fall avser ärenden där åtgärd enligt AFL 2:11 varit aktuell, exempelvis vid deltagande i ett ryggprojekt som är en försöksverksamhet som primärvården bedriver i samarbete med försäkringskassan och friskvårdscentralen. Kassans minskning av sjukpenningkostnaden har beräknats till ca 240 000 kronor. Detta leder till en total minskning av sjukpenningskostnaden till ca 380 000 kronor.

8.4.3 Erfarenheter från försöken med reseersättning till och från arbetsplatsen som alternativ till sjukpenning

Syftet med försöksverksamheten är att underlätta en snabbare återgång i arbete genom att erbjuda den försäkrade reseersättning till och från arbetsplatsen som ett alternativ till att stanna hemma med sjukpenning. Den förväntade nyttan är förutom att den försäkrade kan komma tidigare åter i arbete, även att samhällets kostnader beräknas bli lägre med resekostnadsersättning än med sjukpenning.

Försöksverksamheten som påbörjades första februari 1986 bedrevs t.o.m. juni 1987 hos försäkringskassorna i Blekinge, Göteborg, Gävleborg, Västernorrland och Västerbotten. Februari—juni 1986 omfattades ca 375 000 sjukpenningförsäkrade och fr.o.m. juli 1986 sammanlagt ca 515 000 av försöken, alltså ca 1/8 av sjuk penningförsäkrade med en anställning. Försöksverksamheten har enligt vad som redovisats från berörda försäkringskassor, mottagits mycket positivt från försäkrade, arbetsgivare och läkare. Fr.o.m. den 1 juli 1987 har försöken, som tidigare nämnts, utvidgats till att gälla samtliga sjukpenningförsäkrade i landet.

Av de rapporter försäkringskassorna lämnat angående försöken med reseersättning kan konstateras att fram till den 1 juli 1987 hade omkring 250 personer valt att få reseersättning i stället för sjukpenning. Huvudsakligen rör det sig om tjänstemän (chefsjobb, sekreterare och olika varianter av kontorsarbete). Men det finns även personer med yrken typ dagbarnvårdare, vårdbiträde och elektriker. Den försäkrade har själv fått välja om man ville ha reseersättning i stället för att vara hemma med sjukpenning. I stort sett har lika många män som kvinnor deltagit. För att få aktuellare uppgifter, har beredningen under månadsskiftet januari/februari 1988 erhållit rapporter från försäkringskassorna i Västerbotten, Gävle och Göteborg. Sammanfattningsvis kan man dra följande slutsatser av försöken:

Beträffande sjukdomstyper dominerar klart ortopediska diagnoser typ ben- och fotskador.

Endast några få personer har tackat nej till erbjudandet, framför allt

då de ansåg sig inte klara av resorna och sina arbetsuppgifter med hänsyn till sjukdomen.

Begränsningen av ersättningens storlek till den egna sjukpenningen, har medfört att några få procent nekats reseersättning. Framför allt gäller detta personer med låg SGI och långa avstånd mellan bostaden och arbetsplatsen. Vi har vidare uppmärksammats på några fall, där studerande med feriearbete inte kunnat få ersättning.

Nästan samtliga har anlitat taxi, förutom några som har åkt med annan bil.

Cirka 80 procent av försökspersonerna är mellan 20 och 49 år.

Den genomsnittliga sjukpenningen (brutto) per dag ligger omkring 290 kronor.

När ärendena fördelas efter utbetalt belopp för resorna framkommer att endast ett fåtal haft en total resekostnad över 5 000 kronor. Genomsnittskostnaden är ca 2 000 kronor.

Antalet ersatta resdagar per ärende ligger runt 30 dagar. En fjärdedel av fallen har 1—9 resdagar. Bara några enstaka har mer än 80 resdagar.

Minskade sjukpenningkostnader har beräknats genom att den totala resekostnaden samt eventuellt utbetald sjukpenning dragits från den kalkylerade sjukpenningen för samma period. Göteborgskassan har kommit fram till att sjukpenningkostnaderna har minskat med 7 870 kronor per ärende (299 personer). För 21 procent är förtjänsten mer än 10 000 kronor. Motsvarande genomsnittssiffror från Västerbotten är ca 5 200 kronor (102 ersättningsfall) och från Blekinge 5 371 kronor (19 personer).

Deltagarnas uppfattning om försöken har av Göteborgskassan kartlagts genom en enkätundersökning och av Västerbotten genom att de försäkrade intervjuats. Med något enstaka undantag har samtliga varit mycket positiva till försöket. Deltagarna har bl.a. framfört följande.

- Mycket bra reform som kan få stor betydelse för rehabiliteringen.
- Man känner sig oerhört priviligerad att få göra det man helst vill — arbeta.
- Utmärkt sätt (och billigt) att hjälpa folk att sköta sitt arbete när man som i mitt fall (skadat fot) är i övrigt fullt arbetsför.

Drygt 1/4 har uppgivit att de tack vare arbetsresorna till frisknat snabbare än vad de skulle ha gjort om de varit hemma och uppburit sjukpenning, vilket medför ytterligare besparingar.

8.5 Samordning pension/lön för anställda i Samhall

Stiftelsen Samhall har i en skrivelse den 7 november 1985 till arbetsmarknadsdepartementet föreslagit att vissa frågor om samordningen mellan pension och lön till anställda inom samhällsföretagsgruppen skall ses över.

Regeringen har den 9 januari 1986 överlämnat Samhalls skrivelse till rehabiliteringsberedningen.

Samhallsgruppens tillkomst

Den 1 januari 1980 övertog Samhall, som då kallades Samhällsföretagsgruppen, ansvaret för verkstäder för skyddat arbete, kontorsarbetscentraler, industriella beredskapsarbeten och vissa former av hemarbete. Dessa verksamheter bedrevs tidigare av kommuner, landsting, AMS med flera huvudmän.

Vägledande för företagsgruppens tillkomst var önskemålet om att utjämna den regionala obalansen på skyddat arbete samt att åstadkomma en gynnsammare kostnadsutveckling. Samtidigt skulle en fortsatt hög ambitionsnivå eftersträvas för att ge allt fler, särskilt gravt handikappade, möjlighet till avlönat arbete och därmed egen försörjning.

Verksamhetsidé och organisation

Samhallgruppens verksamhetsidé/uppdrag är att ge ett meningsfullt och utvecklande arbete till personer som på grund av fysiska, psykiska, intellektuella eller socialmedicinska handikapp har svårigheter att få fast anställning på den reguljära marknaden. Arbetstillfällena skall lokaliseras till orter, där det finns behov av arbete för arbetshandikappade och där inga andra arbetsmarknadspolitiska lösningar kan erbjudas genom lönebidrag eller andra stödåtgärder på den reguljära arbetsmarknaden.

Anställning av arbetshandikappade sker efter anvisning från den lokala arbetsförmedlingen. En sådan anvisning har föregåtts av en utredning hos länsarbetsnämnden som visar att vederbörande arbetssökande är i behov av det särskilda stöd som en anställning vid någon av Samhalls verkstäder innebär. Innan anvisning sker skall arbetsförmedlingen ha prövat alla möjligheter till anställning på den reguljära arbetsmarknaden med eller utan särskilda stödinsatser.

För att kunna genomföra sitt uppdrag utan att av företagsekonomiska skäl behöva åsidosätta verksamhetsidén erhåller Samhall ersättning från staten.

Företagsgruppens resultat mäts av statsmakterna främst inom tre målområden:

1. att inom givna resursramar bereda meningsfullt och utvecklande arbete åt så många arbetshandikappade som möjligt,
2. att de regionala företagen i samarbete med arbetsförmedlingen hjälper sina anställda arbetshandikappade att, så snart yrkesmässigt individuella förutsättningar uppnåtts, få arbete på den reguljära arbetsmarknaden,
3. att ett bra ekonomiskt resultat uppnås. Det innebär att behovet av ersättning från staten skall bli så lågt som möjligt utan att de båda andra målen åsidosätts.

Samhallgruppen är i princip uppbyggd som en statlig företagskoncern. Den består av en koncernledning (Samhalls styrelse och VD) med övergripande styrningsansvar.

Basverksamheten bedrivs av 24 rörelsedrivande regionala företag. Det

finns ett sådant företag i varje län. De har egna styrelser och egen VD. Verksamheten leds från regionala huvudkontor. Till de regionala företagen hör sammanlagt ca 330 verkstäder som är spridda över hela landet.

Antalet anställda arbetshandikappade inom företagsgruppen är ca 28 200. Ytterligare omkring 350 arbetstillfällen kommer att anordnas inom företagsgruppen under budgetåret 1988/89.

Samordning lön/pension

F.n. är det ca 6 500 av de arbetshandikappade anställda inom Samhall som har förtidspension eller sjukbidrag som samordnas med lönen. Samordningen, som innebär att avdrag görs från lönen, sker enligt bestämmelser i kollektivavtal mellan AFO-branschkommitté, Samhall och berörda LO-förbund. Motsvarande bestämmelser finns i den överenskommelse med berörda PTK-förbund som reglerar anställningsvillkoren för arbetshandikappade som anvisas skyddat arbete inom tjänstemannaområdet. Samordningsbestämmelserna i avtalen är kopplade till att försäkringskassorna sedan lång tid tillbaka gjort en särskild bedömning av rätten till förtidspension för anställda i skyddat arbete. Försäkringskassorna skall, enligt gällande tillämpningsföreskrifter, beakta den faktiska arbetsprestationen och inte storleken av utgående lön.

RFV har kompletterat gällande bestämmelser i 7 kap. 3 § AFL om rätt till förtidspension med en kungörelse (RFFS 1978:9) om bedömning av rätten till förtidspension (sjukbidrag) för försäkrad som anställts för skyddad sysselsättning vid skyddad verkstad. Föreskrifterna innebär att man vid bedömning av i vad mån arbetsförmågan är nedsatt skall beakta den *faktiska* arbetsprestationen och inte storleken på utgående lön, och göra jämförelse med en fullt arbetsför arbetstagares normala prestation i samma slags arbete.

Det finns flera skäl som talar för att samtliga anställda inom företagsgruppen bör uppbära lön och inte pension *för den tid* man arbetar. Företagsgruppens huvuduppgift är att bereda avlönat meningsfullt arbete för arbetshandikappade. De anställda förutsätts, efter vars och ens förmåga, göra en produktiv insats och på det sättet bidra till den egna försörjningen.

Att ha pension samtidigt som man arbetar kan påverka arbetsmotivationen och har sannolikt också betydelse för den personliga utvecklingen i arbetet. Vidare påverkar pensionssamordningen vissa försäkringsförmåner och beräkning av ATP-poäng. Samordningen av lön och pension innebär också att två olika administrationer — försäkringskassorna och Samhall — skall hantera pensions- och lönedelarna till de anställda.

8.6 Ersättning till unga handikappade

Arbetsmarknadssituationen för handikappade har de senaste årtiondena förändrats markant. Arbetsmarknaden ställer allt större krav på arbetstagarnas utbildning, precision och uthållighet. Detta har trots samhälleliga

insatser, som att stödja den enskildes förmåga, olika stöd- och stimulansåtgärder samt lagstiftning, lett till att gapet mellan de arbetshandikappades förutsättningar och arbetsmarknadens krav blivit allt större. Utformningen av reglerna om förtidspension och sjukbidrag innebär en direkt koppling till arbetsmarknaden och att den försäkrades arbetsförmåga skall bedömas i förhållande till den "normala arbetsmarknaden" och dess utbud av arbetsuppgifter av olika slag. Sammantaget bidrar detta till en omfattande förtidspensionering av unga handikappade.

Det råder en stor enighet om det angelägna i att bereda handikappade arbete i stället för en passiv försörjning. Handikappkommittén har i sitt slutbetänkande "Vägar till arbete för handikappade" (DsA 1984:12) lagt en rad förslag till åtgärder som syftar till att arbetshandikappade ges möjlighet till försörjning genom arbete. Betänkandet har överlämnats till rehabiliteringsberedningen vad gäller delarna organisation av rehabiliteringsinsatser och ekonomiskt stöd till rehabilitering av ungdomar.

8.6.1 Försöksverksamhet med unga handikappade

Under budgetåret 1979/80 — januari 1981 pågick projektet *"Uppsökande verksamhet bland unga förtidspensionärer"*. Syftet var att genom intensifierade personalinsatser och stödåtgärder pröva arbetsmöjligheterna för yngre förtidspensionärer och att i samverkan med övriga berörda samhällsorgan finna bättre rehabiliteringsmetoder för personer med olika handikapp.

Projektet genomfördes i samverkan på central, regional och lokal nivå mellan AMS, RFV, SoS, DHR och HCK och kom att omfatta unga förtidspensionärer i åldern 17—34 år som bodde i Sollentuna, Norrköping, Jönköping, Malmö och Umeå.

Vid försökstidens slut redovisades att ca 90 personer som omfattades av projektet befann sig i arbete, arbetsförberedande åtgärder eller var aktuella för fortsatt handläggning på respektive förmedlingskontor. Av dem var knappt 1/4 eller 23 personer rörelsehindrade. För att belysa effekterna av förmedlingens insatser för denna grupp rörelsehindrade genomfördes under hösten 1985 en intervjuuppföljning.

Av samtliga 23 rörelsehindrade var det stora flertalet eller 15 personer i arbete drygt fyra år efter verksamhetens slut. Nästan hälften av dem var kvar i samma arbete och arbetsplats som de fick genom projektet.

Resultatet av uppföljningen visar att arbetsförmedlingens insatser för att häva förtidspensioneringen och ersätta den med förvärvsarbete haft en god och relativt bestående effekt för denna grupp unga handikappade.

Ett annat projekt är försöksverksamheten *"Arbete åt unga handikappade"*. Det är AMS som på uppdrag av regeringen sedan budgetåret 1986/87 bedriver försöksverkamhet i hela landet för att försöka få ut unga handikappade i arbete. Målgruppen är ungdomar under 30 år som beviljats sjukbidrag eller förtidspension.

Dels pågår ett basprojekt där samtliga arbetsförmedlingar och AMI är

engagerade i att ta emot handikappade ungdomar och dels ett femtontal lokalt initierade delprojekt som belyser olika områden som har betydelse för handikappades situation på arbetsmarknaden. Ett viktigt sådant delprojekt är det som rör samverkan mellan arbetsförmedling och skola kring handikappade elevers förberedelse för arbetslivet. Ett annat är gemensam utbildning i handikappkunskap för arbetsförmedling/AMI, SYO-konsulenter och Samhall.

Basprojektet har till syfte att finna former för att kunna ta emot handikappade ungdomar i en reguljär verksamhet vid arbetsförmedling och AMI. I basprojektet ges de handikappade ungdomar som redan beviljats sjukbidrag eller förtidspension en möjlighet att pröva sina förutsättningar för arbete. Efter ett par års uppsökande verksamhet bör de flesta ungdomar som befinner sig i denna situation ha fått möjlighet att rådgöra med arbetsförmedling.

Den fortsatta försöksverksamheten under budgetåret 1987/88 avses också vara inriktad på att finna former för att förhindra att handikappade ungdomar hamnar i den situationen att de erhåller sjukbidrag eller förtidspension redan under sin skoltid eller direkt därefter. Handikappade ungdomar bör ges tillfälle att få diskutera sina förutsättningar för olika yrken. Detta avses ske så tidigt som möjligt så att ungdomarna ges möjlighet att få adekvat PRAO och praktikplatser och tillgång till eventuella hjälpmedel.

Skolan har kommit långt med att integrera handikappade elever men det finns fortfarande brister i övergången skola/arbetsliv. Därför fortsätter delprojektet arbetsförmedling och skolan. När det gäller de handikappade ungdomar som har behov av särskilda resurser i skolan bör arbetsförmedling/AMI också samverka med skolans SYO-konsulenter så att dessa ungdomar ges möjlighet att välja PRAO och yrkesinriktning som på sikt kan leda till arbete. Skolan skall ha kvar sitt ansvar för eleverna och arbetsförmedling/AMI medverkar med sin speciella kompetens där så behövs när det gäller elevens individuella yrkesvalsplanering. Flera av dessa elever har också behov av att få ett särskilt stöd då det gäller övergången från skolan till arbetslivet. För att underlätta för dessa ungdomar att få kontakt med arbetsförmedling/AMI skall man i projektet försöka finna lämpliga former för samverkan.

I den fortsatta försöksverksamheten under budgetåret 1987/88 tilldelas AB-län tre tjänster, M- och O-län två tjänster och övriga län en tjänst. Dessa har till uppgift att: dels samverka med skolan så att de handikappade elever som har behov av särskilda resurser i skolan också ges den särskilda service som krävs för att få en adekvat yrkesvalsplanering och insatser som underlättar övergången skola-arbetsliv, dels stödja arbetsvägledarna och AMIpersonalen i deras arbete med handikappade ungdomar.

Försöksverksamheten kommer att utvärderas ur olika aspekter. Genomförande, förslag till lösningar, resultat och svårigheter kommer att presenteras i olika uppföljningsrapporter. Även de samhällsekonomiska effekterna av försöksverksamheten kommer att presenteras.

En lägesbeskrivning av arbetet i det s.k. basprojektet under budgetåret 1986/87 finns beskrivet i den första delrapporten (AMS serie V 1987:5). Det praktiska projektarbetet inleddes med att försäkringskassorna svarade för en genomgång och bedömning av i princip samtliga drygt 13 000 ungdomar som i augusti 1986 uppbar sjukbidrag eller förtidspension. Vid genomgången tog kassornas tjänstemän ställning till i vilken mån dessa ungdomar kunde bedömas vara aktuella för arbetsmarknadsåtgärder. Försäkringskassan kontaktade sedan dessa ungdomar för att höra om de var intresserade av att vara med i projektet. De ungdomar (totalt ca 2 000) som accepterade att delta, har på normalt sätt remitterats till arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingarna har på olika sätt organiserats med tillfälliga och förstärkta arbetslag, s.k. "T-lag", där arbetsvägledare tillsammans med personal från i första hand AMI samlats kring de enskilda ärendena. Även personal från t.ex. sjukvård eller omsorg/särskola har kunnat knytas till T-laget. De erfarenheter som hitintills framkommit rör framför allt de grundläggande förutsättningarna för projektet i fråga om tillgängliga resurser, policy och prioriteringsfrågor.

Regeringen har vidare ställt ett belopp på 10 000 000 kr. ur allmänna arvsfonden till SoS förfogande för försöksverksamhet med inriktning på arbete och meningsfull sysselsättning för handikappade. Projektmedel har lämnats till framför allt kommuner och centrala handikapporganisationer. Projekt inom försöksverksamheten som rör unga handikappade bör enligt regeringsbeslutet ges särskilt prioritet.

Medel till kommunerna bör enligt regeringsbeslutet under försöksperioden kunna lämnas för bl.a. följande verksamhet:

- Projekt som syftar till att utveckla förbättrade samverkansformer mellan kommun, arbetsförmedling, försäkringskassa, m.fl. vad gäller insatser för att underlätta för handikappade att erhålla arbete.
- Särskilda inventeringar av handikappades arbetsmarknadssituation, bedrivande av uppsökande verksamhet, eller andra projekt som avser att öka kommunernas kunskaper på området och leda till att lämpliga åtgärder vidtas.
- Utarbetande av sysselsättningsplaner och program med inriktning på handikappade.
- Projekt som avser att utveckla metoder som underlättar övergången från skola till arbetsliv för handikappade ungdomar.
- Projekt som syftar till att finna metoder för att utveckla alternativa sysselsättningsmöjligheter för personer, som på grund av svåra och sammansatta handikapp inte kan beredas arbete.

Projektmedel till de centrala handikapporganisationerna avses kunna lämnas för bl.a. olika former av studier angående den egna handikappgruppens arbetsmarknadssituation, för utarbetande av informationsmaterial, för anordnande av kurser och konferenser, samt för olika former av stöd- och rådgivningsverksamhet för enskilda handikappade, arbetsgivare, fackliga organisationer, m.fl.

8.6.2 Förtidspensionärer/sjukbidragsmottagare i åldern 16—29 år

Antalet ungdomar i åldern 16—29 år som uppbär sjukbidrag eller förtidspension har legat på en relativt konstant nivå under de senaste tio åren. Ca 14 000 personer rör det sig om, vilket för männens del motsvarar ungefär en procent av samtliga i åldersgruppen och för kvinnorna något lägre procentandel.

Diagnosmönstret bland unga som beviljats förtidspension/sjukbidrag skiljer sig markant från de äldres. I åldrarna 16—29 år är diagnosgruppen Mentala rubbningar den klart dominerande (i åldrarna 16—19 år nästan uteslutande innebärande psykisk utvecklingsstörning), medan muskel- och ledbesvär m.m. överväger hos de äldsta. En mycket stor grupp är utvecklingsstörda som vid 16 års ålder direkt övergår från vårdbidrag till pension.

Sett över en längre tid kan man konstatera att det skett en viss förskjutning inom gruppen unga förtidspensionärer. Andelen utvecklingsstörda i de lägre åldrarna har minskat medan de i åldern 25—29 år främst med mentala diagnoser men ej utvecklingsstörning har ökat. Bland kvinnorna ökar också de med psykiska diagnoser och ryggdiagnoser i åldern 25—29 år.

SCB har i rapport 41/84 bl.a. beskrivit sysselsättningssituationen för personer med olika handikapp (avser alla åldrar). Endast omkring var tredje person med rörelsehinder har förvärvsarbete. Ca 40 procent av synskadade har förvärvsarbete. Omsorgskommittén har redovisat att endast omkring 15 procent av alla psykiskt utvecklingsstörda har någon form av förvärvsarbete (inklusive anställning inom Samhall).

8.7 Vårt förslag

Enligt direktiven skall vi pröva om försäkringskassorna kan ges möjlighet att mera aktivt använda sjukförsäkringen för att få tillstånd rehabiliteringsinsatser. En huvudtanke i vårt arbete har också varit att öka utrymmet för aktiva åtgärder och prioritera dem. Ersättningssystemet bör fungera som ett instrument för att förkorta de passiva perioderna så att en mindre del av pengarna betalas utan anknytning till rehabiliterande insatser.

Förslaget till ersättningssystem kan delas upp i två huvuddelar, dels en *dagersättningsdel* som består av sjukpenning och rehabiliteringspenning, dels ersättning för *särskilda åtgärder* som innehåller ersättning för arbetshjälpmedel, resor till och från arbetet som ett alternativ till sjukpenning samt ersättning för speciella insatser i syfte att undvika långa perioder med ekonomiskt stöd utan aktiv rehabilitering.

Till detta skall också läggas att i avsnitt 7.5.3 föreslås en möjlighet för försäkringskassorna att under vissa betingelser (främst för anställda som inte AMI tar emot utan särskilda skäl) betala platser för yrkesinriktad rehabilitering vid AMI bl.a. för att förkorta väntetider och få till stånd snabbare rehabiliteringsinsatser.

8.7.1 Nytt orsaksrekvisit för sjukpenning

Det nuvarande sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet grundar sig på uttalanden i förarbetena till 1947 års lag om allmän sjukförsäkring. Det har ofta diskuterats om detta sjukdomsbegrepp verkligen behöver förändras. Man har ibland hävdat att socialvårdskommitténs ganska lösliga definition av sjukdomsbegreppet redan ger nödvändigt utrymme för skälighetsbedömningar. Som man kan utläsa av den historiska beskrivningen av sjukdomsbegreppets utveckling i avsnitt 8.1.2, har det funnits möjligheter att i praxis successivt ändra tillämpningen med hänsyn till utvecklingens behov och i takt med ökade kunskaper inom den medicinska vetenskapen. Det finns dock flera skäl till att ändå göra en förändring genom att tillföra AFL 3:7 ett nytt rekvisit "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan".

Anpassning av sjukdomsbegreppet till hälso- och sjukvårdslagens intentioner

För det första är det viktigt att det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet är bättre anpassat till den nya hälso- och sjukvårdslagen. Som tidigare redovisats, sägs i Hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande att "vad som är sjukdom måste relateras till en medicinskt påvisbar bedömning eller till en kombination av medicinska och andra bedömningar". I propositionen (1981/82: 97) till den nya hälso- och sjukvårdslagen sägs också att hälso- och sjukvårdens ansvar förutsätts i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som i de enskilda fallen bedöms kräva insatser av endera medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samverkan med yrkesgrupper med t.ex. social, teknisk eller psykologisk kompetens.

Även om man understryker faran av att göra en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet och menar att vissa objektiva sjukdomskriterier måste uppställas så säger man å andra sidan att det kan vara fråga om en kombination av medicinska och andra bedömningar t.ex. av social eller psykologisk art.

Detta innebär en övergång till ett mera socialmedicinskt sjukdomsbegrepp som också bör komma till uttryck i det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet.

Verklighetsanpassning av sjukdomsbegreppet

För det andra är det nödvändigt att anpassa det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet till den verklighet som nu råder. Socialvårdskommittén skrev i sitt betänkande 1944 att de störningar och fysiologiska förändringar som sammanhänger med det naturliga åldrandet eller med havandeskap och barnsbörd inte är att betrakta som sjukdomar därför att de står i samband med den normala livsprocessen. Detta uttalande kan inte sägas stämma med nuvarande tillämpning av sjukdomsbegreppet. Som framgår i beskrivningen av sjukdomsbegreppets utveckling i

rättspraxis, se avsnitt 8.1.2, betraktas numera många graviditetskomplikationer som sjukdom och ger därför rätt till sjukpenning. Detsamma gäller sterilitetsutredningar och medicinsk behandling av ofrivillig barnlöshet.

Att i enskilda fall försöka avgöra om en störning eller förändring är sjuklig eller om den sammahänger med det naturliga åldrandet och därför står i samband med den normala livsprocessen är inte heller särskilt meningsfullt. Socialvårdskommitténs uttalanden i detta avseende måste därför betraktas som förlegade och bör inte längre användas som riktlinjer för det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet.

De problem som kanske varit mest framträdande har samband med en utvidgning av begreppet sjukdom som skett på senare år och som i många fall har accepterats. Ökade och ändrade krav i arbetslivet och ökade anspråk från den försäkrades sida liksom ändrat sjukskrivningsmönster från läkarnas sida har varit betydelsefulla faktorer i denna utveckling.

Människor hinner inte alltid anpassa sig till de snabba förändringarna i samhället. Arbetsplatser datoriseras och specialiseras i allt större utsträckning vilket kan göra det svårt att identifiera sig och sin egen roll i ett större sammanhang. Omstrukturering av arbetsplatser med nya arbetsuppgifter som följd ställer ofta större krav på kompetens som man inte klarar av eller leder till hot om permittering och arbetslöshet. Denna typ av livsproblem har blivit allt vanligare och ger upphov till att människor mår dåligt eller ibland till och med havererar med sin livsroll.

Sjukskrivningen har stor social och psykologisk betydelse då den innebär ett erkännande av individens sjukdom. Den påverkar därför såväl omgivningens syn på individen som dennes syn på sig själv. Att vara sjukskriven innebär rätt att vara frånvarande från arbetet och åtnjuta vissa samhällsförmåner, t.ex. vård och ersättning från sjukförsäkringen.

Här finns å ena sidan en betydande risk för medikalisering av sociala och arbetsmarknadsmässiga problem. Det är omvittnat att läkarna har en svår situation med ökade anspråk från de försäkrade. Det kan därför falla sig lätt att pressa in fall av sociala problem eller arbetslöshet under diagnoser som asteni (svaghet) eller rygginsufficiens.

Å andra sidan vet man att sociala problem kan leda till såväl kroppslig som psykisk sjukdom. Under trycket av psyko-sociala problem utvecklas så småningom sjukdomsliknande symtom som ibland får en sådan intensitet att de går över i ett insufficienstillstånd eller en depression. Att sociala problem är vanliga bland patienter med ryggbesvär är t.ex. välkänt från tidigare vetenskapliga undersökningar (Westrin 1970, Natwig 1970). En ständig fråga som återkommer i litteraturen är om de sociala och psykologiska faktorer som noteras bland ryggpatienter är primära eller sekundära till "ryggsjukdomen".

Gränsen mellan sjukdom, ur strikt medicinsk mening, och övriga tillstånd är här flytande. Även om det finns ett visst utrymme för individuella variationer är risken påfallande att patienter inte behandlas lika. Såväl bland läkarna som hos försäkringskassorna finns olika tolkning av i hur stor utsträckning objektiva sjukdomskriterier skall uppställas för att ett

insufficienstillstånd skall betraktas som sjukdom och ge rätt till sjukpenning. Det är inte ovanligt att försäkrade med subjektivt upplevda smärttillstånd får sin sjukpenning indragen om det saknas medicinskt påvisbara tecken på sjukdom, medan andra uppbär sjukpenning under lång tid och rent av förtidspensioneras på grund av likartade tillstånd.

Även om det är viktigt att som rättesnöre ha ett medicinskt sjukdomsbegrepp som är så klart avgränsat som möjligt, kan det ur sjukförsäkringsrättslig synpunkt vara rimligt att med sjukdom jämställa vissa psykosociala insufficienstillstånd som ger inskränkt arbets- och funktionsförmåga. En sådan förändring innebär egentligen en anpassning till hur sjukdomsbegreppet i viss utsträckning redan i dag tillämpas men ger bättre förutsättningar för en mera rättvis och likvärdig tillämpning.

Begreppet "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan" måste, i likhet med det medicinska sjukdomsbegreppet, vara flexibelt och svara mot tidens krav. Som exempel på olika tillstånd som inte kan inpassas i sjukdomsbegreppet men som ändå bör föranleda ersättning från sjukförsäkringen kan följande nämnas. Det kan gälla sådana tillstånd som förorsakas av akuta sorg- och trötthetstillstånd som uppkommer i samband med en närståendes död eller svåra sjukdom. Det kan också vara andra liknande insufficienstillstånd, orsakade av t.ex. livsproblem. I sistnämnda fallet kan det gälla mera ospecifika besvär med få kliniska fynd i kombination med psykosociala faktorer.

Ett annat exempel på vad som avses med annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan, är den situation som inträder i samband med utprovning, utbyte eller reparation av hjälpmedel för handikappade, t.ex. proteser, rullstolar och därmed jämförbara hjälpmedel.

Beträffande vilka kriterier som bör uppställas för att sådana tillstånd skall anses falla under begreppet "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan", kan följande nämnas.

När det gäller sorg- och trötthetstillstånd vid närståendes död eller svår sjukdom, är det rimligt att överlåta till den behandlande läkaren att avgöra när ett sådant tillstånd är av sådan intensitet att det ger en nedsatt prestationsförmåga. Vid kortare sjukperioder är det ju sedan länge så att avgörandet om vad som är sjukdom överlämnas till den enskilde. Ett uppgivet symtom som t.ex. ryggbesvär varken kan eller bör normalt ifrågasättas. Även sorg- och trötthetstillstånd vid närståendes död eller svåra sjukdom bör accepteras, om inte omständigheterna i det enskilda fallet talar emot detta. Här bör man vid bedömningen hålla sig till vad som rimligen kan ge en sådan reaktion för den försäkrade, t.ex. att han har en nära relation till den sjuke eller avlidne.

I den praktiska tillämpningen är det viktigt att hålla sig till ett symtomtänkande. Det är känt att livsproblem kan ge eller förstärka symtomupplevelser. Emellertid är det inte alla livsproblem, eller livsproblem i alla situationer, som kan orsaka ett insufficienstillstånd. Det avgörande är om den försäkrade befinner sig i ett sådant tillstånd som en reaktion på livsproblemet. När den enskilde har symtom av sådan intensitet att han

anser sig vara i behov av vård, skall det inte alltid krävas att läkaren skall kunna objektivisera funktionsnedsättningen för att rätt till sjukpenning skall föreligga. Följden får emellertid inte bli, att ett sådant tillstånd leder till ett passivt utbetalande av sjukpenning. Det bör i stället vara signalen till aktiva rehabiliteringsåtgärder där livsproblemen klarläggs och avhjälps.

När det gäller utprovning, reparation eller utbyte av ett hjälpmedel för handikappade, bör kriteriet vara att hjälpmedlet i fråga är nödvändigt för att den försäkrade skall kunna utföra sitt arbete och/eller klara sina dagliga livsfunktioner.

Det är i sammanhanget viktigt att notera, att förutsättningen för rätt till ersättning från sjukförsäkringen är att två skilda rekvisit på en och samma gång är uppfyllda. Det måste föreligga sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan *och* detta måste ha som följd att arbetsförmågan blir nedsatt.

Tidiga och adekvata åtgärder i rehabiliteringsavseende

Det tredje och viktigaste skälet till en förändring av det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet är att skapa förutsättningar för tidiga och adekvata rehabiliteringsåtgärder. En framträdande orsak till misslyckade rehabiliteringsförsök är just att de psykosociala faktorerna som orsak eller delorsak till bristande arbetsförmåga inte klarläggs i rehabiliteringsarbetet. En förklaring till detta är troligen dels människors motvilja mot att blottställa sig i detta avseende, dels att man då löper risken att inte betraktas som sjuk i försäkringsrättslig mening och hamnar i en situation som inte är lika socialt accepterad som den sjukskrivnes. Man ställs då också utanför möjligheten till ersättning från socialförsäkringen.

Rätt till sjukpenning för mera ospecifika besvär med få kliniska fynd i kombination med psykosociala faktorer skulle troligen bidra till att göra de försäkrade mera benägna att medverka till att klarlägga och definiera bakomliggande orsaker till deras bristande arbetsförmåga. Detta skapar förutsättningar för en effektivare rehabilitering.

När en försäkrad söker läkare för ett smärttillstånd som orsakas av ett livsproblem är det ganska naturligt att han inte blir återställd av ordination om vila, värktabletter och en eventuell anpassning av arbetsplatsen. Det viktigaste är i stället att försöka komma tillrätta med den bakomliggande psykosociala faktorn.

En rättmätig fråga är då vilka kunskaper som finns om psykosociala faktorers betydelse i detta sammanhang. Flera undersökningar har gjorts. Bl.a. publicerades 1984 en doktorsavhandling av Johan Sandström.

En av frågeställningarna i undersökningen gällde om patienten hade något allmänt livsproblem vid den aktuella sjukskrivningens början.

Hos samtliga patienter kunde något problem påvisas. Vanliga problem var arbetslöshet eller hot om permittering, relationsproblem, vantrivsel på arbetsplatsen och påfrestande familjesituation. I slutsatserna till un-

dersökningen konstateras bl.a. att i ett patientmaterial som sjukskrivits på grund av ospecifika ryggbesvär, var de kliniska fynden få medan sociala problem var vanliga. Undersökningen ger belägg för de psykosociala faktorernas betydelse för vårt nutida sjukskrivningsmönster. Den bekräftar också den ganska vanliga uppfattningen bland berörda inom sjukvården och företagshälsovården att även om de psykosociala faktorerna inte har en avgörande betydelse vid sjukskrivningens början så utgör de ofta en pålagring till de medicinska faktorerna och spelar en allt större roll ju längre sjukskrivningen pågår för att så småningom få en allt mera avgörande betydelse för arbetsoförmågan. Det är därför viktigt att åtgärder sätts in tidigt i sjukfallen och att de psykosociala faktorerna inte negligeras utan uppmärksammas bättre såväl inom sjukvården som i rehabiliteringsverksamheten på arbetsplatsen och hos olika myndigheter.

8.7.2 Rekvisitet nedsatt arbetsförmåga

I 3 kap. 8 § AFL finns regler för bedömningen av försäkrades arbetsförmåga. Första stycket innehåller en regel för det fall där sjukdomen kan antas vara kortvarig. I detta fall skall särskilt beaktas huruvida den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete. Däremot sägs i lagtexten ingenting om vad som skall gälla om sjukdomen kan antas vara långvarig.

Ur regeln i första stycket får man motsättningsvis dra vissa slutsatser. Den naturliga slutsatsen måste bli att man inte som i korta sjukfall skall använda den försäkrades nuvarande yrke som jämförelsegrund. Eftersom lagen här är passiv är det naturligt att fråga sig om beslutsfattaren då har full frihet att välja vilket arbete som helst? En genomgång av rättsfall visar att FöD i de flesta domar säger att den försäkrades arbetsförmåga skall ställas i relation till ett för honom "lämpligt arbete". Av flera domar på senare år framgår att bedömningen av en försäkrads arbetsförmåga skall, för tid intill dess lämplig rehabilitering vidtagits, göras med utgångspunkt från det arbete den försäkrade faktiskt har. Av det torde man kunna dra slutsatsen att sjukpenningrätt föreligger till dess man getts förutsättningar att klara ett visst arbete som ansetts lämpligt i det enskilda fallet samt att större hänsyn skall tas till att den försäkrade har erforderliga personliga förutsättningar att klara av det slags arbete som uppfattas som lämpligt.

Eftersom det här är fråga om svåra och komplicerade bedömningar får det ändå anses som en brist att lagen här är passiv och inte ger erforderlig vägledning för tillämpningen. Om det skall vara möjligt att få en mera enhetlig och rättvis bedömning av arbetsförmågans nedsättning i långa sjukfall är en lagreglering nödvändig för att ge begreppet lämpligt arbete ett sakligt innehåll.

Ett annat viktigt skäl är att reglerna för bedömning av arbetsförmåga i de långa sjukfallen då också kommer att stämma överens med motsvarande regler inom förtidspensioneringen och i lagen om arbetsskadeförsäkring.

En ändring av AFL 3:8 enligt förslaget innebär också att försäkringskassorna får kriterier för att skilja ut de försäkrade som man aktivt bör arbeta vidare med i rehabiliteringshänseende. I dag har försäkringskassorna, oavsett förutsättningarna, en strävan att rehabilitera alla. Regeländringen bör öka möjligheterna att prioritera inom rehabiliteringsverksamheten och få en större flexibilitet vad gäller insatsernas omfattning i olika fall. Det bör dock understrykas att en sådan prioritering inte innebär att man generellt undantar vissa kategorier från möjligheten till en rehabilitering. Alla försäkrade måste få sin rätt till rehabilitering prövad och en prioritering får därefter göras utifrån förusättningarna i det enskilda fallet.

8.7.3 Mera flexibel sjukpenning

Under avsnitt 8.4 redovisad utvärdering av försöken med flexiblare sjukpenning visar klart värdet av en flexiblare sjukpenning.

Malmöhuskassan har i sin utvärdering av projektet "Aktiv och förebyggande rehabilitering" bl.a. sagt att den flexiblare sjukpenningen har utnyttjats i för liten utsträckning för att några slutsatser skall kunna dras om behovet av ett utökat antal ersättningsnivåer i en framtida lagstiftning. Man har emellertid inte anfört några argument emot en flexiblare sjukpenning. Malmöhuskassans projekt påvisar vikten av rehabilitering på arbetsplatsen och försäkringskassans roll däri. Man har visat på en arbetsmetodik som leder till en snabbare återgång i arbete och därigenom stora samhälleliga besparingar. Den flexiblare sjukpenningen har varit ett av flera redskap för försäkringskassan och har inte på samma sätt som i de två övriga projekten varit huvudfrågan. Kassan har heller inte på samma sätt som Gävle resp. Västernorrlandskassan gått ut med en så bred information till allmänheten, läkarna, m.fl. om försöket med flexiblare sjukpenning. Detta kan vara en orsak till att den flexiblare sjukpenningen inte har utnyttjats i lika stor omfattning som vid de övriga projekten.

Försöken i Gävleborgs resp. Västernorrlandskassan har varit mera likartade. Båda kassorna ansåg det vara mycket betydelsefullt att inledningsvis gå ut med information om försöken, för att på detta sätt få läkare, allmänhet, m.fl. observanta på att möjligheten till ytterligare sjukpenningnivåer förelåg. Delrapporterna från försöken visar att den flexiblare sjukpenningen har varit mycket lyckosam. Sammantaget redovisar man en minskning av sjukpenningkostnaden på ca en miljon kronor.

Gävlekassan har i sin utvärdering bl.a. ställt frågan om behovet av ytterligare flexibilitet. Åtta procent av de försäkrade i försöket hade behov av att lägga sig på en annan nivå. Läkarna var mycket tveksamma till om försöket bör göras ännu mer flexibelt och nio av tio tillfrågade arbetsgivare var helt avvisande till ytterligare flexibilitet.

Vid en samlad bedömning har vi funnit att det finns behov av ett mer flexibelt system än de nuvarande två nivåerna. Däremot menar vi att det inte kan vara realistiskt att lägga på läkarna att göra en bedömning av

nedsättningen av arbetsoförmågan på grund av sjukdom uppdelad på mer än de i försöken fyra nivåerna, vilket talar för en sådan konstruktion då det gäller sjukpenningen. Mot bakgrund av ovanstående föreslår vi att de nuvarande nivåerna hel- och halv sjukpenning kompletteras med två nya, en fjärdedels- respektive tre fjärdedels sjukpenning.

8.7.4 Rehabiliteringsersättning

Bl.a. tidigare redovisade försöksprojekt har visat på att det i renodlade sjukfall är tillräckligt med ett ersättningssystem som innehåller fyra nivåer. När det däremot gäller rehabiliteringsarbetet krävs det enligt vår mening ett mera flexibelt ersättningssystem.

Strävan bör vara att en rehabilitering påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt. Det är då av vikt att ersättningssysemet medger en successiv upptrappning av den försäkrades arbetsinsats i takt med hans tillfrisknande och att det innehåller lämpliga plattformar för ett rättvist bestämmande av ersättningens storlek med hänsyn till den faktiska arbetsinsatsen vid varje tillfälle.

Det är därför nödvändigt att man inte är bunden till fasta nivåer som bestäms av ersättningssystemet utan att ersättningen i stället kan bestämmas utifrån den inkomstförlust som den försäkrade gör under en given period för att han inte kan arbeta med full kapacitet. Detta medför att ersättningen vid rehabilitering bör utges efter en steglös skala. Ett sådant system hindrar naturligtvis inte att ersättningen i ett enskilt fall kan bestämmas efter en 25, 50, 75 eller 100 procentig skala. Men ett steglöst system öppnar möjligheterna för en bredare, rättvisare och mer ändamålsenlig användning av sjukförsäkringsmedlen. Det är inte realistiskt att lägga på en läkare att göra en bedömning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom i mer än de fyra nivåer som vi föreslår beträffande sjukpenningen. Detta kräver särskilda kunskaper vad gäller de specifika arbetsuppgifter och arbetsförhållanden m.m. som den försäkrade har.

Beslutsprocessen i ett rehabiliteringsärende måste i stället vara sådan att läkare, arbetsledare, fackliga företrädare och försäkringskassan tillsammans med den försäkrade bildar sig en uppfattning om en för den försäkrade lämplig arbetsinsats och eventuell upptrappning av denna med utgångspunkt från arbetets art, arbetsplatsens förhållanden, sjukdomens art, lämplig rehabiliteringstakt samt den försäkrades behov och förutsättningar i övrigt. Arbetsgivaren betalar därefter den lön som skall utgå med hänsyn till arbetsinsatsen, varefter den försäkrade kompenseras för den uppkomna inkomstförlusten genom ersättning från sjukförsäkringen.

Detta ersättningsförfarande kräver en särskild ersättningsform vid sidan av sjukpenningen och den bör lämpligen benämnas rehabiliteringsersättning.

Vi anser att det också ligger ett viktigt psykologiskt värde i att den ersättning, som den försäkrade får när han strävar efter att återfå sin

arbetskapacitet, har en adekvat benämning som visar på den process han deltar i. Detta bör medföra större insikt, aktivitet och engagemang från både rehabiliteringsaktörerna och den försäkrade.

En avgörande förutsättning för att uppnå ett lyckat rehabiliteringsresultat är att den försäkrade själv är motiverad till rehabiliteringen och till den åtgärd som tillhandahålls honom. En viktig omständighet för att få den försäkrade motiverad är att det finns ekonomiska incitament för honom. Ersättningen under rehabiliteringstiden bör därför ha en högre kompensationsnivå än sjukpenningen och den försäkrade bör ersättas för kostnader som han åsamkas genom att han deltar i rehabiliteringsåtgärden. På grund av avtalskompletteringar till sjukförsäkringen (se avsnitt 8.2) har flertalet förvärvsarbetande redan i dag 100 procent ersättning vid sjukfrånvaro under de första 90 dagarna. Vi har ändå ansett det vara viktigt att tillförsäkra samtliga försäkrade en laglig rätt till rehabiliteringspenning motsvarande hans inkomstförlust.

Vi föreslår därför att rehabiliteringsersättningen skall bestå av två delar, en rehabiliteringspenning och ett särskilt bidrag. Rehabiliteringspenningen skall täcka den inkomstförlust som uppstår för den försäkrade när han deltar i rehabiliteringsåtgärden medan det särskilda bidraget skall täcka hans kostnader.

Rehabiliteringsersättningen bör därigenom också kunna fungera som ett styrmedel, varigenom de passiva sjukperioderna så långt möjligt förkortas och att en mindre del av sjukförsäkringens medel betalas ut utan anknytning till rehabiliteringsinsatser.

Vi föreslår att endast arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder (se nedan) skall ge rätt till rehabiliteringsersättning. Detta gäller dock inte beträffande unga handikappade som inte fyllt 25 år. De skall kunna få rehabiliteringsersättning trots att de inte deltar i en sådan åtgärd. Detta utvecklas närmare under avsnitt 8.7.8.

Grundförutsättningar

När den arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärden påbörjas upphör sjukpenningen (om sådan finns) och ersätts av rehabiliteringsersättning. Denna utges därefter under hela den aktiva rehabiliteringstiden. Grundförutsättningen för rätt till rehabiliteringsersättning föreslås vara sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Däremot bör det inte krävas att arbetsförmågan hunnit bli nedsatt. Den försäkrade skall inte behöva vänta på att sjukdomsförloppet utvecklats till en nedsättning av arbetsförmågan innan rehabiliteringsåtgärder sätts in. Detta medför att rehabiliteringsersättning kan utges även i samband med vissa förebyggande åtgärder (se avsnitt 9.5).

Rehabiliteringsåtgärd

För att rehabiliteringsåtgärden skall grunda rätt till rehabiliteringsersättning fordras det att åtgärden har ett av tre syften, nämligen att

a) förkorta en sjukdomstid
b) helt eller delvis förebygga att sjukdomen eller nedsättningen av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan leder till nedsatt arbetsförmåga, eller
c) helt eller delvis häva en befintlig nedsättning av arbetsförmågan.

Det skall vara en arbetslivsinriktad åtgärd som förutsätter den försäkrades aktiva medverkan. Åtgärden skall vara anpassad efter den försäkrades behov och förutsättningar och den skall behövas för att han skall nå sitt syfte att återfå ett sådant tillstånd att han kan få eller behålla ett arbete. Åtgärderna kan således vara av skiftande slag och ha ett mångfacetterat innehåll. De får dock inte avse sådana åtgärder som arbetsgivaren har skyldighet att vidta enligt arbetsmiljölagen eller annan lag eller författning.

Åtgärden kan bestå av förändringar av den försäkrades arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art. Den kan förekomma *dels* i det förebyggande arbetet (se kapitel 9), där det finns en sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan men där en nedsättning av arbetsförmågan inte föreligger, *dels* i det egentliga rehabiliteringsarbetet där det finns såväl sjukdom som nedsatt arbetsförmåga.

Med *förändringar av den försäkrades arbetsförhållanden* avses bl.a. den i dag benämnda yrkesinriktade rehabiliteringen och åtgärderna kan då bestå t.ex. av arbetsträning i reell miljö, arbetsmarknadsutbildning (omskolning och viss annan utbildning), eller rehabilitering/vägledning vid AMI.

Den kan naturligtvis även avse åtgärder av annat slag som tar sikte på att återge den försäkrade hans möjligheter att kunna klara av sitt arbete eller att få ett annat lämpligt arbete.

Medicinsk rehabilitering. I merparten av medicinska vårdinsatser finns det ett större eller mindre inslag av rehabiliterande insatser och de kan därför inte alltid tidsmässigt klart avgränsas mot varandra. För att en medicinsk rehabiliteringsåtgärd skall grunda rätt till rehabiliteringsersättning, krävs det emellertid att åtgärden tar sikte på att återföra den försäkrade till arbetslivet — att den behövs för att den försäkrade skall kunna få eller behålla ett arbete. Det kan avse t.ex. funktionsträning av olika slag såsom sjukgymnastik. En annan åtgärd som också enligt nuvarande praxis ger rätt till ersättning är den s.k. klimatvården. Vi avser inte med vårt förslag att frångå dagens praxis vad gäller de medicinska rehabiliteringsåtgärder, som grundar rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Psykologisk och/eller social rehabilitering avser i huvudsak krisbearbetning, insiktsorienterad psykoterapi, beteendeterapi, familjebehandling samt socialkurativa åtgärder, som avser att förbättra den försäkrades sociala funktion i olika sociala roller, t.ex. i arbetet eller i familjen, på fritiden etc. — allt för att den försäkrade skall kunna fungera i arbetslivet.

För rätt till rehabiliteringsersättning krävs vidare att deltagandet i åtgärden förhindrar den försäkrade att förvärvsarbeta (eller skulle förhindrat honom om han haft ett arbete) och att han därigenom går miste om en faktisk eller beräknad (vid arbetslöshet) inkomst om minst en fjärdedel.

Ett särskilt problemområde är ersättningsformerna för missbrukare som vistas på sociala vårdinstitutioner. Socialberedningen har i sitt delbetänkande Rehabiliteringspenning till missbrukare — vissa avgiftsfrågor (DsS 1984:17), som vi fått för beaktande, behandlat dessa frågor. Socialberedningen poängterade bl.a. att missbrukare måste ha rätt till en rimlig ersättning från socialförsäkringen. Socialberedningen framhöll vidare bl.a. följande:

"En sådan ersättning bör dock inte betalas ut automatiskt eller förutsätta en sjukförklaring. I stället bör tonvikten läggas på att missbrukaren skall genomgå en rehabilitering för att ersättningen skall kunna utges. De krav som rehabiliteringen ställer måste anpassas efter den enskildes möjligheter. Även sjukpenningen bör dock kunna förekomma under en institutionsvistelse. Det gäller framför allt under själva avgiftningen, då det sällan råder någon tvekan om att missbrukaren är sjuk i ordets egentliga mening."

Socialberedningen stannade för en lösning som med vissa modifieringar ansluter sig till sjukpenningförsäkringen. För att markera dels denna koppling och dels att det är fråga om rehabilitering valde den att kalla ersättningen för rehabiliteringspenning.

Huvudförutsättningen för att få rehabiliteringspenning skulle vara att en person genomgår vård och behandling på grund av missbruk av alkohol, narkotika eller därmed jämförbara medel på ett hem för vård eller boende enligt SoL och av denna anledning är förhindrad att förvärvsarbeta.

Socialberedningen föreslog att rehabiliteringspenning bör ha samma belopp per dag som sjukpenningen. Ett problem är att en del missbrukare inte har hunnit få någon förankring i arbetslivet eller har varit borta därifrån så länge att de inte heller har rätt till sjukpenning. Den föreslog därför att rehabiliteringspenning alltid skulle utges med lägst 100 kr. per dag.

Vi delar i stort socialberedningens uppfattning. En vistelse på ett hem för vård eller boende enligt socialtjänstlagen (1980:620) för vård och behandling för missbruk av beroendeframkallande medel, är typiskt sett att anse som en rehabiliteringsåtgärd. Om detta sker i avsikt att missbrukaren skall återfå ett sådant tillstånd att han kan få eller behålla ett arbete, är vistelsen att anse som en sådan rehabiliteringsåtgärd som omfattas av vårt förslag för rätt till rehabiliteringsersättning.

Rehabiliteringspenning

För att underlätta en stegvis upptrappning av arbetet i takt med tillfrisknandet, bör rehabiliteringspenningen inte indelas i några fasta nivåer

utan i stället vara helt flexibel. För att inte göra systemet administrativt svårhanterligt, bör den inkomstförlust, som skall kompenseras, uppgå till en miniminivå, som föreslås vara en fjärdedel av förvärvsinkomsten. Härigenom synkroniseras miniminivåerna för sjukpenning och rehabiliteringspenning. Taket för kompensationen föreslås till 100 procent av SGI:n, vid total inkomstförlust. När arbetet, arbetsträningen eller motsvarande utförs i viss, begränsad utsträckning enligt rehabiliteringsplanen, och den försäkrade uppbär inkomst för detta, utgörs rehabiliteringspenningen av den inkomstförlust som den försäkrade åsamkas genom att han deltar i rehabiliteringsåtgärden (rehabiliteringspenningen är lika med inkomstförlusten). Om det rehabiliteringsarbete som den försäkrade deltar i, skulle ha gett en högre inkomst än det ordinarie arbetet, utgörs inkomstförlusten av skillnaden mellan vad han uppbär och vad han skulle ha uppburit, om han arbetat med hel arbetsförmåga i rehabiliteringsarbetet. Här avses den situation som uppstår när den försäkrade arbetstränar i ett annat arbete som har en högre lönenivå än det ordinarie. Det är då inte rimligt att den rehabiliterande erhåller lägre lön än sina arbetskamrater i det arbetet. Om däremot rehabiliteringsarbetet ger en lägre inkomst än det ordinarie arbetet, utgörs inkomstförlusten av skillnaden mellan vad han uppbär och vad han skulle ha uppburit i det ordinarie arbetet. Här avses en situation då förhållandet är det omvända, nämligen att det arbete som den försäkrade tränar i har en lägre lönenivå än det ordinarie arbetet. Det är då inte rimligt att den försäkrade får sänkt lön för att han rehabiliteras. Den försäkrade skall alltid vara garanterad en rehabiliteringspenning som motsvarar minst 100 procent av SGI:n.

Rehabiliteringspenningen bör emellertid även ha en lägsta nivå, som den försäkrade alltid är garanterad, även om 1/365 av SGI:n skulle vara lägre.

Enligt direktiven skall beredningen sträva efter en samordning mellan de olika ersättningar som utgår vid rehabilitering. Det föreslås därför att i de fall den försäkrade inte har någon SGI, eller har en låg SGI, skall rehabiliteringspenning utgå efter samma bestämmelser som gäller för dagpenningen i utbildningsbidraget enligt förordningen (1987:406) om arbetsmarknadsutbildning. Har den försäkrade ingen fastställd SGI eller en SGI som är lägre än dagpenningen, skall hans rehabiliteringspenning ha samma nivå som dagpenningen. Detta innebär att den försäkrade alltid är garanterad en rehabiliteringspenning som uppgår till lägst det belopp som varit fallet om han i stället fått dagpenning. Enligt nämnda förordning lämnas dagpenning med samma belopp som kursdeltagaren är eller skulle ha varit berättigad till för heltidsarbete vid ersättning från en erkänd arbetslöshetskassa, dock lägst 240 kronor per dag, till den som

1. uppfyller villkoren för ersättning från kassan vid arbetslöshet, eller
2. har uppburit ersättning från en sådan kassa under den längsta tid som ersättning kan lämnas.

Dagpenning lämnas med 240 kronor per dag till den som inte är berättigad till dagpenning enligt första stycket men

1. har fyllt 20 år, eller
2. har vårdnaden om eller fullgör underhållsskyldighet mot ett eget barn.

I andra fall lämnas dagpenning med 170 kronor per dag.

Om utbildningen inte pågår på heltid, minskas dagpenningen i motsvarande mån, om det inte finns särskilda skäl mot det.

Dagpenning lämnas för högst fem dagar per kalendervecka.

När det gäller ersättning till handikappade som inte fyllt 25 år, innebär förslaget enkelt uttryckt, att dessa i stället för förtidspension får rehabiliteringspenning. Om synnerliga skäl föreligger kan förtidspension erhållas från 16 års ålder. Om den handikappade inte deltar i någon rehabiliteringsåtgärd, utgår en rehabiliteringspenning som motsvarar vad han i dag uppbär i förtidspension. Det enda som inträffar i denna situation, är att ersättningsformen bytt namn. Deltar däremot den handikappade i en aktiv rehabiliteringsåtgärd, har han rätt till den högsta rehabiliteringspenning som han uppfyller förutsättningarna för enligt regelsystemet. (Förslaget utvecklas närmare under avsnitt 8.7.8.)

Rehabiliteringspenningen utgår under hela den tid som den försäkrade aktivt deltar i rehabiliteringsarbetet. Om deltagandet i rehabiliteringsåtgärden av någon anledning måste avbrytas, t.ex. på grund av att den försäkrades sjukdomstillstånd förvärras, upphör rehabiliteringspenningen och ersätts av sjukpenning. Detta gäller emellertid inte vid sjukperioder som håller sig inom den utlåtandefria tiden. Rehabiliteringspenningen får dock behållas vid

1. ledighet för tillfällig vård av barn i samma omfattning som rätt till tillfällig föräldrapenning föreligger enligt 4 kap. 10-12 §§,
2. ledighet för att fullgöra uppdrag i en elevorganisation under högst sammanlagt tio dagar per år,
3. kortvarig ledighet för enskild angelägenhet av vikt, och
4. ledighet på grund av uppehåll i rehabiliteringen enligt föreskrifter som RFV meddelar (här avses t.ex. uppehåll i rehabiliteringsåtgärden på grund av lagstadgad semester).

På samma sätt som gäller för sjukpenningen enligt 3 kap. 4 § andra stycket, bör rehabiliteringspenningen minskas när den försäkrade får sjukhusvård eller bereds vård i hem för vård eller boende enligt socialtjänstlagen.

För att den försäkrade inte skall bli överkompenserad, bör rehabiliteringspenningen samordnas med övriga socialförsäkringsförmåner. Detta innebär att rehabiliteringspenningen bör minskas med det belopp den försäkrade får som

1. annan pension enligt denna lag än barnpension,
2. annan pensionsförmån enligt denna lag än handikappersättning,
3. hustrutillägg enligt lagen om hustrutillägg och kommunalt bostadstillägg till folkpension,
4. sjukpenning eller livränta enligt lagen om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning enligt någon annan författning,

5. föräldrapenning,
6. studiehjälp, studiemedel, korttidsstudiestöd eller särskilt vuxenstudiestöd enligt studiestödslagen som har erhållits för samma tid som rehabiliteringspenningen,
7. dagpenning enligt förordningen (1987:406) om arbetsmarknadsutbildning.

Enligt de regler som gäller för dagpenningen i utbildningsbidraget, skall denna — efter motsvarande samordningsreduktion — inte i något fall utgå med lägre belopp än tio kr. per dag. Samma regler bör gälla för rehabiliteringspenningen.

Särskilt bidrag

Den andra delen av rehabiliteringsersättningen, *det särskilda bidraget*, är avsett att täcka vissa kostnader som uppstår för den försäkrade med anledning av att han deltar i rehabiliteringsåtgärden. Det särskilda bidraget föreslås i allt väsentligt få samma utformningen som det särskilda bidraget i utbildningsbidraget enligt förordningen (1987:406) om arbetsmarknadsutbildning.

Enligt förordningen lämnas särskilt bidrag för

1. ordinarie kursavgifter inom det reguljära utbildningsväsendet och vid studieförbund,
2. kostnader för tal- och punktskriftshandböcker,
3. merkostnader för läromedel som inte täcks av kursanordnaren eller ansvarig sjukvårdshuvudman,
4. andra skäliga kostnader för läromedel som inte täcks av kursanordnaren i den mån de överstiger i genomsnitt 100 kronor per månad,
5. resekostnader för studieresor och traktamente med 75 kronor per dag för sådana resor inom landet som medför övernattning och som är obligatoriska för utbildningen, samt
6. skäliga kostnader för dagliga resor mellan bostaden och utbildningsplatsen i den mån de överstiger 100 kronor per månad.

Till den som har sin ordinarie bostad på ett avstånd från utbildningsorten som överstiger rimligt pendlingsavstånd och som därför bor tillfälligt där eller som i annat fall har särskilda skäl att bo tillfälligt i utbildningsorten under utbildningstiden lämnas särskilt bidrag för

1. kostnaden för resor mellan den ordinarie bostaden och utbildningsorten vid utbildningens början och slut samt vid uppehåll i utbildningen,
2. kostnaden för två resor i månaden för bidragstagaren eller för en familjemedlem eller annan närstående till denne upp till ett belopp som svarar mot kostnaden för resa tur och retur mellan utbildningsorten och den ordinarie bostaden, samt
3. traktamente med 75 kronor per dag under utbildningstiden under högst fem dagar per kalendervecka.

Resekostnaderna beräknas enligt 18 § förordningen (1987:405) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

Om det är fördelaktigt från kostnadssynpunkt, får studieresor som avses i 23 § 5 förläggas till ett annat nordiskt land. Traktamente lämnas då som vid studieresa inom landet.

Ansökan m.m.

En förutsättning för att en rehabilitering skall få avsedd effekt, är att den försäkrade är intresserad av och motiverad för rehabiliteringen. För att dels få en bekräftelse på den försäkrades inställning till rehabiliteringen och dels för att aktivera honom, bör det krävas ett ansökningsförfarande för att den försäkrade skall komma i åtnjutande av rehabiliteringsersättning. Detta skall kunna ske på ett enkelt, smidigt och ett icke formbundet sätt. Byråkratin får inte lägga hinder i vägen för ett snabbt igångsättande av rehabiliteringen.

För att rehabiliteringsersättningen skall utgå krävs det vidare att en godkänd rehabiliteringsplan föreligger. Hur en sådan skall vara utformad och vem som skall ha ansvaret för den, utvecklas närmare under avsnitt 6.1.3.

Utbetalning

Med hänsyn till att det för den försäkrade sannolikt upplevs som mer tillfredsställande att liksom sina arbetskamrater få "lönen" utbetald av arbetsgivaren, föreslås att om rehabiliteringsarbetet utförs hos en arbetsgivare på arbetsmarknaden (vilket inte nödvändigtvis måste vara den vanliga arbetsgivaren), skall försäkringskassan kunna träffa överenskommelse med arbetsgivaren att denne skall betala ut rehabiliteringspenningen. För att underlätta handläggningen bör detta emellertid gälla endast i de fall då rehabiliteringsarbetet beräknas pågå under minst en hel kalendermånad hos arbetsgivaren. I andra fall skall försäkringskassan svara för utbetalningen. Detta skall även gälla när rehabiliteringen sker t.ex. på AMI eller liknande. Det särskilda bidraget bör alltid utbetalas av försäkringskassan.

Arbetsgivaren får därefter ersättning av försäkringskassan för utbetald rehabiliteringspenning en gång i månaden. Försäkringskassans kontroll underlättas av att det finns en rehabiliteringsplan som följs. Det är emellertid inte avsikten att försäkringskassan vid regleringen av arbetsgivarens ersättning skall behöva kontrollera att rätt lönenivå har tillämpats vid utbetalningen av rehabiliteringspenningen till den försäkrade. Upprättandet av rehabiliteringsplanen sker under medverkan av t.ex. den försäkrade, hans arbetsgivare och arbetstagarorganisation samt försäkringskassan. Därvid skall det också bestämmas den lönenivå som gäller i det aktuella rehabiliteringsarbetet, liksom omfattningen av den försäkrades arbetsinsats och eventuell upptrappning av denna. Detta framgår sedan av rehabiliteringsplanen. Planen kommer således att ange storleken på rehabiliteringspenningen vid varje tillfälle under rehabiliteringstiden. Försäkringskassans kontroll inskränks därför till en kontroll av att den yrkade ersättningen överensstämmer med planen.

Överenskommelsen med arbetsgivaren om att denne skall svara för

utbetalningen av rehabiliteringspenningen bör självfallet innehålla en skyldighet för arbetsgivaren att anmäla eventuella avvikelser från planen och skälen härtill.

8.7.5 Förtidspensionsnivåer

Enligt 7 kap. 1 och 2 §§ AFL föreligger rätt till förtidspension om arbetsförmågan på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst *hälften* och nedsättningen kan anses varaktig. Genom denna gränsdragning erhålls överensstämmelse med den regel som finns beträffande rätten till sjukpenning. Återstår intet eller endast en ringa del av arbetsförmågan, utges hel förtidspension. Är nedsättningen avsevärt mer än hälften, utges två tredjedels pension. I andra fall utges halv förtidspension.

Beredningen föreslår införandet av fyra nivåer för sjukpenningen, vilket bl.a. innebär att sjukpenning skall utges om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel.

Konsekvensen av förslaget blir att den som har en varaktig nedsättning av arbetsförmågan i skiktet 25—49 procent inte är berättigad till förtidspension. Detta leder till att det i stället för förtidspension kommer att betalas ut sjukpenning i dessa fall. Eftersom det inte finns någon maximerad tid för sjukpenningen, kan denna komma att utges fram till dess den försäkrade fyllt 70 år + 180 dagar.

En i viss mån liknande situation uppstår för den som har en varaktig nedsättning som överstiger hälften men inte ca 85 procent, som enligt dagens praxis anses som hel nedsättning. Han kan enligt nuvarande regler få endast 66 procent av förtidspensionen. Skiktet mellan 67—85 procent täcks inte av pensionen.

För att undanröja beskrivna konsekvenser — betingat inte minst av kostnadsskäl — bör förtidspensionsnivåerna anpassas till sjukpenningnivåerna. Det bör således införas fyra nivåer även för förtidspensionen, en fjärdedel, halv, tre fjärdedelar och hel förtidspension. Rätt till förtidspension uppkommer sålunda när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel. En fjärdedels förtidspension bör enligt vår mening tillämpas med restriktivitet. Den bör komma i tillämpning först när det efter en längre tids sjukskrivning och rehabilitering konstateras en varaktig nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel.

8.7.6 Försäkringskassans stöd till rehabilitering på arbetsplatsen

En viktig utgångspunkt för vårt förslag är att stödja ökade insatser på arbetsplatserna. Vårt förslag till åtgärder är primärt inriktade på att stödja individen. Genom ett bättre stöd från samhällets sida till den enskilde anställde utgår vi emellertid ifrån att våra förslag även innebär betydande fördelar ur arbetsgivarnas och arbetsplatsens synvinkel.

Arbetsorganisatoriska åtgärder

Förutom kortare arbetstid är säkerligen olika slag av arbetsorganisatoriska åtgärder de vanligaste rehabiliteringsinsatserna på arbetsplatserna. I

många fall är det inte tillräckligt att minska arbetstiden i det ordinarie arbetet. Själva arbetsuppgifterna innebär eventuellt sådana fysiska och/eller psykiska krav att andra åtgärder är nödvändiga. I vissa fall kan den som är i behov av rehabilitering klara sitt tidigare arbete med undantag av något eller några arbetsmoment. Det är då värdefullt om man, trots att man inte kan utföra det gamla arbetet i sin helhet, ändock kan fortsätta arbeta i det ordinarie arbetet.

För att detta skall bli möjligt kan det krävas en omdisposition av de arbetsmoment som ingår i detta arbete till någon annan. Det kan till exempel gälla vissa krävande rörelsemoment, tunga lyft som inte kan automatiseras eller undvikas på annat sätt.

Det gäller även i de fall då en rehabiliteringsinsats innefattar ett sänkt arbetstempo, vilket troligen i många fall kan utgöra en vanlig rehabiliteringsåtgärd. Man bör emellertid vara medveten om att många arbeten, särskilt inom industrin, är svåra att utföra med ett sänkt arbetstempo på grund av att produktionsprocessen är så fixerad och tekniskt styrd.

I vissa fall är varken minskat arbetstempo eller förändring av den tidigare arbetsuppgiften möjlig att genomföra av tekniska eller andra skäl. Då kan omplacering till annat arbete för en längre eller kortare tidsperiod vara den enda möjligheten för att den försäkrade skall kunna återvända till arbetsplatsen.

Arbetsuppgifter som är lämpliga i rehabiliteringssammanhang är inte så vanliga på våra arbetsplatser i dag. Därför borde det vara möjligt att låta rehabiliteringen genomföras i form av särskilda uppdrag på arbetsplatsen. Sådana uppgifter kan vara mer eller mindre tillfälliga. Exempel på sådana uppdrag/arbetsuppgifter är instruktörs- eller handledaruppgifter samt tillfälliga personalinsatser inom vård- och servicearbeten.

Det borde vara möjligt att skapa sådana särskilda "rehabiliteringsuppgifter" med ekonomiskt stöd till den enskilde från försäkringskassan, även för den som saknar arbete eller har en annan arbetsgivare.

Vi menar att det är viktigt att prövnings- och träningsplatser finns på arbetsplatserna i tillräcklig omfattning. Vårt förslag om rehabiliteringspenning bör kunna bidra till en utveckling av sådana platser.

Utbildning

En viktig förutsättning för yrkesinriktad rehabilitering på arbetsplatserna är tillgång på lämpliga arbets- och träningsuppgifter. Som bl.a. vår enkätundersökning visar är detta ett problem. Det talar för att en ökad satsning bör göras på utbildning som för närvarande förekommer i otillräcklig omfattning. Det visar såväl den undersökning av 3:8 sjukpenningens användning, som vi låtit RFV utföra, som enkätundersökningen riktad till ett urval skyddskommittéer.

Rehabiliteringsersättning bör i ökad utsträckning och med mer varierad inriktning enligt vårt förslag, kunna ges i samband med utbildning (exempelvis även för kortare kursverksamhet och högskolestudier m.m.). Det innebär dels ersättning för inkomstbortfall, dels bidrag till kursavgifter, resor m.m.

Stöd till utbildning skulle exempelvis kunna bli aktuellt för den som helt saknar möjlighet till andra rehabiliteringsinsatser på sin arbetsplats och där alternativet därför kan bli en långvarig passiviserande sjukskrivning. I vissa fall är kanske en ganska omfattande vidareutbildning en förutsättning för att man skall kunna bli kvar på den gamla arbetsplatsen i de fall man inte kan återgå till sina tidigare arbetsuppgifter. Genom arbetsmarknadsutbildning kan även den som har anställning, men som på grund av strukturförändringar riskerar att bli arbetslös, få utbildning genom AMS. Utbildning kan också vara en förutsättning för omplacering.

Inte minst i samband med sjukskrivning som sammanhänger med psykiska och sociala problem kan en lämplig utbildning säkerligen vara betydelsefull som rehabiliterande åtgärd. Utbildningen skall självfallet inte ersätta arbetsgivarens ordinarie ansvar för personalutbildning, vidareutbildning o.dyl.

Konsultstöd

Stöd från försäkringskassan till utredning vid AMI eller annan konsultverksamhet som kan ge råd exempelvis angående arbetsanpassande och rehabiliterande åtgärder utifrån den enskildes förutsättningar och behov bör kunna utgå främst till anställda på mindre arbetsställen med små eller inga egna ekonomiska förutsättningar att klara sådana insatser.

Som tidigare redovisats är det fortfarande många mindre arbetsplatser som saknar företagshälsovård. För dessa är stöd utifrån kanske den enda möjligheten att bedriva rehabiliterande verksamhet knuten till arbetsplatsen. Erfarenheterna av AMI:s verksamhet visar emellertid att också stora arbetsgivare har bristfälligt ordnad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet i förhållande till behovet. Skälet till detta är emellertid knappast alltid bristande resurser.

Ett stöd till tillfälliga konsultinsatser från försäkringskassan får inte ersätta de resurser som företagshälsovården skall ha enligt gällande avtal. Som tidigare redovisats ingår i företagshälsovårdens uppgifter att bedriva rehabiliterande verksamhet. För att samhällsstöd skall utgå till företagshälsovården krävs även att företagshälsovården har viss kompetens och bedriver den verksamhet som föreskrivs enligt gällande avtal.

Om gällande arbetsmiljöavtal innebär att psykosocial expertis skall finnas inom företagshälsovården och denna inte har byggts ut i enlighet med avtalet, är det mycket tveksamt om försäkringskassan som rehabiliteringsåtgärd skall ge stöd till konsulthjälp som tillfälligtvis ersätter en sådan funktion. Också det förhållandet att statsbidrag utgår till företagshälsovården, talar mot att sådana insatser skall betalas av försäkringskassemedel.

I vissa fall bör dock även anställda på arbetsplatser med företagshälsovård och kompetent personal i rehabiliteringsfrågor kunna komma i fråga för ersättning för konsulthjälp. Det bör företrädesvis gälla ekonomisk mindre bärkraftiga verksamheter, som kanske har så stora behov av reha-

biliterande insatser att den egna företagshälsovården och andra resurser inte är tillräckliga. Även om vissa resurser finns för utredningar av rehabiliteringsärenden kan dessa i vissa fall vara av så komplicerad art att de egna resurserna av det skälet inte är tillräckliga. Ytterst är det självfallet den enskildes situation och behov som bör beaktas.

8.7.7 Pension/lön till anställda i Samhall

Som tidigare redovisats i avsnitt 8.5 finns det flera skäl som talar för att samtliga anställda hos Samhall bör uppbära lön och inte pension *för den tid* man arbetar.

Tillämpningen av begreppet arbetsförmåga förutsätter normalt ett nära samspel mellan medicinska och ekonomiska faktorer. Enligt förarbetena till AFL har jämförelsen mellan arbetsinkomsten före det att arbetsförmågan blev nedsatt och den inkomst den försäkrade har när pensionsärendet prövas inte utslagsgivande betydelse vid ställningstagandet till i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt. Jämförelsen är dock en vägledning vid denna bedömning. En utgångspunkt vid bedömningen kan sägas vara att pensionen avser att vara en kompensation för sådana försörjningsekonomiska konsekvenser som har sin grund i sjukdom eller skada.

Att samma grunder används för anställda i Samhall som för andra vid bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt innebär att pension som regel inte kan beviljas för den tid vederbörande arbetar. Detta kan i vissa fall innebära en försämring. Det är främst personer med hög ATP som skulle förlora på en ändrad tillämpning. Vissa av dessa personer tjänar i dag, genom samordningen, mera än de som bara har lön. De utgör dock en ganska liten grupp.

En annan konsekvens av att ta bort samordningen är att den genomsnittliga ATP-poängen kan bli lägre i det enskilda fallet. En anställd på Samhall som t.ex. har relativt hög ATP, får om pensionen tas bort en lön som ger lägre ATP än den han hade före anställningen på Samhall. Om han senare på nytt beviljas förtidspension eller när han får ålderspension blir tilläggspensionen alltså lägre.

För att undvika sådana konsekvenser bör övergångsregler utformas. Det kan t.ex. vara rimligt att de som arbetar på Samhall och uppbär pension och lön samordnat när samordningsreglerna tas bort, får behålla pensionen, om de så önskar så länge de har sin anställning kvar vid Samhall.

Med nuvarande regler är ett krav för rätt till förtidspension att arbetsförmågan skall vara nedsatt med minst hälften. Deltidsanställda på Samhall som arbetar mera än halvtid skulle, om samordningsreglerna tas bort, inte bli berättigade till förtidspension. De skulle på så sätt få en avsevärd försämring och sannolikt svårt att klara sin försörjning.

Denna komplikation får dock sin lösning genom vårt förslag att införa fyra nivåer på förtidspensionen. Anställda som arbetar deltid 25, 50 eller 75 procent kan på så sätt beviljas partiell pension som ett komplement.

Vi menar att samtliga anställda hos Samhall bör uppbära lön och inte pension. Detta förutsätter att RFV upphäver sin kungörelse (RFFS 1978:9). Som tidigare nämnts innebär denna kungörelse ett avsteg från vad som normalt tillämpas vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning enligt 7 kap. 1 § AFL.

Vårt förslag innebär också att de samordningsregler som finns i kollektivavtal mellan AFO-branschkommitté, Samhall och berörda LO-förbund samt överenskommelsen med berörda PTK-förbund måste anpassas till denna ändring.

Vilande förtidspension

Sysselsättningsutredningen föreslog i sitt delbetänkande (SOU 1978:14) Arbete åt handikappade, att förtidspensionerade som fick ett förvärvsarbete skulle ges rätt till vilande förtidspension under viss tid. Man ansåg att en förtidspensionerad person som tar ett arbete och finner att han inte kan fortsätta med det, skulle kunna återfå sin pension genom ett förenklat ansökningsförfarande.

Ett sådant förenklat ansökningsförfarande, som inte krävde någon lagändring, infördes genom att en kungörelse (RFFS 1982:24) utfärdades av RFV. Kungörelsen innebär att en person som fått sin förtidspension indragen eller minskad på grund av att han börjat förvärvsarbeta, genom en enkel ansökan kan återfå pensionen om ansökan görs inom två år efter det pensionen drogs in eller minskades och arbetet som föranlett indragningen eller minskningen har upphört.

Denna rätt till vilande förtidspension bör kunna ges en generös utformning för personer som har förtidspension och får skyddat arbete. Här ställs inte samma krav på prestationsförmåga i arbetet som på den öppna arbetsmarknaden. Dessa personer arbetar som regel med nedsatt kapacitet och borde om de inte längre kan fortsätta arbetet på ett enkelt sätt kunna återfå pensionen även om de varit anställda längre tid än de i kungörelsen föreskrivna två åren.

Vi föreslår därför att RFV gör en översyn av sin kungörelse (RFFS 1982:24) om förenklat ansökningsförfarande i vissa fall.

En ändring av reglerna som innebär att pension inte skall utgå till anställda i Samhall för den tid man arbetar ökar Samhalls lönekostnader. Orsaken härtill är att samordningsavdrag inte kommer att göras från lönen på grund av utgående pension, vilket ökar lönekostnaderna. En kompensation till Samhall genom ökat statsbidrag innebär dock ingen ökning av samhällets kostnader totalt, eftersom kostnaderna för förtidspensionen minskas i motsvarande grad.

8.7.8 Ersättning till unga handikappade

Samhällets insatser för att bereda arbetshandikappade arbete måste förstärkas. Samtliga parter tjänar på det. Den enskilde ges en bättre social situation, naturliga sociala kontakter och egenvärde. Vidare är det samhällsekonomiskt fördelaktigt. En förutsättning för att detta skall lyckas

är effektiva rehabiliteringsinsatser och en väl fungerande rehabiliteringsorganisation. Våra förslag bl.a. om ett lagstiftat ansvar för de olika rehabiliteringsaktörerna tillsammans med en metodutveckling, syftar till att effektivisera rehabiliteringsverksamheten och leder enligt vår uppfattning till att fler handikappade kan beredas arbete.

Arbetsplatsen har en viktig funktion i detta arbete. Förslag till hur rehabiliteringsarbetet bör bedrivas på arbetsplatsen har vi beskrivit i kapitel 6. Vidare finns i avsnitt 5.3.4 bl.a. en redogörelse för det s.k. "utslussningsprojektet", vilket haft som målsättning att ta fram modeller för att underlätta bl.a. handikappades inträde i arbetslivet.

Erfarenheter från detta projekt och de försöksverksamheter som beskrivits i avsnittet 8.6.1 visar på goda resultat om man på olika sätt intensifierar rehabiliteringsarbetet ute på arbetsplatserna samt inom berörda samhällsorgan.

Samtliga handikappade ungdomar skall ha en rätt att få sina förutsättningar för arbete seriöst prövade. Detta har varit en av grundidéerna i försöksverksamheten "Arbete åt unga handikappade". Samhället måste mer aktivt än i dag arbeta för att förhindra att handikappade ungdomar hamnar i förtidspensionärsrollen. Dessa insatser måste sättas in så tidigt som möjligt inom skolans ram. SYO-konsulenterna, som i detta arbete gör mycket värdefulla insatser, behöver emellertid stöd av bl.a. arbetsförmedling/AMI då det gäller övergången från skolan till arbetslivet. Här har ett av delprojekten i "Arbete åt unga handikappade" till länsarbetsnämndernas vägledningsenheter knutit speciella tjänster för att underlätta övergången skola-arbetsliv genom bl.a. samverkan med skolan. För att få till stånd effektiva arbetsprövningsmöjligheter m.m. för de handikappade ungdomarna krävs det bl.a personer inom länsarbetsnämnderna med speciellt ansvar för detta. Dessa personer bör bl.a. ha följande arbetsuppgifter:

- Tillsammans med skolan, länsskolnämndens regionala planeringsberedning och vid behov annan personal som arbetar med handikappfrågor, samverka kring handikappade elevers behov av särskilda insatser vid yrkesval, PRAO och praktik, samt vid övergången från skola till arbetsliv.
- Medverka med information till handikappade elever och deras föräldrar i frågor kring yrkesval och kompensatoriska möjligheter i form av arbetshjälpmedel m.m.
- Svara för att de handikappade eleverna erbjuds den särskilda vägledningsservice de har behov av från arbetsförmedling eller AMI.
- I förekommande fall kontakter med riksrekryterande specialskolor i andra län, exempelvis riksgymnasiet för döva och hörselskadade i Örebro.
- Stödja arbetsvägledarna och AMI-personalen i vägledningsarbetet med svårt handikappade ungdomar.
- Samverka med särskolans yrkesvalslärare vid elevernas övergång från skola till arbetsliv.

— Samverka med försäkringskassan rörande underlag/rehabiliteringsplan för rehabiliteringsersättning.

Den sista strecksatsen rörande samverkan med försäkringskassan, är kopplat till det tillsyns- respektive samordningsansvar som vi föreslår skall läggas på försäkringskassan. Försäkringskassan skall för de unga handikappade tillse att man gjort vad som är möjligt för en smidig övergång från skola till arbetsliv och att en habiliterings- respektive rehabiliteringsplan tagits fram. Denna plan bör finnas senast då den handikappade fyller 16 år och vara ett av underlagen till försäkringskassans ställningstagande om ersättning från socialförsäkringen.

Självfallet får man inte bortse från att det finns ungdomar med så grava handikapp — svårt flerhandikappade och gravt utvecklingsstörda — att det är orealistiskt att tänka sig någon form av arbete för dem. För dem kan det inte krävas någon plan som skall leda till arbete, däremot krävs det andra åtgärder som ger dessa ungdomar ett bättre liv i övrigt. Sådana åtgärder i form av olika slag av stöd och träning är av stor betydelse även om de inte leder till arbete. De skapar en aktivitet och i de allra flesta fall en utveckling av personligheten som gör att den kommande tillvaron kan göras bättre än vad som skulle bli fallet utan dessa insatser.

I handikappkommitténs betänkande "Vägar till arbete för handikappade" poängteras att unga människor med handikapp i stället för förtidspension borde erbjudas annan form av ekonomisk trygghet som möjliggör yrkesinriktad rehabilitering. Vidare sägs, att utöver en medicinsk prövning före förtidspensionering, borde en obligatorisk utredning och arbetsprövning göras. Dessutom borde försörjningsproblemen under prövningstiden lösas. Handikappkommittén menar att handikappade ungdomars ekonomiska trygghet skall säkras, men på "ett sätt som främjar deras långsiktiga utveckling". Man betonar vikten av att ha ett bidragssystem som befrämjar sysselsättning i stället för pension.

Vi instämmer helt med handikappkommittén i denna fråga, men anser som flera av remissinstanserna till handikappkommitténs betänkande att deras förslag om höjd åldersgräns för vårdbidrag och en ny stödform benämnd grundstöd inte bör genomföras. De främsta skälen härför är dels att handikappkommitténs förslag skulle innebära en ekonomiskt sämre situation för de handikappade ungdomarna än vad de i dag har i förtidspension och dels att grundstödet begränsas till vissa grupper.

Utgångspunkter för ersättning till de unga handikappade bör vara att

- den skall frikopplas från pensionssystemet, vara habiliterings- respektive rehabiliteringsinriktat och vara ATP-grundande,
- den skall omfatta alla handikappade ungdomar, oberoende av när handikappet inträtt och om den handikappade tidigare arbetat,
- den skall i samband med yrkesmässig rehabilitering såsom "träning i reell miljö" kunna ge en högre ersättning och på så sätt vara rehabiliteringsmotiverande.

Vi anser principiellt det vara otillfredsställande att ungdomar i skolåldern har förtidspension eller sjukbidrag. Vi föreslår därför att ålders-

gränsen för rätt till förtidspension/sjukbidrag höjs till 25 år, om inte synnerliga skäl föreligger. Sådana skäl, som skall vara undantagsfall, kan vara att handikappet är så gravt att det är otänkbart med någon form av mera yrkesinriktad habilitering alternativt rehabilitering. Dessa ungdomar skall som i dag kunna erhålla förtidspension från 16 års ålder.

Med den höjda åldersgränsen för förtidspension understryker vi vikten av att alla handikappade skall ha rätt till en individanpassad habilitering respektive rehabilitering inklusive arbetsprövning innan en eventuell pensionsprövning kan bli aktuell. Vikten av aktiva åtgärder understryks vidare av att vi föreslår att ersättningen till handikappade ungdomar mellan 16 och 25 år skall vara rehabiliteringsersättning (rehabiliteringspenning och särskilt bidrag) under förutsättning att den handikappade deltar i rehabiliteringsåtgärd och/eller att arbetsförmågan på grund av handikappet är nedsatt med minst en fjärdedel och nedsättningen kan anses varaktig. Om möjligt skall de handikappade själva ansöka om rehabiliteringsersättning. Ansökningen, planen och medicinskt utlåtande blir det underlag som försäkringskassan skall ha för att ta ställning till rehabiliteringsersättningen.

I våra överväganden har vi ställt oss frågan om det är riktigt att handikappade ungdomar skall kunna erhålla rehabiliteringersättning under studietiden t.ex. gymnasiestudier eller om deras merkostnader på grund av handikapp bör täckas på annat sätt, exempelvis via någon form av kompletterat studiestöd.

Vi anser att nuvarande praxis rörande sjukbidrag/förtidspension skall med undantag för gruppen synskadade, döva och hörselskadade utan andra handikapp vara ledande för vilka handikappade ungdomar som skall ha rätt till denna form av rehabiliteringsersättning (se avsnitt 8.1.4).

Enligt rådande praxis kan blinda och döva studerande ungdomar erhålla sjukbidrag under hela sin utbildningstid. Under förutsättning att handikappet är av sådan omfattning att någon försörjningsförmåga av betydelse inte kan påräknas utan en individuellt anpassad yrkesinriktad utbildning. Detta innebär att dessa elever med sjukbidrag har totalt drygt 4 500 kr. i månaden till privat konsumtion (sjukbidrag 4 128 kr./månad samt studiebidrag 485 kr./månad, 8801). Elever med föräldrahemmet på annan ort än studieorten har fritt uppehälle i elevhem samt fria resor till föräldrahemmet minst två gånger per månad. Dessutom har de rätt till minst 34 procent av basbeloppet i handikappersättning (731 kr./månad, 8801) för de merkostnader som handikappet medför. Detta innebär enligt elevvårdsgruppen vid Riksgymnasiet för döva resp. hörselskadade i Örebro en mängd psyko/sociala problem för eleverna. Eleverna får en helt orealistisk uppfattning om de ekonomiska villkoren, vilket leder till att de har svårt att klara ett självständigt boende efter avslutad utbildning, personalens elevvårdsarbete och träning av eleverna försvåras, elevernas motivation att söka arbete minskar m.m.

Möjligheten för gruppen döva/hörselskadade att efter gymnasieutbildningen få ett arbete är god. Teckenspråksbehövande arbetssökande har till sitt förfogande speciella AMS-konsulenter som hjälper till. Av en

uppföljning som gymnasieskolan i Örebro gjort framgår att drygt 80 procent av eleverna har jobb en viss tid efter skolans slut. Blinda har en svårare situation på arbetsmarknaden, men med hjälp av speciella synkonsulenter och olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder har även dessa bättre möjligheter att få arbete.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår vi att gruppen synskadade, döva och hörselskadade ungdomar utan flerhandikapp under utbildning undantas från rätt till sjukbidrag enligt nuvarande regelsystem eller till föreslagen rehabiliteringsersättning. Studiestöd tillsammans med handikappersättning föreslås vara det stöd som normalt skall utgå under studietiden. För de ungdomar som studerar på annan ort än föräldrahemmet bör ett kompletterat studiestöd kunna utgå. Detta för att täcka de extra kostnader som studierna utanför hemorten medför bostad, resor m.m. Om dessa ungdomar har andra handikapp än syn- och hörselskador skall ersättningen prövas utifrån en total bedömning.

När det gäller rehabiliteringspenningens storlek föreslår vi en särskild regel för unga handikappade. Enligt vårt huvudförslag så utges rehabiliteringspenning med samma belopp som för utbildningsbidrag för dem som inte har någon SGI. För unga handikappade utan SGI skulle en sådan regel innebära sämre ersättning än vad som utges i dag. Detta kan inte anses vara rehabiliteringsstimulerande. Vi föreslår att dessa ungdomar skall ha en rehabiliteringspenning som motsvarar vad den försäkrade i dag uppbär i förtidspension, men som till skillnad mot förtidspensionen skall vara ATP-grundande.

För att stimulera den handikappade att delta i aktiva yrkesmässiga rehabiliteringsåtgärder föreslår vi vidare, att han under sådan tid har rätt till den högsta rehabiliteringspenning som han uppfyller förutsättningarna för enligt regelsystemet. Detta innebär att huvudprincipen skall vara den att då den handikappade aktivt yrkesträner och prövar olika arbetsuppgifter skall han ha rätt till rehabiliteringspenning motsvarande den avtalsenliga lönen. Under aktiva rehabiliteringsåtgärder har den handikappade vidare samma rätt som övriga till särskilt bidrag för kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen, kursavgifter, resekostnader m.m.

För att detta inte skall innebära att den försäkrade blir överkompenserad föreslås att rehabiliteringspenningen minskas med det belopp den försäkrade får som studiehjälp, studiemedel, korttidsstudiestöd eller särskilt vuxenstudiestöd enligt studiestödslagen som har erhållits för samma tid som rehabiliteringsersättning.

I dag fattar socialförsäkringsnämnden beslut om sjukbidrag resp. förtidspension. Vi menar att för gruppen handikappade bör även fortsättningsvis socialförsäkringsnämnden fatta beslut om deras försörjning (rehabiliteringsersättning) från socialförsäkringen, eftersom det ofta rör sig om långa tider och betydande belopp. Ytterligare skäl härtill är vårt förslag om lägsta nivå för rehabiliteringspenning motsvarande förtidspension för de handikappade samt för att understryka att rehabiliteringsersättningen skall vara kopplat till aktiva åtgärder av olika slag. Det bör

även åläggas socialförsäkringsnämnden att följa upp åtgärderna och ta initiativ till erforderliga förändringar i rehabiliteringsplanen. Detta kommer bl.a. att innebära att nämnden har en god kännedom om den handikappades rehabiliteringsförsök, när det eventuellt blir tal om en pensionsprövning efter fyllda 25 år.

Det bör observeras att vårt förslag om en höjd åldersgräns för förtidspension till 25 år om inte synnerliga skäl föreligger, inte innebär att rehabiliteringsersättning inte kan utges för dessa ungdomar efter 25 års ålder. Tvärtom föreslår vi att rehabiliteringsersättningen skall utgå så länge den handikappade genomgår den åtgärd som låg till grund för rehabiliteringsersättningen.

Även om vi här har starkt markerat behovet av aktiva åtgärder tidigt för de handikappade, så får inte samhällets strävanden att habilitera respektive rehabilitera personer som uppbär förtidspension avta. Tvärtom menar vi att socialförsäkringsadministrationen har ett stort ansvar för att följa upp och i samarbete med den handikappade och andra samhällsorgan göra allt för att även de med förtidspension får en möjlighet till någon form av arbete. Detta leder förutom till stora individuella vinster även till samhällsekonomiska vinster.

8.7.9 Avgränsning mot arbetsmarknadsorganens ersättningar

Enligt direktiven för utredningsarbetet skall detta även omfatta att

"se över ersättningsformerna och pröva möjligheterna att tillförsäkra den som förlorar sin arbetsförmåga på grund av sjukdom ersättning under hela den tid som åtgår till dess han efter rehabiliteringen åter är i arbete ... och därvid pröva hur sjukförsäkringens ersättningformer skall avgränsas gentemot arbetsmarknadsorganens ersättningar."

Målet för rehabiliteringsarbetet bör vara att göra den försäkrade i stånd att utföra ett lämpligt arbete och att återföra honom till arbetsmarknaden. Sjukförsäkringens ersättningsformer omfattar dock endast sjuktiden och inte den tid som därefter åtgår för att skaffa ett arbete. I vissa fall är den försäkrade emellertid inte heller berättigad till arbetslöshetsersättning under denna tid.

Det ter sig rimligt att den som är frisk och arbetsför, men ännu inte fått ett lämpligt arbete, betraktas som arbetslös och att ersättning därför bör lämnas inom ramen för de arbetsmarknadspolitiska stödformerna vid arbetslöshet.

Gällande regler föreslås därför ändras så att även den som har friskskrivits efter en rehabilitering utan att ha en väntande anställning att återgå till och inte har rätt till ersättning från a-kassan eller KAS, skall så långt möjligt kunna omfattas av reglerna. Detta kan uppnås genom att bestämmelserna ändras i 7 § lagen (1973:370) om arbetslöshetsförsäkring och 7 § lagen (1973:371) om kontant arbetsmarknadsstöd.

Enligt nu gällande regler jämställs den tid som en försäkrad genomgått arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering för vilken statligt utbildningsbidrag utgått, med tid för förvärvsarbete. Reglerna

föreslås ändras så, att även den tid som en försäkrad deltagit i en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringsersättning enligt AFL utgått, skall jämställas med förvärvsarbete.

En sådan vidgning skulle visserligen stå i strid med strävandena att "renodla" arbetsvillkoret, men sociala rättvisekrav och de ökade möjligheterna att följa upp en lyckad rehabilitering, överväger klart detta.

De som kommer att omfattas av ovannämnda ändring är de som inte varit etablerade på arbetsmarknaden före rehabiliteringen. Det torde främst gälla personer som arbetat i eget hem, uppburit förtidspension/sjukbidrag, genomgått utbildning som inte svarar mot utbildningsvillkoret för KAS, haft socialbidrag eller liknande. Utmärkande för denna grupp arbetslösa är att de inte haft inkomst av förvärvsarbete före rehabiliteringen eller bara arbetat kort tid eller att tiden i förvärvsarbete ligger ganska långt tillbaka i tiden.

När det gäller en ung handikappad som uppburit rehabiliteringsersättning och uppnått sådan arbetsförmåga att han kan stå till arbetsmarknadens förfogande, kommer han således också att kunna uppbära arbetslöshetsersättning trots att han inte tidigare varit etablerad på arbetsmarknaden. Om han efter uppnådd 25-årsålder inte uppnått en sådan arbetsförmåga är han i stället berättigad till förtidspension.

Det bör framhållas, att enligt lagen om arbetslöshetsersättning (8 §) är bl.a. "tid då försäkrad varit hindrad att arbeta på grund av styrkt sjukdom" eller "yrkesinriktad rehabilitering", sådan tid som inte behöver inräknas i ramtiden. Motsvarande bestämmelse finns för KAS (8 §). Till skillnad från vad som gäller för uppfyllande av arbetsvillkoret (7 §) finns här ingen begränsning, som säger att ett statligt utbildningsbidrag skall vara förbundet med den yrkesinriktade rehabiliteringen.

Tid med rehabiliteringsersättning är således "överhoppningsbar" redan enligt nu gällande regelsystem för arbetslöshetsersättningar.

8.7.10 Ersättning för särskilda åtgärder

Arbetshjälpmedel

En anställd eller en egen företagare, som drabbas av en funktionsnedsättning kan i många fall fortsätta att arbeta, om arbetsförhållandena anpassas till fuktionsnedsättningen. Exempel på sådana anpassningsåtgärder kan vara anskaffning av en ergonomiskt lämplig stol för den som har ryggbesvär, en ståpulpet för den som behöver växla mellan stående och sittande arbete, en telefonförstärkare för den som fått nedsatt hörsel, lyftanordningar, rullstolsramp, texttelefon, Magnivision m.m.

Exempel på arbetsplatsanpassningar finns registrerade i Verkstadsföreningens Miljöbank, som numera ingår i databastjänsten ARAMIS. I ARAMIS ingår databaser bl.a. från arbetarskyddsstyrelsen, ILO och The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) i USA. Syftet med ARAMIS är att ge information om arbetslivs- och arbetsmiljöförhållanden.

Handikappinstitutet utgav i december 1981 en skrift Anpassad arbets-

plats, som ger konkreta exempel på hur arbetsplatser kan anpassas efter funktionshindrades behov.

Det grundläggande ansvaret för att arbetsmiljön är lämpligt utformad åvilar arbetsgivaren. Det bör således ankomma på arbetsgivaren att se till att arbetsplatsen, maskiner och annan utrustning är ergonomiskt lämpligt utformade. I vissa fall kan det dock förekomma att arbetstagaren behöver särskilda individanpassade arbetshjälpmedel, som går utöver vanliga arbetsmiljökrav. Om en anställd blir trafikskadad och till följd av detta får förflyttningssvårigheter, kan exempelvis behövas mer långtgående förändringar på arbetsplatsen, t.ex. installation av rullstolsramp, hissanordning, lyft e.dyl., borttagande av trösklar m.m. En person som blivit synskadad kan behöva särskilda hjälpmedel som en textförstorande bildskärm — Magnivision — eller andra synhjälpmedel.

Om sådana arbetshjälpmedel kan medföra att en längre tids sjukskrivning kan brytas och den anställde kan återgå i arbete, bör merkostnaden för hjälpmedel kunna betalas av sjukförsäkringen. Ersättningen kan exempelvis utgå med schabloniserade belopp, i relation till den kostnadsminskning som uppstår för försäkringen, genom att arbetstagaren återgår i arbete.

Ansvarfördelningen för hjälpmedel föreslås således vara att

1. hälso- och sjukvårdshuvudmännen svarar för hjälpmedel som handikappade behöver för sin dagliga livsföring,
2. arbetsmarknadsverket svarar för bidrag till arbetshjälpmedel och liknande, som behövs för att en arbetslös person med funktionshinder skall kunna få och utföra ett arbete, medan
3. försäkringskassorna svarar för motsvarande kostnader för funktionshindrade, som redan har en anställning, liksom för egna företagare och fria yrkesutövare, som är etablerade på arbetsmarknaden.

Principen skall vara att försäkringen ersätter merkostnaden för anskaffningen. Om den anställde behöver exempelvis en specialutformad stol skall således försäkringen enbart ersätta mellanskillnaden mellan specialstolen och en "vanlig" arbetsstol.

Motsvarande föreslås kunna gälla egna företagare och fria yrkesutövare. Också för dessa skall principen vara att försäkringen skall ersätta merkostnaden för handikappanpassningen, men inte den del av kostnaden, som gäller anskaffning av normalt förekommande utrustning i verksamheten.

Utvecklingen inom avancerad tenkik, framför allt datatekniken, innebär att nya produkter kan bli aktuella som hjälpmedel för handikappade personer. Utredningen om hjälpmedel för handikappade m.m. skall enligt sina direktiv överväga konsekvenserna av denna utveckling och föreslå riktlinjer för hur tekniken inom tillgängliga ekonomiska ramar skall kunna tas tillvara inom hjälpmedelsverksamheten.

Arbetsmarknadsverket kan nu betala kostnaden för datorbaserade hjälpmedel, som en handikappad behöver i arbetet, om det är fråga om en arbetssökande, som behöver åtgärden för att få ett arbete. När det

gäller redan anställda och egna företagare bör sjukförsäkringen kunna betala kostnaden för sådana tillsatser till datorutrustningar, som behövs för att personer med visst funktionshinder skall kunna använda utrustningen. Exempel på sådana tillsatser är talsyntesutrustning, optisk läsare, punktskriftsskrivare m.m. I vilken omfattning bidrag i övrigt bör kunna lämnas för avancerade datorbaserade hjälpmedel får bedömas i anslutning till att hjälpmedelsutredningens förslag på området tas upp till behandling.

Speciella insatser

Enligt kommittédirektiven skall vi överväga olika möjligheter att ge ersättning från sjukförsäkringen i syfte att förkorta sjukskrivningstiderna och underlätta rehabiliteringen.

Avsaknad av speciella medel till aktivare och/eller alternativa rehabiliteringsinsatser har också till och från förts fram i debatten som ett hinder i rehabiliteringsarbetet. Man har önskat medel som kan användas friare än vad dagens regler ger möjlighet till.

Det är också viktigt att samhällets rehabiliteringsresurser bättre än i dag svarar mot den enskildes behov och att man eliminerar risken för luckor mellan de olika myndigheternas resurser där ingen kan erbjuda den hjälp som den enskilde har behov av eller att effekten av en rehabiliteringsinsats spolieras på grund av långa väntetider mellan flera planerade åtgärder.

Med nuvarande regler kan den enskilde ramla genom trygghetsanordningarnas skyddsnät därför att det enskilda fallet inte passar in i det strikta regelsystemet och inget konto passar. Det kan medföra att även från början ganska små problem med tiden blir mycket resurskrävande.

Den s.k. paraplygruppen för rehabiliteringsfrågor i Stockholms län med företrädare för länsarbetsnämnden, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms socialförvaltning, Kommunförbundets länsavdelning samt försäkringskassan bedriver ett projekt för att försöka visa på hur man kan få till stånd en friare användning av de medel som står till buds (se avsnitt 5.3.4).

Erfarenheterna från detta projekt visar att det inom samhällets samlade resurser ofta finns adekvata åtgärder att erbjuda vad avser rehabilitering. I vissa fall uppfylls dock inte alla kriterier för att en åtgärd skall kunna genomföras inom ramen för en myndighets regelsystem. Det har i några fall gällt flyttningsbidrag och starta-eget-bidrag där kriterierna för dessa bidrag inte varit uppfyllda men ersättning har utbetalats via paraplyprojektet av personliga skäl då man bedömt att rehabiliteringen på så sätt underlättats. En annan åtgärd som används är individuellt beredskapsarbete samt i några fall ersättning för psykoterapikostnad.

Även om sådana situationer inte är särskilt frekventa bör det dock, med hänsyn såväl till omsorgen om den enskilde som till den totala samhällsekonomin, ges en möjlighet att genom försäkringskassan lämna bidrag också i sådana fall då regelsystemet inte erbjuder en sådan möjlighet.

Vi föreslår därför att sjukförsäkringen skall ges möjlighet att gå in och bekosta särskilda åtgärder i sådana fall där ingen av de rehabiliterande myndigheternas regelsystem medger att en åtgärd kan genomföras, dvs. i en situation som inte förutsetts i de olika regelsystemen. Förutsättningen är *att* åtgärden är väsentlig för att återföra den försäkrade till förvärvsarbetet, *att* kostnaderna för åtgärden inte överstiger kostnaderna för sjukpenningersättning, förtidspension eller sjukbidrag *och att* det inte ligger inom annans ansvarsområde att svara för åtgärden.

8.7.11 Ersättning för resor till och från arbetsplatsen

Vi menar att de under avsnitt 8.4 redovisade erfarenheterna från försöksverksamheten med reseersättning som ett alternativ till sjukpenning är så positiva att de med viss modifiering bör läggas till grund för beslut om en permanent lagstiftning.

Av rapporterna från försäkringskassorna kan man dra den slutsatsen att reseersättning i stället för sjukpenning ger en genomsnittlig minskning av försäkringskostnaderna med betydligt mer än 5 000 kronor. Översätts dessa siffror till rikstal kan vi konstatera att en generell utvidgning av försöksverksamheten med reseersättning till att gälla hela landet skulle ge besparingar på uppemot 15 miljoner kronor per år. Till detta kommer de vinster samhället gör genom att den sjukskrivne återgår i förvärvsarbete tidigare. Drygt 1/4 har uppgivit att de tack vare arbetsresorna tillfrisknat snabbare.

Förutsättningar för att ersättning för resekostnader skall kunna utges

En förutsättning för att få merkostnaderna för arbetsresorna ersatta från försäkringen skall på samma sätt som i försöksverksamheten vara att det kan antas att den försäkrade, om han inte erhåller reseersättning, i stället skulle ha varit sjukskriven och uppburit sjukpenning. Det måste kunna konstateras att den försäkrade på grund av sjukdom är förhindrad att arbeta i den omfattning som anges i vårt förslag till reviderad AFL 3 kap. 7 § och att han inte kan resa mellan bostaden och arbetsplatsen med det färdsätt han normalt använder. I vilken utsträckning den försäkrade är förhindrad att resa med det vanliga färdsättet blir en fråga som får avgöras på medicinska grunder efter samråd med den försäkrade och behandlande läkare.

Under försöksverksamheten har det varit frivilligt att delta. Om man inte velat vara med så har man kunnat fortsätta att vara hemma med sjukpenning. Vi anser att samma regler skall gälla i fråga om frivilligheten i en permanent lagstiftning.

Ersättningens storlek

Enligt reglerna för försöksverksamheten får ersättning inte ges med högre belopp än som svarar mot den sjukpenning som den försäkrade skulle ha fått för den tid som reseersättningen avser. En sådan konstruktion

innebär att rätten till reseersättning blir beroende av sjukpenningens storlek. De försäkrade kommer på så sätt att behandlas olika vilket är principiellt otillfredsställande. Personer med låg SGI och långa avstånd mellan bostaden och arbetet har haft svårt att få ersättning med nuvarande konstruktion. Även ur rehabiliteringssynpunkt är det, menar vi, önskvärt att kunna ersätta hela merkostnaden för resan oavsett om den överstiger sjukpenningen eller inte.

Man kan tänka sig flera alternativ, exempelvis:

- En ersättning med faktiska merkostnaden.
- En ersättning som begränsas till den maximala sjukersättningen under ersättningsperioden (7,5 x basbeloppet 477 kr./dag eller 3 339 kr./vecka, 8801).

Försöksverksamheten har visat att det endast är några få procent som nekats ersättning på grund av för låg SGI i förhållande till resekostnaden. En utvidgning av kriterierna för ersättning kommer därför inte nämnvärt att påverka besparingen av försäkringskostnaderna. Vi föreslår att ersättning skall kunna lämnas för den försäkrades merkostnader för resor till och från arbetet, om dessa inte framstår som uppenbart orimliga.

Tidsgräns för reseersättningen

I försöksverksamheten gäller inga begränsningar i fråga om ersättningstidens längd. Erfarenheter från försöken visar att det i de allra flesta fall är fråga om relativt korta ersättningsperioder. I genomsnitt har antalet ersatta resdagar per ärende legat runt 30 dagar. Bara några enstaka har haft mer än 80 resdagar.

Ersättningen är avsedd att täcka merkostnaden för fördyrade arbetsresor när en försäkrad mer tillfälligt på grund av sjukdom är förhindrad att ta sig till arbetsplatsen på vanligt sätt. Generellt bör gälla att reseersättning kan utges endast så länge förflyttningssvårigheten beror på det ursprungliga sjukdomstillståndet. Vidare bör en avgränsning mot den kommunala färdtjänsten göras. En person som har sin fuktionsförmåga nedsatt under minst tre månader skall kunna erhålla kommunal färdtjänst. Detta talar för att rätt till reseersättning upphör då sjukdomstillståndet övergår till kvarstående handikapp och rätt till handikappersättning och eller kommunal färdtjänst föreligger.

Ersättning för merkostnader eller faktiska kostnader

Under försöksverksamheten har ersättning för merkostnaden för resor till och från arbetet utbetalats. Kassan har därvid fått fastställa vilken resekostnad den försäkrade normalt har. Detta har i vissa fall inneburit en del administrativa problem, exempelvis då man i normala fall samåker i privat bil.

Om hela reskostnaden ersätts under den period som nedsättningen av funktionsförmågan består skulle det i de flesta fall leda till en överkom-

pensation eftersom den försäkrade normalt skulle haft vissa kostnader för arbetsresorna. Det är därför enligt vår uppfattning rimligt att endast merkostnaden ersätts.

Ett sätt att förenkla administrationen är att man i stället för att räkna ut den enskildes normala resekostnad schabloniserar kostnaden. Göteborgskassan har under försöket schabloniserat kostnaden till fem kronor per resa, vilket motsvarade kostnaderna för resa med spårvagn/buss. Denna schablon har visat sig passa bra i Göteborg. För flertalet andra orter passar månadskortspriset för kollektivtrafik bättre som schablon för normal kostnad.

8.7.12 Försäkringsskydd vid arbetsprövning och -träning (personskadeskydd)

I 1 kap. 1 § LAF stadgas att den som förvärvsarbetar är försäkrad för arbetsskada. Vidare sägs

"Försäkringen skall gälla även den som genomgår utbildning i den mån utbildningen är förenad med särskild risk för arbetsskada. Regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter härom."

Närmare föreskrifter lämnas i förordning (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd (2-4 §§). Där framgår bl.a. att den som deltar i arbetsmarknadsutbildning, är inskriven vid AMI eller genomgår arbetsprövning eller arbetsträning som har godkänts av allmän försäkringskassa omfattas av arbetsskadeförsäkringen under de moment i utbildningen då han utför arbete som stämmer överens med eller till sin art liknar sådant som vanligen utförs vid förvärvsarbete. Detta innebär t.ex. att arbetsskadeförsäkringen inte gäller vid resor till och från arbetsplats där arbetsträningen sker, under raster eller vid teoretiska moment i utbildningen. Genom bestämmelser som AMS utfärdat (AMSFS 1979:7) får dock deltagare i arbetsmarknadsutbildning och inskrivna vid arbetsmarknadsinstitut samma ersättning som anställda som omfattas helt av arbetsskadeförsäkringen. Den som arbetsprövas eller tränas på en arbetsplats där han inte är anställd och som inte är inskriven vid ett AMI har dock ovan angivna begränsning i sitt försäkringsskydd.

Arbetsgivares försäkringsskydd vid träning i reell miljö

Vid arbetsträning, främst hos privata arbetsgivare, kan fråga uppstå om arbetsgivarens försäkringsskydd för maskinskador och liknande som orsakas av den som arbetstränar. Om träningen sker hos den arbetsgivare hos vilken den försäkrade är anställd ankommer det på arbetsgivaren att bedöma om försäkringsskyddet är tillräckligt.

När det gäller arbetsträning med bibehållen sjukpenning hos icke statlig arbetsgivare, där den försäkrade inte har en anställning kan staten ersätta uppkommen skada. Omfattningen av statens ansvar finns reglerat i förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada

orsakad av deltagare i viss arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering.

Statens ersättningsskyldighet är emellertid begränsad till de personer som under arbetsträningen uppbär sjukpenning enligt AFL. Om försäkrade uppbär sjukpenning enligt annan lagstiftning (LAF, lagen om yrkesskadeförsäkring eller lagen om statligt personskadeskydd) eller pension under träningen föreligger således inte motsvarande försäkringsskydd för arbetsgivaren.

Motiv för förändringar i försäkringsskyddet

Personskadeskyddet

Den ovan beskrivna begränsningen i försäkringsskyddet har ofta ifrågasatts.

En grundläggande princip för rätt till försäkringsskyddet är att utbildningen är förenad med särskild risk för arbetsskada. Det kan emellertid ifrågasättas om inte, av rättviseskäl, elever vid vissa typer av utbildning med hänsyn till utbildningens speciella karaktär bör jämställas med arbetstagare och därför åtnjuta samma arbetsskadeskydd som dessa. Den utbildning, prövning eller träning som nämnts ovan, sker regelmässigt under förhållanden som inte avviker från dem som gäller i förvärvslivet i övrigt. Riskerna för arbetsskada är således likartade. De som omfattas av dessa utbildningsformer är främst personer som har en anknytning till arbetsmarknaden. Vi anser därför det vara rimligt att de även under avsedd tid har samma försäkringsskydd som gäller för arbetsmarknaden i övrigt.

Arbesgivarnas försäkringsskydd

Bestämmelserna i förordningen 1980:631 om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i viss AMU eller yrkesinriktad rehabilitering, innebar som tidigare nämnts att även de som uppbär sjukpenning enligt AFL omfattas av försäkringsskyddet.

Bestämmelserna tar främst sikte på sådan försäkrad som uppbär sjukpenning under tiden han deltar i en rehabiliteringsåtgärd enligt 2 kap. 11 § AFL (s.k. 3:8-sjukpenning). Genom införandet av rehabiliteringsersättning, som ersätter sjukpenningen i dessa fall, föreslås begreppet "sjukpenning" utbytas mot "rehabiliteringsersättning" som kvalifikationsgrund för försäkringsskydd. Den som har en sjukdom och på grund härav deltar i en rehabiliteringsåtgärd som innebär arbetsprövning eller arbetsträning, är enligt våra förslag berättigad till rehabiliteringsersättning. I sådant fall skall det inte utgå sjukpenning, vare sig enligt AFL eller annan lagstiftning.

8.7.13 Ersättning till följeslagare i samband med rehabilitering

I vissa fall kan en närståendes eller annan persons medverkan i rehabiliteringsarbetet vara en nödvändig förutsättning för att uppnå en lyckad

rehabilitering. Detta är förhållandet när det är denna person som skall handha en träning av den försäkrade i t.ex. hemmet efter en vistelse på en rehabiliteringsklinik eller annan inrättning. För att en närstående skall kunna klara av detta krävs det ibland att han får utbildning eller information om funktionsnedsättningen och om träningsåtgärderna. Det är då nödvändigt att den närstående är närvarande — åtminstone i ett inledningsskede — när den försäkrade deltar i rehabiliteringsåtgärden på kliniken.

Riksdagen har beslutat (prop. 1979/80:100, bil. 15, AU 21, rskr 197) om grunderna för ersättning till ledsagare till handikappad i samband med inställelse vid AMI eller utredning om förutsättningarna för yrkesinriktad rehabilitering. I prop. 1984/85:100, bil. 12, konstaterade departementschefen (sid. 134) emellertid att det i vissa fall finns behov av att lämna resekostnads- och traktamentsersättning samt ersättning för förlorad arbetsförtjänst även för annat än för själva inställelsen. Detta gällde "i de fall en ledsagare till en handikappad person deltar i träningen av den handikappade i syfte att kunna fortsätta träningen efter det att den handikappade har skrivits ut från AMI". Departementschefen förordade därför, att ersättning av angivet slag skulle kunna lämnas till ledsagaren under upp till tio dagar i sådana fall.

I 17 och 18 §§ förordningen (1987:405) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten föreskrev regeringen därefter om denna ersättning på följande sätt.

17 §
Om det är nödvändigt att en handikappad åtföljs av ledsagare i samband med arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad reha bilitering, får i de fall som avses i 24 § 1 och 2 förordningen (1987:406) om arbetsmarknadsutbildning ersättning lämnas för resa, uppehälle och förlorad arbetsförtjänst till ledsagaren. Sådan ersättning får även lämnas under högst tio dagar, om det är önskvärt att ledsagaren deltar i träningen av den handikappade.

18 §
Kostnaderna för resa och uppehälle ersätts, om de överstiger 50 kronor, enligt följande grunder.

Resa med tåg eller fartyg ersätts med kostnaden för en plats i 2 klass och dessutom i förekommande fall kostnaden för sovplats eller hyttplats.

Om det med hänsyn till tidsvinsten eller de sammanlagda kostnaderna eller andra särskilda skäl är motiverat, får flygresa eller bilresa företas. Resa med flyg ersätts då med den faktiska kostnaden och resa med egen bil med högst 90 öre per kilometer.

I annat fall ersätts resekostnaden med kostnaden för annat lämpligt färdmedel.

Traktamente för en hel dag får lämnas med högst 100 kronor. Vid flerdagsförrättningar får traktamentet dock uppgå till högst 200 kronor per dag. Kostnad för nattlogi ersätts enligt de grunder som gäller för statstjänstemän.

Kostnaden för förlorad arbetsförtjänst ersätts med den faktiska förlusten.

Vi föreslår att motsvarande regler skall gälla i rehabiliteringsarbetet. För att följeslagarersättning skall utgå i dessa fall skall således två kriterier vara uppfyllda, nämligen

1. följeslagaren skall fortsätta träningen efter det att den försäkrade skrivits ut från en rehabiliteringsklinik eller annan inrättning där rehabiliteringsåtgärden vidtagits,
2. följeslagarens deltagande i rehabiliteringsåtgärden är nödvändig för att följeslagaren skall kunna medverka i träningen av den försäkrade.

Inte minst av rättviseskäl är det viktigt att samma ersättningsregler gäller i all rehabilitering, oavsett vilken myndighet det är som beslutar om den. Eftersom ovannämnda ersättningsregler är klart förmånligare än reglerna enligt sjukreseförordningen, föreslås att dessa regler skall gälla även beträffande sådan följeslagare som avses i 22 kap. 18 §.

9 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

9.1 Folkhälsan i Sverige

Sveriges befolkning har ur historiskt och internationellt perspektiv en god hälsa. Medicinska framsteg med förbättrade möjligheter att behandla sjukdomstillstånd har haft betydelse i denna utveckling. Större vikt får dock tillskrivas de hälsofrämjande och förebyggande effekter som följt av allmänt förbättrade levnadsvillkor med bättre hygien och kost, förbättrade förhållanden inom arbetslivet samt mer specifika åtgärder i form av förebyggande mödra- och barnhälsovård, vaccineringar, smittskyddsarbete m.m. Även om många svåra sjukdomar, särskilt infektionssjukdomar och bristtillstånd, har bringats under kontroll återstår andra folkhälsoproblem och nya har tillkommit. Nedanstående sifferuppgifter är sammanställda ur SoS folkhälsorapport, SCB:s hälsostatistiska årsbok "Hälsan i Sverige" och RFV:s diagnosundersökning. Valet av perspektiv formar bilden av vilka folksjukdomar som är de viktigaste.

Cirkulationsorganens sjukdomar är den vanligaste dödsorsaken och ligger bakom ca 55 procent av de drygt 90 000 dödsfall som inträffar årligen. Den allmänna dödsorsaksstatistiken domineras dock av den äldre befolkningens förhållanden.

I den lägre delen av de yrkesverksamma åldrarna (15—44 år) är de vanligaste dödsorsakerna bland män självmord och alkoholskador (25 %), trafikolycksfall och andra olycksfall (25 %) och tumörer (13 %). Bland kvinnor i samma åldrar dominerar tumörsjukdomar (ca 33 %), främst bröstcancer, som dödsorsak, följd av självmord (17 %). I den övre delen av yrkesverksamma åldrar (45—64 år) återfinns bland män cirkulationsorganens sjukdomar (45 %), följt av tumörer (26 %). Kvinnornas dödlighet domineras även den av tumörer (50 %) med bröstcancer som största grupp. Förlorade yrkesverksamma år genom för tidig död kan således tillskrivas psykiska besvär, skador genom olycksfall, tumörer och cirkulationsorganens sjukdomar.

Vi måste hålla i minnet, att den dödlighet vi ser i dag har påverkats av exponering för riskfaktorer under tidigare år, och att den exponering vi har i dag och eventuellt kan påverka, ger förändringar i dödsorsaksmönstret först efter år eller årtionden.

Nedsatt arbetsförmåga bedömd i form av sjukskrivning har främst

samband med följande sjukdomar: Rörelseorganens sjukdomar svarar för närmare 30 procent av samtliga ersatta sjukpenningdagar, psykiska besvär tio procent, andningsorganens sjukdomar (stort antal korta sjukskrivningar för förkylning) drygt 15 procent och skador 11 procent. De vanligaste diagnoserna vid nybeviljade förtidspensioner är rörelseorganens sjukdomar drygt 40 procent, psykiska besvär ca 20 procent, och cirkulationsorganens sjukdomar knappt 15 procent.

Folksjukdomar som ger för tidig död, funktionsnedsättning och bristande arbetsförmåga samt värk och andra långvariga besvär är således cirkulationsorganens sjukdomar, tumörer, psykiska besvär, rörelseorganens sjukdomar och olycksfallsskador. Allergier och annan överkänslighet är vidare vanligt hos både barn och vuxna.

Tendensen är att folkhälsan långsamt förbättras. Cirkulationsorganens sjukdomar minskar, cancersjukligheten ökar visserligen långsamt, men dödligheten i cancer har visat vikande tendens (troligen en effekt av tidig diagnostik och effektiv behandling). Notabelt är också en mycket kraftig nedgång av magsäckscancer.

Motorfordonsolyckor visar dock en ogynnsam utveckling. Rörelseorganens sjukdomar har ökat sin andel av sjukfrånvaron. Allergier och annan överkänslighet tycks öka.

Den biomedicinska forskningen och den teknologiska utvecklingen har givit utomordentligt förbättrade möjligheter att behandla sjukdomstillstånd, ibland botande, oftare genom att hejda sjukdomsprocesser och mildra symtom. Cancersjukvården ger många exempel på denna utveckling. Detta har givetvis varit av mycket stort humanitärt värde. Medicinens ökade möjligheter leder emellertid också till att anspråken på att satsa en större andel av samhällets resurser på sjukvården ökar.

Vi har fått allt bättre kunskaper om viktiga och åtgärdbara riskfaktorer till våra stora folksjukdomar. Förenklat kan de indelas i åtgärder riktade mot:

- Arbetsmiljö, boendemiljö, trafikmiljö och fritidsmiljö, vilka kan förändras med generella åtgärder.
- Livsstilsförhållanden, som vi själva kan påverka genom individuella beslut.

Kunskapen om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning har ökat. Rörelseorganens sjukdomar är tio gånger vanligare som sjukfrånvaroorsak inom tillverkningsindustrin än inom administrativa yrken. Vissa grupper industriarbetare, arbetslösa, förtidspensionerade, har inte följt med i den gynnsamma hälsoutvecklingen. Bilden är tydlig — grupper med låg välfärd — drabbas mer än övriga av ohälsa, vårdbehov och för tidig död.

Att vissa yrkesgrupper utsätts mer än andra av exponering för miljörisker i form av jäktiga eller ensidiga arbeten, ensidiga arbetsställningar och tunga lyft, kemiska risker, arbetslöshet m.m. är känt sedan länge. På senare år har det också blivit klarlagt, att även exposition för negativa

hälsofaktorer som t.ex. rökning, ogynnsam kost med hög fetthalt, bristande motion m.m. visar klasskillnader.

Andelen dagligrökare är i den vuxna befolkningen ca 31 procent, medan den hos ej facklärda arbetare är 39 procent, tjänstemän — högre och mellannivå — 20 procent, förtidspensionerade och långvarigt arbetslösa ca 46 procent och ensamstående småbarnsföräldrar 61 procent.

Det är uppenbart att dagens samhälle innehåller hälsoproblem som den avancerade teknologiska sjukvården inte förmår påverka nämnvärt, sett ur ett folkhälsoperspektiv.

Både i Sverige och internationellt pågår arbete att bättre än för närvarande komplettera sjukvården med ett systematiskt och långsiktigt hälsopolitiskt utvecklingsarbete.

WHO har i sitt program "Hälsa för alla år 2000" betonat de nya sjukdomarnas beroende på livsstilsfaktorer som kost, tobak och alkoholkonsumtion samt de belastningar som individen utsätts för i det moderna samhället. Där beskrivs de stora olikheter i hälsa som råder mellan olika socioekonomiska grupper och olika regioner. Det betonas att hälsa skall främjas och att skador och sjukdomar måste förebyggas genom förbättringar i vår fysiska och sociala livsmiljö och genom påverkan av människors livsstil.

I Sverige har WHO:s program antagits. I programarbetet "Hälso- och sjukvårdsarbetet inför 90-talet" har behovet av förebyggande åtgärder starkt markerats, och i hälso- och sjukvårdslagen anges att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa (2 b §).

Viktiga insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdomar har också gjorts inom förebyggande mödravård och barnhälsovård, inom tandvården, i företagshälsovård, i kommunernas hälsoskyddsarbete samt naturligtvis genom en rad allmänna socialpolitiska åtgärder.

Landstingen har fastställt, eller är på väg att fastställa, hälsopolitiska program. Även om de kan variera något i sin utformning på grund av lokala förhållanden återfinns följande principer:

- Primärvården kommer att vara basen i landstingens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program.
- De samhällsmedicinska enheterna (eller motsvarande) kommer att centralt i landstinget ha ett övergripande ansvar för området.
- Även länssjukvårdens specialiserade sjukvård måste tas med i det förebyggande arbetet.
- Viktiga resurser i arbetet är arbetslivets organisationer, primärkommunernas miljö- och hälsoskyddsverksamhet och socialtjänst, skolor, folkrörelser och frivilligorganisationer av olika slag.

Sjukförsäkringen har emellertid i dag en sådan konstruktion, både vad avser sjukvårdsersättning och rätt till sjukpenning, att stöd i princip endast lämnas vid manifest sjukdom, och möjligheterna att använda sjukförsäkringens resurser i förebyggande arbete är mycket begränsade.

9.2 Gällande regler för sjukdomsförebyggande åtgärder

9.2.1 Vårdersättning

Förebyggande hälsovård

Ersättning till sjukvårdshuvudmännen för sjukdomsförebyggande åtgärder utgår enligt förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen om allmän försäkring (det s.k. DAGMAR-avtalet). För att underlätta utvecklingen av förebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet utges en särskild ersättning med 48 kronor per invånare och år. Ersättningen är avsedd att stimulera såväl individ- som samhällsinriktade förebyggande insatser.

Företagshälsovård

FHV har en viktig funktion att fylla i det sjukdomsförebyggande arbetet i arbetslivet.

Bidrag till anordnare av FHV lämnas enligt bestämmelserna i förordningen (1985:326) om bidrag till företagshälsovård. Fr.o.m. 1986 gäller ett schabloniserat ersättningssystem där ersättning utges i förhållande till det antal personer som omfattas av FHV. Även egen- och ensamföretagare omfattas av bidragssystemet.

Bidrag enligt förordningen lämnas i form av grundbidrag, småföretagstillägg och nyanslutningstillägg.

Grundbidraget är för 1988 238 kronor för varje anställd som omfattas av FHV och som arbetar i genomsnitt minst 15 timmar/vecka. Beloppet fastställs årligen av regeringen (10 och 11 §§).

Småföretagstillägget har till syfte att kompensera för de relativt sett högre kostnader som FHV har för löpande service till mindre företag. Tillägget utgör hälften av grundbidraget och betalas för varje anställd upp till 50 anställda hos varje ansluten arbetsgivare. För arbetsgivare som tillhör samma koncern betalas småföretagstillägget för upp till 50 anställda inom koncernen (12 §).

Nyanslutningstillägget skall minska de höga initialkostnaderna i samband med nyanslutning och lämnas under de två första åren ett företag är anslutet till FHV. Tillägget utgör hälften av summan av grundbidrag och småföretagstillägg för respektive år (13 §).

Tandvård

I tandvårdstaxan (1973:638) har intagits ett antal förebyggande åtgärder. Åtgärderna är av karaktären information, instruktion och förebyggande behandling och några krav på sjukdom eller misstanke om sjukdom uppställs inte. När det gäller de förebyggande åtgärderna betalar försäkringskassan 40 procent av tandläkararvodet. Återstoden betalas av den försäkrade genom en patientavgift.

9.2.2 Inkomstbortfallsersättningar

Sjukpenning enligt AFL

Det grundläggande syftet med sjukpenningen är att kompensera det inkomstbortfall, som uppstår på grund av sjukdom. Sjukdom och en på grund därav nedsatt arbetsförmåga är grundläggande krav för rätt till sjukpenning (3 kap. 7 § AFL). Rekvisitet nedsättning av arbetsförmågan kompletteras emellertid med en bestämmelse i 3 kap. 8 § andra stycket jämfört med 2 kap. 11 §, enligt vilken en försäkrad, som är föremål för åtgärd som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva en nedsättning av arbetsförmågan, skall anses ha fått sin arbetsförmåga nedsatt i den mån han på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

Vid en sammanfogning av reglerna i 2 kap. 11 §, 3 kap. 7 § och 3 kap. 8 § AFL skall följande förutsättningar vara uppfyllda för att rätt till sjukpenning i "förebyggande/rehabiliterande syfte" skall föreligga:

- Orsaksrekvisitet sjukdom skall vara uppfyllt.
- Den försäkrade skall vara föremål för en åtgärd enligt 2 kap. 11 §.
- Denna åtgärd skall hindra den försäkrade att förvärvsarbeta till minst hälften.

Detta innebär att det — i de fall där ersättning utges — inte är frågan om rent förebyggande åtgärder utan vård och behandling av en befintlig sjukdom. En viss utvidgning av dessa bestämmelser har emellertid skett i praxis under senare tid.

Vid vissa sjukdomar kan i dag ersättning utges från sjukförsäkringen i syfte att förebygga framtida nedsättning av arbetsförmågan. Exempel på sådana sjukdomar är psoriasis och rheumatiska sjukdomar. Här är emellertid kriteriet sjukdom uppfyllt. Vidare anses sjukdomskriteriet vara uppfyllt vid behandling eller utredning på grund av misstanke om sjukdom.

Lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring

Försäkrad som på anmodan av försäkringskassan eller med dess samtycke avhåller sig från arbetet i syfte att förebygga att arbetsskada uppstår, återuppstår eller förvärras har rätt att under tiden få skälig ersättning från arbetsskadeförsäkringen, motsvarande högst hel sjukpenning (6 kap. 4 §). Denna möjlighet till ersättning tar bl.a. sikte på de situationer då någon sjukdom eller nedsättning av arbetsförmågan inte föreligger eller då nedsättningen inte uppgår till minst hälften.

Bestämmelsen används främst då en försäkrad tvingas avhålla sig från sitt normala arbete under en period för att senare kunna återgå i ordinarie arbete igen.

Inkomstbortfallet kompenseras i form av sjukpenning eller livränta. Om sjukpenning beviljas, skall samordningstiden 90 dagar iakttas innan den högre LAF-ersättningen kan utbetalas. Livränta kan utges för att täcka ett helt eller partiellt bortfall av inkomst på grund av att man avhål-

ler sig från arbete i förebyggande syfte eller omplaceras på arbetsplatsen i sådant syfte.

9.2.3 Vaccinering

Vaccination kan förebygga många sjukdomar eller minska deras svårighetsgrad. SoS har utfärdat rekommendationer för ympning av barn i tidig ålder mot tuberkulos, smittkoppor, kikhosta, difteri, stelkramp, mässling och polio. 1976 rekommenderade SoS att allmän ympning mot tuberkulos och smittkoppor temporärt skulle upphöra. SoS har även utfärdat vaccinationsrekommendationer för vissa riskgrupper i samband med influensaepidemier, för skolflickor i årskurs 6 i grundskolan och för kvinnor avseende röda hund samt för vissa yrkeskategorier med större smittorisk, framför allt sjukvårdspersonal, renhållningsarbetare och personal som handhar infektiöst material. Den enda vaccination som i dag rekommenderas för samtliga vuxna är vaccination mot polio. Övriga rekommenderade vaccinationer är sådana som avser barn, blivande mödrar och vissa yrkesgrupper samt vaccinationer som grundar sig på medicinska indikationer eller bör anbefallas vid utlandsresor.

Alla förskolebarn kan kostnadsfritt få vaccination mot bl.a. difteri, stelkramp, polio, mässling, påssjuka och röda hund på barnavårdscentralerna. Detta gäller också BCG-vaccin mot tuberkulos som kan bli aktuellt att ge till barn i vissa s.k. riskmiljöer. Skolbarn, som inte blivit fullständigt vaccinerade under förskoleåldern, kan få kompletterande vaccination i skolan. Även i skolan är alla vaccinationer avgiftsfria.

9.2.4 Vistelse på hälsohem

Begreppet hälsohem är inte entydigt. En del hälsohem kan betraktas som behandlings- och rehabiliteringsanläggningar av sjukhemskaraktär, medan andra närmast fungerar som pensionat eller rekreationsanläggningar med "friskvård" och vegetarisk kost på dagordningen. För den senare typen av hälsohem gäller lagen om hotell- och pensionatrörelse (1966:742).

För de enskilt drivna hälsohemmen som bedriver sjukvård gäller stadgan (1977:88) om enskilda vårdhem. Stadgan är tillämplig på "inrättning, som bedrives av annan än staten, kommun eller landstingskommun och som har minst tre vårdplatser för sjukvård eller annan personlig omvårdnad eller tillsyn" (1 §).

SoS har med stöd av 21 § utfärdat föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av stadgan (SOSFS 1985:16). SoS har där föreskrivit att hälsohem som under begränsad tid tar emot i medicinskt hänseende utredda personer för eftervård, skall hänföras till gruppen vårdhem för konvalescenter. SoS har vidare angett att hälsohem som tar emot personer, som är i behov av sjukvård, bör räknas till gruppen enskilda vårdhem. Hälsohem som tar emot personer som inte är i behov av sjukvård utan bara söker hjälp för kostomläggning, fasta, "friskvård" eller liknande, omfattas inte av stadgan.

Hälso- och sjukvård som bedrivs yrkesmässigt — dvs. mot ersättning — av person som inte står under SoS tillsyn, regleras av den s.k. kvacksalverilagen (1960:409), senast ändrad i 1984:23. Lagen är sålunda tillämplig på den verksamhet som vid vissa hälsohem bedrivs av "zonterapeuter", "ackupunktörer" m.fl. utövare av "alternativ medicin".

Några hälsohem har upptagits på RFV:s förteckning över konvalescenthem (RFFS 1982:30), vilket bl.a. innebär att ersättning för vård vid dessa hem kan utgå enligt taxan för sjukvårdande behandling m.m. (1976:1018).

När det gäller ersättning från sjukförsäkringen i samband med vistelse på hälsohem gör försäkringskassorna en prövning av rätten till sjukpenning enligt de kriterier som beskrivits i avsnittet om sjukpenning (9.2.2), dvs. den försäkrade skall ha en sjukdom och hälsohemsvistelsen skall vara en åtgärd enligt 2 kap. 11 § AFL som förhindrar förvärvsarbete.

9.3 Strategier att främja hälsa och förebygga sjukdom

Vad är hälsofrämjande och förebyggande åtgärder? Hör bilbälteslagen hit? Kan höjning av alkoholskatten vara ett led i en förebyggande strategi? Att fråga ut alla patienter som söker vårdcentralen om rökvanor och försöka påverka rökarna att sluta eller minska, är det förebyggande?

Eftersom både former och begrepp när det gäller förebyggande arbete kan vara ganska okända ges här först en systematisk översikt över området, och därefter diskuteras vilka samhällsfunktioner som kan förväntas bära ett ansvar för olika åtgärder, innan sjukförsäkringens roll i systemet presenteras.

Hälsofrämjande är ett begrepp med en offensiv och positiv prägel, som syftar till att allmänt stärka hälsa och välbefinnande, medan sjukdomsförebyggande har en mer defensiv karaktär med syfte att förebygga bestämda sjukdomar genom att påverka faktorer som är kända som nödvändiga orsaksfaktorer eller bidragande riskfaktorer. I praktiken är många åtgärder användbara både i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande syfte, och i fortsättningen hålls här ingen klar skillnad mellan begreppen.

Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan ses ur flera olika perspektiv. Ett sätt är att analysera åtgärder mot olika bakgrundsfaktorer till ohälsa. Ett annat sätt är att undersöka i vilket stadium i en sjukdomsprocess som förhållandena kan påverkas. Slutligen kan också övervägas på vilken nivå effektiva åtgärder kan sättas in.

9.3.1 Bakgrundsfaktorer

Enligt klassisk epidemiologisk teori uppkommer en sjukdom genom en rubbning i balansen mellan tre olika typer av faktorer, individen, miljön och sjukdomsframkallande faktorer (t.ex. bakterier). I ett förebyggande arbete bör man således söka efter åtgärdbara förhållanden inom alla tre

grupperna av faktorer. Det kan m.a.o. uttryckas att man söker riskgrupper, riskmiljöer och riskfaktorer.

9.3.2 Stadier i sjukdomsprocessen

Med *primär prevention* menar man åtgärder som syftar till att förhindra att sjukdom eller skada över huvud taget skall uppkomma.

Med *sekundär prevention* avser man åtgärder för att tidigt ställa diagnos och tidigt kunna ge behandling. För många sjukdomar gäller att möjligheterna till en effektiv behandling är bättre ju tidigare man kommer in i sjukdomsförloppet.

Med *tertiär prevention* avses åtgärder för att vid skada eller sjukdom förhindra försämring, återinsjuknande eller allvarliga sociala konsekvenser.

Såväl vid sekundär som tertiär prevention finns redan en sjukdomsprocess konstaterad. Definitionsmässigt kan diskuteras, om åtgärder inom detta område egentligen hör till en god sjukdomsbehandling i stället för till förebyggande arbete. Av tradition brukar dock den sekundära preventionen räknas in i det förebyggande.

9.3.3 Förebyggande arbete på olika nivåer

Påverkan kan ske antingen genom insatser som syftar till att förändra enskilda individers beteenden och livsstil, eller genom samhällsinriktade insatser för att reducera hälsorisker i miljö och livsvillkor. Det förebyggande arbetet kan bedrivas på tre nivåer.

Samhällsinriktade förebyggande åtgärder i form av t.ex. lagstiftning om hälsoskydd, arbetsmiljö och arbetsmarknad, produktutveckling, prispolitik, alkoholpolitik, medverkan i samhällsplanering m.m.

Allmänt inriktade förebyggande åtgärder i form av påverkan av människors livsstil och beteende med t.ex. hälsoupplysning, information, annan opinionsbildning till grupper, generella program för hälsovård och hälsokontroller av grupper m.m.

Individinriktade förebyggande åtgärder i form av rådgivning i samband med behandling av enskilda personer, hälsoundersökningar, vaccinationer m.m.

Förebyggande insatser kan också analyseras i termer av ett högrisktänkande respektive ett lågrisktänkande.

Vid en *högriskmodell* är strategin att med någon metod, t.ex. en hälsokontroll, identifiera grupper med hög risk för insjuknande och specialinrikta åtgärder och program för denna grupp. Exempel är att vid en vårdcentral nå kontakt med rökande personer med förhöjt blodtyck och förhöjda blodfetter.

Lågriskmodellen bygger på strategin, att man genom åtgärder når ut till större befolkningsgrupper, varav de flesta har en relativt måttlig risk för insjuknande, men ändå genom masseffekter, åstadkommer viktiga förändringar i folkhälsan. Exempel på detta kan vara försöken att genom information eller alkoholpolitiska åtgärder sänka den totala alkoholkonsumtionen i befolkningen.

I en studie från Göteborg följde man 8 238 män i åldern 47—54 år under en sjuårsperiod och noterade bl.a. dödligheten. Männens rökvanor var kartlagda. Av de 4 173 dagligrökarna hörde 2 733 till en lågriskgrupp som rökte högst 14 g tobak/dag, 1 232 till en mellangrupp med 15—24 g/dag och 208 till en högriskgrupp med 25 g eller mer/dag. I lågriskgruppen med en 1,6 gånger så hög dödlighet som ickerökarna, kunde cirka 70 dödsfall under observationsperioden tillskrivas rökningen. I högriskgruppen med fyra gånger förhöjd dödlighet var antalet extra dödsfall på grund av rökning 20.

Effekterna av förebyggande arbete ur folkhälosperspektiv är beroende både av hur stor riskökning för sjukdom som en viss faktor ger och hur stor del av befolkningen som exponeras för denna faktor. I många fall är det viktigare att försöka påverka de faktorer som är vanligt förekommande i befolkningen än att påverka sådana med hög risk.

9.3.4 Fem huvudlinjer i det förebyggande arbetet

Kombinationer av de olika perspektiven som beskrivits ovan ger fem huvudlinjer efter vilka det förebyggande arbetet kan bedrivas:

- Genom att främja från hälosynpunkt goda och förbättrade allmänna levnadsvillkor för befolkningen.
- Genom att motverka, helst eliminera, men i varje fall reducera, mer specifika hälsorisker i den sociala, psykiska och fysiska miljön.
- Genom att stärka den enskildes motståndskraft mot hälsorisker genom ökade kunskaper och insikter om hälsans villkor — hälsoupplysning, hälsofostran etc.
- Genom att stärka den enskildes motståndskraft mot hälsorisker med specifika medicinskt föebyggande åtgärder som vaccinationer och andra skyddsläkemedel.
- Genom att spåra sjukdomar och sjukdomsanlag i så tidiga faser att man kan vidta effektiva och enkla behandlingsåtgärder — hälsoövervakande verksamhet.

9.4 Möjligheter att förebygga våra folksjukdomar

För att illustrera hur det förebyggande arbetet kan utformas, ges en kort översikt av vad vi vet om påverkbara bakgrundsfaktorer till våra stora folksjukdomar, och av metoder att påverka kända hälsorisker.

För de flesta sjukdomar gäller att uppkomstmekanismerna endast delvis är kända, och att det gäller att orientera sig i en sammansatt väv av faktorer bundna till individens konstitution och förhållanden i livsmiljön. Ibland kan man peka ut en nödvändig orsaksfaktor, t.ex. tuberkelbaciller för att ge tuberkulos, men den nödvändiga faktorn är sällan tillräcklig i sig, utan en rad bidragande faktorer måste tillstöta. Ofta får man nöja sig med att påvisa samvariation statistiskt och tidsmässigt mellan vissa bakgrundsfaktorer och sjukdomen. Det är inte heller nödvändigt

att alltid känna till orsaksmönster och uppkomstmekanismer i detalj för att kunna arbeta effektivt förebyggande. Det är bättre att tala om riskfaktorer än orsaksfaktorer för sjukdom.

Cirkulationsorganens sjukdomar

De viktigaste tillstånden i denna grupp är kranskärlssjukdomar och slaganfall.

Enighet råder om att stora riskfaktorer är rökning, felaktig kost med risk för förhöjda blodfetter och övervikt, högt blodtryck, psykosociala faktorer, där svagt socialt nätverk samt situationer med höga krav och samtidigt bristande stimulans och bristande utrymme har observerats mest. Något osäkrare är man hur stor risk som följer med hög alkoholkonsumtion och bristande fysisk aktivitet.

Blodfettsnivån är inte enbart beroende av kosten, utan det finns också vissa ärftliga faktorer som påverkar ämnesomsättningen. Typ-A beteende med otålighet, ambition, tävlingslust har också uppmärksammats.

Kombinationer med riskfaktorer ger kraftig förhöjd sjukdomsrisk. En måttlig cigarettkonsumtion ger en viss förhöjd risk, medan kombinationen av att fadern och en farbror dött relativt unga i hjärtinfarkt, förhöjt blodtryck, måttlig cigarettrökning och övervikt bör ge en signal att satsa kraftfullt på förebyggande åtgärder. Det går inte att upprätta schema eller tabeller över riskökningen i olika kombinationer, utan det måste överlämnas till en klinisk och individuell bedömning hur intensiv behandling som är motiverad.

Vägar att förebygga cirkulationsorganens sjukdomar är att genom generella åtgärder förbättra psykosociala förhållanden i arbetsliv, boendemiljö, att nedbringa tobaks- och alkoholkonsumtionen i befolkningen och att få en hälsosammare folkkost. Individuellt kan man genom organiserade hälsokontroller eller i samband med rutinbesök i sjukvården identifiera högriskindivider och påverka levnadsvanor och eventuellt med stöd av läkemedel kontrollera blodtryck och blodfetter.

Tumörer

Olika studier pekar på att cancersjukdomarna till 70—80 procent är miljöbetingade, utan att man i detalj har kunnat klarlägga alla miljöfaktorer av betydelse.

Rökning framstår som en alltmer betydelsefull faktor och beräknas kunna förklara ca 15 procent av cancerförekomsten i Sverige. För lungcancer kan rökningen vara avgörande för upp till 80 procent av fallen. Kosten spelar också en stor roll, kanske till och med större än rökning, även om sambanden här inte är lika väl kartlagda. Cancer i bröst, prostata, magsäck och grovtarm har kända samband med kost. Hälsoriktig kost är av samma slag som för att förebygga hjärtsjukdomar, alltså fettfattig, framför allt fattig på animaliefett och fiberrik. Alkoholkonsumtionen har betydelse för cancer i matstrupe och svalg.

Även för cancerrisk gäller att kombinationer av riskfaktorer kan ge

kraftig riskökning. En viss miljökomponent t.ex. asbest, kan i samband med rökning ge en mångdubbling av den risk som asbest i sig bidrager med.

Möjligheter att förebygga cancersjukdomar är generellt att minska rökning och alkoholkonsumtion, förbättra kostvanor, åstadkomma reducering av miljöpåverkan fysikaliskt och kemiskt, samt att med hälsokontroller få en tidig diagnostik och tidig behandling till stånd. Hälsokontroller för gynekologisk cancer har påtagligt minskat dödlighet och invaliditet i denna sjukdom, och förutsättningar finns att detta skall ske även för bröstcancer genom den organisation för mammografi som nu byggs upp med återkommande kontroller av alla kvinnor i riskåldrar.

Metoder för hälsokontroll vid andra cancerformer kommer successivt att tas fram. Närmast i tur står troligen cancer i grovtarm, ändtarm och prostatacancer.

Rörelseorganens sjukdomar

Viktiga sjukdomsgrupper i detta område är åkommor inom nacke, axlar, rygg, höfter och knän, exempelvis belastningsskador. Hit hör också reumatiska sjukdomar med inflammatoriska processer i bindväv och muskler. Benskörhet på grund av minskning av benvävnadens täthet har uppmärksammats alltmer och ligger bakom flera besvär hos äldre och ökar risk för frakturer, framför allt i höft.

Muskelspänning utgör en väsentlig faktor för uppkomst av smärta och sjukdomstillstånd i muskler, senor och muskelfästen. Spänningstillståndet i muskulaturen beror såväl på ergonomiska som psykiska faktorer.

Uppkomstmekanismer för sjukdomar i rörelseorganen är oklara. Belastning med sneda arbetsställningar, tunga lyft, monotona och upprepade rörelser och statisk belastning är sannolikt de viktigaste riskfaktorerna. Infektioner kan spela roll för de reumatiska tillstånden. Faktorer som rökning, alkoholkonsumtion och kost diskuteras, men deras betydelse är inte helt klarlagd.

Förebyggande är i första hand en fortsatt ergonomisk anpassning i arbetsmiljön. Psykosociala förhållanden i arbetet spelar roll i varje fall för hur besvär från rörelseorganen upplevs, och goda förhållanden i detta avseende har visat sig minska risken för långvariga sjukdomsperioder.

Ur individuell synpunkt är minskad rökning, minskad alkoholkonsumtion och en god kost sannolikt av betydelse, och likaså en regelbunden och allsidig fysisk aktivitet.

Individuell anpassning av arbetsmoment till den enskilda personens förutsättningar och särskild fysisk träning för personer i arbeten där viss belastning inte kan undvikas kan vara av värde.

Psykiska besvär

De psykiska besvären har en än mer mångfacetterad bakgrundsbild. De psykosociala förhållanden som råder i uppväxtmiljö, skola, arbetsliv och

familjeliv är alla av stor betydelse. Alkohol och andra droger är också viktiga bakgrundsfaktorer. Kemiska ämnen i arbetsmiljöer kan genom hjärnpåverkan ge bestående psykiska besvär. Från förebyggande synpunkt är i första hand generella åtgärder att skapa goda levnadsbetingelser för människor med möjligheter att både i privatliv och arbetsliv bygga upp relationer, känna sig betydelsefulla och få tillfälle till positiva och skapande fritidsaktiviteter av största vikt.

Minskning av alkoholkonsumtion, bättre kontroll av användning av psykofarmaka, bekämpning av narkotikamissbruk är väsentliga. Ur individuell synpunkt kan tidig behandling av begynnande alkoholmissbruk ge goda effekter. Långvarig psykosocial stödbehandling eller mer systematisk psykoterapi är i dag svårt att få i Sverige, men kan i vissa fall vara avgörande för en framtida god psykisk hälsa.

Allergier

För vissa allergier har man klara samband med specifika miljöfaktorer som finns i vår allmänna miljö (pollen, damm, mögel m.m.) eller i speciella arbetsmiljöer. Mer ospecifika överkänslighetsreaktioner har man alltmer börjat knyta till våra moderna byggnadsmiljöer i bostäder, skolor och kontorslokaler.

Förebyggande åtgärder är miljöinriktade för att eliminera överkänslighetsframkallande ämnen, och individuell rådgivning hur man i sin livsföring kan undvika exponering.

Olycksfallsrisker

Det är vanligast att diskutera olycksfallsskador som arbetsolycksfall och trafikolyckor. Kartläggningar visar dock, att nära tre fjärdedelar av olyckorna sker utanför de nämnda miljöerna, i hem, under fritidsaktiviteter, eller i skola.

I samband med olycksfall med svåra personskador förekommer inte sällan alkoholpåverkan.

Förebyggande är framför allt en kombination av miljöarbete, individuell information och utbildning och nedbringning av alkoholkonsumtion.

Några bakgrundsfaktorer till sjukdom

Sjukpenningförsäkringen är knuten till den enskilda individens oförmåga att arbeta på grund av sjukdom eller behandling för sjukdom.

Därför lämnas här en kort översikt över några viktiga bakgrundsfaktorer till sjukdom, knutna till den personliga livsstilen, och de metoder vi har att påverka dem.

Vi måste därvid komma ihåg att livsstilen är påverkad av den kunskap vi har, den miljö vi lever i, det utbud av livsstilar som finns och den påverkan vi nås av, direkt t.ex. genom reklam, och indirekt, t.ex. genom priset på en vara.

Tobak

Rökningens risker är bäst kartlagda. Även andra former av tobaksbruk t.ex. snusning, är förenat med hälsorisker. Tobak är en riskfaktor för de flesta av våra folksjukdomar, och rökningen utgör dessutom en miljörisk. Det uppskattas att 8 000—12 000 för tidiga dödsfall per år kan tillskrivas rökningen.

Rökfrågan bearbetas med generella åtgärder med lagar som begränsar marknadsföringen, med prispolitik och genom att tillskapa alltfler rökfria offentliga miljöer. Flera länder har mer långtgående åtgärder än Sverige när det gäller förbud mot rökning i arbetslokaler och offentliga miljöer. En intensiv informationsverksamhet bedrivs inom skolan.

Metoder för rökavvänjning har prövats i olika former, och allt efter lokala förutsättningar läggs programmen upp med enkla rådgivande samtal, följda av några uppföljande kontakter, eller gruppbehandling med återkommande träffar varje vecka under längre period. Resultaten varierar, och några entydiga utsagor om de olika metodernas fördelar kan knappast göras ännu.

Nikotin är en beroendeskapande drog, och rökavvänjning kan vara förenat med betydande abstinensbesvär. Rökning är också knutet till gemensamhetsskapande eller avkopplande sociala situationer, och till behandlingen hör att ta fram alternativ för detta.

Alkohol

Hög alkoholkonsumtion är, oavsett om ett alkoholberoende ("alkoholism") föreligger eller inte, förenat med förhöjd sjukdomsrisk. Cirka 5 000 för tidiga dödsfall inträffar årligen i Sverige genom alkohol. 15—20 procent av vuxna manliga patienter i sjukvården har alkohol som en väsentlig bakgrundsfaktor till sitt vårdbehov. Var femte förtidspensionerad man har alkohol med i bilden. Vi har 250 000—400 000 personer i landet med en så hög alkoholkonsumtion, att risk för en medicinsk komplikation finns.

Alkoholskadorna bekämpas mest effektivt med generella åtgärder, som påverkar tillgänglighet (genom restriktioner av olika slag) och efterfrågan (genom pris, information, utbildning, attitydpåverkan). Lovande resultat finns från några försöksprojekt inom primärvård, FHV och psykiatri att genom enkel stödbehandling av personer med hög konsumtion, begynnande medicinska komplikationer men kvarvarande arbetsförmåga och sociala relationer minska konsumtionen och komplikationsrisken.

Kost

Kostens betydelse för hälsan är sannolikt minst lika stor som måttlighet med tobak och alkohol, men kunskaperna är inte lika väl framtagna.

Enighet om grunderna i en folkkost finns, där vi skall minska energiintaget, minska animaliskt fett, minska saltmängd, öka fiberinnehåll och

långsamma kolhydrater från frukt, grönsaker och rotfrukter.

Särskild dietbehandling finns rekommenderad för speciella sjukdomar. Människors kostvanor är i dag starkt beroende av livsmedelsindustrin, halvfabrikat och storhushåll. Påverkan av kostvanor får därför till stor del ske genom att påverka produktions- och distributionsleden.

Konsumtionsvanor kan påverkas genom utbildnings- och informationsverksamhet genom skolor, i föräldrautbildningar m.m. Individuell rådgivning i samband med ökad sjukdomsrisk vid t.ex. diabetes, övervikt bör prövas. Här räcker det inte alltid med enkel rådgivning, utan behandling i gruppform eller studiecirkelform, praktiska övningar med matlagning och receptförslag har haft bättre effekt. Ofta förenas detta med rökavvänjning och anpassad gymnastik/motion.

Fysisk aktivitet

Sambandet mellan brist på regelbunden och allsidig fysisk aktivitet och hälsoproblem är inte i detalj klarlagda. Träning brukar rekommenderas vid förhöjt blodtryck, kranskärlssjukdom, besvär från rörelseorganen, övervikt, diabetes. Psykiskt välbefinnande förhöjs ofta av motion.

Många grupper med fysiskt ansträngande, men ensidigt belastande, arbeten kan vara svåra att motivera för kroppsrörelser.

Vidare finns motstånd till motion genom brist på lokaler, osäkerhet om lämpliga kläder, en allmän osäkerhet om den egna kroppen och på grund av genansreaktioner.

Deltagande i regelbunden fysisk aktivitet, gärna i grupp kan vara ett lämpligt inslag i primärt förebyggande och sekundärt förebyggande för flera riskfaktorer och sjukdomsgrupper.

Psykosociala förhållanden

Den psykiska miljöns betydelse för att stärka hälsa och välbefinnande, för att förbättra social funktion och för att minska konsekvenser av somatiska sjukdomar har alltmer uppmärksammats. Samhällsutvecklingen med allt större social rörlighet, allt fler vuxna som lever ensamma eller i kortvariga relationer och även förändringar i arbetslivet med mer styrda och ensidiga arbetsprocesser, har minskat möjligheterna att bygga upp varaktiga sociala nätverk för att få nödvändigt socialt och psykologiskt stöd. Människor upplever sannolikt att de får alltför begränsade möjligheter att kontrollera och ha inflytande på sin livssituation.

För människor med skörhet beroende på konstitutionella faktorer eller ogynnsamma villkor tidigare i livet kan det vara av stor betydelse att från professionellt håll få långvarigt och kontinuerligt stöd i form av psykoterapeutiskt inriktad behandling.

9.5 Vårt förslag

Erfarenheter vi har historiskt och internationellt visar att folkhälsan kan förbättras framför allt genom hälsofrämjande och förebyggande åtgär-

der. Kunskaper om dagens folkhälsa i Sverige, hälsoskillnader mellan olika grupper i samhället samt tillräckliga kunskaper om samband mellan de viktiga hälsoproblemen och bakgrundsfaktorer bör ge en utmaning att utveckla det förebyggande arbetet. Det bör vara önskvärt, att även sjukförsäkringen kan anslutas till de hälsopolitiska planerna att utveckla förebyggande arbete. Vissa speciella problem måste därvid uppmärksammas.

9.5.1 Kriterier för ersättning m.m.

Kunskaperna om viktiga riskfaktorer för nedsatt hälsa är inom många områden utvecklade, men arbetsmetoderna att undanröja eller nedbringa riskfaktorerna är mestadels outvecklade och oprövade.

Det är viktigt att först påminna om att de mest betydelsefulla åtgärderna måste komma till stånd på ett allmänt hälsopolitiskt och socialpolitiskt plan och att sjukförsäkringen berörs i begränsad omfattning.

Sjukvårdsersättningen från sjukförsäkringen till de offentliga sjukvårdshuvudmännen för att finansiera förebyggande åtgärder är generell, baserad efter antalet invånare (f.n. 48 kr. per invånare) och ger inte möjligheter att från sjukförsäkringens sida påverka hur medlen skall användas. Särskilt tydligt är detta då annan än sjukvårdshuvudman är ansvarig för lämpliga förebyggande åtgärder, t.ex. arbetsgivare, primärkommunens miljö- och hälsoskydd eller socialtjänst.

Ersättning för inkomstbortfall (sjukpenning eller motsvarande) utges f.n. inte för förebyggande åtgärder eftersom varken sjukdomskriterium enligt vedertagen mening eller kriteriet nedsatt arbetsförmåga är uppfyllt.

Frånvaroperioderna torde mycket sällan behöva bli långvariga, oftast kanske endast dag eller del av dag, men däremot återkommande. Enda tillfället då långa behandlingsperioder kan förutses är i samband med psykoterapeutisk stödbehandling. Här är det fråga om storleksordningen en halv dag/vecka i kanske ett till två år.

Sjukförsäkringens anslag bör kunna användas mer flexibelt. Kassorna bör därför få möjlighet att disponera vissa medel för t.ex. förebyggande och uppsökande åtgärder samt för olika utredningar. Det kan konkret ske genom att varje kassa årligen får ett anslag för dylika insatser. Härigenom kan försäkringskassan få möjligheter att initiera sådana förebyggande åtgärder, som ur sjukförsäkringssynpunkt är angelägna. De avsatta medlen bör anpassas till vad försäkringsbolagen normalt avsätter för forskning, förebyggande åtgärder m.m.

Det är varje försäkringskassas styrelse som bör besluta om hur anslaget skall användas. Det kan t.ex. avsättas för olika statistikbearbetningar för riktade förebyggande insatser.

Eftersom det är kassornas styrelser som beslutar kan insatserna komma att variera lokalt. Med ett utvecklat samarbete med landstingen finns det förutsättningar för att insatserna också anpassas till landstingens verksamhet inom området.

Ersättningen för inkomstbortfall vid förebyggande åtgärder bör utges i samma former som vid sjukdom, dvs. med hel eller partiell sjukpenning. Flera aktiviteter som är värdefulla ur sjukdomsförebyggande synpunkt förekommer också som vanlig fritidsverksamhet t.ex. motion, intresse för kostfrågor, kontaktskapande kulturella aktiviteter m.m. Rättighet till ersättning bör bygga på en ökad sjukdomsrisk grundad på riskfaktorer i den enskildes fysiska eller psykosociala miljö eller riskfaktorer hos den enskilde i form av sjukdomsanlag eller riskbeteende. Risken bör alltid bedömas för enskild individs förhållanden. Generella hälsofrämjande åtgärder för grupper, utan enskild riskbedömning, bör inte ge sjukpenningrätt. Återkommande gymnastik och motion på arbetstid för t.ex. vårdpersonal inom långvård för att minska risken för belastningsskador måste lösas på annat sätt än genom sjukpenning. (Däremot kan anpassad gymnastik för ett vårdbiträde med begynnande ryggbesvär vara sjukpenningberättigande efter särskild prövning.)

Eftersom kunskaperna om viktiga riskfaktorer och om metoder att åtgärda dem är under utveckling, kan vi inte nu i ett lagförslag binda rättigheten till ersättning till vissa avgränsade nu kända riskfaktorer eller riskbeteenden. Eftersom kunskaperna bland sjukvårdspersonal om metoder i förebyggande arbete är bristfälliga eller ojämna, föreslås, att en av förtroendeläkarna i varje kassa utses att vid behov biträda kassorna med sådana bedömningar som berör förebyggande åtgärder. Förtroendeläkaren i fråga bör få till uppgift att följa utvecklingen om vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet inom det förebyggande området, och att ur denna synpunkt bistå försäkringskassan att bedöma olika åtgärdsprogram. Ansökan om sjukpenning för förebyggande åtgärder bör alltid styrkas av särskilt utlåtande av läkare där riskfaktorer och åtgärdsplan finns beskrivna.

Kostnaderna för samhället för förebyggande insatser i allmänhet kan bli avsevärda, om man räknar in önskvärda allmänna socialpolitiska och hälsopolitiska åtgärder.

Kostnaden för hälso- och sjukvården är också betydande. Fullt utbyggda hälsokontroller med mammografi och gynekologisk hälsokontroll medför upp emot en miljon besök per år.

Kostnaderna för sjukpenningförsäkringen bör bli marginella eftersom inkomstbortfallet i regel kommer att omfatta enstaka dagar eller del av dagar.

De ekonomiska effekterna är svåra att förutsäga, men i kontrollerade försök med sekundärprevention av alkoholskador har visats en betydande nedgång i sjukskrivning inom behandlingsgruppen.

Allt talar för att effekten på sjukpenningkostnaderna blir att de minskar på några års sikt.

9.5.2 Detaljförslag

I det följande diskuteras de fem huvudlinjerna av hälsofrämjande och förebyggande arbete som tidigare har presenterats och för varje avsnitt

beskrivs vilken organisation som har ansvar för området och på vilket sätt sjukförsäkringen föreslås kunna användas.

Främja från hälsosynpunkt goda och förbättrade allmänna levnadsvillkor för befolkningen

Ansvaret kan väl närmast beskrivas som ett allmänt socialpolitiskt. Hälso- och sjukvården har ett ansvar att förmedla kunskaper om vilka levnadsvillkor som är särskilt angelägna ur hälsosynpunkt och härigenom medverka i samhällsplanering och utformning av socialpolitiken. Primärkommunerna har genom sina olika organ ett ansvar på lokal nivå.

Åtgärderna är av karaktären primärprevention på samhällsnivå och sjukvårdsersättning och rätten till sjukpenning berörs inte av åtgärder inom området.

Motverka mera specifika hälsorisker i den sociala, psykiska och fysiska miljön

Åtgärder inom området faller inom ansvarsområden för sjukvårdshuvudmännens miljömedicinska arbete, primärkommunernas miljö- och hälsoskyddsarbete och insatser att förbättra sociala miljöer, samt arbete inom FHV gentemot arbetsmiljörisker.

Redan nu finns möjligheter att få ersättning för inkomstbortfall via arbetsskadeförsäkringen, för den som måste avhålla sig från arbete för att förebygga att arbetsskada uppstår.

Den naturliga åtgärden vid risker för ohälsa i arbetsmiljön är att undanröja arbetsmiljörisken. Ansvaret härför ligger enligt arbetsmiljölagen på arbetsgivaren. Om arbetsmiljörisken inte är generell, utan beror på att den enskilde har en speciell sårbarhet, bör åtgärden vara ett byte av arbetsuppgifter. Situationer kan dock förekomma, då viss tid krävs för att anpassning av nya arbetsuppgifter skall kunna arrangeras, t.ex. vid mindre arbetsplatser. Om den enskilde löper risk att försämras med nedsatt arbetsförmåga som följd eller hyser stark oro för sådan försämring, bör han kunna avhålla sig från arbetet under omställningstiden. Härunder bör den försäkrade ha rätt till sjukpenning i förebyggande syfte. Sjukpenningrätten måste bygga på en bedömning av kombinationen av den enskildes speciella risk och arbetssituationen.

Exempel på sådan speciell risk är under vissa skeden av graviditet, allergi eller annan överkänslighet, psykisk sårbarhet. Det måste betonas, att generella arbetsmiljöproblem inte skall lösas genom sjukskrivning och att sjukpenning i de här nämnda fallen endast bör utgå under begränsad tid, under vilken den speciella risksituationen kan åtgärdas.

Stärka den enskildes motståndskraft mot hälsorisker genom ökade kunskaper

Hälsoupplysningen diskuteras här beträffande åtgärder enligt lågriskmodellen. Högriskmodellen tas upp i samband med presentation av tidigt sjukdomsuppspårande.

Metoderna för att bedriva hälsoupplysning och livsstilspåverkande arbete är många. Det kan röra sig om riksomfattande kampanjer, typ att förebygga AIDS, det är hälsofostrande arbete i skolan, det kan vara studiecirklar via folkrörelser, lokala utställningar på vårdcentraler, informationsarbete på arbetsplatser m.m.

De riskfaktorer för ohälsa som man vanligtvis tar upp i sådana program är tobaksbruk, bruk av alkohol och andra droger, kostfrågor, motionens betydelse, aktivt nyttjande av fritid för rekreation, samlevnadsfrågor och relationer. En allmän erfarenhet är, att oavsett vilken riskfaktor man väljer som ingångsport, kommer verksamheten snart att kräva att livsstilsfrågor tas upp i ett bredare perspektiv. Det är således svårt att driva frågor om tobaksbruk utan att samtidigt beröra motionsvanor, alkoholvanor och övriga levnadsförhållanden.

Aktiva inom området är naturligtvis sjukvårdshuvudmännen, men också i hög grad olika fackliga och ideella organisationer, skolan och även enskilda vårdgivare, t.ex. hälsohem. Olika typer av massmedia är en viktig kanal.

Sjukvårdshuvudmännen har ett ansvar att främja hälsa och förebygga sjukdomar i befolkningen. De flesta har upprättat, eller är i färd att upprätta, planer för det förebyggande arbetet. Det får förutsättas, att man i dessa planer prioriterar de viktigaste verksamheterna inom det förebyggande fältet, och att planerna revideras i takt med att nya kunskaper och möjligheter kommer fram i det förebyggande arbetet. Sjukvårdshuvudmännen får sedan inom ramen för den allmänna vårdersättningen och den särskilda ersättningen för förebyggande insatser i enlighet med sitt program fördela resurserna till organisationer utanför hälso- och sjukvården och enskilda vårdgivare, genom organisationsstöd, stöd till utbildning av personal, bekostnad av informationsmaterial, stöd till studiecirklar, friskvårdsaktiviteter av olika slag m.m.

Försäkringskassorna har nu ingen möjlighet att påverka att hälsoupplysningen inriktas mot sådana områden som ur sjukförsäkringssynpunkt är angelägna. Med vårt förslag i avsnitt 9.5.1 att låta försäkringskassorna disponera vissa medel för att initiera förebyggande åtgärder kan sådana möjligheter tillskapas.

Rätt till sjukpenning i samband med deltagande i allmänna hälsoupplysningskampanjer, där individuell bedömning av sjukdomsrisk ej gjorts bör inte komma i fråga.

Stärka den enskildes motståndskraft mot hälsorisker med specifika medicinska förebyggande åtgärder såsom vaccinationer

Vaccinationer är ett exempel på en specifik primärpreventiv åtgärd på individnivå, med dokumenterad god sjukdomsförebyggande effekt. Den tidigare lämnade redogörelsen för vaccinationer kan sammanfattas i följande schema:

- Av socialstyrelsen rekommenderat vaccinationsprogram generellt (som regel till barn, men för polio även för vuxna) eller till vissa riskgrupper t.ex. sjukvårdspersonal, personal som handhar infektiöst material.

- Tillfälligt utfärdade rekommendationer om vaccinering av vissa riskgrupper vid epidemier, t.ex. av vissa äldre och sjuka i samband med influensa.
- Vaccination i samband med tillfällig vistelse i särskilda riskmiljöer, vanligtvis utlandsresa.

Dessutom kan vaccinering förekomma som led i en direkt sjukvårdande behandling i samband med sjukdomsfall, t.ex. mot stelkramp i samband med sårskador.

Vetenskapliga framsteg och nya kunskaper kan relativt raskt förändra bilden på vaccinationsområdet och ställa stora krav på ekonomi och andra resurser. Om t.ex. ett fungerande vaccin mot HIV-infektionen utvecklas, kan en rekommendation om generell vaccinering av hela befolkningen bli aktuell.

Vaccinationsfrågan bör knappast vålla några problem ur sjukförsäkringssynpunkt.

Rekommenderade vaccinationer inom förebyggande barnhälsovård, skolhälsovård och mödrahälsovård bör som tidigare vara kostnadsfria inom ramen för denna verksamhet.

Rekommenderade vaccinationer av vuxna (polio) samt skyddsympning av vissa riskgrupper vid epidemier bör jämställas med läkarbesök för sjukvård. I den mån enskild vårdgivare bedriver sådan verksamhet bör det rymmas inom ramen för avtal som finns med sjukvårdshuvudmannen.

Vaccinering av särskilda yrkesgrupper med förhöjd risk får ses som en arbetsmiljöfråga och lösas inom ramen för avtal på arbetsmarknaden.

Helt frivilliga vaccinationer i samband med utlandsvistelse bör inte omfattas av sjukförsäkringen.

Spåra sjukdomar och sjukdomsanlag i så tidiga faser att man kan vidta effektiva och enkla behandlingsåtgärder

Området kännetecknas av att det i princip rör sig om individinriktade åtgärder, och att strategierna bygger på ett högrisktänkande med primärt och sekundärt förebyggande.

Flera etablerade program finns redan inom området. Den förebyggande mödrahälsovården och den förebyggande barnhälsovården får i delar av sin verksamhet räknas hit (i andra delar arbetar man med allmänna hälsoråd och med vaccinationsprogram och skyddsläkemedel). Mammografiprogram och program för gynekologisk hälsokontroll räknas vidare hit. Tandhälsovården har länge och med god effekt arbetat förebyggande med en kombination av tidigt uppspårande av begynnande förändringar och tandhygienisk rådgivning.

Hälsokontroller och sjukdomsuppspårande verksamhet

Den sjukdomsuppspårande verksamheten innebär, att med någon metod försöka upptäcka sjukdomsrisker och begynnande sjukdomstillstånd i så

tidigt skede, att personen själv ännu inte på grund av besvär sökt kontakt med sjukvården. Metoderna som används är enkäter, intervjuer, hälsoundersökningar i form av enkla test eller mer allmänna undersökningar och kombinationer av alla dessa metoder.

Det finns flera syften med sjukdomsuppspårande verksamhet. Ett syfte är att öka kunskaperna om sjukdomars utbredning i befolkningen genom att genomföra epidemiologiska studier. I sådana fall kommer interventionsintresset, alltså att med vidtagna åtgärder påverka sjukdomsförloppet, i andra hand. Ett annat syfte kan vara att genom organiserat screeningprogram dvs. med ett enkelt test med tillfredsställande säkerhet sortera fram de fall som kan misstänkas ha förhöjd sjukdoms risk och som bör tas om hand vidare med mer omfattande undersökningar och för ev. behandling. Det finns en god teoretisk kunskap och en prövad metodik att beräkna, när ett screeningprogram från hälsoekonomisk, planeringsmässig och humanitär synpunkt kan accepteras. Ett ytterligare syfte är att göra en bredare kartläggning av sjukdomsrisker genom en allmän hälsokontroll och genomgång av levnadsförhållanden.

Den hittills rådande uppfattningen vetenskapligt har varit, att riktade hälsokontroller mot väldefinierade risker eller mot speciella grupper kan vara av värde i förebyggande syfte, medan allmänna hälsokontroller till grupper med relativt låg sjukdomsrisk inte är angelägna. För närvarande rekommenderas riktade hälsokontroller beträffande gynekologisk cancer och bröstcancer hos kvinnor. Rekommendationer om målgrupp, intervall för undersökningar och metod utfärdas av SoS. Sjukdomsrisker där riktade hälsokontroller under de närmaste åren kan komma att utvecklas är prostatacancer och cancer i grovtarm och ändtarm.

Det bör åligga SoS att även fortsättningsvis granska det vetenskapliga underlaget för riktade hälsokontroller och att utfärda rekommendationer om ytterligare områden som bör tas upp.

Sjukförsäkringens stöd för riktade hälsokontroller bör ligga inom ramen för den allmänna sjukvårdsersättningen som landstingen erhåller. Om landstingen vill lägga ut en riktad hälsokontroll till enskild vårdgivare får landstinget i så fall träffa avtal och komma överens om ersättning. Om någon för att deltaga i en sådan organiserad hälsokontroll förlorar arbetsinkomst under dag eller del av dag, bör det i fråga om ersättning jämställas med enstaka läkarbesök.

Eventuella behov av fortsatta åtgärder inom sjukvården för utredning eller behandling får betraktas som vanliga sjukvårdsfall.

Kombination lågriskstrategi och hälsokontroll för att uppsöka högriskgrupper

Primärprevention

Ett arbetssätt som sannolikt kommer att tillämpas i allt större omfattning, är att kombinera en lågriskpreventiv satsning innehållande t.ex. olika typer av hälsoinformation om livsstilsförhållanden och att inbjuda speciella grupper, t.ex. vissa åldersgrupper, till en allmän hälsokontroll

med en hälsoriskprofilbedömning och i samband med detta erbjudande om åtgärder. Ett vanligt exempel på detta är om medelålders män inbjuds till en hälsokontroll som innehåller kartläggning av rökvanor, bestämning av vikt, bestämning av blodtryck och blodfetter. Åtgärder för personer med en högriskprofil kan sedan ske antingen i form av individuell rådgivning vid återkommande besök eller i form av intervention i gruppform. Ett välkänt projekt i Sverige enligt denna modell är det s.k. Norsjöprojektet.

Företagshälsovården kombinerar ofta sin kartläggning av arbetsmiljörisker i form av enkäter och hälsokontroller med uppgifter om den personliga livsstilen.

Om programmet genomförs av offentlig vårdgivare och således bedöms väsentligt i den resursfördelning som den offentliga vårdgivaren gör i sina hälso- och sjukvårdsplaner, är det naturligt att sjukvårdsersättningsfrågan ligger inom ramen för den allmänna sjukvårdsersättningen.

Om enskild vårdgivare önskar driva hälsoundersökningar av detta slag, bör det på samma sätt som när det gäller sjukvård träffas avtal mellan enskild vårdgivare och sjukvårdshuvudman om finansiering och volym för verksamheten. I avtal bör ingå krav att pröva, att hälsokontrollerna kombineras med ett adekvat interventionsprogram.

Interventionsprogram kan bestå av enskilda besök för rådgivning, deltagande i gruppaktivitet av typ rökavvänjning, kostcirkel, viktminskningsgrupp, motionsgrupp, psykosocial stödbehandling etc.

T.ex. har rökare en dokumenterat förhöjd risk för en rad sjukdomar, och metoder för rökavväjning är så etablerade, att de bör stödjas från sjukförsäkringen.

Den som måste avstå från förvärvsinkomst för att delta i ett åtgärdsprogram bör ha rätt till sjukpenning för att kompensera inkomstbortfallet. För rätt till sjukpenning bör krävas att följande omständigheter skall föreligga.

Den försäkrade skall ha en konstaterad förhöjd risk för en sjukdom. Denna sjukdom skall, om den uppkommer, förväntas orsaka en nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Bedömningen av förevarande art kräver självfallet särskild kompetens och erfarenhet, varför det inte bör överlåtas till annan än läkare att göra denna. Egensjukskrivning bör således inte komma i fråga. Läkaren skall göra sin bedömning på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet.

Läkaren skall vidare med utgångspunkt från den specifika sjukdomsrisken ha ordinerat en åtgärd som på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet kan anses vara adekvat för att minska sjukdomsrisken.

För att försäkringskassan skall kunna besluta om sjukpenning i dessa fall, bör krävas att det föreligger en behandlingsplan, vari en läkare anger ovanstående omständigheter.

För rätt till sjukpenning krävs vidare, att deltagande i åtgärden förhindrar den försäkrade att arbeta under minst två timmar under en arbetsdag och att han därigenom gått miste om minst 1/4 inkomst den dagen. Ersättning utges dock inte om arbetstidsbortfallet är mindre än

fyra timmar eller en halv normalarbetsdag sammanlagt under en 14-dagarsperiod.

Sekundär- och tertiärprevention

Om däremot en försäkrad på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan i sekundär- eller tertiärpreventivt syfte deltar i en sådan rehabiliteringsåtgärd som sägs i 22 kap. 9 § i avsikt att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga en nedsättning av arbetsförmågan, föreligger rätt till rehabiliteringspenning enligt bestämmelserna i 22 kap.

Som exempel på sådana åtgärder kan nämnas astmaskola, ryggskola, organiserade gymnastikprogram, kostcirkel för diabetiker, psykosocial stödbehandling m.m.

Övergången mellan primär högriskprevention och sekundärprevention kan vara flytande.

Det är ibland tveksamt om ett förhållande skall uppfattas som sjukdom eller riskfaktor. Förhöjt blocktryck beskrivs som en riskfaktor till hjärtinfarkt, men är i sig onekligen en sjuklig förändring i medicinsk mening. Kraftig övervikt kan betraktas som en extrem normalvariant eller som en sjuklig förändring. En viss personlighetsmässig skörhet bör inte alltid ges sjukdomsbeteckning, men kan medföra förhöjd risk för kommande arbetsoförmåga.

Begynnande alkoholberoende betraktas av somliga som en tidig sjuklig förändring, av andra som ett riskbeteende.

I den mån rehabiliteringspenning inte kan utgå, bör dessa fall bedömas enligt samma kriterier och former som diskuterats ovan, dvs. en individuell sjukdomsrisk eller försämringsrisk skall föreligga, ett adekvat åtgärdsprogram skall vara planerat och förhållandena skall vara redovisade i behandlingsplanen.

Vid tertiär prevention, dvs. att vid manifest sjukdom förhindra återinsjuknande eller försämring genom förebyggande åtgärder, gäller samma förhållanden som vid sekundär prevention.

Behandling vid hälsohem

I vissa fall kan det bli aktuellt att riskfaktorer av typ övervikt, felaktiga kostvanor, rökning m.m. behandlas under vistelse på s.k. hälsohem. Hälsohem definieras enligt förslag från alternativmedicinkommittén som en institution som i sjukdomsförebyggande och hälsobefrämjande syfte och i vissa fall även för behandling och rehabilitering bedriver verksamheter med framför allt vegetarisk kost, fasta, motion, spänningsreducerande aktiviteter och utbildning/information i livsstilsfrågor.

De hälsohem som vårdar sjuka människor faller under vårdhemsstadgan om de är privata eller stiftelseägda som tidigare beskrivits.

Hälsohemmen kan också indelas efter den medicinska inriktningen på sin verksamhet. Alternativmedicinkommittén talar om:

a) Hälsohem med medicinsk inriktning och tillgång till läkare och annan vårdpersonal. Exempel är Alfta Rehab Center, Nyhyttan, Sorsele, Svanstein, Tallmogården och Österåsen.
b) Hälsohem med huvudsaklig inriktning på hälsobefrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter samt kursverksamhet. Exempel är Masesgården, Skebo Herrgård och Värmlandia hälsohotell.
c) S.k. fastehem.
d) Vegetariska gästhem.

Enligt alternativmedicinkommitténs bedömning bör de hälsohem som erbjuder sjukvård och som således antingen har landsting eller primärkommun som huvudman eller har tillstånd att driva verksamhet som enskilt vårdhem benämnas hälsovårdhem. Om hälsohemmen erbjuder sig att med hjälp av sina medicinska resurser behandla patienter för en viss specifik åkomma bör de söka tillstånd härför och föras in i förteckningen över hälsovårdhem.

Hälsohem med huvudsaklig inriktning på hälsobefrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter kan vara goda resurser i ett förebyggande arbete. Eftersom karaktären av hälsohemmen är mycket blandad kan vistelsen där inte generellt innefattas inom ramen för sjukförsäkringen. Innehållet i behandlingen måste vara sådant att det enligt vetenskap och beprövad erfarenhet har effekter i primärpreventivt eller sekundärpreventivt syfte beträffande den ökade sjukdomsrisk som den behandlade har.

Förutom godkända hälsovårdhem bör också en förteckning över godkända hälsohem med förebyggande aktiviteter upprättas och kontinuerligt föras, lämpligen i samarbete mellan SoS och RFV.

Sjukpenning alternativt rehabiliteringspenning bör kunna utgå under vistelse på hälsovårdhem och godkända hälsohem under förutsättning att hemmet finns uppfört på någon av nämnda förteckningar och att kriterier för förhöjd sjukdomsrisk är uppfyllt och att hälsohemmets åtgärdsprogram är lämplig åtgärd för att undanröja eller minska sjukdomsrisken. Det är således inte tillräckligt med vistelse på respektive hälsohem, utan sjukpenningrätten måste vila på en individuell förhöjd riskbedömning hos den enskilde som söker sig dit och vistelsen skall vara inlemmad i behandlingsplanen. Det får därvid förutsättas att behandlande läkare, i samråd med försäkringskassan, prövar om den intensiva behandlingsformen vid hälsohem krävs. Som regel bör andra behandlingsformer i öppen vård användas som förstahandsalternativ.

Vi anser att i princip bör samma system gälla för debitering av vårdavgifter i detta sammanhang som vid sjukvård. Vi vill dock inte ta ställning i denna fråga utan anser att man bör avvakta resultatet av alternativmedicinkommitténs arbete.

10 Rehabilitering i samhällsekonomiskt perspektiv — de ekonomiska effekterna av våra förslag

10.1 Inledning

En effektivisering av samhällets rehabiliteringsåtgärder har till syfte att dels förbättra utsikterna till att en långtidssjukskriven överhuvud taget rehabiliteras, dels förkorta den tid rehabiliteringsprocessen tar. Ju tidigare adekvata åtgärder sätts in, desto större blir chanserna för att rehabiliteringsarbetet blir framgångsrikt.

En effektivare rehabilitering kan ske genom att

- åtgärderna sätts in tidigare,
- mer adekvata åtgärder används,
- åtgärderna samordnas bättre,
- mer resurser används.

Förändringar enligt de tre första riktlinjerna kan till en del göras utan att mer omfattande kostnadsökningar behöver äga rum, åtminstone på längre sikt. Om däremot mer resurser tillgrips, genom att åtgärderna görs fler och mer omfattande, är det givet att kostnaderna ökar i proportion härtill.

Våra förslag, som avser alla de fyra angivna dimensionerna på effektivisering, leder sammantaget till kostnadsökningar i ett inledningsskede. Storleken på dessa kostnadsökningar diskuteras närmare i avsnitt 10.3. Om de föreslagna förändringarna genomförs framgångsrikt blir emellertid resultatet på längre sikt, inte bara ett bättre hälsotillstånd och ökat välbefinnande för en stor del av befolkningen, utan också vinster för samhällsekonomin som helhet.

Samhällets totala kostnader för sjukpenning och förtidspensioner uppgår nu till över 40 miljarder kronor per år, eller nära fem procent av BNP. Härtill kommer kostnader för sjukvård, läkemedel, socialtjänst etc. Vidare tillkommer värdet av den produktionsinsats, som de berörda personerna skulle kunnat åstadkomma utöver den konsumtion vårt sociala trygghetssystem garanterar dem.

De samhällsekonomiska vinsterna av de framlagda förslagen är dessvärre svåra att kvantifiera. I ett vidare välfärdspolitiskt perspektiv är det självfallet ännu svårare att i kronor värdera effekterna i form av en friskare och mer välmående befolkning. I det följande avsnittet begränsas därför ambitionen till att inom ramen för en principiell diskussion ringa in de möjliga ekonomiska vinsterna i mycket vida intervall.

10.2 Samhällsekonomiska vinster av förbättrad rehabilitering

De totala utbetalningarna av sjukpenning från försäkringskassorna uppgick under 1987 till ungefär 23 miljarder kronor. Nära hälften av summan avsåg sjukfall som varat 90 dagar eller längre, således vad som kan rubriceras som långvariga sjukfall. Om man med hjälp av effektivare, tidigare insatta och utökade rehabiliteringsåtgärder kunde reducera den genomsnittliga sjukskrivningstiden med bara några fåtal procent, skulle besparingseffekten enbart i form av sjukpenningkostnader kunna räknas i 100-tals miljoner kronor årligen.

Det är emellertid inte bara fråga om att minska sjukskrivningstiderna. En förbättrad rehabiliteringsverksamhet skulle öka chanserna till att den långtidssjukskrivne överhuvud taget rehabiliteras och att förtidspensionsfallen härigenom minskar i antal. Ju längre en person är sjukskriven, desto mindre blir sannolikheten att han kan rehabiliteras. Hans egen motivation och självtillit avtar, nya sjukdomssymptom uppstår, arbetsgivarens tilltro till hans arbetsförmåga minskar osv. Tidigt insatta, effektiva rehabiliteringsinsatser skulle därför kunna verksamt nedbringa kostnaderna för förtidspensioneringen. Eftersom förtidspensionen vanligen uppbärs under en betydligt längre period än den sjukskrivningsperiod som föregår förtidspensioneringen, är det tänkbart att de på lång sikt största inbesparingarna av sociala utgifter kan göras just på förtidspensionssidan. De samlade utgifterna för förtidspensioneringen uppgick under 1986 till i runt tal 20 miljarder kronor per år, dvs. ungefär lika mycket som de totala sjukpenningkostnaderna och mer än dubbelt så mycket som kostnaderna för de långtidssjukskrivna.

Den verkliga kostnaden för utebliven rehabilitering är betydligt högre från samhällsekonomisk synpunkt än kostnaderna för sjukpenning och förtidspension. Kostnaden för utebliven rehabilitering kan definieras som värdet av det produktionsbortfall som uppstår. Till detta kommer kostnaderna för den vård och de rehabiliteringsförsök som eventuellt utförs. De samhällsekonomiska kostnaderna är problematiska att mäta. Värdet av produktionsbortfallet kan uppskattas som den lön — inklusive socialförsäkringsavgifter och andra arbetsgivaravgifter — som den sjuke eller förtidspensionerade skulle haft om han arbetat. Således medräknas inte det driftsöverskott som han eventuellt därutöver skulle åstadkommit. Den lönekostnad arbetsgivaren hade varit beredd att betala antas alltså svara mot värdet av den anställdes arbetsinsats. I verkligheten är detta naturligtvis på sin höjd en approximation: vissa anställda åstadkommer sannolikt ett produktionsvärde som överstiger lönekostnaden, andra ett som understiger lönekostnaden. Som genomsnitt borde dock approximationen vara ganska rimlig och det är under alla omständigheter svårt att konstruera ett bättre mått.

En invändning av mer principiellt slag, som dock måste avvisas, skulle kunna vara att den sjuke eller förtidspensionerade, om han varit arbetsför, med stor sannolikhet skulle blivit arbetslös eller att han trängt ut

någon annan från arbetsmarknaden. Tankegången är då att samhällsekonomin bara förmår sysselsätta ett begränsat antal personer. En effektivare rehabiliteringsverksamhet skulle alltså leda till större arbetslöshet. De samhällsekonomiska besparingarna skulle bli små eller obefintliga.

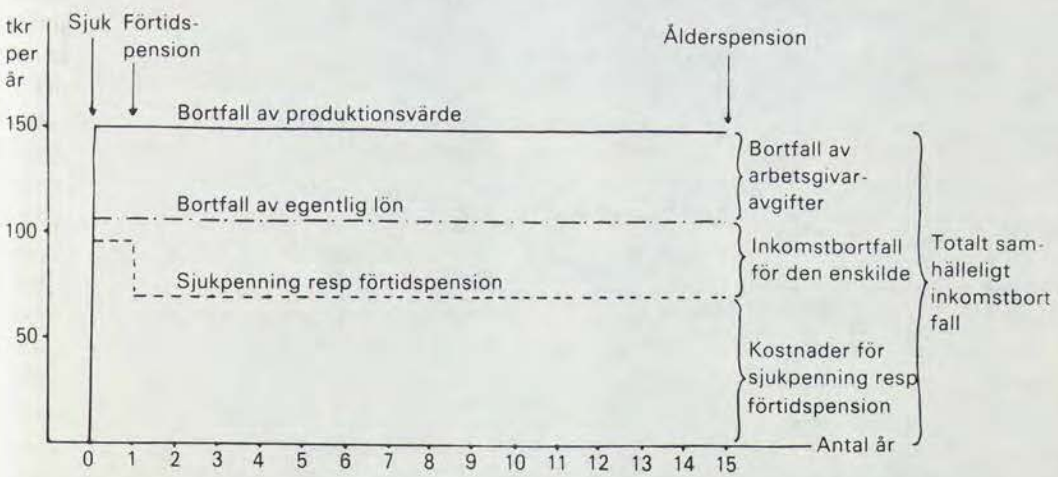
På kort sikt kan det förvisso vara så att ett sämre konjunkturläge än vad vi har i dag inte möjliggör en ökad sysselsättning. I ett längre perspektiv kommer i en väl fungerande ekonomi en ökad tillgång på arbetskraft emellertid att medföra en ökad produktion. Åldersstrukturen på arbetskraften framöver (90-talet och till år 2000) indikerar minskade ungdomsgrupper, fler i åldrar över 50 år. Det blir då allt viktigare att mobilisera arbetskraftsresurser.

10.2.1 Vinster av minskad förtidspensionering

I diagram 10:1 visas den samhällsekonomiska kostnaden i form av produktionsbortfall för ett typiskt långvarigt sjukfall som leder till förtidspension. Han har före insjuknandet en lön, inklusive arbetsgivaravgifter, på 150 000 kronor per år. Detta motsvarar drygt 100 000 kronor per år i egentlig lön. Han blir förtidspensionerad efter ett år och uppbär sedan förtidspension i ytterligare 14 år, fram till dess han får ålderspension. Det bör observeras att en stor del av inkomstbortfallet för den enskilde i diagrammet i åtskilliga fall täcks genom avtal på arbetsmarknaden.

Den samhällsekonomiska kostnaden i form av produktionsbortfall för detta typfall antas som nämnts svara mot bortfallet av lön inklusive arbetsgivaravgifter. Han förutsätts framgent ha fått en oförändrad lön i fast penningvärde, om han inte blivit sjuk och förtidspensionerad. Kostnaden blir med andra ord 150 000 kronor för vart och ett av de 15 åren.

Diagram 10.1 Exempel på samhällsekonomiska kostnader i form av produktionsbortfall för ett rehabiliteringsfall som leder till förtidspension.



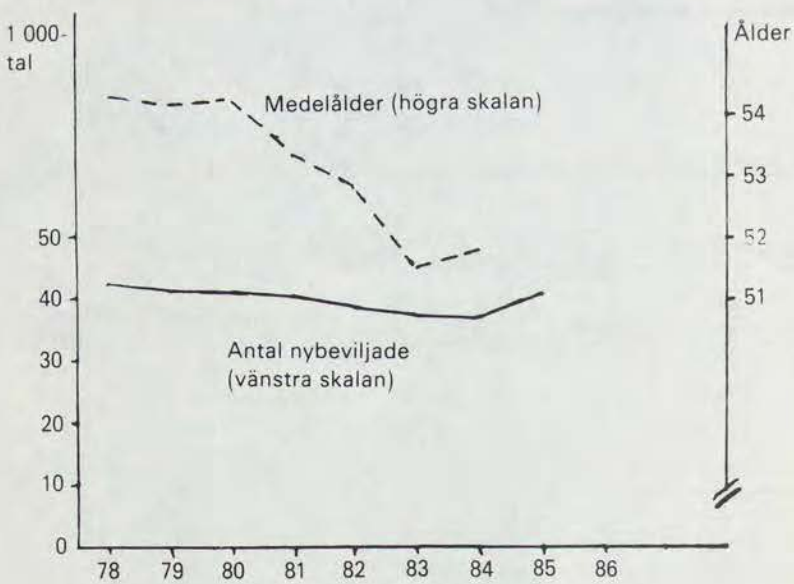
Anmärkning: Avtalsmässiga ersättningar har inte beaktats

Antag nu att rehabiliteringsåtgärder sätts in som gör att personen i fråga rehabiliteras efter ett år och återgår i arbete, i stället för att förtidspensioneras. Antag också att lönen i fast penningvärde blir densamma som före insjuknandet. Den samhällsekonomiska vinsten på den investering, som rehabiliteringsinsatsen innebär, blir 150 000 kronor per år under 14 år, eller 2,10 miljoner kronor om realräntan är noll. Är realräntan positiv blir nuvärdet av vinsten lägre. Om realräntan antas vara tre procent blir vinsten exempelvis 1,70 miljoner kronor.

Under det senaste decenniet har antalet nyblivna förtidspensionärer (sjukbidrag resp. förtidspension) årligen uppgått till i storleksordningen 40 000 per år (se diagram 10:2). Härvid har inte de som förtidspensionerats av arbetsmarknadsskäl inräknats. Medelåldern för de nyblivna förtidspensionärerna har sjunkit något och är nere i drygt 51 år. En nybliven förtidspensionär har alltså i genomsnitt kvar ca 14 år som förtidspensionär, innan han får ålderspension. I detta avseende förefaller således det ovan visade typfallet kunna vara någorlunda representativt.
Några uppgifter om lönenivån för dem som förtidspensioneras har inte kunnat tas fram. Typfallets dryga 100 000 kronor per år i egentlig lön har valts så att det väl överensstämmer med genomsnittet för alla sysselsatta under 1986. Om de som förtidspensioneras har en bakomliggande genomsnittlig lönenivå, som är lika med genomsnittet för alla förvärvsarbetande, skulle även i detta avseende typfallet kunna vara represenativt.

Förutsatt att det visade typfallet är representativt kan man lätt beräkna den samhällsekonomiska vinsten av en given minskning i förtidspensioneringsfrekvensen vid given realränta. Detta visas i tabell 10:1. Tabellen anger nuvärdet av vinsten av ett års förbättrade rehabiliteringsinsatser.

Diagram 10.2 Antal nybeviljade sjukbidrag resp. förtidspensioner (exkl. av arbetsmarknadsskäl) samt deras medelålder 1978–1986.



Villkoret är givetvis att rehabiliteringen blir bestående och att pensioneringen inte bara skjuts upp något eller några år. Beloppen har justerats med hänsyn till förekomsten av halv och två tredjedels förtidspension vilket gör vinsten ca sju procent lägre än om alla förtidspensioner varit hela (det förutsätts att dessa personer förvärvsarbetar den återstående halvan resp. tredjedelen).

Tabell 10:1 Nuvärdet av samhällsekonomiska vinster i form av minskat produktionsbortfall av minskad förtidspensioneringsfrekvens. Miljarder kronor, 1986 års prisnivå. Antal nyblivna förtidspensionärer antas vara 40 000 i utgångsläget.

Minskning i förtidspensioneringsfrekvens	Samhällsekonomisk vinst	
	Realränta 0 %	Realränta 3 %
2 % (800 fall)	1,6	1,3
5 % (2 000 fall)	3,9	3,2
10 % (4 000 fall)	7,8	6,3
25 % (10 000 fall)	19,5	15,8

10.2.2 Vinster av kortare sjukskrivningstider

Ungefär en tredjedel av de långtidssjukskrivna (90 dagar och längre) blir förtidspensionerade. Ytterligare ett antal avlider eller får ålderspension. En huvuddel återvänder till arbetsmarknaden. Genom en effektivare rehabiliteringsverksamhet — inte minst genom tidigare insatta åtgärder — skulle den genomsnittliga sjukskrivningstiden kunna minskas. Vidare skulle sannolikheten för återfall kunna reduceras. Vissa rehabiliteringsfall påminner om förtidspensionsfall på så sätt att de har återkommande sjukskrivningsperioder under en lång följd av år.

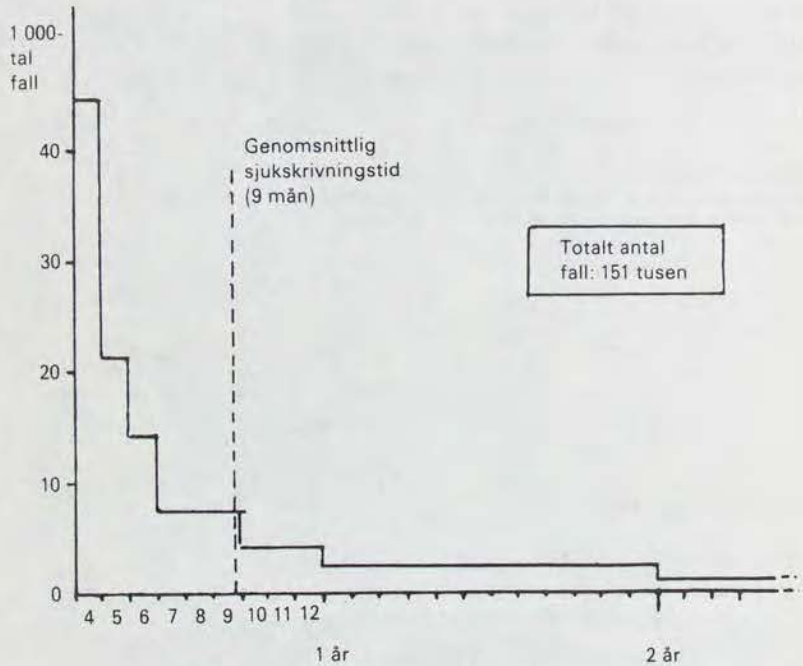
De långvariga sjukfallen (90 dagar och längre) utgör bara två procent av det totala antalet sjukfall, men svarar för ca 45 procent av sjukskrivningsdagarna. Det är i första hand den del av sjukskrivningstiden som överstiger 90 dagar man skulle kunna påverka med förbättrade rehabiliteringsåtgärder. Detta hindrar inte att även en del av de kortare sjukfallen skulle kunna påverkas.

Diagram 10:3 visar antalet avslutade långvariga sjukfall med fördelning efter fallens längd. Totalt avslutades under 1985 151 000 sådana fall. I genomsnitt blev dessa sjukfall ca nio månader långa. Vid 90-dagarsgränsen var alltså den återstående genomsnittliga sjukskrivningstiden ca sex månader.

Ett försök att minska den genomsnittliga återstående sjukskrivningstiden med t.ex. tio dagar kan göras med mer eller mindre generella insatser. Man kan sålunda sträva efter att minska den återstående sjukskrivningstiden med tio dagar för alla långvariga sjukfall. Man kan också inrikta sig på att för tio procent av fallen minska tiden med så mycket som 100 dagar. Den senare mer selektiva strategin innebär att man koncentrerar sig på sjukfall som bedöms kunna bli mycket långa, men för vilka sannolikheten för rehabilitering ändå bedöms någorlunda hög.

Våra förslag kan sägas innehålla åtgärder av båda dessa slag. Den

Diagram 10.3 Antal avslutade sjukfall längre än 90 dagar, fördelade på sjukfallens totala längd i månader.



föreslagna rehabiliteringspenningen är exempel på en åtgärd av mer generell art, medan stöd till hjälpmedel för synskadade givetvis är en mer selektivt verkande åtgärd.

Det totala antalet sjukpenningdagar var under 1986 ungefär 100 miljoner. Av dessa avsåg 32 procent sjukskrivningar från och med den 90:e dagen, således 32 miljoner dagar. Till detta skall läggas uppskattningsvis sju miljoner sjukdagar ersatta av arbetsskadeförsäkringen. Sammantaget rörde det sig alltså om ca 39 miljoner dagar. Närmare en miljon dagar kan uppskattas ha avsett ersättning till hemmamakar från den 90:e dagen; bortfallet av arbetsdagar (utanför hemmet) var därmed i storleksordningen 38 miljoner dagar, eller 105 000 arbetsår. Antas värdet av produktionsbortfallet, liksom i förtidspensionsfallet ovan, uppgå till 150 000 kronor per person och år, skulle det totala produktionsbortfallet till följd av långtidssjukskrivning vara ca 16 miljarder kronor på ett år.

Tabell 10:2 visar — analogt med tabell 10.1 för förtidspensioneringen — de samhällsekonomiska vinsterna i form av minskad återstående sjukskrivningstid från och med den 90:e dagen, vid olika antagande om reducering i den genomsnittliga återstående sjukskrivningstiden. Den genomsnittliga återstående sjukskrivningstiden för sjukfall som varat i 90 dagar är, som framgår av diagram 10.3, 180 dagar. Vinsten av förkortad sjukskrivningstid är beräknad som minskningen av antalet sjukskrivningsdagar multiplicerad med det genomsnittliga produktionsvärdet per dag.

En ytterligare samhällsekonomisk vinst, som här inte kvantifierats, utgörs av de minskade administrativa kostnaderna som en minskad bortovaro från arbetsplatsen innebär för företagen. Det rör sig om minskade kostnader för vikarieanskaffning, stillestånd och andra driftstörningar m.m.

Tabell 10:2 Samhällsekonomiska vinster i form av minskat produktionsbortfall av minskad återstående genomsnittlig sjukskrivningstid från och med 90:e dagen. Miljarder kr, 1986 års prisnivå.

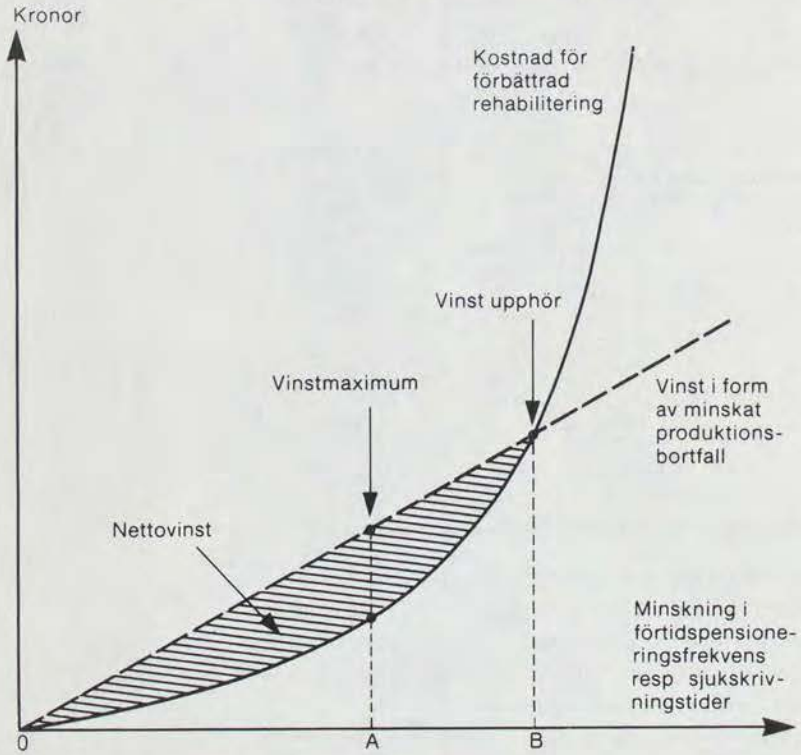
Minskning i återstående genomsnittlig sjukskrivningstid	Samhällsekonomisk vinst
2 % (3,6 dagar)	0,3
5 % (9,0 dagar)	0,8
10 % (18,0 dagar)	1,6
25 % (45,0 dagar)	4,0

10.2.3 Principiellt om avvägningen av rehabiliteringsresursernas storlek

Som framgått av tabell 10:1 och 10:2 är de samhällsekonomiska vinsterna av förbättrad rehabilitering potentiellt sett mycket stora. Frågan är naturligtvis hur stora minskningar i förtidspensioneringsfrekvens och sjukskrivningstider som i verkligheten är möjliga att åstadkomma och i så fall med vilka åtgärder och till vilka kostnader.

I en strikt ekonomisk kalkyl är ökade kostnader för rehabiliteringsinsatser motiverade så länge den ökade samhällsekonomiska vinsten överstiger kostnadsökningen. Rimligtvis förhåller det sig så, att ökade kostnader ovanför en viss gräns inte medför någon ytterligare nedgång i förtidspensioneringsfrekvens respektive sjukskrivningstider. Redan före denna gräns har troligen "utdelningen" per insatt rehabiliteringskrona börjat avta. Detta illustreras principiellt i diagram 10:4, med den heldragna kurvan: ju högre upp på denna kurva man befinner sig, desto mindre minskningar i förtidspensioneringar och sjukskrivningstider får man med att ytterligare öka rehabiliteringsinsatserna. Den samhällsekonomiska vinsten i form av minskat produktionsbortfall (den streckade linjen) växer givetvis i huvudsak proportionellt mot minskningen i förtidspensioneringsfrekvens respektive sjukskrivningstider. Vid punkten A nås det läge där nettovinsten (skillnaden mellan vinst i form av minskat produktionsbortfall och kostnaderna för rehabiliteringsinsatserna) är maximal. Ökar man insatserna över denna nivå stiger kostnaderna mer än vad som fås tillbaka i ökad produktion; nettovinsten krymper. Vid punkten B har kostnaderna ökat så mycket att nettovinsten försvunnit. I rent ekonomisk mening är punkt B likvärdig med utgångsläget 0. I ett vidgat välfärdspolitiskt perspektiv är däremot punkt B att föredra framför punkt 0, eftersom fler människor är friska. Denna vinst i form av ökat välbefinnande är svår att mäta i pengar, men är icke desto mindre verklig.

Diagram 10.4 Kostnader och vinster av förbättrad rehabilitering (1).

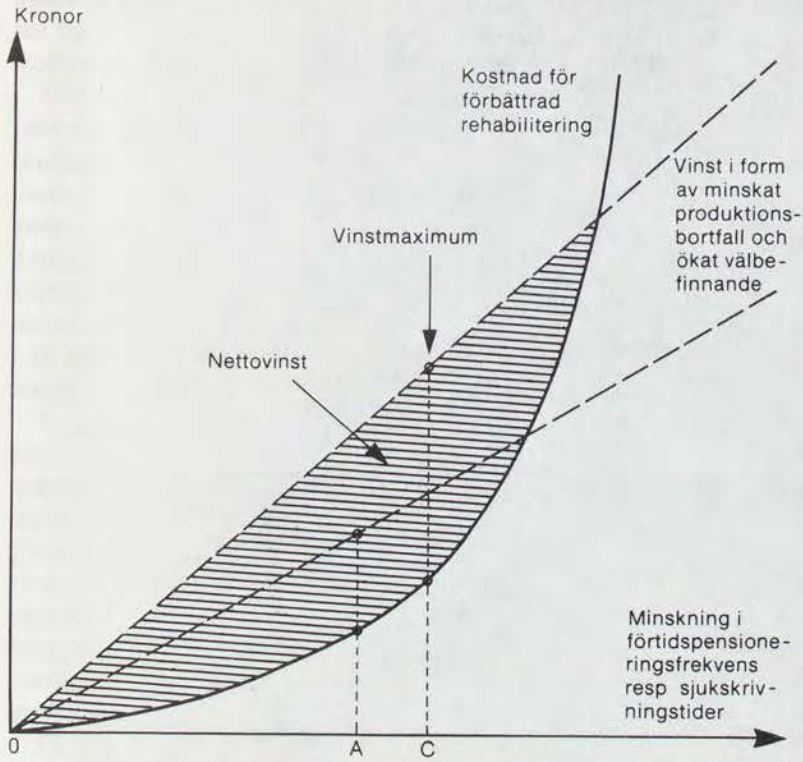


0 = utgångsläge

I diagram 10:5 har ett hypotetiskt tillägg gjorts till vinstlinjen, ett tillägg som avser att representera denna extra välfärdsvinst av förbättrad rehabilitering. Vinstmaximum inträffar nu vid punkten C, som ligger högre än A.

Ett annat praktiskt problem är att information i stort sett saknas om utseendet på kostnadskurvan, den som relaterar kostnaderna för förbättrad rehabilitering till minskningen i förtidspensionsfrekvens respektive sjukskrivningstider. Teoretiskt skulle det kunna vara så att den redan i utgångsläget befinner sig i den fas där ytterligare insatser inte leder till nämnvärda resultat (att punkt B i diagram 10.4 är det verkliga utgångsläget). I så fall skulle det närmast vara aktuellt att *minska* rehabiliteringsinsatserna. Allt tyder dock på att så inte är fallet, utan att ökade insatser faktiskt är lönsamma, även rent ekonomiskt. Flera försöksprojekt som bedrivits visar att ett stort ekonomiskt utbyte kunnat åstadkommas genom ökade rehabiliteringsinsatser. Lika goda resultat som redovisats från försöksprojekten kan troligen inte nås på generell och nationell nivå, då de bedrivits under särskilt gynnsamma omständigheter och med särskilt starkt engagemang från deltagarnas sida.

Diagram 10.5 Kostnader och vinster av förbättrad rehabilitering (II).



0 = utgångsläge

10.2.4 Statsfinansiella vinster av förbättrad rehabilitering

Huvuddelen av de samhällsekonomiska vinsterna i form av minskat produktionsbortfall som uppstår som resultat av att antalet förtidspensioneringar och sjukskrivningar minskar tillfaller primärt staten och socialförsäkringen. Skillnaden efter skatt mellan en persons normala lön och socialförsäkringens ersättningsnivå är ju nämligen inte så stor; i synnerhet gäller detta sjukförsäkringen. I tabell 10:3 visas hur vinsterna primärt fördelar sig på olika sektorer. Självklart kan fördelningen i ett nästa steg bli annorlunda: de statsfinansiella vinsterna kan sålunda användas till att sänka det totala skattetrycket eller socialförsäkringsavgifterna, etc.

Tabell 10:3 Samhällsekonomiska vinster i form av minskat produktionsbortfall. Approximativ procentuell fördelning på sektorer dit vinsten primärt går.

	Minskad förtidspensioneringsfrekvens	Minskade sjukskrivningstider
Stat och socialförsäkring		
Minskad ersättning från socialförsäkringen	50	63
Skatteinkomst på skillnaden mellan lönen och försäkringarnas ersättningsnivå	3	1
Ökade socialförsäkringsavgifter	26	26
Summa	79	90
Kommuner		
Skatteinkomst på skillnaden mellan lönen och försäkringarnas ersättningsnivå	4	1
Avtalsförsäkringar		
Minskad ersättning	7	3
Ökade arbetsgivareavgifter	4	4
Summa	11	7
Den rehabiliterade		
Skillnad mellan lönen och försäkringarnas ersättningsnivå efter skatt	6	2
TOTALT	100	100
därav: egentlig lön	70	70

Antagna marginalskatter: stat 20 %, kommun 30 %
Antagna arbetsgivareavgifter på egentlig lön: socialförs 37 %, avtalsförs 6 %

10.3 Kostnader för föreslagna åtgärder inom rehabiliteringsområdet

Vi har föreslagit ett antal åtgärder som, om de genomförs, beräknas innebära att rehabiliteringsarbetet effektiviseras. Därigenom skulle dels andelen sjukskrivna som kan återgå i arbete kunna öka, dels antalet arbetsföra som förlorar sin arbetsförmåga och sjukskrivs kunna minska.

I detta avsnitt visas beräkningar över kostnaderna för dessa åtgärder. Det skall redan här understrykas att beräkningarna är mycket osäkra. För det första saknas i de flesta fall underlag för att bedöma den framtida volymen hos åtgärden, dvs. i vilken utsträckning de föreslagna möjlighe-

terna till kostnadsersättningar och bidrag kommer att utnyttjas. För det andra är även uppgifterna osäkra om priset — dvs. kostnaden per utnyttjad enhet — på varje åtgärd. Det gäller t.ex. kostnaderna för en dags ersättning med rehabiliteringspenning.

Volymen av en viss åtgärd, t.ex. antalet dagar för vilka rehabiliteringspenning utbetalas, beror på hur många av de vilka i dag är eller annars skulle bli långtidssjukskrivna, som kommer att utnyttja åtgärden. Dessutom kan volymökningar för en åtgärd medföra volymminskningar på andra håll, t.ex. för antalet dagar som ersätts med sjukpenning. I detta avsnitt redovisas därför dels bruttokostnader för åtgärder, dels nettokostnader där kostnadsminskningar på grund av överflyttningar och liknande dragits av. Minskade kostnader på grund av lyckad rehabilitering, t.ex. genom kortare sjukskrivningstider, ingår däremot i intäktsberäkningarna i avsnitt 10.2.

En annan faktor som påverkar volymen av en åtgärd är hur många personer som i stället för att förvärvsarbeta väljer att försörja sig på bidrag. Vad gäller exempelvis den föreslagna rehabiliteringspenningen skulle denna effekt kunna uppkomma eftersom rehabiliteringspenningen föreslås ersätta en större del av inkomstbortfallet än sjukpenningen. Detta skulle innebära att åtgärden utnyttjas även av andra än de som den egentligen var avsedd för. En del av dessa personer kan efter genomförd rehabilitering uppleva att deras levnadssituation förbättrats, men detta resulterar i en samhällsekonomiskt mätbar vinst bara om rehabiliteringen medför att de producerar mer.

Priset på en "enhet" av en åtgärd kan fastställas på flera sätt. För det första kan priset sägas vara detsamma som den offentliga sektorns utgifter för åtgärden. Inte heller denna metod är emellertid helt okomplicerad, eftersom det saknas tillförlitliga uppgifter om kostnaderna för många åtgärder. För det andra kan från utgiften för en åtgärd dras de intäkter som offentliga sektorn får genom ökade skatter och sociala avgifter. Endast betalningar i "första ledet" inkluderas här. Det gäller t.ex. skatt på rehabiliteringspenning, medan någon hänsyn inte tas till intäkter som uppkommer på grund av att aktiviteten i ekonomin ökar, s.k. multiplikatoreffekter. För det tredje kan priset på en enhet påverkas om volymen ökar starkt. Priset på en AMI-plats kan exempelvis sänkas vid stora volymer om det finns stordriftsfördelar, medan det istället höjs om volymökningen leder till brist på lokaler eller personal.

Beräkningarna kan vidare antingen avse statsfinansiella kostnader (till staten räknas då socialförsäkringssektorn) eller samhällsekonomiska kostnader. Med det förstnämnda menas kostnader som betalas av staten. Om staten ökar skatten för inkomsttagarna och använder intäkterna till att betala rehabiliteringspenning så innebär detta en statsfinansiell, men inte en samhällsekonomisk kostnad. Det gäller emellertid endast så länge inkomsttagarna inte minskar sina arbetsinsatser till följd av den ökade beskattningen.

Samhällsekonomiska kostnader uppkommer om åtgärderna kräver reala resurser, t.ex arbetskraft, som måste tas från någon annan del av produk-

tionsapparaten. Den samhällsekonomiska kostnaden motsvarar värdet av det produktionsbortfall som blir följden av att reala resurser tas från produktionen.

Beräkningarna i detta avsnitt avser endast statsfinansiella kostnader. I tabell 10:4 visas en schematisk sammanställning av de olika komponenterna i kostnadsberäkningen.

Tabell 10:4 Olika komponenter i kostnadsberäkningarna

Åtgärdsvolym	x	Pris per enhet	=	Statsfinansiell kostnad
Åtgärder för "målgruppen"		Statsfinansiell utgift per enhet		
+		+/-		Bruttokostnad
Åtgärder som utnyttjas av andra ("missbruk")		Volympåverkan på priset per enhet		
./.				
Minskad volym i andra åtgärder				Nettokostnad 1
		./.		
		Återflöde via skatter och avg		Nettokostnad 2

10.3.1 Införande av rehabiliteringspenning

Rehabiliteringspenning skall kunna betalas ut till den som deltar i rehabiliteringsverksamhet. Syftet är att samhället skall öka den enskildes motivation att delta i en rehabiliteringsåtgärd. Därför föreslås rehabiliteringspenningen utgöra 100 procent av inkomstbortfallet, mot 90 procent för sjukpenningen. Rehabiliteringsersättning skall dessutom kunna utgå i form av "särskilt bidrag" för att täcka kostnader i samband med rehabilitering.

Införandet av rehabiliteringspenning innebär att den s.k. 3:8-sjukpenningen bortfaller. Därtill torde även övriga sjukpenningutbetalningar minska något genom överflyttningar till rehabiliteringspenningen. Det särskilda bidraget beräknas i huvudsak komma att kompenseras av minskade kostnader för motsvarande bidrag från AMS.

Det saknas i stort sett underlag för att uppskatta hur många dagar som kommer att ersättas med rehabiliteringspenning. Omfattningen av 3:8-sjukpenningen, som för 1986 beräknas ha kostat ca 400 milj. kr., sätter dock här ett "golv". Beräkningarna har utformats som två alternativ där det har antagits att antalet ersatta dagar kommer att motsvara tio procent resp. 25 procent av det sammanlagda antalet sjukskrivningsdagar för fall med längre sjukskrivningstid än 90 dagar och dagar ersatta via arbetsskadeförsäkringen. Det har därvid förutsatts att de personer som i avsaknad av rehabiliteringspenning skulle ha förvärvsarbetat svarar för en resp. tre procentenheter av dessa dagar. Den genomsnittliga rehabiliteringspen-

ningen grundas, liksom övriga kalkyler i kapitlet, på antagandet om en genomsnittlig lön inkl. arbetsgivaravgifter på 150 000 kr. per år.

Tabell 10:5 Kostnader för rehabiliteringspenning

		Alternativ 1	Alternativ 2
1.	Antal ersatta dagar	3.9 milj.	9.8 milj.
2. x	Genomsnittl rehab-penning	293 kr.	293 kr.
3. =	Bruttokostnad	1 140 mkr	2 870 mkr
4.	Minskning av antalet sjukpenningdagar	3.5 milj.	8.6 milj.
5. x	Genomsnittl sjukpenning	264 kr.	264 kr.
6. =	Minskad sjukpenningkostnad	-920 mkr	-2 270 mkr
7.	Minskad kostnad för AMS	- 10 mkr	- 10 mkr
8.	3. /. (6+7) = Nettokostnad 1	210 mkr	590 mkr
9.	Statsskatt på nettokostnad 1 (vid 20 % marginell statsskatt)	- 40 mkr	- 120 mkr
10.	8. /. 9 = Nettokostnad 2	170 mkr	470 mkr

10.3.2 Ändrade regler för sjukpenningersättning

Reglerna för sjukpenningersättning föreslås bli ändrade i flera avseenden. För det första kommer lagen att medge utbetalning av sjukpenning vid annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan än vad som beror av sjukdom. Praxis hos försäkringskassorna är emellertid redan i dag sådan att man i stort betalar ut sjukpenning i dessa fall. Denna lagändring bedöms därför ge små effekter på sjukpenningkostnaderna.

För det andra skall sjukpenning i ett utökat antal situationer däribland sjukdomsförebyggande åtgärder kunna utbetalas vid besök i sjukvård och liknande. För närvarande låter många arbetsgivare de anställda göra läkarbesök på betald arbetstid. Eftersom sjukpenningen är lägre än lönen är det inte troligt att dessa arbetstagare i framtiden kommer att utnyttja möjligheterna till ersättning via sjukpenningen för sådana läkarbesök. För undersökningar och vård som inte kan ske på betald arbetstid utges redan i dag ofta sjukpenning inom ramen för den egensjukskrivning som tillämpas av den försäkrade. Slutsatsen är att även denna åtgärd torde innebära relativt måttliga kostnadsökningar. En del av kostnadsökningen torde kunna bestå av personer som utnyttjar den föreslagna möjligheten till kvartssjukskrivning. Här har antagits att resultatet kommer att bli en ökning av sjuktalet med 0.05 dagar.

För det tredje föreslås att det vid sidan av hel och halv sjukpenning

införs inte bara kvarts utan också tre fjärdedels sjukpenning. Syftet är här att underlätta för personer som bara kan arbeta del av dag att återgå till arbetet. Man har också antagit att en ytterligare differentiering av sjukpenningen kommer att innebära en viss minskning av användandet av hel sjukpenning, och därmed något sänkta kostnader. Här har antagits att i genomsnitt två procent av heltidssjukskrivningarna i stället blir tre fjärdedels sjukskrivningar och att två procent av halvtidssjukskrivningarna blir kvartstidssjukskrivningar. Därigenom minskas kostnaderna för två procent av samtliga sjukskrivningar med en fjärdedel. Totalt skulle sjukpenningkostnaderna därmed sjunka med 0,5 procent.

För det fjärde föreslås att möjligheterna till förtidspension skall prövas efter ett års sjukskrivning. Blir denna prövning effektiv innebär den i stort sett att alla sjukskrivningar med över ett års längd försvinner. En del av dessa långa sjukskrivningar kommer dock sannolikt att delas upp på flera kortare. Här förutsätts att 50 procent av sjukskrivningstiden som i dag överstiger ett år övergår i förtidspension och att två procent av tiden bortfaller genom att sjukpenning dras in.

Kostnaderna för de föreslagna ändringarna av sjukpenningreglerna sammanfattas i tabell 10:6. Det har vid beräkningen av skattekonsekvenserna antagits att ökningen av sjukpenningen på grund av ändrat orsaksrekvisit medför en motsvarande minskning av den sjukskrivnes löneinkomster. Vidare förutsätts att den minskning av sjukersättningen som blir följden av att fler sjukpenningnivåer införs leder till motsvarande ökning av löneinkomsterna. Kostnaderna för sjukpenning som betalas för bortovaro från arbetsplatsen på grund av sjukbesök antas däremot i sin helhet innebära en ökning av den sjukskrivnes inkomster. Indragningarna av sjukpenning, slutligen, beräknas till hälften kompenseras av ökade löneinkomster och till hälften medföra att de sjukförsäkrades inkomster minskar. De försäkrades inkomster kan därmed totalt beräknas minska med 260 milj. kr. Med 20 procent statlig skatt kan skatteminskningen till följd av förslaget beräknas till 52 milj. kr.

Tabell 10:6 Kostnader vid ändrade regler för sjukpenning, i 1986 års priser

	1 000-tal dagar	Genomsnittl ersättning	Summa kostnader
1. Ändrat orsaksrekvisit	+ 460	264 kr	+ 121 mkr
2. Sjukpenning vid sjukbesök	+ 240	264 kr	+ 60 mkr
3. Flera sjukpenningnivåer	-	-	- 100 mkr
4. Prövning av sjukp. vid 1 år	- 5 milj	264 kr	-1 320 mkr
Ökning av förtidspension	+ 5 milj	206 kr	+1 025 mkr
Indragen sjukpenning	- 200	264 kr	- 53 mkr
Summa nettokostnad 1			- 265 mkr
Statsskatt på nettokostnad 1			+ 52 mkr
Summa nettokostnad 2			- 213 mkr

10.3.3 Flera förtidspensionsnivåer

Enligt nu gällande regler kan förtidspension vara hel, halv eller två tredjedels. För att anpassa förtidspensionsnivåerna till de nivåer som föreslås gälla sjukpenningen, föreslås att samma fyra nivåer skall finnas även inom förtidspensioneringen — alltså en fjärdedel, halv, tre fjärdelar och hel.

De som enligt tidigare regler fått två tredjedels förtidspension torde enligt de nya reglerna få antingen tre fjärdedels eller halv förtidspension. Sannolikt kommer fler att få den högre nivån än den lägre. Vissa av dem som enligt tidigare regler skulle fått halv förtidspension kommer att få en fjärdedels. Vidare tillkommer ett antal nya förtidspensionärer med den nya fjärdedels pensionsnivån. Vad nettokostnaden av dessa förändringar blir är mycket svårt att beräkna. Här antas att nettoeffekten på kostnaderna blir noll.

10.3.4 Avgränsning mot arbetsmarknadsorganens ersättningar

Den som friskskrivits efter en rehabilitering utan att ha en anställning att gå tillbaka till eller inte har rätt till ersättning från a-kassan eller KAS, föreslås bli berättigad till sådan ersättning. Tid med rehabiliteringsersättning föreslås bli jämställd med förvärvsarbete som kvalifikationsgrund för arbetslöshetsersättning. Arbetslöshetsersättningen finansieras till 35 procent av statsmedel och 65 procent av en lagstadgad arbetsgivaravgift, arbetsmarknadsavgiften.

I avsnitt 10.3.1 antogs i de två alternativen att tio resp. 25 procent av antalet sjukskrivningsdagar för fall med längre sjukskrivningstid än 90 dagar skulle komma att ersättas med rehabiliteringspenning. Antalet fall med minst 90 dagars sjukskrivningstid var 1985 ca 150 000. Om av dessa fall tio resp. 25 procent kommer att ersättas av rehabiliteringspenning blir det totala antalet 15 000 resp. 37 500.

På grund av vårt förslag om att de unga handikappade skall omfattas av rehabiliteringsersättningen och det kan antas att de har svårt att direkt gå ut till arbete beräknas här så många som 20 procent av de som haft rehabiliteringspenning komma att bli berörda av det rubricerade förslaget och alltså erhålla arbetslöshetsersättning. En del av dessa antas dock i annat fall ha blivit sjukskrivna och sålunda ändå åsamkat samhället kostnader. Här antas detta gälla hälften av de berörda. Detta innebär att deras antal antas bli 1 500 resp. 3 750. Genomsnittlig ersättningstid är för medlemmar i arbetslöshetskassa 72 dagar och tid med kontant arbetsmarknadsstöd i genomsnitt 52 dagar per person. Snittkostnaden för kassamedlem är 320 kronor/dag. För KAS är den genomsnittliga kostnaden 90 procent av dagpenningen. Från den fjärde juli 1988 är dagpenningen 149 kr., vilket ger en snittkostnad om 134 kronor. Med hänsyn till att det här är fråga om personer som kan vara mera svårplacerade på arbetsmarknaden har den genomsnittliga ersättningstiden beräknats vara 90 dagar. Den genomsnittliga ersättningen antas vara lika med sjukpenningen.

Tabell 10:7 Kostnader för avgränsning mot arbetsmarknadsorganens ersättningar

	Alternativ 1	Alternativ 2
1. Antal dagar med arbetslöshetsersättning	270 tusen	675 tusen
2. x Genomsnittlig ersättning	264 kr	264 kr
3. = Bruttokostnad	71 mkr	178 mkr
4. Minskning av antalet sjukpenningdagar	135 tusen	338 tusen
5. x Genomsnittlig ersättning	264 kr	264 kr
6. = Minskad sjukpenningkostnad	36 mkr	89 mkr
7. 3. /. 6 = Nettokostnad 1	35 mkr	89 mkr
8. Statsskatt på nettokostnad 1 (vid 20 % marginell statsskatt)	- 7 mkr	- 18 mkr
9. 7. /. 8 = Nettokostnad 2	28 mkr	71 mkr

Det kan nämnas att förslaget sannolikt också innebär en viss inbesparing av kommunala socialbidragskostnader.

10.3.5 Ersättning för resor till och från arbetet

Det har konstaterats att det finns fall där den sjukskrivne är arbetsför men han eller hon inte kan ta sig till arbetsplatsen på vanligt sätt. Detta kan exempelvis gälla personer med kontorsarbete som brutit benet. För att göra det möjligt för personer i denna och liknande situationer att arbeta föreslås att försäkringskassan får möjlighet att i vissa fall betala ersättning för resor till arbetet. Detta beräknas medföra vissa inbesparingar av sjukpenning enligt resultat från försöksverksamhet i bl.a. Gävleborgs län. Kostnaderna för reseersättningen kan beräknas bli lägre än de belopp som inbesparas på sjukpenningen. Åtgärden skulle därmed ge ett visst statsfinansiellt nettoöverskott. Därtill kommer att den föreslagna ersättningen sannolikt kommer att innebära minskat utnyttjande av färdtjänsten, dvs. en mindre kommunal inbesparing.

Tabell 10:8 Kostnader för reseersättning

1. Kostnad för reseersättning	10 mkr
2. Inbesparad sjukpenning enligt försöksverks.	15 mkr
3. 1. /. 2 = nettokostnad	-5 mkr

10.3.6 Kostnader för rehabiliteringsåtgärder som inte kan ersättas av annan myndighet

Vi har uppmärksammat att det finns ett antal fall där sjukvården, kommunerna, arbetsmarknadsmyndigheterna eller andra instanser inte kunnat finansiera rehabilitering inom ramen för sin verksamhet. Dessa fall har därmed hamnat mellan de olika myndigheternas ansvarsområden och har inte kunnat bli föremål för rehabilitering. Vi föreslår därför att det ges en allmän rätt för försäkringskassan att ersätta kostnader för rehabiliteringsåtgärder som inte kan betalas av annan myndighet. Det är mycket svårt att uppskatta försäkringskassans kostnader för sådana åtgärder och beloppet har schablonmässigt antagits ligga på 100 milj. kr. Enligt lagförslaget skall försäkringskassan endast få rätt att ge ersättning om åtgärden kommer att leda till en minst lika stor besparing av sjukpenningkostnaden. Denna besparing ingår i de intäkter som redovisas i avsnitt 10.3.1 och i tabell 10:10.

Förutom denna generella rätt att ersätta rehabiliteringskostnader föreslås att försäkringskassan för det första får möjlighet att köpa platser på AMI för vissa kategorier anställda. En AMI-plats kostar ca 400 kr. per dag. Om det antas att sådana AMI-platser utnyttjas i en omfattning motsvarande 0,3 procent av alla sjukpenningdagar vid sjukskrivningstider mellan 90 och 360 dagar så skulle kostnaden för denna åtgärd uppgå till 66 000 x 400 kr. = ca 25 mkr. Med en genomsnittlig tid på 30 dagar skulle detta innebära att 2 200 personer per år skulle beröras av åtgärder.

För det andra skall försäkringskassan kunna ge bidrag till arbetshjälpmedel, kurskostnader m.m. under vissa förutsättningar. En del av dessa bidrag kan väntas medföra minskade kostnader för arbetsmarknadsmyndigheterna, men netto antas här en kostnadsökning på 25 milj. kr.

Sammantaget skulle åtgärderna på denna punkt innebära kostnadsökningar av storleksordningen 150 mkr.

10.3.7 Ersättning till följeslagare i samband med rehabilitering

I vissa fall kan en förutsättning för att en person skall kunna delta i rehabiliteringsåtgärder vara att han eller hon beledsagas av någon, exempelvis en närstående. För att skapa ekonomiska möjligheter för sådana följeslagare att medverka i rehabiliteringsarbetet föreslås att ersättning, under vissa villkor, skall kunna utges för resekostnader, förlorad arbetsinkomst och i form av traktamente. Sådan ersättning utgår redan till följeslagare som medverkar i arbetsmarknadsåtgärder och förslaget innebär därför en vidgning av ersättningsrätten till rehabiliteringsområdet. Kostnaderna för följeslagare vid arbetsmarknadsåtgärder har de senaste åren legat under 100 000 kr. per år. Med ledning av dessa uppgifter bedöms kostnaderna för rehabiliteringsberedningens förslag till ersättning till följeslagare understiga en miljon kronor per år.

10.3.8 Övriga åtgärder

Vi föreslår ett par förändringar vars syften bland annat är att klarare definiera i vilka situationer ersättning från socialförsäkringen skall utges.

Det första förslaget innebär att anställda vid Samhall inte skall få pension utan lön för den tid de arbetar. Detta skulle i huvudsak innebära en minskning av kostnaderna för förtidspension och en motsvarande ökning av Samhalls lönekostnader. Orsaken till lönekostnadsökningen är att det s.k. samordningsavdraget som för närvarande dras från lönen för personer som uppbär pension då bortfaller. Förslaget bedöms därför inte medföra några statsfinansiella kostnader.

Det andra förslaget innebär att man i fortsättningen skall vara mycket restriktiv med att medge förtidspensionering av personer under 25 år. Motivet är att unga handikappade i stället för förtidspensionering skall ges möjlighet att, genom bl.a. träning och utbildning, komma in på den reguljära arbetsmarknaden. I stället för förtidspensionering skall de unga handikappade således erbjudas aktiva habiliterings- eller rehabiliteringsåtgärder från samhällets sida. När det gäller den ekonomiska ersättningen till de handikappade skall också den vara inriktad på att underlätta ungdomarnas inträde på arbetsmarknaden. De viktigaste bidragsformerna kommer därvid sannolikt att bli rehabiliteringspenning och handikappersättning. Genom att förslaget från ekonomisk synvinkel i huvudsak innebär en överflyttning från förtidspensionering till andra bidragsformer bedöms det inte medföra några statsfinansiella kostnader.

Utöver dessa två förslag till förändringar av ersättningssystemet föreslår vi att försäkringsskyddet vid arbetsprövning och arbetsträning förbättras. Motivet till utökningen är att försäkringsskyddet inte skall vara sämre för dem som deltar i ovannämnda åtgärder än för dem som yrkesarbetar. Förslaget innebär vidare att arbetsgivarens försäkringsskydd vid skada orsakade av deltagare i rehabilitering utökas. Med utgångspunkt från kostnader för nuvarande försäkringsskydd kan den statsfinansiella kostnaden för förslaget uppskattas till högst en miljon kronor per år.

Vidare föreslår vi att en miljon kr. anslås för inrättandet av en ny professur för socialförsäkringsforskning.

Slutligen föreslås att försäkringskassorna ges ökade resurser att i samarbete med arbetsplatser, sjukvård m.fl. intensifiera det rehabiliterande arbetet. Kostnaderna för detta har uppskattats till 100 miljoner kronor per år.

10.3.9 Sammanfattning av förslagens kostnader

De kostnadsuppgifter som redovisats i avsnitten ovan saknar till stor del erfarenhetsmässig grund och får närmast ses som antaganden. I tabell 10:9 sammanfattas beräkningarna av de statsfinansiella kostnaderna.

Vi föreslår dessutom vissa åtgärder som kan ha betydelse för kostnaderna i landstingskommunerna och kostnadsfördelningen mellan stat och landsting.

Tabell 10:9 Kostnader per år för föreslagna åtgärder inom rehabiliteringsområdet. Milj. kr. 1986 års priser.

	Alt 1	Alt 2
1. Rehabiliteringspenning, nettokostnad 1	210	590
2. Ändrade regler för sjukpenning, nettok 1	-265	-265
3. Avgränsning mot arbetsmarknadsersättningen, nettok 1	35	89
4. Reseersättning	- 5	- 5
5. Rehabiliteringsåtgärder	150	150
7. Ersättning till följeslagare	1	1
9. Övriga åtgärder	102	102
Summa nettokostnad 1	228	662
Effekter på skatter och avgifter	5	-86
Summa nettokostnad 2	233	576

Rehabiliteringsklinikerna föreslås bättre anpassas till de rehabiliteringsbehov som föreligger i de olika landstingsområdena. Landstingsförbundet har beräknat kostnaderna per vårddag i sluten rehabiliteringsvård till drygt 1 500 kr. i 1985 års priser. Medelvårdtiden anges till 35 dagar per intagen, vilket skulle innebära en vårdkostnad på i genomsnitt ca 52 000 kr. per intagen. Kostnaderna i öppenvården har beräknats till drygt 1 000 kr. per läkarbesök, men med stora lokala variationer. Till detta kan nämnas att driftskostnaden för rehabiliteringskliniken i ett storstadsområde, nämligen Göteborg, uppgår till ca 17 miljoner kr. per år.

Vidare föreslås öppenvården i ökad utsträckning delta i rehabiliteringsarbetet. Härtill kommer utbildningsinsatser för sjukvårdspersonal m.fl. Slutligen föreslår vi i kapitel 9 att sjukvården intensifierar sina hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Landstingens kostnader för nu nämnda insatser kan bli betydande. En samlad finansieringsram innefattande sjukvårds- och socialförsäkringsmedel föreslås härvid kunna göras till föremål för överläggningar mellan landstingens och statens företrädare.

Schablonmässigt räknas de landstingskommunala kostnaderna sammantaget öka med 300—500 miljoner kr.

10.4 Avslutande synpunkter

En ökad effektivitet hos samhällets rehabiliteringsverksamhet kan som visats i avsnitt 10.2 ge mycket stora vinster både från samhällsekonomisk och statsfinansiell synpunkt. Den svåra frågan är emellertid i vilken mån olika åtgärder verkligen leder till effektivare rehabilitering.

Försöksverksamhet i olika delar av landet har visat att det är möjligt att påverka sjukskrivningsfrekvensen, och i förlängningen sannolikt också förtidspensioneringarna. I dessa försök har man emellertid delvis arbetat med andra medel än vad som ryms i de åtgärder vilka beskrivits och kostnadsberäknats i avsnitt 10.3. Viss försöksverksamhet som varit framgångsrik har inriktats på utökat samarbete, t.ex. mellan arbetsplats och myndigheter (Trellborgsprojektet) och mellan de myndigheter som är engagerade i rehabiliteringsarbetet (Lerum).

Vi har också konstaterat att den låga effektiviteten i rehabiliteringsarbetet beror på bristande samverkan mellan den enskilde, myndigheter, sjukvård och arbetsplats, på att insatserna sätts in för sent samt på att det "saknas helhetssyn på människan". Vi har vidare pekat på att inte någon myndighet har huvudansvaret för rehabiliteringsfallen och inte heller de befogenheter eller resurser som krävs för att kunna leda rehabiliteringsinsatserna. Ett annat problem som ägnats stor uppmärksamhet i vårt arbete är att en stor del av rehabiliteringsfallen har sitt ursprung, och sannolikt åtgärdas effektivast, på arbetsplatsen.

De ovan nämnda problemen är en anledning till att det i direktiven anges att beredningen skall undersöka möjligheterna att låta försäkringskassan få ett ökat inflytande över rehabiliteringsarbetet. En annan metod att öka effektiviteten i rehabiliteringsarbetet som diskuteras är att införa en bättre ekonomistyrning.

Några av de åtgärder som föreslås har emellertid prövats i olika försök. Det gäller bl.a. bidrag för resor till arbetet. Försöken har visat positiva resultat, men med relativt små effekter på kostnaderna för sjukpenning, förtidspension och liknande. En föreslagen förändring som förhoppningsvis kan medföra bättre förutsättningar för rehabiliteringsverksamhet är att försäkringskassorna skall få inflytande över hur en del av sjukvårdhuvudmännens medel används (avsnitt 6.2.6).

Sammanfattningsvis är det svårt att bedöma vilka effekter i form av bl.a. minskade kostnader för långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar som de föreslagna åtgärderna kan komma att ge. I tabell 10:10 sammanfattas kalkylerna över statsfinansiella intäkter och kostnader. De tidigare nämnda schablonmässiga kostnaderna för landstingen (300—500 milj. kr.) har alltså inte medtagits i tabellen. Av tabell 10:10 framgår att åtgärderna ger stora statsfinansiella vinster redan vid små effekter på antalet sjukskrivna och förtidspensionerade. Resultaten måste emellertid tolkas med mycket stor försiktighet. Det finns risk att de föreslagna åtgärderna inte kommer att ge några mätbara effekter alls. Resultatet av åtgärderna blir då bara en ytterligare ökning av kostnaderna för långstidssjukskrivna, förtidspensionerade och personer i rehabilitering. Det är mot denna bakgrund man skall se vårt förslag om att inrätta en särskild genomförandegrupp med företrädare för centrala och lokala aktörer på rehabiliteringsområdet. Kostnaderna för denna genomförandegrupp har inte tagits med i tabell 10.10. Dessa kostnader är dock av engångskaraktär. Slutligen skall det påpekas att kostnader och intäkter i realiteten inte kommer att registreras vid samma tidpunkt. Förutsätt-

ningen för intäkter i form av minskade sjukskrivnings- och förtidspensionskostnader är ju att effektiva rehabiliteringsåtgärder genomförts. Beräkningarna redovisar kostnader och intäkter när åtgärderna givit full effekt, vilket kan ta ett flertal år. Slutsatsen är att åtgärdernas nettovinst kan förbytas i en nettokostnad de första åren, för att därefter generera successivt större intäkter.

Tabell 10:10 Sammanfattning av beräkningarna. Statsfinansiella kostnader och intäkter i 1986 års priser milj. kr.

	Lägsta alt.	Högsta alt.
Nettokostnad 1	228	662
Nettokostnad 2	233	576
Intäkter[1)]	1 310	1 308
Statsfinansiell nettovinst	1 077	732

Som framhölls i avsnitt 10.3.8 förutsätts arbetsplatserna öka sin aktiva medverkan, vilket torde medföra ökade kostnader även för den privata sektorn. Det rör sig framför allt om ökade kostnader hos de större företagen i samband med arbetsplatsutredning, anpassningsåtgärder o.dyl. På grund av förslagens konstruktion beräknas dessa kostnader i mindre omfattning drabba de små företagen. T.ex. vårt förslag om kontaktpersoner är framför allt knutet till företag som har skyddskommitté (alltså företag med minst 50 anställda). Arbetsplatsutredning i de små företagen kommer oftast att ske genom försäkringskassans försorg, vilket innebär att kostnadsökningarna för de små företagen inte torde bli så stora. I dag finns det omkring 490 000 aktiva företag (inklusive jordbruk), 340 000 av dessa är fåmansföretag. Ca 136 000 företag har en till 20 anställda och ca 3 000 är storföretag med mer än 100 anställda. Företagets kostnader på grund av våra förslag är mycket svåra att uppskatta och någon kvantifiering av dem har därför inte gjorts.

[1]) enligt det lägsta av alternativen för minskad förtidspensioneringsfrekvens och minskade sjukskrivningstider i tabell 10:1 resp. 10:2, samt vid 3 procent realränta. Observera att endast den del av den samhällsekonomiska vinsten som enligt tabell 10:3 hänför sig till staten har medtagits.

11 Plan för genomförande

Några av huvudfrågorna i vårt arbete har varit att klarlägga ansvarsfrågorna i rehabiliteringsarbetet, att undersöka om det går att samordna rehabiliteringsinsatserna på ett bättre sätt än för närvarande, samt att undersöka om det går att införa ersättningsformer som är enhetliga och mer flexibel än för närvarande. En grundtanke i vårt arbete har också varit att man bör öka utrymmet för aktiva åtgärder och prioritera dem. Vidare att ersättningssystemet bör fungera som ett instrument för att förkorta de passiva perioderna, genom att ersättningen bättre kopplas till rehabiliterande insatser.

Våra förslag avser alltså två huvudområden, dels ansvars- och samverkansfrågorna, dels ersättningssystemet. Förslagen bör genomföras så snart det är möjligt med hänsyn till dels den tid som går åt till departements- och riksdagsbehandling, dels erforderlig tid för informationsverksamhet och tid för den utbildning av försäkringskassornas personal och anpassning av RFV:s och försäkringskassornas ADB-system som blir nödvändiga om förslagen genomförs. Ändringarna föreslås därför träda i kraft fr.o.m. 1 juli 1990.

Det kommer att behövas särskilda åtgärder och insatser i ett inledningsskede rörande förslagen i kapitel 6 om samverkans- och metodfrågor. En svårighet i denna sektoriserade verksamhet är hur ett utökat samarbete och utvecklade kunskaper och arbetsmetoder i denna samverkan skall uppnås. För detta krävs en samordning mellan de olika samhällssektorerna. Den försöksverksamhet som inriktats på samverkan t.ex. mellan arbetsplats och myndigheter (Trelleborgsprojektet) och mellan de myndigheter som är engagerade i rehabiliteringsarbetet (Lerum och Östhammar) har varit framgångsrik. Erfarenheterna från olika projekt tas dock inte alltid tillvara och sprids inte eller används i verksamheten sedan projekten avslutats. Så länge man har projektmedel fungerar verksamheten. När projektmedlen är slut läggs verksamheten ofta ner och allt återgår till det gamla. En ordentlig satsning på en sammanhållen kunskaps- och metodutveckling är därför enligt vår mening nödvändig för att kunskaper och samverkansmetoder skall slå igenom och nå ut i hela verksamheten.

Vi föreslår därför att en särskild genomförandegrupp tillsätts. Det bör vara en tidsbegränsad fast organisation bestående av parlamentariker,

samt med företrädare för de olika rehabiliteringsaktörerna. Dessa bör få till uppgift att, under en treårsperiod, stödja ett genomförande lokalt genom att utifrån erfarenheterna från olika projekt utveckla arbetsmetoder, arbetsrutiner och samarbetsformer, samt ta fram ett för de olika aktörerna gemensamt utbildningsmaterial. Gruppen bör stå under politisk ledning på statssekreterarnivå. Arbetet bör påbörjas så snart som det är praktiskt möjligt.

Särskild vikt bör fästas vid utbildningsfrågorna. Med det ansvar som läggs på arbetsgivarna för rehabiliteringsarbetet är det särskilt viktigt att t.ex. arbetsledare, personalhandläggare och fackliga företrädare på arbetsplatserna får en adekvat utbildning för sin uppgift. Särskilda medel bör anslås för detta ändamål.

Försäkringskassorna bör i samverkan med övriga rehabiliteringsaktörer få ansvaret för att av genomförandegruppen utvecklad metodik och utbildning genomförs regionalt.

12 Forskning och utveckling

12.1 Inledning

I våra direktiv anförs bl.a. att vi bör "följa forsknings- och utvecklingsarbetet på rehabiliteringsområdet ... samt att överväga om ytterligare åtgärder behövs för att sprida resultatet av den omfattande forsknings- och utvecklingsverksamhet som bedrivs inom landet". Vi bör också enligt direktiven "ta initiativ till en breddad och fördjupad försöksverksamhet i samarbete med forskare och praktiskt verksamma".

Forskning och utveckling har sammankopplats i ett uttryck — FoU. Begreppet står för en serie av aktiviteter; från ett allmänt, grundläggande kunskapssökande till ett allt mer målinriktat och preciserat. Huvuddelarna brukar anges som grundforskning, tillämpad forskning och utvecklingsarbete. Grundforskning omfattar systematiskt och metodiskt sökande efter nya kunskaper och idéer utan tillämpningsaspekter medan den tillämpade forskningen har en bestämd tillämpning i sikte. Utvecklingsarbetet slutligen, omfattar ett systematiskt utnyttjande av forskningsresultat och kunskaper för nya produkter, processer och system eller för att förbättra befintliga sådana avsevärt.

Det är givet att socialförsäkringens utveckling är beroende av samtliga delar av FoU-verksamheten även om den tillämpade forskningen torde ha ett speciellt intresse.

12.2 Forskningsbehov och aktuell forskning

Socialförsäkringens utveckling påverkas av olika förhållanden såväl inom som utanför densamma. Forskning om socialförsäkring måste därför inriktas på ett mycket brett spektrum av socialpolitiken i dess helhet. Det gäller att nå kunskaper t.ex. om befolkningens sammansättning, tillstånd och förändringar, om utvecklingen inom arbetslivet, om miljö och hälsa och om nationalekonomiska förhållanden. Andra kunskaper som behövs rör familjesituationer och sociala förhållanden i övrigt m.m. Rättssäkerhet och individens integritet är påtagligt erforderliga inslag. Frågor om socialförsäkringens verkningssätt och dess samspel med andra sociala samhällsfunktioner behöver också svar. Till detta kommer det påfallande behovet att nå kunskaper om de individer som i olika situatio-

ner är beroende av socialförsäkringen som trygghetsanordning. Forskningsbehovet är alltså totalt sett överväldigande stort och frågorna mycket svåra och tidskrävande.

Hur kan forskningsbehovet exklusivt för rehabiliteringen avgränsas?

Rehabilitering i vid mening omfattar medicinska, sociala och yrkesinriktade åtgärder. De medicinska åtgärderna avser närmast att häva sjukdomstillstånd och återställa fysiska och psykiska funktioner hos den berörde. De sociala rehabiliteringsåtgärderna utgår från individens behov av service, råd, information och bistånd i den personliga situationen, förhållandet till andra individer och funktioner inom samhället. De yrkesinriktade åtgärderna avser att stärka individens möjligheter att få och behålla ett arbete, att själv åter klara sin försörjning.

De medicinska, sociala och yrkesinriktade rehabiliteringsbehoven förändras kontinuerligt. Detta beror främst på den tekniska utvecklingen och de vetenskapliga framstegen. Ny teknik och nya ämnen skapar nya förutsättningar men även nya och okända risker i arbete och under fritid. Forsknings- och utvecklingsarbete som beaktar detta är av synnerlig vikt för rehabiliteringsarbetet. Däremot kommer också forskning kring åtgärder som förebygger framtida skador och sjukdomar i förgrunden som ett av de viktigaste områdena när det gäller rehabilitering.

Självfallet utgör den rent medicinska forskningen och utvecklingen en av hörnstenarna i rehabiliteringen. Denna forskning är internationell och väl etablerad och har sin givna plats inom nutidens totala forskning. Svårare att få ett grepp om är den sociala forskningen och i ännu högre grad den del därav som berör rehabilitering och arbetsanpassning. En analys av läget år 1988 beträffande FoU-verksamheten i detta avseende ger följande slutsatser:

Övergripande studier av socialpolitik och välfärdsutveckling bedrivs endast i liten omfattning. Enstaka forskningsprojekt som omfattar såväl teoriutveckling som socialhistorik och viss tillämpning och som i någon mån berör rehabiliteringen finns på Institutet för social forskning, samt universiteten i Göteborg, Lund, Stockholm och Umeå.

De ekonomiska analyserna ökar i omfattning och omfattar såväl samhällsekonomi som fördelningsprinciper och statsfinansiella förhållanden. Högskolornas intresse är påtagligt stigande. Institutet för social forskning och Stockholms universitet torde vara ledande i sammanhanget.

Studier av socialförsäkringens betydelse för den enskilde människans och familjens välfärd är inte ofta förekommande och framför allt inte strukturerade. Levnadsförhållanden, hälsa och ekonomisk trygghet rent allmänt ägnas inget större intresse. Samma gäller systemets behov av kontinuerlig anpassning och dess träffsäkerhet i olika situationer. Något mera omfattande och dessutom ökande är studierna av de socialmedicinska konsekvenserna beträffande försäkringsreglernas utformning.

De socialmedicinska enheterna bl.a. i Linköping, Lund, Örebro och Umeå bedriver i detta sammanhang projekt liksom RFV. Det är emellertid svårt att se något speciellt mönster, någon sammanhållande faktor som styr inriktningen av projekten.

Samspelet mellan socialförsäkringen, arbetsmarknaden och andra sektorer i samhället studeras endast i mycket begränsad omfattning. Socialförsäkringens betydelse för sysselsättning, arbetskraftsutbud, arbetslöshet, frånvaro från arbetet osv. undersöks endast i enstaka projekt främst vid olika institutioner i Stockholm. Studier avseende de lokala rehabiliteringsgruppernas funktion bedrivs huvudsakligen av RFV och försäkringskassorna.

Kostnaderna för här redovisad forskning är mycket stora. Statliga medel för FoU fördelas över myndigheter, statliga institut, högskolor m.m. Inom socialdepartementet finns ett särskilt FoU-anslag vars del av socialdepartementets totala budget är omkring 0,05 procent. Anslaget fördelas i huvudsak efter förslag från Delegationen för social forskning. Projekt inom hela sociala sektorn stöds. Enligt DSF dominerade (i varje fall under perioden 1976—1980) socialtjänstens projekt i antal och pengar (2/3 av anslaget) medan projekten avseende socialförsäkringen var mindre och även efter hand minskade i antal. Allmänt sett kan enligt samma källa konstateras att forskning om socialförsäkring har liten volym, är av tillfällig karaktär och finansieras främst av kortsiktiga projektmedel.

Sammanfattningsvis kan konstateras att forskningen om socialförsäkringen och speciellt då rehabiliteringen inte kan anses motsvara behovet. Detta har såväl nationalekonomiska konsekvenser som stark påverkan på den enskilda medborgarens situation. Behovet av kunskaper är mycket stort och påträngande. Hur man inom rimlig tid skall tillgodose detta är ett svårt problem. DSF:s prioriteringskommitté förordade 1987 en långsiktig lösning — en satsning på "att konsolidera forskargrupper som redan har en livskraftig forskning på gång" och på "att bygga upp kreativa forskarmiljöer vid institutioner där förutsättningar härför syns goda". Frågan är om inte en sådan långsiktig lösning måste kompletteras med snabbverkande åtgärder. Kunskapsbehovet inom rehabilitering och arbetsanpassning är akut. Mot den bakgrunden framträder frågan om inte prioritering och någon form av styrning av forskningen är nödvändig.

12.3 Organ för och omfattning av forskning och utveckling avseende arbetsanpassning och rehabilitering. Aktuella projekt

I det följande redovisas i alfabetisk ordning vissa myndigheter och forskningsorgan, deras respektive uppgifter och en kort kommentar om aktuella projekt. Källorna är verksamhetsberättelser, rapporter och liknande.

Redovisningen gör inte anspråk på att vara en fullständig genomgång. Andra projekt än de redovisade kan förekomma. Vissa redovisade projekt får anses ha en relativt svag anknytning till arbetsanpassning och rehabilitering men har ändå ett visst intresse i sammanhanget.

12.3.1 Arbetslivscentrum (ALC)

ALC skall enligt sin instruktion (SFS 1976:943) bedriva och främja forsknings- och utvecklingsarbete om förhållanden, som rör individer och grupper i arbetslivet, relationerna mellan arbetsmarknadens parter, frågor om inflytande i arbetslivet samt arbetsorganisationen och dess funktionssätt. Vidare skall ALC utveckla och främja en arbetsvetenskaplig forskning som kännetecknas av tvärvetenskapliga arbetsformer och nära anknytning till arbetslivets praktiska frågor.

Den forskning som under senare år bedrivits av ALC eller med dess stöd synes inte ha berört frågor om rehabilitering.

12.3.2 Arbetsmarknadsverket

Arbetsmarknadsverket bedriver inte egen FoU, utöver sådant utvecklingsarbete, som är ett led i arbetet med att förbättra metoder och arbetsformer, öka effektiviteten m.m. Sektorsorgan, som ägnar sig åt FoU på arbetsmarknadsområdet är främst SOFI och EFA (se nedan).

Inom anslaget till Yrkesinriktad rehabilitering — som främst avser verksamheten vid AMI — finns en anslagspost för metodutveckling. För budgetåret 1987/88 har anvisats drygt 3 milj. kr. till ändamålet, som främst avser verksamheter med inriktning på praktisk metodutveckling inom arbetsmarknadsverkets område.

Metodutvecklingsprojekt rapporteras som regel i serien "Rapporter om metodutveckling inom vägledning och yrkesinriktad rehabilitering (serie V)". Projekten behandlar ofta särskilda grupper av sökande, t.ex. invandrare, socialmedicinskt arbetshandikappade, insatser i samband med företagsnedläggelser eller större driftsinskränkningar m.m.

12.3.3 Arbetsmiljöfonden (AMFO)

AMFO skall enligt förordning med instruktion för arbetsmiljöfonden bl.a. stödja:

- sådan forskning och utveckling samt utbildning och information som kan motverka uppkomsten av arbetsskador eller i övrigt till en förbättrad arbetsmiljö,
- forskning och utveckling samt utbildning och information beträffande medbestämmande i arbetslivet och arbetslivsfrågor i övrigt.

Bidrag till forskning och utveckling skall avse främst sådan forskning vars resultat kan väntas få praktisk användning inom arbetslivet, och sådant utvecklingsarbete, som behövs för att nya tekniska lösningar skall komma i praktisk tillämpning.

AMFO har år 1985 angett följande prioriterade områden:

- kemiska arbetsmiljöproblem
- fysikaliska arbetsmiljöproblem
- arbetsställning/arbetsbelastning
- arbetsolycksfall
- arbetsplats- och maskinutformning, ventilation, skyddsutrustning

- psykiska och sociala aspekter i arbetslivet, arbetsorganisation, medbestämmande
- lokalt skyddsarbete och FHV.

En projektkatalog gavs ut 1986. Av särskilt intresse från anpassnings- och rehabiliteringssynpunkt är exempelvis ett projekt som syftar till att utveckla ett handlingsprogram för att minska besvär i rörelse- och stödjeorganen hos anställda. Utvecklingsarbetet sker inom ramen för FHV:s arbete. Ett ytterligare projekt syftar till att utveckla ett rehabiliteringsprogram för anställda vid Huskvarna AB — Elektrolux AB.

Flera andra projekt syftar till att diagnosticera och/eller minska besvär av olika belastningar i arbetet eller utveckla hjälpmedel och utrustningar för att minska belastningar. Även om dessa projekt inte som de nyss nämnda har ett klart uttalat rehabiliteringssyfte bör de kunna bidra till att ge underlag för rehabiliteringsprogram. På samma sätt bör projekt som syftar exempelvis till att studera samband mellan hjärt-kärlsjukdomar och olika slag av påfrestningar i arbetsmiljön — stress, skiftarbete m.m. — kunna användas för att utveckla anpassnings- och rehabiliteringsinsatser för personer med hjärt-kärlsjukdomar.

AMFO stöder också projekt på dataområdet. Ett projekt behandlar kontorsautomation för synskadade.

Företagshälsovårdsprogrammet

AMFO har sedan år 1984 genom företagshälsovårdsprogrammet gett stöd åt arbetet med att bygga ut och effektivisera FHV.

En andra etapp av programmet har inletts. Programmet breddas och får drygt 35 milj. kr. till sitt förfogande fram till år 1990. I det fortsatta arbetet vill AMFO:

- stödja utvecklingen av det lokala arbetsmiljöarbetet som en integrerad del i arbetsplatsens linjeorganisation,
- stödja utvecklingen av FHV:s organisation och arbetsformer som en resurs åt det lokala arbetsmiljöarbetet,
- stödja utvecklingen av FHV:s arbetsmetoder,
- förmedla och genom försöksverksamhet omsätta tidigare framtagen kunskap och nya forskningsrön i praktiska, verksamhetsinriktade handlingsprogram.

Arbetet med att utveckla arbetsmetoder skall bl.a. gälla rehabilitering och arbetsanpassning — individuellt och kollektivt — i samarbete med försäkringskassa, arbetsförmedling och övriga berörda samhällsorgan.

12.3.4 Delegationen för arbetsmarknadspolitisk forskning (EFA)

EFA har till uppgift att ta initiativ till och biträda vid forskning kring arbetsmarknadspolitikens effekter.

Delegationen presenterade år 1985 ett arbetsmarknadspolitiskt forskningsprogram, som anger fyra prioriterade forskningsområden:

- Forskning kring arbetsmarknadens funktionssätt.
- Forskning kring arbetsmarknadspolitikens roll och utformning.
- Utvärdering av arbetsmarknadspolitiska åtgärder.
- Forskning kring genomförandet av arbetsmarknadspolitiken.

Av de angivna områdena är det främst utvärdering av arbetsmarknadspolitiska åtgärder, som bl.a. omfattar åtgärder för att förbättra arbetsmarknadsförhållandena för handikappade och olika former av rekryteringsstöd för utsatta grupper, som har anknytning till rehabiliteringen.

Bland de i EFA:s verksamhetsberättelse för budgetåret 1985/86 redovisade projekten kan nämnas ett projekt, som skall studera sambandet mellan hälsotillståndet hos en befolkning och olika sociala och ekonomiska faktorer.

EFA publicerade år 1984 ett betänkande (SOU 1984:31) Arbetsmarknadspolitik under omprövning. I betänkandet presenteras och sammanfattas resultat av olika forskningsprojekt. Ett avsnitt, skrivet av professor Eskil Wadensjö, behandlar de arbetshandikappades arbetsmarknadsituation och åtgärder för arbetshandikappade.

12.3.5 Delegationen för social forskning (DSF)

Inom socialdepartementet finns sedan drygt tio år en delegation för social forskning. En av delegationens uppgifter är att ge departementet råd om hur dess anslag för forsknings- och utvecklingsarbete och försöksverksamhet skall användas för att öka kunskapen om människors levnadsvillkor och socialpolitikens resultat. Den forskning som skall kunna påräkna stöd måste också kunna bidra med underlag för förbättrade arbetsmetoder och organisationsformer.

DSF skall också med utgångspunkt i översikter över kunskapsläget inom olika delområden ta initiativ till överläggningar mellan forskare och personer i praktisk verksamhet inom socialvård, sjukvård och försäkring för att undersöka möjligheterna till samverkan kring att ta fram ny kunskap.

DSF stöder f.n. FoU inom följande områden:

- allmän socialpolitik, arbetsliv och det ekonomiska trygghetssystemet
- socialtjänst och samhällsplanering
- barn-, ungdoms- och familjepolitik
- alkohol och andra beroendeframkallande medel
- äldreomsorg
- handikapp
- hälso- och sjukvård

De projekt som DSF stöder och som kan ha någon relevans för rehabilitering är till största delen medicinskt inriktade. Studier av sjukfrånvarostatistik kan belysa olika samband och ge underlag för rehabiliterande insatser.

12.3.6 Forskningsrådsnämnden (FRN)

Enligt instruktionen (SFS 1977:35) för forskningsrådsnämnden har nämnden till uppgift att ta initiativ till och stödja forskning främst inom områden som är angelägna från samhällets synpunkt. Nämnden skall härvid beakta behovet av tvär- och mångvetenskaplig forskning. Den skall också verka för att information om forskning och forskningsresultat sprids, samt ha ett samordnande ansvar för handikappforskningen. Vidare skall den samverka med myndigheter och organ inom forskningens område.

Det åligger nämnden särskilt att bl.a.:

- främja samordning och samarbete mellan forskningsråden inom utbildnings- och jordbruksdepartementens verksamhetsområden samt, i vad avser teknisk grundforskning, mellan forskningsråden och styrelsen för teknisk utbildning,
- främja samarbetet mellan forskningsråden och andra myndigheter och organ i frågor som avser initiativ till forskning, vetenskaplig bedömning av forskning eller finansiering av forskning,
- fördela medel till forskning,
- allsidigt och öppet granska och utvärdera den forskning som nämnden har tilldelat medel.

Vid fördelning av medel skall nämnden ge företräde åt sådan långsiktigt orienterad forskning som är angelägen från samhällets synpunkt och som bedöms ha stor inomvetenskaplig betydelse.

Bland de från rehabiliteringssynpunkt intressanta projekt som FRN redovisat avser några behandling m.m. av alkoholproblem, respektive av fetma och högt blodtryck. Flera projekt gäller kost och arbetstider, bl.a. skiftesarbete. Vidare kan noteras projekt med inriktning på hörsel- och synhandikapp.

12.3.7 Institutet för arbetsmiljöforskning

Institutet för arbetsmiljöforskning skall enligt instruktionen för arbetarskyddsverket (SFS 1987:393) bl.a.:

- svara för att kunskaper och kompetens byggs upp inom arbetsmiljöforskningen,
- uppmärksamma utvecklingen av den vetenskapliga forskningen inom institutets verksamhetsområde,
- samverka med myndigheter, institutioner och organisationer, så att de samlade resurserna för arbetsmiljöforskningen utnyttjas effektivt,
- ansvara för utbildningen av företagshälsovårdens personal och bedriva annan extern utbildning samt medverka i arbetarskyddsstyrelsens personalutbildning,
- utföra uppdrag inom sitt verksamhetsområde.

Ett stort antal projekt behandlar belastning, belastningsskador och -sjukdomar och/eller ergonomiska åtgärder för att minska belastning.

Allergisk alveolit och allergisk astma är ett stort problem bl.a. bland lantbrukare. Ett par projekt behandlar dessa områden.

Exposition för lösningsmedel är också ett område, som behandlas ur flera aspekter. Rehabilitering av lösningsmedelsskadade — liksom allergiker — möter ofta stora svårigheter. Ofta är enda lösningen omskolning och yrkesbyte.

12.3.8 Institutet för social forskning (SOFI)

SOFI ingår sedan år 1981 i Stockholms universitet. Det har till uppgift att bedriva forskning rörande sociala frågor och arbetsmarknadsfrågor. Det åligger institutet särskilt att bedriva forskning som är inriktad på tillämpning inom social- och arbetsmarknadspolitiken samt på problem med anknytning till sådan politik.

Som exempel på FoU-projekt av betydelse för rehabiliteringen kan nämnas "Flexibilitet i arbetstidsuttaget" där flexliv, flextid och deltid m.m. studeras, "Arbetsmarknad och handikappolitik" där omfattning och sammansättning av de arbetshandikappade jämförs i olika länder, "1981 års levnadsnivå" som mäter befolkningens levnadsnivå bl.a. med hänsyn till hälsa, vårdtillgång, arbetsmöjligheter och arbetsvillkor samt "Variationer i sjukfrånvaron" där effekterna av hälso-, familje- och arbetsförhållanden studeras.

12.3.9 Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna

En av RFV:s viktigaste uppgifter är att bevaka socialförsäkringens effekter för individen och samhället utifrån en helhetssyn. I uppgiften ligger skyldigheten att bevaka utvecklingen, genom analyser och utredningar följa verkningarna av regelsystemet och ta initiativ till forsknings- och utvecklingsprojekt. Verksamheten sker i aktivt samarbete med bl.a. försäkringskassorna.

RFV och försäkringskassorna har inte fasta resurser för forskning på socialförsäkringområdet. Sådan stöds i stället bl.a. av DSF. Olika former av försök och utvecklingsarbete förekommer också självfallet inom ramen för den ordinarie verksamheten.

Som exempel på projekt kan nämna RFV:s "Långa sjukfall, rehabilitering och förtidspension" med målsättning att bl.a. beskriva sjukskrivningsorsaker, följa upp försäkringskassornas och andra myndigheters rehabiliteringsåtgärder, samspelet mellan berörda samhällsorgan och slutligen ekonomiska förhållanden i rehabiliteringsverksamheten (se bilaga 2).

RFV och försäkringskassorna har under ett antal år disponerat särskilda medel för projektverksamhet. Under innevarande budgetår är summan 10 milj. kr. En stor del av projekten avser metodutveckling för aktivitet i sjukdomsfall med rehabilitering och tidig återgång till arbetet.

Bland försäkringskassornas projekt kan nämna följande (försäkringskassa inom parentes):

- invandrares rehabilitering (Sth)
- effektivare rehabilitering i samverkan (Sth, Västerbotten)
- analyser av sjukfrånvaro m.m. (Östergötland, Malmö)
- aktiv och förebyggande rehabilitering (Malmöhus)
- utvärderingsmetod för rehabiliteringsarbete (Älvsborg)
- flexibel sjukpenningersättning och reseersättning som alternativ till sjukpenning (Blekinge, Gävleborg, Göteborg och Västerbotten)

12.3.10 Universitet och högskolor

I en rapport "Man kan om man får — forskning, handikapp, samhället" redovisades år 1981 ett antal handikapprojekt vid svenska högskolor. Från rehabiliteringssynpunkt är följande speciellt intressanta (universitet/högskola inom parentes):

- Utbildning och arbetsplacering för svårt handikappade inom data (Göteborg)
- Arbetssituationen vid aktivt sittande vid maskinsömnad (Göteborg)
- Effekterna av fysisk träning vid obesitas hypertoni (Göteborg)
- Återanpassning efter hjärtinfarkt (Göteborg)
- Skulderbelastning under arbete (Göteborg)
- Jämförande studier av olika lyftteknik (Karolinska)
- Datorprogram för synskadade (Luleå)
- Reumatikern i arbete (Lund)
- Rehabilitering av invandrare (Lund)
- Skogsarbetsmöjligheter för personer med arbetshinder (Lantbruksuniversitetet)
- Handikappades olycksfallsrisker (Uppsala)

12.4 Vårt förslag

Det är svårt att ge en sammanfattande beskrivning av det forsknings- och utvecklingsarbete som avser den svenska socialförsäkringen i allmänhet och rehabiliteringen i synnerhet. En systematiserad, allomfattande redovisning av forsknings- och utvecklingsprojekt saknas. Många forskare och många organ arbetar uppenbarligen med projekt som berör socialförsäkringen men någon form av samordning mot ett visst mål eller med en bestämd tillämpning i sikte kan inte påvisas. Redovisningen i avsnitten 12.2 och 12.3 ger ett bestämt intryck av att socialförsäkringsforskningen i landet i stort baseras på den enskilda forskarens behov, tyckanden och intressen. Samhällsorganen förefaller inte påverka landets forskning och utveckling i någon nämnvärd grad, de agerar endast i ringa utsträckning som beställare av forskning inom sina respektive ansvarsområden.

På vilket sätt har denna situation uppkommit? Mot bakgrund av att såväl individens trygghet som samhällsekonomin påverkas på ett avgörande sätt genom socialförsäkringen och i rehabiliteringen borde förhållande vara det motsatta. DSF:s initiativgrupp konstaterade i en rapport

"Öka forskningen om socialförsäkringen" år 1984 "att det inte går att finna en orsak till den förhållandevis svaga utvecklingen av socialförsäkringsforskningen utan man får söka flera samverkande faktorer". Följande förhållanden bedömdes bl.a. särskilt betydelsefulla i detta avseende:

- Socialförsäkringens kontinuerliga och snabba omvandling.
- Avsaknaden av en naturlig institutionell hemvist för socialförsäkring inom högskolan.
- Socialförsäkringen tillhör som regel inte institutionernas traditionella intresseinriktning.
- De statliga utredningar som sysslar med socialförsäkringen vänder sig sällan till forskarvärlden för att få hjälp.
- Intressemotsättningar har varit sällsynta under socialförsäkringens expansion.
- Tillväxten av antalet forskare och forskarstuderande inom det samhällsvetenskapliga området är svag.

Det är av intresse att studera initiativgruppens bedömning av angelägna kunskapsområden och forskningsperspektiv för socialförsäkringen. Gruppen redovisar följande forskningsbehov.

1. *Forskning om förhållanden som generar behov av ekonomiskt stöd*, särskilt

— studier av konsekvenserna av arbetslivets utveckling av socio-demografiska och hälsomässiga förhållanden samt av fysisk planering och miljöfaktorer,
— studier av förändringsflöden i befolkningen vad gäller familjeförhållanden, arbete, bostad och hälsa,
— studier som belyser samspelet mellan olika livsområden i människors liv över tid.

2. *Forskning om socialförsäkringen i tillämpning*

— Särskilt studier avseende försäkringens
— fördelningspolitiska effekter,
— träffsäkerhet i enlighet med lagens intentioner,
— rättssäkerhets- och integritetsaspekter,
— privatekonomisk betydelse och styreffekter,
— samhällsekonomiska och finansiella konsekvenser,
— anpassning i en ekonomi som förändras.

3. *Forskning om samspelet mellan socialförsäkringssystemet och andra sektorer*

med fokus på bl.a.

— samspelet mellan förebyggande insatser, ekonomiskt stöd, rehabilitering och vård ur privatekonomiskt, socialt och samhällsekonomiskt perspektiv,
— gränsområden och målkonflikter, olika lagar, regelsystem och begrepp,
— administrativa och planeringstekniska samarbetsmöjligheter och problem.

4. *Komparativa studier av socialpolitik och välfärdsutveckling*
där Sverige jämförs med andra länder vad gäller sådant som
— utformning och konsekvenser av olika socialpolitiska program och åtgärder,
— fördelningen av olika levnadsnivåkomponenter som inkomst och sysselsättning, hälso- och omsorgsproblem, bostads- och familjeförhållanden mellan olika befolkningsgrupper, regioner och mellan män och kvinnor,
— processer som social rörlighet, familjebildning och familjeupplösning, rörlighet in och ut ur arbetslivet etc.

5. *Tvärvetenskaplig integrering och metodutveckling*
bl.a. vad gäller
— metoder för insamling och analys av livshistoriedata,
— metodologiska problem och tekniska förutsättningar vid jämförande internationella studier.

Vi konstaterar att ovanstående slutsatser för socialförsäkringsforskningen i allmänhet i hög grad även är giltiga beträffande kunskapsbehovet inom rehabiliteringen. Penetreras detta behov särskilt kan bl.a. följande angelägna områden urskiljas — allmän kunskap om trygghetssystemet, sjukfrånvarons bakgrund och utveckling och de långa sjukfallens speciella problem. Vid sidan av dessa tre områden vill vi fästa speciell uppmärksamhet på forskning om kostnader och intäkter för rehabiliteringsverksamheten. Som vi påtalat i kapitel 10 "Rehabilitering i samhällsekonomiskt perspektiv" saknar vi tillräckliga kunskaper om de ekonomiska effekterna av rehabiliteringsverksamheten. Bl.a. föreligger det svårigheter att mäta de betydande allmänmänskliga aspekterna på rehabilitering, såsom minskat lidande och ökat välbefinnande.

12.4.1 Forskning angående allmänna kunskaper om trygghetssystemet

Socialförsäkringen besväras allmänt av att lagbestämmelser och tillämpningsregler är mycket krångliga. Det är nödvändigt — inte minst från rättssäkerhetssynpunkt — att den enskilde förstår sina rättigheter och skyldigheter. Där har de grundläggande begreppen t.ex. orden sjukdom, arbetsoförmåga, rehabilitering, handikapp osv. en viktig funktion. I dag har vi olika tolkningar hos olika huvudmän och t.o.m. inom en och samma samhällssektor. Samhällsinformationen spelar i detta sammanhang en stor roll. Men vad vet man om dess genomslag? Forskning behövs för att klara ut hur lagar och regler skall utformas så att de blir tillgängliga för var och en.

12.4.2 Forskning om sjukfrånvaron

Sjukfrånvarons bakgrund, orsaker och utveckling är ett stort forskningsområde där t.ex. följande delobjekt kan urskiljas:
- sjukskrivningsorsaker/sjukskrivningsmönster,
- sjukfallens utveckling och avslutning,

- sjukperiodens längd och dess påverkan på rehabiliteringsmotivationen/rehabiliteringsmöjligheten,
- diagnosanalyser,
- arbetsmiljö och sjukfrånvaro,
- regelsystemets påverkan på sjukfrånvaron,
- regionala olikheter i sjukfrånvaron,
- alkohol- och narkotikamissbruk i samband med sjukfrånvaro,
- sociala faktorer i sjukskrivningsmönstret,
- utsatta grupper,
- sjukfallsfrekvens och varaktiga fuktionsnedsättningar,
- arbetsmarknadens möjligheter contra sjukskrivning,
- ekonomiska förhållanden vid sjukfrånvaro,
- sjukskrivningens betydelse som behandlingsinstrument i sjukvården,
- sjukvårdsåtgärder contra sjukskrivning.

12.4.3 Forskning om långa sjukfall

De långa sjukfallens orsaker är speciellt intressanta, liksom olika prövade rehabiliteringsåtgärders effekt. Ett annat område som har stor betydelse är uppföljning av rehabiliterade personer under lång tid. Följande forskningsfrågor kan bl.a. ge användbara kunskaper för rehabiliteringen:

- medicinska, sociala och arbetsmässiga orsaker i de långa sjukfallen,
- tidsförhållanden i långa sjukfall,
- rehabiliteringsåtgärder i långa sjukfall — en kartläggning,
- missbruksproblem i långa sjukfall — åtgärder och resultat,
- avvecklingen av långa sjukfall,
- sjukskrivning före förtidspensionering,
- regionala olikheter i de långa sjukfallen,
- långa sjukfall och familjesituation,
- rehabiliteringsgruppernas arbete,
- prioriteringsfall vid rehabilitering.

Flera av de projekt som vi i avsnitten 12.4.1—12.4.3 ansett vara önskvärda finns redan i en eller annan form genomförda eller är avslutade. Mycket ofta har de formen av väl genomförda kartläggningar och redovisningar men saknar grundlig vetenskaplig analys av förhållandena. De behöver därför i stor utsträckning aktualiseras, följas upp och analyseras för att ge erforderliga kunskaper. Resultaten av de olika projekten bör också jämföras med varandra i större utsträckning än som nu sker och jämförelserna bör analyseras i sin tur. Först med ett sådant grundligt förfaringssätt, torde de hittills genomförda projekten ge nya kunskaper och idéer av betydelse för utvecklingen i stort.

12.4.4 Avslutande synpunkter

Socialförsäkringen med rehabiliteringen i förgrunden är ett alltför viktigt FoU-område för att lämnas åt en slumpartad utveckling. Både från

den enskildes som från statsmakternas synpunkt måste prioriteringar, kvalitet och kvantitet säkras. Kravet på att få fram kunskaper inom rimlig tid är påfallande. Kvalitets-, kvantitets- och tidskrav gör att forskning och utveckling inom socialförsäkringsområdet måste styras på något sätt. Det är därvid dock av största vikt att det inte blir en detaljstyrning som kravbinder forskarna. Styrning i stort, med avsikt att samordna forskningen och att ge nya kunskaper och nya idéer inom den möjliga socialpolitikens ram, bör vara det naturliga målet.

Det är i detta sammanhang också nödvändigt att informationen om framtagna nya kunskaper och nya idéer fungerar perfekt. I nuläget visar erfarenheten att det i vissa fall kan dröja bortåt tio år mellan forskning och tillämpning. En sådan tidsutdräkt är inte rimlig. Åtgärder måste vidtas för att informationen om forskningen och dess framtagna kunskaper och idéer når beslutsfattare och andra berörda inom rimlig tid.

Forskning, information och utbildning bör fungera tillsammans. I annat fall kan det förekomma att utbildningen baseras på gårdagens rön i stället för dagens. Kvalitetskravet måste särskilt tillgodoses. I dag ges inom högskolan endast en översiktlig utbildning om socialförsäkringen. Övrig utbildning sker inom socialförsäkringens administration. Det är nödvändigt att ändra på detta förhållande snarast och ge utbildningen den kvalitet som ämnesområdets svårighetsgrad kräver, dvs. förlägga den till högskolenivå.

Den genomförda summariska genomgången av FoU rörande socialförsäkringen i allmänhet och rehabiliteringen i synnerhet visar klart behovet av att forskningsprojekt och deras resultat redovisas sammanfattat, systematiskt och kontinuerligt så att de blir tillgängliga inte bara för forskare utan även för användare av olika slag. I dag finns ingen sådan redovisning. Vi föreslår därför att kartläggning av nuläget i detalj genomförs i ett särskilt projekt och att i detta också frågan om kontinuitet och omfattning av informationen utreds.

När det gäller kraven på forskningssamordning, bättre information och högre nivå för utbildningen finns flera olika vägar att nå målet. En möjlig väg är t.ex. att skapa en institutionell hemvist för socialförsäkringsforskning inom högskolan, en annan att bygga upp ett socialförsäkringens forskningscentrum. Säkert finns det också andra sätt. När det gäller kostnaderna för socialförsäkringsinstitutioner eller forskningscentrum bör man beakta att socialförsäkringsutgifterna utgör en dominerande del av samhällets totala ekonomi och att därmed stora summor kan sparas med bättre underlag för de politiska besluten.

Med en institutionell hemvist eller ett forskningscentrum för socialförsäkringen skapas dels en högre status för socialförsäkringsforskningen och dels en klar möjlighet till effektivare användning av resultat och nya kunskaper. Intresse och medvetenhet bland forskare och forskarstuderande stimuleras. Forskningssamordning, information och utbildning gynnas. Det är också sannolikt att den i nuläget märkbara isoleringen av socialförsäkringens forskning och utveckling kan brytas snabbt och effektivt. Bra samarbetsformer mellan forskningen och den fungerande

socialförsäkringsadministrationen t.ex. för att skapa användarinriktade statistiska analyser m.m. bör kunna utvecklas.

Från ekonomiska och tidsmässiga synpunkter anser vi det vara lämpligast att ansluta socialförsäkringens forsknings- och utbildningscentrum till den befintliga högskoleorganisationen t.ex. till SOFI vid Stockholms universitet eller någon av socialhögskolorna och därmed bygga ut befintliga verksamhet. Särskild professur bör dock skapas för socialförsäkringsforskning och utveckling med rehabilitering i förgrunden och tvärvetenskaplig inriktning.

13 Erfarenheter från andra länder

13.1 Inledning

Vi har studerat socialförsäkringens uppbyggnad — främst gällande sjukdomsförebyggande åtgärder och rehabilitering — i Danmark, Finland, Norge och Västtyskland i syfte att jämföra dem med det svenska systemet och att få impulser till förbättringar. Nedanstående beskrivning avser förhållandena 1987.

Främst två skäl avgjorde att just Västtyskland vid sidan av våra nordiska grannländer valdes. Dels har sjukförsäkringen i Västtyskland sedan lång tid betalat ersättning för sjukdomsförebyggande åtgärder och det bedömdes som angeläget att få del av deras erfarenheter av denna verksamhet. Dels har den västtyska socialförsäkringen en mycket splittrad organisation uppdelad på olika typer av sjukkassor, t.ex. allmänna sjukkassor, företagssjukkassor, sjukkassor för hantverkare osv. Pensionsförsäkringen administreras dessutom av en särskild huvudman skild från sjukkassorna. Det har därför varit särskilt intressant att ta del av deras erfarenhet av samordning av olika rehabiliteringsinsatser.

13.2 Danmark

Huvudregeln i det danska *sjukpenningsystemet* är att arbetsgivaren fr.o.m. andra hela sjukdagen och därefter under tretton veckor betalar "dagpenge", om personen i fråga inte har rätt till lön under sjukdom. Förutsättningen är att den anställde varit i arbete hos arbetsgivaren minst 40 timmar under de senaste fyra veckorna och har haft lön motsvarande minst ett minimibelopp, vilket justeras varje år. Efter de tretton veckorna betalas sjukpenning från kommunens "sociale udvalg". Från huvudregeln finns det undantag då kommunen står för ersättningen även under de första tretton veckorna, exempelvis för en arbetslös löntagare under förutsättning att han har rätt till dagpenning från arbetslöshetsförsäkringen.

I samband med att man den 1 april 1983 ändrade arbetsgivarperioden från fem veckor till tretton införde man en generalklausul innebärande att "dagpenge" i princip inte skall utbetalas längre än två år. Dessförinnan fanns ingen maximitid för hur länge "dagpenge" kunde utbetalas.

"Dagpenge" utgör ca 90 procent av lönen, men kan inte överstiga ett högsta belopp som justeras varje år.

Vid långvariga sjukfall skall kommunens "sociale udvalg" bedöma behovet av rehabilitering alternativt pension minst var tredje månad.

"*Invalidpension* från systemet för sociala pensioner" (= folkpensioneringen, däremot inte tilläggspension) administreras lokalt av kommunerna och beviljas när man bedömer att det föreligger varaktig nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften på grund av fysisk eller psykisk invaliditet. Pensionen är i princip alltid varaktig, men det kan i undantagsfall bestämmas att granskning skall ske efter en viss tid. Pensionen kan erhållas fr.o.m. 15 års ålder till längst 67 års ålder (den allmänna pensionsåldern). Beroende på graden av nedsättning av arbetsförmågan kan "invalidpensionen" beviljas i form av den höjeste (= högsta), mellenste (= mellanstora) eller laveste (= lägsta) pensionen. Den högsta pensionen beviljas personer som bedöms som arbetsoförmögna i varje arbete eller som bara har obetydlig arbetsförmåga kvar. Den mellanstora pensionen beviljas dem vars arbetsförmåga är nedsatt i mindre grad men dock med omkring 2/3. Den lägsta pensionen beviljas om arbetförmågan är nedsatt i mindre grad än 2/3 men dock med minst hälften.

"*Förtidig folkepension*" kan beviljas på grund av sviktande hälsa eller andra speciella omständigheter till män och gifta kvinnor i åldern 60—66 år samt till ensamstående kvinnor i åldern 60—61 år. (Ensamstående kvinnor som fyllt 62 år har rätt till ålderspension utan några medicinska eller sociala skäl.)

Från 1 juli 1977 är det vidare möjligt att bevilja "förtidig folkpension" till personer som fyllt 55 år om särskilda sociala eller arbetsmarknadsmässiga förhållande är för handen.

Den 1 januari 1979 trädde "*efterlön*" *i kraft*. Efterlönesystemet har enligt Arbejdsdirektoratet i Danmark både arbetsmarknadspolitisk och social bakgrund. Det syftar till att ge möjlighet till sysselsättning av yngre arbetslösa genom att erbjuda äldre personer att lämna arbetet några år före pensionsåldern utan alltför kännbar inkomstnedgång. Rätt till efterlön har bosatta i Danmark som under de senaste 15 åren varit medlem av en erkänd arbetslöshetskassa i minst tio år. Medlemmar skall vidare vara i 60—66-årsåldern, samt uppfylla villkoren för rätt till arbetslöshetsdagpenning vid tidpunkten för övergång till efterlön. För att erhålla efterlön måste man helt lämna arbetslivet. Man har möjlighet att återvända till arbetsmarknaden, men därigenom försitter man sin rätt till ytterligare efterlön. Efterlönens storlek är stegvis nedtrappad mellan tidpunkten för efterlön och den normala pensionsåldern. Nedtrappningen sker i tre steg. Under de första 2 1/2 åren (den ev. tiden med arbetslöshetsersättning omedelbart före övergången till efterlön medräknat) motsvarar efterlönen den arbetslöshetsersättning personen i fråga skulle vara berättigad till, dvs. 90 procent av lönen upp till ett visst maximum. Jämfört med invalidpensionen är efterlönen under denna period större än "den höjeste invalidpensionen". Efterlönen är i regel under hela perioden fram till 67 års ålder högre än "den mellenste invalidpensionen" eller en "förtidig folkepension" skulle vara. Om man uppfyller kraven för efterlön är det

därför sannolikt att man väljer efterlön i stället för att söka "förtidig folkepension".

Vid *arbetslöshet* betalas dagpenning till medlemmar av arbetslöshetskassorna. Den maximala ersättningstiden är 130 veckor inom de senaste åren, oberoende av åldern. Dagpenning betalas för längst sex dagar/vecka. Då man inte har rätt till arbetslöshetsersättning, kan man få bistånd från kommunen enligt den allmänna lagen om "social bistand".

"*Social bistand*" kan ges antingen i form av "forbigående hjälp" till personer som på grund av t.ex. sjukdom eller sviktande arbetsmöjligheter en begränsad tid är i behov av stöd och inte får detta på annat sätt, eller också i form av "varig hjälp" till personer som varaktigt är i behov av stöd utan att få det från pensionssystemet.

13.3 Finland

Sjukpenning från den allmänna sjukförsäkringen utbetalas först efter en karenstid som innefattar insjuknandedagen och sju därpå följande vardagar. Under karenstiden har majoriteten av alla finska löntagare rätt till avtalsenlig sjuklön. Nästan alla arbetstagare får full lön under 29—90 sjukdagar enligt regler i kollektivavtal. Den sjukpenning arbetstagaren skulle ha fått går i stället till arbetsgivaren under dessa dagar. Sjukpenningtiden är maximerad intill slutet av kalendermånaden före den månad då antalet sjukpenningdagar (= vardagar) skulle ha uppgått till 300. Detta innebär att sjukpenningersättningen utgår för högst 299 vardagar, med alla sjukperioderna sammanräknade om man inte haft en arbetsfri period på minst ett år mellan sjukperioderna. Efter ett års avbrott i sjuktiden slopas de tidigare perioderna och sjukpenningrättstiderna börjar om från början igen. Vid kortare avbrott mellan sjukperioderna återkommer sjukpenningersättningen utan karenstid om avbrottet inte överstiger 30 kalenderdagar.

Vid studiebesök på Tetra Pak (utanför Helsingfors) framkom att den avtalsenliga sjuklönen var förknippad med ett krav på läkarintyg fr.o.m. första sjukdagen för arbetare. Tjänstemän däremot hade rätt att få ersättning utan läkarintyg under ett par dagar.

Sjukpenningen utgör ca 80 procent av den senast taxerade arbetsinkomsten, med en fastställd minimigräns. Det finska sjukpenningsystemet innehåller inget krav på förvärvsinkomst eller anställningstid, däremot någon form av arbete. Detta innebär att även grupperna hemmamakar, studerande och s.k. medhjälpande familjemedlemmar utan lön har rätt till sjukpenningersättning. Däremot har de som "av egen vilja" under de tre senaste månaderna levt utan att arbeta för egen eller annans räkning inte rätt till sjukpenning. En arbetslös som anmält sig som arbetssökande har full rätt till sjukpenning.

I Finland utbetalas enbart sjukpenning till den som till följd av sjukdom förlorat sin hela arbetsförmåga. Systemet innehåller alltså ingen partiell sjukpenning.

Invalidpension från folkpensioneringen kan beviljas till en person i åldern 16—64 år om det bedöms att vederbörande är oförmögen att utfö-

ra sitt vanliga eller därmed jämförbart arbete. Invalidpensionen kan beviljas i form av antingen varaktig eller tidsbegränsad pension och kan betalas först efter det att hela sjukpenningersättningstiden har gått.

Invalidpensionen från det allmänna arbetspensionsystemet (= tilläggspensioneringen) kan beviljas en försäkrad vars arbetsförmåga bedöms vara nedsatt minst ett år med minst 40 procent. Hel invalidpension beviljas den vars arbetsförmåga är nedsatt med minst 60 procent. Delpension utbetalas när arbetsförmågan bedöms vara nedsatt i mindre grad men minst 40 procent.

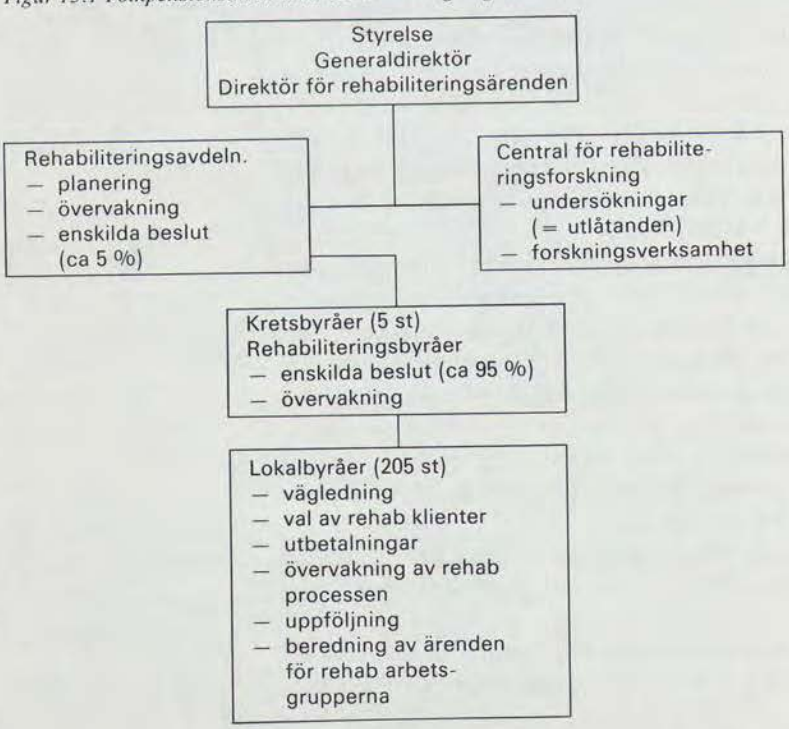
Arbetslöshetspension från folkpensioneringen och från arbetspensioneringen utbetalas till långvarigt arbetslös i åldern 55–64 år. (Uppburit arbetslöshetsersättning för minst 200 dagar de senaste 60 veckorna.)

Jämfört med Sverige så är kraven för att kunna bevilja pension på grund av arbetslöshet mindre i Finland. Längden av ersättning från arbetslöshetsförsäkringen är 200 dagar mot 450 dagar i Sverige, samt åldersgränsen är 55 år mot 60 år i Sverige. Detta har tillsammans med att antalet arbetslösa i Finland varit högre än i Sverige inneburit att arbetslöshetspensionerna har fått en betydligt större roll i den finska förtidspensioneringen än vad de s.k. "A-fallen" har i Sverige.

För arbetslösa, som är i behov av stöd och inte har rätt till ersättning från arbetslöshetskassa finns det i Finland ett statligt ersättningssystem motsvarande det svenska kontanta arbetsmarknadsstödet.

13.3.1 Kortfattad beskrivning av den finska rehabiliteringsorganisationen inom ramen för socialförsäkringslagstiftningen

Figur 13:1 Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsorganisation.



Folkpensionsanstaltens lokalbyråer är indelade i fyra organisatoriska enheter för respektive pension, sjukförsäkring, rehabilitering och arbetslöshetsersättning.

Lokalbyråerna har beslutsrätt för vilka som skall uttas till rehabilitering, frånsett då det gäller utbildning vilket kretsbyråerna beslutar om.

Efter 30 dagars sjukskrivning bedöms ärendet av en socialförsäkringskommission för lokalbyråområdet, vilka bl.a. tar ställning till om sjukpenning fortsättningsvis skall betalas ut. Ledamöterna i kommissionen representerar flera yrken och är förtrogna med de lokala förhållandena.

Till lokalbyråerna är förutom förtroendeläkare även sjuksköterskor knutna. Sjuksköterskornas uppgift är att gå igenom sjukfallen för att spåra eventuella rehabiliteringsfall. Vidare finns det rehabiliteringsgrupper med representanter från:

- företagshälsovården (läkare och hälsovårdare),
- arbetsgivaren (personalchef eller person i ledande ställning),
- arbetstagare (skyddsombud),
- lokalbyrån.

Det är lokalbyrån som reserverar plats på centralen för rehabiliteringsforskning. Lokalbyrån har även ansvar för uppföljning av fallet. Följande kriterier gäller för uttagning till rehabilitering:

- ☐ Det skall antingen föreligga uppenbar risk för arbetsförmågans nedsättning (detta bedöms utifrån den enskildes värdering samt någon annan såsom förman, skyddsombud, hälsovårdare), eller så skall det föreligga 14—60 dagars arbetsfrånvaro med utgiven sjukpenning under de senaste tolv månaderna.
- ☐ Personen skall tillhöra den arbetsföra befolkningen (25—54 år).

Förmånerna under rehabiliteringstiden består förutom av de egentliga omkostnaderna (undersökningskostnader, vårdavgifter och utbildningskostnader) även av ett "utkomtskydd", samt resekostnader och hälsovård under utbildningstiden.

Rehabiliteringen är inriktad på hela individen. Den är individuell, målinriktad och preventiv. Rehabiliteringscentralens undersökning pågår två till tre veckor, vilket innebär att patienter med lång resväg får bo på centralen för rehabiliteringsforskning.

De vanligaste sjukdomarna hos dem som får rehabilitering är:

- sjukdom i muskler och bindväv,
- nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar (epilepsi),
- endokrina och ämnesomsättningssjukdomar (diabetes),
- andningsorganens sjukdomar,
- mentala rubbningar,
- cirkulationsorganens sjukdomar.

Förutom medicinsk undersökning, sker yrkesvägledning och arbetsprövning i rehabiliteringscentralens regi.

Den medicinska rehabiliteringen består av:
- medicinsk vård,
- anpassningsträning,
- psykoterapi,
- talterapi,
- hjälpmedel.

Den yrkesmässiga rehabiliteringen består av:
- grundutbildning,
- yrkesutbildning,
- arbetsträning,
- näringshjälp,
- hjälpmedel för utbildning eller arbete.

Den enskilde får själv ansöka om att bli uttagen till rehabilitering. Vid sidan om frivillighet att påbörja en rehabilitering satsar man i Finland mycket på att åtgärderna sätts in så tidigt som möjligt, gärna redan före det en sjukskrivning är aktuell.

Resultaten av nyttan av Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsverksamhet har utvärderats av forskaren Jouko Lind vid centralen för rehabiliteringsforskning. Utvärderingen gick till så att man följde upp rehabiliteringsklienternas arbetssituation ett år efter genomgången rehabilitering. Enligt Jouko Lind består den största nyttan för samhället av minskade invaliditetsutgifter samt positiva effekter på kostnaderna för den verksamhet som faller inom ramen för pensions- och sjukförsäkringslagstiftningen. Jouko Lind påpekar vidare att forskning av detta slag liksom möjligheterna att dra allmänna slutsatser av resultaten begränsas av många faktorer. Till dem hör bl.a. den korta uppföljningstiden samt de olika sätten att tolka rehabiliteringsåtgärdernas kostnadseffekter. Så kan t.ex. behovet av anstaltsvård minska som en följd av rehabiliteringen, men kostnaderna fördela sig på hälsovårdens övriga sektorer. Möjligheterna att dra allmänna slutsatser av resultaten begränsas även av variationer i rehabiliteringsklienternas personliga egenskaper, av det rådande sysselsättningsläget etc.

13.4 Norge

Försäkrad som på grund av sjukdom är arbetsoförmögen har rätt till sjukpenning.

Sjukpenningen (som motsvarar full lön intill ett visst maximum) utbetalas av arbetsgivaren under de första två veckorna fr.o.m. den första frånvarodagen. Därefter betalas sjukpenningen från folketrygden. Folketrygden betalar sjukpenning för högst 52 veckor efter den eventuella arbetsgivarperioden. Det sammanlagda antalet ersatta sjukpenningdagar (vardagar) är begränsat till 312 om det inte finns en sex månaders arbetsperiod däremellan. Vid korta avbrott i sjukdomstiden gäller regeln att om man varit i arbete mera än två veckor mellan sjukperioderna

kommer i början av den senare perioden en ny tvåveckors arbetsgivarperiod som inte räknas med i maximiantalet dagar.

Sjukpenningsystemet tillåter en flexibel sjukersättning från 20 till 100 procent, vilket möjliggör en successiv upptrappning av arbetsförmågan samtidigt som lönen från arbetsgivaren tar över sjukersättningens roll.

Efter den maximala sjukpenningtiden övergår man vid fortsatt sjukdom i regel till s.k. *attföringspenning* och alltså inte direkt till "uförepension" (= förtidspension). Attföringspenningens storlek motsvarar i stort ersättningsnivån för pension, vilket är ca 60 procent av SGI. Attföringspenning kan beviljas i följande fall:

- Då arbetsoförmågan består och medicinsk behandling med utsikt till förbättring av arbetsförmågan pågår (medicinsk rehabilitering).

  En person som inte haft rätt till sjukpenning (exempelvis inte haft anställning) beviljas attföringspenning på samma villkor fr.o.m. den tidpunkt då arbetsoförmågan har varat 52 veckor (dock tidigast från 16 års ålder).
- Under tiden för yrkesmässig rehabilitering. Här finns ingen bestämmelse om att arbetsoförmågan skall ha pågått under 52 veckor.
- Under väntetiden till
  - □ yrkesmässig rehabilitering,
  - □ arbetsplacering,
  - □ att ev. pensionsansökan skall avgöras,
  - □ intäkt av egen rörelse till vilken stöd har utbetalats.

För rätt till attföringspengar krävs att arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften. Är arbetsförmågan helt nedsatt utges hel attföringspenning, i annat fall halv.

Det finns ingen gräns för hur länge attföringspengar kan utbetalas. Medellängden är ca ett år, men det finns enstaka fall som pågått över sex år.

Uförepension från folketrygden kan beviljas personer i åldern 16—66 år om vederbörandes arbetsförmåga efter vård och rehabiliteringsförsök är varaktigt nedsatt med minst hälften. Den beviljas alltid utan tidsbegränsning och kan vara hel eller partiell (med en så stor del av hel uförepension som motsvarar graden av arbetsförmågans nedsättning).

Vid *arbetslöshet* betalas dagpenning under maximalt 40 veckor per kalenderår för personer under 64 års ålder från den allmänna obligatoriska arbetslöshetsförsäkringen. Till 64—66-åringar betalas arbetslöshetsersättning utan tidsbegränsning. Man kan i Norge inte få förtidspension enbart på grund av arbetslöshet.

13.4.1 Uppföljning av långtidssjuka

För att sjukpenning skall utges, krävs det att den försäkrade har läkarintyg från i princip första sjukdagen. Genom en lagändring som trädde i kraft den 1 januari 1988, krävs det att den försäkrade efter åtta veckors

sjukskrivning inkommer med ett nytt läkarintyg (kallad sjukanmälan II). I det intyget skall läkaren göra en bedömning av möjligheterna till rehabilitering. Vidare skall läkaren i intyget ange en rehabiliteringsplan. Om sådant intyg inte inges, upphör rätten till sjukpenning automatiskt.

Läkaren skall, vid undersökningen inför utfärdandet av läkarintyget, göra en bedömning av den försäkrades prognos till rehabilitering, och därvid hänföra den försäkrade till en av fem kategorier (A-E):

A = God prognos för full rehabilitering. För denna grupp förutsätts en snabb medicinsk uppföljningsinsats.

B = God prognos för rehabilitering till annat arbete. För denna grupp kan det vara aktuellt med alternativa åtgärder och uppföljningsmetoder. I första hand bör åtgärder som nämnts för grupp A övervägas. Alternativen är rehabilitering på arbetsplats i nära samarbete med arbetsgivaren, eller — om inte detta leder till avsett resultat eller inte är aktuellt — igångsättning av omskolning eller andra typer av rehabiliteringsåtgärder.

C = Prognosen visar att den försäkrade inte kan klara av ett heltidsarbete. I samarbete med arbetsgivaren och arbetsförmedlingen värderas möjligheterna till en kombinationslösning med deltidsarbete och försäkringsersättning. Härmed avses arbete med nedsatt lön tillsammans med en reducerad sjukpenning/attföringspenning/uförepension.

D = Oviss prognos på grund av tunga socialmedicinska problem. Ett team av fackfolk bör kopplas in för att värdera behandlingsplan och hjälpåtgärder.

E = Dålig prognos för rehabilitering. Möjligheterna till uförepension skall snabbt bedömas.

Läkaren skall vidare i intyget ange den beräknade längden av den fortsatta sjukskrivningen. Den sålunda angivna tiden förs in i försäkringskassans data. När den angivna tidsperioden är till ända, går det automatiskt ut en förfrågan till läkaren om den försäkrades förhållanden och om planerade åtgärder.

Genom detta förfarande räknar man i Norge med att få en bättre uppföljning av de långtidssjuka, att man inte missar någon adekvat rehabiliteringsåtgärd och att man därigenom kan förkorta sjukskrivningstiderna.

13.4.2 Företagsintern rehabilitering

En intressant modell för intern rehabilitering i samverkan mellan arbetsmarknadsmyndigheter och företag har utvecklats i Norge. Denna verksamhet, s.k. bedriftsintern attföring, som ansluter sig till arbetsmiljölagstiftningen, tar sikte på att få till stånd ändringar i företagen vad gäller attityder, kunskaper och organisation. Syftet är att företagen själva efter hand skall kunna lösa arbetsproblem som uppstår för enskilda arbetstagare och kunna anpassa produktionen och arbetsprocessen till äldres och handikappades förutsättningar. Arbetsförmedlingen har sedan verksamheten startade år 1978 ingått s.k. mönsteravtale med många företag. Detta

innebär att företagen förpliktar sig att med ekonomiskt stöd inom vissa ramar bedriva en systematisk yrkesmässig rehabilitering. Inom enskilda större företag utvecklas "attföringsverksteder". Arbetsmarknadsmyndighetens stöd vid intern attföring ges såsom lån och bidrag till att upprätta träningsavdelningar eller individuella träningsplatser i företagen. Bidrag kan också ges till att täcka en del av lönekostnaderna för arbetsledare vid en träningsavdelning. Sammanhållande organ för verksamheten är i många företag s.k. attföringsutvalg med representanter för arbetsgivare, arbetstagare och arbetsförmedling. Arbetsförmedlingstjänstemannen medverkar i attföringsutvalget som konsult.

Företag som ingått mönsteravtale har positiva erfarenheter av egna attföringsutvalg. Rehabiliteringsverksamheten får därigenom en starkare position i företagen och ingår som en reguljär och kontinuerlig del av verksamheten. Ett särskilt rehabiliteringsutskott ger uppenbarligen också en bättre översikt av olika arbetstagarproblem och innebär att rehabiliteringsverksamheten bedrivs mer planmässigt än i företag där en sådan samarbetsgrupp inte finns. Att olika parter på arbetsplatsen är representerade i detta utskott ökar dess styrka. Alla företag med mönsteravtale framhåller som värdefullt och utvecklande för arbetet att arbetsförmedlingen är representerad i attföringsutvalget.

13.5 Västtyskland

13.5.1 Socialförsäkringsorganisationen

Sjukkassorna

I Västtyskland sköts sjukförsäkringen (självförvaltning) regionalt under lands- och förbundsregeringens tillsyn. Mer än 90 procent av befolkningen tillhör den lagfästa sjukförsäkringen. Den lagfästa sjukförsäkringen består dels av en obligatorisk försäkring och en ersättningsförsäkring. Dessutom finns möjlighet till privat försäkring.

Alla arbetstagare — med undantag för bl.a. vissa tjänstemän (s.k. Beamten) — är obligatoriskt sjukförsäkrade. Obligatoriskt försäkrade är även studenter, praktikanter, förtidspensionärer, egna företagare, självständiga persongrupper (konstnärer, artister m.fl.), arbetslösa, handikappade i skyddade institutioner samt lant- och skogsbruksföretagare.

Den obligatoriska försäkringen är organiserad i lokala sjukkassor (Ortskrankenkassen), företagssjukkassor (Betriebskrankenkassen), som kan bildas vid ett företag eller av en grupp företag inom en bransch, olika skråsjukkassor (Innungskrankenkassen), jordbrukssjukkassor (Landwirtschaftlichen Krankenkassen), sjukkassor för tjänstemän (Angenstelltenkrankenkassen), sjömanssjukkassor (krankenkassen für Seeleute) samt sjukkassor för gruvarbetare (die Bundesknappschaft). Det fanns 1987 270 lokala sjukkassor, 786 företagskassor och 155 skråsjukkassor samt ett färre antal av övriga sjukkassor.

Utanför den obligatoriska sjukförsäkringen står ersättningssjukkas-

sorna (Ersatzkassen) som högre inkomsttagare bland tjänstemännen kan ansluta sig till om de så önskar. Den som är ansluten till en ersättningskassa har rätt att gå ur den obligatoriska sjukförsäkringen.

Slutligen finns det privata försäkringar, som står utanför den lagfästa sjukförsäkringen.

Sådan försäkring kan antingen användas som en påbyggnad till den obligatoriska försäkringen eller också kan den svara för hela försäkringsskyddet.

Offentliga tjänstemän (Beamten) får sina och även sina familjemedlemmars sjukvårdskostnader delvis betalda av arbetsgivaren.

Pensionskassorna

Förtidspension och ålderspension administreras genom en från sjukkassorna fristående organisation av pensionsförsäkringsanstalter (Rentenversicherungsträger). Den som varit sjukförsäkrad under sex av de senaste 24 månaderna har automatisk rätt till anslutning till pensionsförsäkringen.

Rehabiliteringsinrättningar

I rehabiliteringsarbetet finns till förfogande olika rehabiliteringsinrättningar, dels ett antal "Rehabilitationszentrum", som ägs till lika delar av förbundsrepubliken, delstaten och arbetsmarknadsverket, dels ett antal rehabiliteringskliniker, som ofta är privatägda. De privatägda klinikerna drivs oftast i aktiebolagsform. Rehabiliteringsinrättningarna består till lika delar av privata och offentliga inrättningar. De bedriver medicinsk rehabilitering, yrkesinriktad rehabilitering och i vissa fall även arbetsprövning.

Hälsocenter

Det finns i lag reglerat vissa sjukdomsförebyggande åtgärder, som sjukkassorna måste bekosta. Därutöver finns utrymme för insatser som den enskilda sjukkassan kan vidta. Exempel på en sådan insats är särskilda hälsocentra, som är under uppbyggnad i vissa av de lokala sjukkassorna. Hälsocentrat bedriver ett brett register av kurser, riktade mot olika riskgrupper, t.ex. rökare, alkoholmissbrukare, överviktiga personer, personer med stressigt arbete, inaktiva personer m.fl. Det finns även kurser som riktar sig till personer med psykosomatiska sjukdomar. Kursdeltagarna får betala en viss kursavgift, som återbetalas om kursen fullföljs. Deltagandet i kurserna sker regelmässigt på fritid.

Kuranstalter

Kuranstalterna har av tradition spelat en stor roll i det sjukdomsförebyggande arbetet i Västtyskland. Fram till 1984 hade en sjukförsäkrad rätt till en treveckors kurvistelse vart tredje år som förebyggande sjukvård. Enda kriteriet för rätt till sådan vistelse var att den försäkrade tillhörde en

riskgrupp. På grund av en ökande tillströmning till kurvistelserna kombinerat med en kostnadsstegring för varje vistelse, uppstod en kostnadsexplosion — utan motsvarande nytta — vad gäller kurverksamheten. Detta ledde till lagändring 1984. Numera krävs för rätt till en kurvistelse att den försäkrade genom läkarintyg kan styrka att han har en hälsorubbning, att denna medför påtaglig risk för nedsättning av arbetsförmågan samt att risken kan förväntas bli undanröjd genom kurvistelsen. Den försäkrade har då rätt till en sådan vistelse vart tredje år mot en egen avgift om tio DM/dag. Under vistelsen utgår ingen sjukpenning, vilket medför att den regelmässigt sker under den försäkrades semestertid. 1985 uppgick statens kostnader för kurvistelserna till 3,6 miljarder DM.

13.5.2 Ansvarsfördelningen för förebyggande åtgärder resp. rehabilitering

Det försäkringsrättsliga ansvaret för förebyggande åtgärder åvilar sjukförsäkringsinrättningarna. Dessa inrättningar har också samma ansvar för akut medicinsk rehabilitering medan pensionsförsäkringsinrättningarna har det försäkringsrättsliga ansvaret för annan medicinsk rehabilitering. När det gäller den yrkesinriktade rehabiliteringen är det ett delat ansvar mellan pensionsförsäkringsinrättningarna och arbetsmarknadsverket.

Om en person inte har dylikt försäkringsskydd, har kommunernas socialtjänst motsvarande rehabiliteringsansvar.

13.5.3 Socialförsäkringens omfattning

Den västtyska socialförsäkringen omfattar:

- åtgärder för tidig upptäckt av sjukdom och förebyggande vård,
- sjukhjälp, rehabiliteringsvård och eftervård samt ersättning för inkomstbortfall,
- moderskapshjälp vid havandeskap och förlossning samt ersättning vid legal sterilisering och legat abort,
- hushållshjälp,
- sjukvård för familjemedlemmar,
- dödsfallsersättning,
- förtidspension.

Här återges kortfattat ersättningsreglerna för förebyggande åtgärder, sjuklön, sjukhjälp och rehabiliteringsersättning.

Ersättning för förebyggande åtgärder

I lagstiftningen finns angivet vissa förebyggande åtgärder som obligatoriskt skall ersättas av sjukförsäkringen. Det gäller vissa undersökningar före förlossning, åtta läkarundersökningar av barn under de första fyra levnadsåren samt preventiva undersökningar för vissa sjukdomar, t.ex. cancer.

I övrigt har reglerna för förebyggande åtgärder formen av en ramlag som ger ganska stort utrymme för de olika sjukkassorna. Detta har fått till följd att sjukkassorna har olika program och konkurrerar med varandra vilket i sin tur, enligt Bundesministerium, lett till olika regelsystem för olika kassor och inneburit svårigheter att samordna och samarbeta på detta område.

De allmänna sjukkassorna har sedan några år tillbaka börjat upprätta hälsocentra för förebyggande åtgärder där man ger upplysning till och ordnar kurser för riskgrupper, t.ex. överviktiga, rökare och diabetiker. Som uppföljning till kursverksamheten startas också självhjälpsgrupper som stöds av sjukkassans hälsocenter. Sådana kurser anses lönsamma. Som ett exempel kan nämnas att sjukhusvården för diabetiker, sedan denna verksamhet startades, har sjunkit från 14 till två till tre dagar per år.

Vid ett sådant hälsocenter i Essen som besöktes av sekretariatet anordnas också kurser för personer med psykosomatiska sjukdomar. Syftet med dessa kurser är att ge ett alternativ till lugnande medicin och göra människor medvetna om sina problem så att de kan bearbetas.

Av studiebesöken och samtalen kan man dra följande slutsats.

Kurortsverksamheten har fått begränsas till följd av kostnadsutvecklingen. Man har insett vikten av att dra upp klara kriterier för denna verksamhet och definiera de situationer i vilka ersättning skall utges från sjukförsäkringen. I den fortsatta utbyggnaden av förebyggande insatser satsar man nu i stor utsträckning på att förändra människors beteende och miljö med bl.a. upplysnings- och kursverksamhet. Med miljö avses främst arbetsplatsen. Man ger bl.a. stöd till epidemiologiska undersökningar för att kartlägga t.ex. förekomst av buller och ensidiga arbetsmoment m.m. Den förebyggande verksamheten anses viktig och lönsam.

Sjuklönebestämmelserna

Rätt till sjuklön på grund av bestämmelserna i sjuklönelagen tillkommer endast arbetare. Tjänstemän har sedan år 1957 rätt till sjuklön enligt särskilda bestämmelser. Sjuklönelagen gäller Västtyskland och Västberlin. Berättigade till sjuklön är dels alla tyska och utländska arbetare, som är anställda hos en arbetsgivare i Västtyskland eller Västberlin, dels tyska arbetare som arbetar utomlands för ett tyskt företag.

Arbetsgivaren är skyldig att utge sjuklön under följande förutsättningar:

- □ arbetaren är på grund av sjukdom förhindrad att utföra sitt arbete,
- □ nedsättningen av arbetsförmågan skall ha inträtt efter det att anställningen har påbörjats,
- □ arbetaren får inte själv vara skuld till sjukdomen.

Arbetsgivaren är skyldig att betala sjuklön under de första sex veckorna av sjukdomstiden. Upprepad nedsatt arbetsförmåga på grund av samma sjukdom inom tolv månader ger endast rätt till sjuklön under sammanlagt sex veckor. Vad nu sägs gäller inte då det mellan två sjukperioder

med samma sjukdom ligger en period av minst sex månader varunder arbetstagaren ej varit sjuk i just denna sjukdom. Rätt till sjuklön föreligger sedan för en ny sexveckorsperiod. Sjukfrånvaro på grund av annan sjukdom inverkar inte. I vissa fall kan det givetvis vålla svårigheter att avgöra vad som skall räknas som samma sjukdom.

Sjuklönen skall motsvara den lön arbetaren skulle ha uppburit om han inte hade blivit sjuk. Sjuklönen undergår samma förändringar som lönen då han är i arbete. Dock utgår inte sådana ersättningar, t.ex. tillägg för smutsigt arbete och liknande, som är avhängiga av att ifrågavarande prestationer faktiskt har utförts. Vid ackordslön skall sjuklönen beräknas efter genomsnittsförtjänsten under en normal arbetstid. Skärs arbetstiden vid företaget ner och lönen i följd härav minskar, räknas den reducerade arbetstiden som normal arbetstid. Kollektivavtalsreglerade löneökningar slår också igenom på utgående sjuklön. Rätt till sjuklön föreligger inte vid strejk. Det görs alltså inte någon bedömning av om den sjuke skulle ha deltagit i strejken, om han varit i arbete.

Arbetstagaren är skyldig att utan dröjsmål till arbetsgivaren anmäla nedsättningen av arbetsförmågan och dess förväntade varaktighet. Inom tre dagar skall arbetstagaren översända läkarintyg till arbetsgivaren. Varar nedsättningen av arbetsförmågan längre än som angivits i intyget, är arbetaren skyldig att inkomma med nytt läkarintyg. Även till sjukkassan skall det lämnas läkarintyg. Arbetsgivaren har ingen rätt att få veta diagnosen, vilket löses på så sätt att läkaren utfärdar ett intyg för sjukkassan med angivande av diagnos och en kopia till arbetsgivaren utan diagnos. Vid frånvaro på högst tre dagar avstår arbetsgivaren ofta från att kräva läkarintyg.

Tvister i anledning av sjuklönelagens tillämpning betraktas som arbetsrättsliga och avgörs därför av arbetsdomstol.

Sjukpenningförsäkringen

Sjukpenning utgår som ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom, vid ledighet för vård av sjukt barn och vid havandeskapsledighet. Rätt till sjukpenning har arbetare och tjänstemän, vidare de som deltar i avlönad yrkesutbildning eller de som är handikappade och sysselsätts i s.k. skyddad verksamhet, vidare försäkrade familjemedlemmar inom jordbruket, samt arbetslösa. De är alla obligatoriskt försäkrade oberoende av vilken typ av sjukkassa de tillhör. Studerande, yrkespraktikanter och hemmamakar är inte sjukpenningförsäkrade.

Endast hel sjukpenning utbetalas och utges vid nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Som regel skall sjukdomen intygas av läkare. Denne delger kassan resultatet av undersökningen och den beräknade varaktigheten av sjukdomen, samt utfärdar ett intyg till den försäkrade. Sjukkassan kan, om skäl föreligger därtill, låta till kassan knutna förtroendeläkare göra en kontrollundersökning.

Sjukpenningen utgör 80 procent av normallönen brutto (Regellohn) men får inte överstiga den regelmässiga nettolönen. Bruttolönen beräknas på grundval av den sista löneavstämningsperioden (Lohnabrech-

nungszeitraum). Denna omfattar vanligen de senast före arbetsförmågans nedsättning liggande fyra veckorna. Den normala avstämningsperioden på fyra veckor kan förlängas för dem som har provisionslön, inkomst av säsongsarbete eller annan oregelbunden inkomst. Till grund för sjukpenningens beräkning ligger således arbetslönen för nyss förfluten tid. Man utgår från en "levnadsstandardprincip" (Lebensstandardprinzip), vilken innebär att den levnadsstandard som den försäkrade hade uppnått vid sjukfallets början skall bibehållas under sjukdomstiden. Löneändringar under tiden för sjukfrånvaron inverkar inte på sjukpenningens storlek. Om ett år förflutit efter avstämningsperiodens slut och sjukfallet alltjämt pågår höjs emellertid sjukpenningen med samma procentsats som pensionerna enligt pensionsuppräkningslagen.

Rätt till sjukpenning föreligger i 78 veckor för samma sjukdom inom en treårsperiod. Har perioden löpt ut börjar, om det är fråga om samma sjukdom, en ny 78-veckorsperiod att löpa tre år efter den första 78-veckorsperiodens slut. Olika sjukdomar ger var och en rätt till nämnda sjukpenningperiod. Uppkommer en ny sjukdom under eller i anslutning till en redan pågående sjukdom medför detta dock inte att 78-veckorsperioden förlängs.

Sjukkassornas verksamhet finansieras genom avgifter från medlemmarna. Arbetsgivare och arbetstagare bidrar till lika delar. Storleken av avgifterna bestäms genom avgiftssatser som räknas på den faktiska bruttoinkomsten upp till en viss gräns vilken justeras med jämna mellanrum.

Sjukpenningrätten upphör när pension för förlorad förvärvsförmåga (Erwerbsunfähigkeit) beviljas, eller när ålderspension, förtida ålderspension, eller pension från jordbrukskassa börjar utgå. Pension som utgår på grund av yrkesoförmåga (Berufsunfähigkeit) eller som gruvarbetarpension avräknas från sjukpenningen.

Om pensionsmottagaren alltjämt är sysselsatt i sådan grad att han omfattas av den obligatoriska sjukpenningförsäkringen, utges sjukpenning och pension vid sidan av varandra. Dock gäller för sådana fall att den som uppbär pension till följd av förlorad förvärvsförmåga eller erhåller ålderspension endast är berättigad till sjukpenning under sammanlagt högst sex veckor. Om den försäkrade enligt läkarutlåtande är att anse som förvärvsoförmögen kan sjukkassan uppmana honom att inom tio veckor ansöka om rehabiliteringsåtgärder inom pensionförsäkringens ram. För försäkrade som fyllt 65 år och uppfyller kraven för erhållande av ålderspension kan kassan föreskriva samma tidsfrist som för ansökan om pension. Rätten till sjukpenning förfaller om den försäkrade utan orsak låter fristen löpa ut men återupplivas så snart ansökan gjorts.

Rehabiliteringsersättning

Som ovan nämnts kan sjukkassan uppmana en försäkrad som enligt läkarutlåtande är att anse som förvärvsoförmögen att inom en tidsfrist av tio veckor ansöka om rehabiliteringsåtgärder inom pensionförsäkringens ram. Lagen föreskriver medverkandeplikt vid rehabilitering vil-

ket innebär att rätten till sjukpenning upphör vid utgången av tidsfristen om den försäkrade inte ansöker om rehabiliteringsåtgärd. Görs ansökan senare så återinträder rätten till sjukpenning från och med ansökningsdagen.

Avsikten med rehabiliteringen är att försöka avvärja, motverka, eller förhindra handikapp och att med medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering försöka integrera handikappade i samhället. Ett mål för rehabiliteringen är att förhindra förtidspensionering. Detta anges som ett skäl för att pensionförsäkringen till stor del är ansvarig för både medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering.

Under tid som rehabilitering pågår utgår en övergångsersättning som vid medicinsk rehabilitering uppgår till 90 procent av nettolönen om den försäkrade har minderåriga barn och hustrun inte förvärvsarbetar. I annat fall är ersättningen 75 procent av nettolönen. Vid yrkesinriktad rehabilitering är ersättningen 80 respektive 70 procent av nettolönen. Ersättningen under rehabilitering är alltså lägre än sjukpenningen.

För återanpassning till arbetet upprättas ett integreringsprogram i samråd med läkare och arbetsplats. I integreringsprogrammet anges hur, i vilken omfattning och under vilken tid den försäkrade skall integreras i arbetet. Ersättningen under integreringen kan då successivt minskas och fastställs i förhållande till arbetstid i timmar. Ersättningen utbetalas av arbetsgivaren i enlighet med integreringsprogrammet. Arbetsgivaren får därefter ersättning från försäkringen för den del som denna har att svara för. Försäkringsinrättningen kan med stöd av integreringsprogrammet hela tiden följa att rätt ersättningsbelopp utbetalas till arbetsgivaren.

Om det under pågående rehabilitering konstateras att rehabiliteringen är utsiktslös, beviljas den försäkrade i stället förtidspension. Den tidigare ansökan om rehabiliteringsåtgärder betraktas då automatiskt som en ansökan om förtidspension.

13.5.4 Rehabilitering — insatser och samverkan

Före 1974 deltog inte sjukkassorna i rehabiliteringsarbetet, men integrerades i denna verksamhet genom en ny anpassningsförordning som genomfördes 1974.

På grund av den starkt splittrade organisationen har man uppenbara samordningsproblem. Som tidigare nämnts är ansvaret för rehabiliteringen delat mellan sjukkassan, pensionsanstalten, arbetsmarknadsverket och socialtjänsten. Enligt vad man uppger är det framför allt svårigheter att avgöra när ansvaret skall övergå från en inrättning till en annan. T.ex. har sjukkassan ansvaret för den mera akuta medicinska rehabiliteringen och pensionsförsäkringen för medicinsk rehabilitering därefter.

För att den enskilde inte skall drabbas, förskotterar sjukkassan ersättningen i tveksamma fall varefter sjukkassan och pensionsanstalten i efterhand gör upp om ansvarsfördelningen.

Efter 1974 görs också mycket för att komma till rätta med problemen i rehabiliteringsverksamheten. Sjukkassorna har inget övergripande reha-

biliteringsansvar, men sedan en tid tillbaka tillförs sjukkassorna successivt särskilda rehabiliteringsrådgivare som förutom den vanliga utbildningen för socialförsäkringstjänstemän har en kompletterande rehabiliteringsutbildning. Erfarenheterna av denna åtgärd är mycket positiva och man anser att koordineringen i rehabiliteringsverksamheten nu avsevärt förbättrats.

För en övergripande samverkan finns på det federala planet en samarbetsgrupp med representanter för de olika rehabiliteringshuvudmännen. På det lokala planet finns dock inga sådana samarbetsgrupper. Rehabiliteringsrådgivarna spelar därför en mycket viktig roll för samverkan och samordning av rehabiliteringsinsatserna. Rehabiliteringsrådgivare finns också på en del rehabiliteringskliniker och ibland också hos socialtjänsten. Man anser också att företagssjukkassorna har en bättre förutsättning att klara rehabiliteringen på grund av den nära samverkan med arbetsplatsen.

Som viktiga i rehabiliteringsarbetet betraktas också rehabiliteringsklinikerna. En av de besökta klinikerna var mycket välutrustad och kan ses som en kombination av ett svenskt arbetsmarknadsinstitut och klinik för medicinsk rehabilitering vid ett svenskt sjukhus. Väntetiderna till dessa kliniker var korta. Ca fyra veckor för patienter med lindrigare handikapp och ca åtta veckor för patienter som behöver mera hjälp.

De psykosomatiska sjukdomarna ökar också i Västtyskland. Behandlingsmöjligheterna anses vara mycket bättre för somatiska sjukdomar än för de psykosomatiska. Läkarna anses ha bristfällig utbildning på detta område.

Vid besöket på pensionanstalternas förbund i Frankfurt uppgavs goda siffror för återgång i arbete efter yrkesinriktad rehabilitering. Ca 75—80 procent av de försäkrade som genomgår sådan rehabilitering återgår i arbete. Ett bra instrument tycks vara de integreringsprogram som används för återgången i arbete med successiv nedtrappning av ersättningen.

Liksom i Sverige tycks sjukdomar i rörelseapparaten dominera och uppgår till ca 40 procent av alla sjukfall. Därnäst kommer hjärt- och kärlsjukdomar med ca 20 procent.

14 Specialmotivering till författningsförslagen

2 kap. 11 §

Stadgandet reglerar bl.a. försäkringskassans uppspårnings- och initiativansvar i rehabiliteringsarbetet. Genom införandet av ett särskilt rehabiliteringskapitel i AFL, där rehabiliteringsarbetet mer i detalj regleras, blir stadgandet obehövligt och bör därför upphävas.

3 kap.
7 §

I paragrafen införs ett nytt orsaksrekvisit, nämligen "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan". Det finns flera avsikter med detta. För det första bör det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet utvecklas för att få en bättre överensstämmelse med sjukdomsbegreppet i hälso- och sjukvårdslagen. Som en följd av detta blir det vissa insufficienstillstånd som inte inryms i sjukdomsbegreppet men som ger inskränkt prestationsförmåga och därav föranledd arbetsoförmåga, och där det är rimligt att ersättning kan utges från sjukförsäkringen för ett därav föranlett inkomstbortfall. Införandet av ett nytt orsaksrekvisit innebär härvid i stor utsträckning endast en anpassning till hur orsaksrekvisitet sjukdom redan i dag tillämpas i praktiken på vissa håll, men en kodifiering ger bättre förutsättningar för en likvärdig och därigenom rättvis tillämpning. Slutligen skapar den föreslagna konstruktionen bättre förutsättningar för tidiga och adekvata rehabiliteringsinsatser.

Som exempel på olika tillstånd som omfattas av det föreslagna orsaksrekvisitet, kan nämnas akuta sorg- och trötthetstillstånd som uppkommer i samband med en närståendes död eller svåra sjukdom. Det kan också vara andra liknande insufficienstillstånd, orsakade av t.ex. livsproblem. I sistnämnda fallet kan det gälla mera ospecifika besvär med få kliniska fynd i kombination med psykosociala faktorer.

Ett annat exempel på vad som avses med annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan, är den situation som inträder i samband med utbyte eller utprovning/reparation av hjälpmedel för handikappade, t.ex. proteser, rullstolar och därmed jämförbara hjälpmedel.

Beträffande vilka kriterier som bör uppställas för att sådana tillstånd

skall anses falla under begreppet "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan", kan följande nämnas.

När det gäller sorg- och trötthetstillstånd vid en närståendes död eller svåra sjukdom eller vid motsvarande reaktioner orsakade av t.ex. livsproblem, är det avgörande för rätt till sjukpenning, att den försäkrade befinner sig i ett påtagligt insufficienstillstånd såsom en reaktion på angivna förhållanden. Det är inte tillräckligt att den försäkrade känner sig allmänt nedstämd, olustig eller illa till mods utan han skall ha försatts i ett sjukdomsliknande tillstånd i fysiskt eller psykiskt hänseende av sådan intensitet att hans prestationsförmåga satts ned.

I den praktiska tillämpningen är det viktigt att hålla sig till ett symtomtänkande. Ett symtom som t.ex. ryggbesvär varken kan eller bör normalt ifrågasättas. Även ett uppgivet insufficienstillstånd bör därför normalt accepteras i dessa fall, om inte omständigheterna i det enskilda fallet talar mot detta. När den försäkrade har symtom av sådan intensitet att han anser sig vara i behov av vård, skall det inte alltid krävas att läkaren skall kunna objektivisera funktionsnedsättningen för att rätt till sjukpenning skall föreligga.

Vid kortare sjukperioder (inom den utlåtandefria tiden) överlämnas det i dag till den enskilde att avgöra vad som är sjukdom. Detta bör gälla fortsättningsvis även vad gäller det nya orsaksrekvisitet.

Visar det sig emellertid att den försäkrade har upprepade korta sjukfall på grund av beskriven eller likartad karaktär, är detta en signal till försäkringskassan och arbetsgivaren att verka för att eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder klarläggs och att — i förekommande fall — en effektiv rehabilitering kommer till stånd.

När det gäller utprovning, reparation eller utbyte av ett hjälpmedel för handikappade, bör kriteriet vara att hjälpmedlet i fråga är nödvändigt för att den försäkrade skall kunna utföra sitt arbete och klara av sin dagliga livsföring. Det krävs här naturligtvis att den försäkrade vidtar åtgärder för att få problemet avhjälpt.

Det är i sammanhanget viktigt att notera, att förutsättningen för rätt till ersättning från sjukförsäkringen är att två skilda rekvisit på en och samma gång är uppfyllda. Det måste föreligga sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan *och* detta måste ha som följd att arbetsförmågan blir nedsatt.

Andra meningen i första stycket i 7 § föreslås utgå eftersom den nya lydelsen täcker in även sådana situationer som anges i meningen. Utmönstringen av meningen är således endast av redaktionell karaktär.

I andra stycket införs två nya nivåer av sjukpenningen, en fjärdedels respektive tre fjärdedelars sjukpenning. Förslaget överensstämmer med den pågående försöksverksamheten, som redovisas under avsnitt 8.4.

I tredje stycket anges att det är försäkringskassan som har beslutanderätten när det gäller rätten till sjukpenning och sjukpenningens storlek.

Det föreslås vidare, att nedsättningen skall styrkas genom ett utlåtande i stället för genom ett intyg. I flera fall har den som skall bedöma arbetsförmågans nedsättning, att uttala sig om svårbedömda förhållanden. Av-

sikten kan därför inte vara att vederbörande skall intyga ett faktiskt förhållande utan i stället att ge sitt utlåtande om det. Genom ändringen understryker vi också att det är frågan om ett utlåtande om nedsatt arbetsförmåga. Som utvecklats under avsnitt 6.2.3 bör det i framtiden vara möjligt för även annan än läkare att utfärda utlåtandet.

Vidare föreslås en bestämmelse, som innebär att ett utlåtande om nedsatt arbetsförmåga alltid skall innehålla uppgift om ett eventuellt behov av en sådan rehabiliteringsåtgärd som anges i 22 kap. 9 §. Avsikten härmed är att den som utfärdar utlåtandet redan i ett initialskede skall bilda sig en uppfattning om huruvida rehabilitering behövs och att i förekommande fall ge försäkringskassan en signal om att vidta åtgärder.

För att bl.a. ge försäkringskassan ett bredare underlag i rehabiliteringsarbetet, föreslås införandet av en bestämmelse som innebär att när den försäkrade har uppburit sjukpenning under två månader i en oavbruten följd, så skall utlåtandet också innehålla uppgifter om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd samt — i de fall det är möjligt — beräknad återstående sjuktid med nedsatt arbetsförmåga. Detta medför att den som skall utfärda utlåtandet måste hålla sig informerad om hur länge den försäkrade varit sjukskriven. Dessutom ställer det krav på försäkringskassan, att se till att ett sådant utlåtande i förekommande fall kompletteras med nämnda uppgifter.

7 a §

I vissa fall kan det vara befogat att sjukpenning utges utan att sjukdom eller annan nedsättning av prestationsförmågan nödvändigtvis föreligger och utan att arbetsförmågan är nedsatt. I paragrafen anges tre sådana typfall.

Det första avser situationer då den försäkrade deltar i en sjukdomsförebyggande åtgärd. För att sjukpenningrätt skall uppkomma härvid, krävs det att en läkare på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet har konstaterat att den försäkrade har en förhöjd sjukdomsrisk. Sjukdomen skall — om den uppkommer — vara av sådan art att den kan förväntas leda till nedsättning av arbetsförmågan. Vidare skall läkaren ha ordinerat deltagandet i åtgärden, som på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet kan anses vara följdriktig för att minska sjukdomsrisken. Behandlingen skall ingå i en plan, som skall godkännas av försäkringskassan. Något enstaka besök berättigar inte till ersättning. Det är lämpligt att kassans förtroendeläkare yttrar sig innan planen godkänns. Någon egen-sjukskrivning kan således inte komma i fråga.

Det andra fallet avser sjukvårdsbehandlingar som syftar till att bibehålla eller återställa den försäkrades arbetsförmåga. För att rätt till ersättning skall uppkomma, krävs det att sjukvårdsbehandlingarna ingår i en behandlingsplan, vilket innebär att enstaka besök inte berättigar till ersättning. Med sjukvårdsbehandlingar avses t.ex. behandling hos läkare, sjukgymnastik, dialysbehandlingar, smörjbehandlingar för psoriatiker och liknande. Även denna behandlingsplan skall godkännas av försäkringskassan, lämpligen efter yttrande av förtroendeläkaren.

Det tredje fallet avser undersökningar som inte rör sjukdom, men där ersättning likväl bör utgå. Här avses t.ex. donatorsundersökningar, undersökning och medverkan vid in-vitro-fertilisering (provrörsbefruktning) och liknande undersökningar. Undersökning rörande befarad sterilitet, är en undersökning beträffande befarad sjuklig förändring, som redan i dag ger rätt till sjukpenning. Däremot ger undersökning av män för klargörande av lämpligheten som spermagivare samt medverkan vid undersökning inför in-vitro-fertilisering inte rätt till sjukpenning. Förslaget avser att ge en lagfäst rätt till sjukpenning även i dessa fall. Regeringen bör i särskild ordning närmare ange vilka undersökningar som kan omfattas av stadgandet.

För samtliga tre typfall krävs det — för att rätt till sjukpenning skall föreligga — att deltagandet i åtgärden, behandlingen eller undersökningen förhindrar den försäkrade att arbeta under minst två timmar under en arbetsdag och att han därigenom går miste om minst en fjärdedels inkomst den dagen. Arbetstidsbortfall som är mindre än fyra timmar eller en halv normalarbetsdag sammanlagt under en fjortondagarsperiod, är dock inte ersättningsberättigande.

8 §

Även i denna paragraf införs det nya orsaksrekvisitet. Vidare införs bestämmelser om bedömning av arbetsförmågans nedsättning i samband med de i 7 § tredje stycket angivna behandlingarna och undersökningarna.

I nuvarande 8 § finns regler för bedömningen av försäkrades arbetsförmåga. Första stycket innehåller en regel för det fall sjukdomen kan antas vara kortvarig. Därvid skall särskilt beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen är urståndsatt att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete. Däremot sägs i lagtexten ingenting om vad som skall gälla om sjukdomen kan antas vara långvarig.

Eftersom det här är fråga om svåra och komplicerade bedömningar får det anses som en brist att lagen här är passiv och inte ger erforderlig vägledning för tillämpningen. Om det skall vara möjligt att få en mer enhetlig och rättvis bedömning av arbetsförmågans nedsättning i långa sjukfall, torde en lagreglering vara nödvändig för att ge begreppet *lämpligt arbete* ett sakligt innehåll.

Ett annat viktigt skäl är att reglerna för bedömningen av arbetsförmågan i de långa sjukfallen då också kommer att stämma överens med motsvarande regler inom förtidspensioneringen och i lagen om arbetsskadeförsäkring.

En ändring av 8 § i enlighet med förslaget innebär också att försäkringskassorna får kriterier för att skilja ut de försäkrade som man aktivt bör arbeta vidare med i rehabiliteringshänseende. I dag har försäkringskassorna, oavsett förutsättningarna, en strävan att rehabilitera alla. Regeländringen bör skapa förutsättningar för en större flexibilitet och ge möjlighet att prioritera hårdare än i dag vilka ärenden man skall lägga

ner stora arbetsinsatser på i rehabiliteringen. Det bör dock kraftigt understrykas, att en sådan prioritering inte innebär att man generellt undantar vissa kategorier från rehabiliteringsmöjligheterna. Alla försäkrade måste få sin rätt till rehabilitering prövad och en prioritering får därefter göras utifrån förutsättningarna i det enskilda fallet.

13 §

Ändringen i paragrafen är endast av redaktionell karaktär, och är betingat av upphävandet av 2 kap. 11 §.

15 §

Paragrafen kompletteras med en ny punkt f med en bestämmelse, som innebär att under tid då den försäkrade uppbär rehabiliteringspenning, utges inte sjukpenning.

16 §

Förevarande stadgande reglerar det s.k. arbetsgivarinträdet beträffande en försäkrads sjukpenning. Vi föreslår här att ett sådant inträde skall vara möjligt även när det gäller rehabiliteringspenning.

17 §

Bestämmelserna i nuvarande 17 § föreslås överföras till 20 kap. 3 §. Härigenom samlas de olika bestämmelserna som rör indragning och nedsättning av de olika ersättningarna under ett lagrum.

6 kap. 2 §

Ändringarna i paragrafen är en följd av förslaget i 7 kap. om införandet av nya nivåer för förtidspensionen. Förslaget motiveras närmare under 7 kap.

7 kap.

1 §

Det föreslås att lägsta åldern för förtidspension enligt huvudregeln skall vara 25 år. Vi anser det principiellt otillfredsställande, att ungdomar i skolåldern har förtidspension eller sjukbidrag. Vi föreslår därför att åldersgränsen för rätt till förtidspension/sjukbidrag blir 25 år eller, om synnerliga skäl föreligger, 16 år. Sådana synnerliga skäl kan föreligga när det gäller ungdomar med så grava handikapp — mycket svårt flerhandikappade och gravt utvecklingsstörda — att det är otänkbart med någon form av habilitering alternativt rehabilitering. Dessa personer skall som i dag kunna få förtidspension från 16 års ålder.

Med den höjda åldersgränsen understryker vi vikten av att alla handikappade skall ha rätt till en individanpassad habilitering resp. rehabilite-

ring inklusive arbetsprövning innan en eventuell pensionsprövning kan bli aktuell. Vikten av aktiva åtgärder understryks vidare av att vi föreslår att ersättningen till handikappade ungdomar mellan 16—25 år skall vara rehabiliteringsersättning (se avsnitt 8.7.4).

25-årsgränsen föreslås med beaktande av att lagen (1983:1070) om arbete i ungdomslag (1 §) gäller även för ungdomar som inte fyllt 25 år och som omfattas av 1 § lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda. Detta gäller också ungdomar som fått sin skolgång fördröjd till följd av ett varaktigt fysiskt funktionshinder. När en sådan ungdom i habiliterings- eller rehabiliteringssyfte deltar i en åtgärd, bör inte ersättningen byta benämning från rehabiliteringsersättning till förtidspension endast av lagformella skäl. Ett sådant skifte kan framstå som direkt habiliterings- resp. rehabiliteringshämmande.

Enligt nuvarande bestämmelser i 1 § föreligger rätt till förtidspension om arbetsförmågan på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst *hälften* och nedsättningen kan anses varaktig. Därmed överensstämmer pensionsreglerna med de regler som gäller beträffande rätten till sjukpenning. Konsekvensen av vårt förslag om införandet av fyra nivåer för sjukpenningen, vilket bl.a. innebär att sjukpenning skall utges om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel, blir att den som har en varaktig nedsättning av arbetsförmågan i skiktet 25 procent—49 procent inte är berättigad till förtidspension. Detta leder till att det i stället för förtidspension kommer att betalas ut sjukpenning i dessa fall. Eftersom det inte finns någon maximerad tid för sjukpenningen, kan denna komma att utges fram till dess den försäkrade fyllt 70 år plus 180 dagar. En i viss mån liknande situation uppstår för den som har en varaktig nedsättning som överstiger hälften men inte cirka 85 procent, som enligt dagens praxis anses som hel nedsättning. Han kan enligt nuvarande regler få endast 66 procent av förtidspensionen. Skiktet mellan 67 procent—85 procent täcks inte av pensionen.

För att undanröja beskrivna konsekvenser bör förtidspensionsnivåerna anpassas till sjukpenningnivåerna. Det bör därför införas fyra nivåer även för förtidspensionen, en fjärdel, halv, tre fjärdedelar och hel förtidspension. Rätt till förtidspension uppkommer sålunda när den försäkrades arbetsförmåga varaktigt är nedsatt med minst en fjärdedel av normal arbetsförmåga.

2 §

Ändringarna i 2 § är en följd av ändringarna i 1 §.

3 §

Ändringen i paragrafen är en följd av att 2 kap. 11 § upphävs och att de delar som här avses överförs till 22 kap. 9 §.

4 §

Förslaget till denna paragraf ansluter till förslaget beträffande 1 och 2 §§. Förmånernas storlek då andra maken åtnjuter hel eller partiell ålderspension eller förtidspension justeras med hänsynstagande till ett bibehållande av relationerna mellan pensionsbeloppen för ensamstående och pensionspar i dessa fall.

11 kap. 2 §

Ändringen i paragrafen avser att göra rehabiliteringspenningen ATP-grundande på samma sätt som gäller beträffande sjukpenningen.

13 kap. 1 §

Den föreslagna ändringen är en konsekvens av förslagen beträffande 7 kap.

18 kap. 21 §

I dag fattar socialförsäkringsnämnden beslut om sjukbidrag resp. förtidspension. Vi menar att för sådan handikappad som avses i 22 kap. 9 § andra stycket (gruppen 16—25 år) bör även fortsättningsvis socialförsäkringsnämnden vara beslutsfattande när det gäller deras försörjning från socialförsäkringen. Det kan här röra sig om förhållandevis långa tider och avser betydande belopp. Socialförsäkringsnämnden har dessutom erfarenhet från dagens beslutsfattande när det gäller denna kategori ungdomar. Det bör understrykas att rehabiliteringsersättningen för dessa ungdomar så långt möjligt skall vara kopplad till aktiva åtgärder av olika slag. Socialförsäkringsnämnderna bör även följa upp ärendena och ta initiativ till erforderliga förändringar i rehabiliteringsplanen. Detta kommer bland annat att innebära att nämnden har en god kännedom om den handikappades rehabiliteringsförsök, när det eventuellt blir fråga om en pensionsprövning efter fyllda 25 år.

Vi föreslår i 22 kap. 16 §, att sjukförsäkringsmedel skall kunna användas i vissa fall för sådana rehabiliteringsåtgärder som inte någon annan myndighet har att svara för. Kostnadsbeloppen kan därvid i vissa fall komma att bli stora. Det bör därför ankomma på socialförsäkringsnämnden att besluta i dessa ärenden, om ersättningsbeloppet beräknas överstiga tre basbelopp. I andra fall ligger beslutsfunktionen på handläggande tjänsteman på försäkringskassan.

I 22 kap. 5 § föreslår vi att arbetsgivare skall ha överläggningsskyldighet med försäkringskassan i vissa fall. Kallelse till sådan överläggning skall utfärdas av socialförsäkringsnämnden. Detta utvecklas närmare under motivering till nämnda lagrum.

För att bl.a. markera vikten av rehabilitering föreslås att socialförsäkringsnämnden skall ägna särskild uppmärksamhet åt rehabiliteringsärendena. Sammansättningen i socialförsäkringsnämnden gör den särskilt lämpad härför. Den torde kunna tillföra både det individuella reha-

biliteringsärendet och rehabiliteringsarbetet i stort på kassan erfarenheter och synpunkter av betydelse. Dessutom skall socialförsäkringsnämnden avgöra frågor av principiell betydelse i rehabiliteringsarbetet.

20 kap.
3 §

På motsvarande sätt som gäller i dag bör det finnas sanktionsmöjligheter vad gäller nedsättning och indragning av de olika ersättningsformerna. Sjukpenning, rehabiliteringsersättning, annan ersättning enligt 22 kap. eller förtidspension bör i de fall den försäkrade medvetet försvårar rehabiliteringsarbetet kunna dras in eller sättas ned. I andra stycket anges att berörd ersättning i vissa fall får dras in eller sättas ner tills vidare. Det bör emellertid alltid krävas att det är ställt utom allt tvivel att den försäkrades vägran att medverka saknar skälig grund.

Liksom tidigare krävs det för att sanktionsmöjligheten i andra stycket skall tillämpas, att den försäkrade dessförinnan har erinrats om påföljden.

9 §

För att ge tyngd bakom de olika stadgandena i 22 kap., torde det krävas sanktionsbestämmelser. Det föreslås därför att 20 kap. 9 § utvidgas med en ansvarsbestämmelse för arbetsgivare, som uppsåtligen eller av grov oaktsamhet underlåter att fullgöra sina skyldigheter i rehabiliteringsarbetet. När det gäller tjänstemän på de olika myndigheterna, krävs det inte några särskilda sanktionsregler eftersom sådana redan finns i deras anställningsförhållanden.

22 kap.
1 §

Paragrafen skall ses som en portalparagraf, med angivande av en definition på vad som avses med rehabilitering i sjukförsäkringsrättslig mening och en för rehabiliteringsaktörerna gemensam utgångspunkt i rehabiliteringsarbetet och dess mål.

De åtgärder som kan sättas in för att nå detta mål, kan bestå av t.ex. förändringar av den försäkrades arbetsförhållanden. Det är viktigt att framhålla, att det måste dras en gräns mellan å ena sidan rehabiliteringsåtgärd och å andra sidan annan åtgärd som ligger inom ramen för arbetsgivarens allmänna skyldigheter för arbetsmiljön. Rehabiliteringsåtgärderna kan också vara av medicinsk, psykologisk eller social art. Åtgärderna kan således vara av skiftande art och ha olika innehåll. I många av dem kan det rymmas inslag av pedagogisk karaktär.

I paragrafen poängteras, att det är individen som står i centrum i rehabiliteringsprocessen. Det är varje individs specifika förutsättningar och behov som styr hans rehabilitering. Det är därför naturligt att rehabiliteringsåtgärderna skall planeras efter samråd med honom. Målet i varje

rehabilitering är att individen skall återfå bästa möjliga psykiska, fysiska och sociala funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett så självständigt liv som möjligt. Härmed avses i sjukförsäkringsrättslig mening bl.a. att en försäkrad i yrkesverksam ålder bereds möjlighet att försörja sig själv.

2 §

Genom paragrafens åläggs försäkringskassan ett generellt ansvar för kartläggningen av den försäkrades rehabiliteringsbehov. Detta innebär bl.a. att försäkringskassan skall ta initiativ till erforderliga utredningar och undersökningar i kartläggningsarbetet. Kassan får här hjälp bl.a. genom de signaler som kan finnas i utlåtanden om den försäkrades arbetsförmåga. Det är av vikt att kassan i varje sjukärende är observant på frågan om en eventuell rehabilitering. När ett rehabiliteringsbehov har klarlagts, skall kassan tillse att det snarast vidtages de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Försäkringskassan skall också — när ett rehabiliteringsbehov har klarlagts — verka för att den rehabiliteringsansvarige aktören snarast tar initiativ till adekvata rehabiliteringsåtgärder.

Försäkringskassans administrativa samordningsfunktion kommer till uttryck bl.a. genom att olika utredningar sammanströmmar på försäkringskassan, som därefter har att ta initiativ till och följa upp de olika åtgärderna i rehabiliteringsarbetet.

Kassan skall i rehabiliteringsarbetet samarbeta med arbetsgivare, myndigheter och organisationer som kan vara berörda i ett rehabiliteringsärende. För att inte kränka den försäkrades personliga integritet, förutsätter detta emellertid att den försäkrade gett sitt medgivande till det. Detta medför att försäkringskassan redan i ett initialskede bör införskaffa den försäkrades medgivande härtill. Kassan bör även vara observant på att viss information om den försäkrade kan vara sekretessbelagt, och i förekommande fall bör kassan därför föra en dialog med den försäkrade huruvida samtycke kan lämnas till att informationen får användas i samarbetet med andra.

Genom sista stycket får försäkringskassan skyldighet att tillse, att rehabiliteringsarbetet påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt. Det krävs alltså att försäkringskassan kontinuerligt följer upp rehabiliteringsärendena så att inte någon riskerar att komma utanför och att ingenting görs.

Det bör framhållas att rehabiliteringsarbetet på kassorna självfallet gäller alla åtgärder för långa sjukfall, således inte enbart sådana arbetslivsinriktade åtgärder som sägs i 9 §.

3 §

Den som kanske har den bästa kännedomen om behovet av rehabiliteringsåtgärder, är den försäkrade själv. Det är därför naturligt att han får ett ansvar för att medverka i kartläggningen och lämna den information

som behövs. Det får naturligtvis inte ske på bekostnad av ett åsidosättande av den personliga integriteten.

Oavsett vilka åtgärder som sätts in eller kvaliteten på dem, är de tämligen verkningslösa utan den försäkrades aktiva medverkan. Han åläggs därför genom paragrafen en skyldighet att efter bästa förmåga medverka i den rehabiliteringsåtgärd som tillhandahålls honom. Om den försäkrade utan giltig orsak vägrar att lämna information som behövs för att rehabiliteringsbehovet skall kunna klarläggas eller vägrar delta i en rehabiliteringsåtgärd, kan bestämmelserna i 20 kap. 3 § vara att tillämpa.

4 §

Genom stadgandet får arbetsgivaren skyldighet att medverka till att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs. Arbetsgivaren får också ett ansvar för att — när ett sådant behov framkommit — ta initiativ till att en effektiv rehabilitering kommer till stånd.

Som ett inslag i arbetsgivarens rehabiliteringsarbete får han också ansvaret för att det i vissa situationer upprättas en arbetsplatsutredning. Har arbetsgivaren tillgång till företagshälsovård, kan denna utföra utredningen. I andra fall kan det bli arbetsledare, personalman eller annan inom eller utom företaget som utför utredningen.

Utredningen kan i vissa fall vara av mycket enkel beskaffenhet medan den i andra fall kan bli mer omfattande, allt beroende på förhållandena i det enskilda fallet.

I vissa fall blir en arbetsplatsutredning obehövlig, detta är t.ex. när sjukdomen inte på något sätt har sin uppkomst via arbetet och då det för arbetsåtergång inte krävs några särskilda åtgärder på arbetsplatsen. Utredningen behöver inte heller utföras när det klart framgår att de åtgärder som skall vidtas i rehabiliteringssyfte, ryms inom arbetsgivarens grundläggande skyldigheter enligt t.ex. arbetsmiljölagen. Utredningen skall komma till stånd när rehabiliteringsbehoven är oklara eller när det kan förmodas att det kan komma att krävas en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning skall utges från socialförsäkringen eller där andra än parterna på arbetsplatsen är bäst lämpade att handha rehabiliteringsåtgärden.

Försäkringskassan skall alltid underrättas om resultatet av utredningen, även om ersättning inte är aktuell, eftersom det är försäkringskassan som har det övergripande ansvaret för att behovet av rehabiliteringsåtgärder klarläggs och har samordningsansvaret i rehabiliteringsarbetet. Underrättelsen kan lämpligen ske genom att arbetsplatsutredningen översänds till försäkringskassan.

Försäkringskassan skall i vissa fall överta ansvaret för utredningen. Detta kan bli aktuellt t.ex. när det är fråga om en liten arbetsplats, när arbetsgivaren saknar kompetens eller resurser för ändamålet eller därmed jämförbara situationer. Övertagandet kan också bli aktuell i sådana situationer där arbetsgivaren av någon anledning inte, trots påpekanden, gör någon utredning. Genom bestämmelsen får försäkringskassan en

skyldighet att tillse att en utredning kommer till stånd, oavsett om det blir försäkringskassan eller arbetsgivaren som får utföra utredningen.

För att rehabiliteringsarbetet skall fungera, är det av vikt för försäkringskassan och andra berörda myndigheter att man vet vilken person på ett arbetsställe man kan vända sig till i rehabiliteringsfrågor. En sådan kontaktperson i rehabiliteringsfrågor torde underlätta såväl interna som externa kontakter i rehabiliteringsarbetet. I sista stycket i paragrafen anges därför att på ett arbetsställe som har en sådan storlek att där finns en skyddskommitté, skall det finnas en sådan kontaktperson. På mindre arbetsställen är den som svarar i rehabiliteringsfrågor tämligen lätt att identifiera. På större arbetsställen kan detta emellertid vara svårt. Har arbetsstället en sådan storlek att där finns en skyddskommitté, är det rimligt att där också finns en kontaktperson i rehabiliteringsfrågor. Självfallet kan en kontaktperson utses även på andra arbetsställen.

5 §

Genom förevarande paragraf får arbetsgivaren en skyldighet att delta i överläggningar med försäkringskassan om åtgärder för att förändra arbetsförhållandena för en anställd som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Med stöd av 8 § främjandelagen (1974:13) kan försäkringskassan få ett förordnande av länsarbetsnämnden att begära sådana överläggningar med arbetsgivaren. Detta framstår emellertid som en onödig och tidskrävande byråkratisk omgång. Försäkringskassan bör i stället få möjligheter att själv begära sådana överläggningar utan att behöva gå via länsarbetsnämnden. Stadgandet avser alltså inte att utvidga arbetsgivarens överläggningsskyldigheter utan främst att skapa en enklare och smidigare handläggning.

Formella överläggningar efter kallelse enligt andra stycket blir aktuella först om lösningar inte kan uppnås i samförstånd vid de löpande kontakter som försäkringskassans handläggare har med arbetsgivaren. Överläggningsfrågorna kan vara sådana som försäkringskassan på eget initiativ tar upp, men det kan också vara frågor som exempelvis den anställde, hans arbetstagarorganisation eller en handikapporganisation initierar.

Målet med överläggningarna är givetvis att åstadkomma att anställningsförhållandena för en anställd med nedsatt arbetsförmåga blir tillfredsställande hos arbetsgivaren. Alla tänkbara lösningar kan därvid diskuteras. Självfallet måste dock diskussionen föras mot bakgrund av vad som är praktiskt möjligt att åstadkomma och vad som rimligen kan krävas av arbetsgivaren.

Det kan röra sig om olika åtgärder för arbetsanpassning, såsom handikappanpassning av arbetsmiljön, förändringar av arbetsmoment eller arbetsorganisation, arbetsställningar eller förändringar av arbetstidens förläggning. Det kan också avse arbetsträning eller omplacering av den anställde till ett annat för honom lämpligare arbete samt därav föranledd utbildning.

Till överläggningarna skall kallas arbetsgivaren och den försäkrade samt berörda arbetstagarorganisationer. I vissa fall kan det vara lämpligt att även representanter för andra myndigheter eller organisationer är närvarande för att bidra med sina kunskaper och erfarenheter.

Kallelse till överläggningarna skall utfärdas av berörd socialförsäkringsnämnd. Om skäl till det föreligger, kan sådan kallelse förenas med vite.

När det föreligger skäl till det skall försäkringskassan, på grundval av vad som framkommit vid överläggningarna, meddela arbetsgivaren anvisningar beträffande åtgärder som bör vidtas så att arbetsförhållandena kan anpassas efter den försäkrades arbetsförmåga.

Om arbetsgivaren inte efterkommer försäkringskassans anvisningar, reser sig frågan om sanktionsmöjligheter. Sådana situationer kan emellertid — mot bakgrund av erfarenheterna från tillämpningen av främjandelagen — förväntas inträffa enbart i ytterst sällsynta undantagsfall. Beredningen hyser därför betänkligheter mot att föreslå ett införande av ett vid sidan av främjandelagen helt parallellt system. Om arbetsgivaren inte efterkommer försäkringskassans anvisningar, bör i stället i dessa ytterst få fall främjandelagens regler komma i tillämpning.

6 §

När företrädare för hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller en arbetsmarknadsmyndighet är i kontakt med den försäkrade, skall de vara observanta på eventuella rehabiliteringsbehov. Om ett sådant behov kommer i dagen, skall tjänstemannen ta initiativ till lämpliga rehabiliteringsåtgärder.

Myndigheterna skall vidare genomföra en rehabiliteringsutredning, om det inte framstår som obehövligt. Utredningen får anses obehövlig om det är klarlagt att lämplig rehabiliteringsåtgärd helt faller inom ramen för myndighetens kompetens- och ansvarsområde och att någon ersättning enligt 22 kap. inte skall komma ifråga. Utredningen skall komma till stånd när rehabiliteringsbehoven är oklara eller när det kan förmodas att det kan erfordras en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning skall utges enligt 22 kap., eller där andra än myndigheten är bäst lämpade att svara för åtgärden.

Försäkringskassan skall alltid underrättas om resultatet av utredningen, lämpligen genom att utredningen översänds till kassan. Det är härvid naturligtvis av vikt att myndigheterna är observanta på sekretessfrågorna. I förekommande fall måste alltså ett samtycke erhållas från den försäkrade för att man skall kunna vidarebefordra viss information. Det är därför viktigt att det förs en kontinuerlig dialog med den försäkrade.

7 §

Konstateras det på grundval av en arbetsplats- eller en rehabiliteringsutredning eller annan utredning — t.ex. utredning företagen inom försäkringskassan — att den försäkrade är i behov av en rehabiliteringsåtgärd

som medför att ersättning enligt 22 kap. skall utges, skall det upprättas en rehabiliteringsplan. I dessa fall visar ju utredningen också vilken rehabiliteringsåtgärd som det är frågan om. Den rehabiliteringsaktör som inledningsvis skall svara för åtgärden, skall upprätta rehabiliteringsplanen. Försäkringskassan skall tillse att så sker.

I normalfallet är det bara frågan om en aktör, och det uppstår inga svårigheter att utse denne. Är det däremot fråga om multiproblem, kan det uppstå svårigheter att avgöra vem som bör ha huvudansvaret för rehabiliteringen. Försäkringskassan har då att antingen komma överens med en av aktörerna att svara för att planen upprättas eller att själv upprätta den. Kassan kan också hänskjuta frågan till den lokala rehabiliteringsgruppen, för överensekommelse om vem som i det enskilda fallet framstår som lämpligast att ha huvudansvaret för rehabiliteringen och därmed också ansvaret för att en plan upprättas. Försäkringskassan har det övergripande ansvaret för att en rehabiliteringsplan upprättas. Detta innebär bl.a., att om en utpekad rehabiliteringsaktör inte — trots påpekande — upprättar en plan, skall kassan överta ansvaret för att en plan färdigställs. Det är viktigt att framhålla, att planen skall upprättas i samarbete med den försäkrade samt att den försäkrades arbetsgivare och berörda myndigheter har en skyldighet att medverka vid upprättandet av planen, om det är erforderligt.

Det är försäkringskassan som har att pröva om det rehabiliteringsprogram som planen anger, medför ersättning från socialförsäkringen. Därför är det naturligt att planen skall godkännas av försäkringskassan för att ersättningsfrågan skall bli klarlagd.

Kan rehabiliteringsplanen inte upprättas inom sex månader från insjuknandedagen, skall handläggande tjänsteman vid försäkringskassan lämna underrättelse om detta till socialförsäkringsnämnden, om det inte är obehövligt, t.ex. då sjukdomsbilden är sådant att rehabiliteringsåtgärderna måste skjutas på framtiden. Härigenom får de förtroendevalda i försäkringskassorna information om rehabiliteringsläget för de långa sjukfallen och möjlighet att ge vägledning för rehabiliteringsarbetets inriktning. De förtroendevaldas förankring i olika delar av samhället är av värde både för bedömningen av åtgärder från kassans sida och för möjligheterna att påverka rehabiliteringsinsatserna utanför kassan. Bestämmelsen korresponderar också med förslagen beträffande socialförsäkringsnämndernas arbetsuppgifter.

Försäkringskassornas ansvar upphör inte i och med att planen har upprättats. I sista stycket i paragrafen anges att försäkringskassan fortlöpande skall följa rehabiliteringsarbetet och tillse att planen följs samt — i förekommande fall — se till att planen korrigeras.

8 §

Kan rehabiliteringsarbetet inte inledas inom ett år, räknat från insjuknandedagen, eller om de rehabiliteringsåtgärder som vidtagits inte förbättrar den försäkrade, skall försäkringskassan pröva om nedsättningen

av arbetsförmågan är varaktig. I förekommande fall skall försäkringskassan ta initiativ till förtidspension eller sjukbidrag. Denna tidsgräns skall ses som en kontrollstation. Det får självfallet inte bli så att förtidspension blir ett mer eller mindre obligatorium efter ett års sjukskrivning. Vi vill poängtera att det är viktigt att en sådan prövning skall ske fortlöpande under hela sjukfallet, således både före och efter ettårsgränsen.

9 §

Rehabiliteringsersättningen ersätter den s.k. 3:8-sjukpenningen, som således försvinner. Den skall emellertid kunna användas i vidare utsträckning än vad som gäller för 3:8-sjukpenningen. Rehabiliteringsersättningen skall utges endast under aktiv rehabiliteringstid. Först när den försäkrade påbörjar en rehabilitering kan rehabiliteringsersättning utgå. Då upphör också rätten till sjukpenning (om sådan finns). Den utgår sedan under hela den tid som den försäkrade deltar i åtgärden. Detta innebär bl.a. att om den försäkrade gör uppehåll i rehabiliteringsåtgärden, upphör rehabiliteringsersättningen och ersätts av sjukpenning, om rätt till sådan föreligger enligt 3 kap. 7 §. Rehabiliteringsersättning bör dock utges även under kortare sjukdomstid. Gränsen bör vara sjukfall som ligger inom den utlåtandefria tiden, dvs. för närvarande högst sju dagar.

Grundförutsättningen för rätt till rehabiliteringsersättning är att den försäkrade har en sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Det krävs däremot inte att arbetsförmågan är nedsatt. Detta innebär att rehabiliteringsersättning även kan utgå för vissa sjukdomsförebyggande åtgärder (se avsnitt 9.5.2).

För att rätt till rehabiliteringsersättning skall inträda krävs det att den försäkrade deltar i en rehabiliteringsåtgärd, som kräver den försäkrades aktiva medverkan och som *avser att återföra honom till arbetslivet.* Med att åtgärden skall kräva den försäkrades aktiva medverkan avses att den skall vara sådan till sin karaktär att den förutsätter att den försäkrade är personligen verksam och engagerad i den. Åtgärden skall vara arbetslivsinriktad, vilket innebär att den skall behövas för att den försäkrade skall kunna nå sitt syfte att få eller behålla ett arbete.

Åtgärden skall avse att antingen förkorta en sjukdomstid, helt eller delvis förebygga att sjukdomen eller nedsättningen av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan leder till nedsatt arbetsförmåga eller att helt eller delvis häva en befintlig nedsättning av arbetsförmågan. Åtgärden kan bestå av förändringar av den försäkrades arbetsförhållanden. Härmed avses t.ex. förändring av arbetstidens förläggning, ändrad arbetsorganisation, arbetsträning, omskolning etc. Den kan också vara av medicinsk, psykologisk eller social art. Det kan således vara åtgärder av skiftande art och med skiftande innehåll. Det får dock inte vara en åtgärd som den försäkrades arbetsgivare har skyldighet att vidta enligt arbetsmiljölagen eller annan lag eller författning.

Om den försäkrade deltar i en ersättningsberättigad rehabiliteringsåtgärd, är det självfallet inget som hindrar att han dessutom deltar i andra

åtgärder eller aktiviteter vid sidan om, som ingår i rehabiliteringen men som i sig inte är ersättningsgrundande. Full ersättning skall likväl utgå.

Riksförsäkringsverket har genom en kungörelse angett att viss utlandsvård är att anses som en rehabiliteringsåtgärd enligt 3 kap. 8 § och därigenom sjukpenninggrundande. Det är naturligt att riksförsäkringsverket även framdeles utfärdar föreskrifter om vilka åtgärder som kan anses vara ersättningsberättigade rehabiliteringsåtgärder.

För rätt till rehabiliteringsersättning krävs det vidare att den försäkrade under tiden rehabiliteringsåtgärden pågår är helt eller delvis förhindrad att arbeta (om han har något arbete) och att han därigenom går miste om minst en fjärdedels inkomst under rehabiliteringstiden.

Som utvecklats närmare under avsnitt 8.7.4 kan rehabiliteringsersättning utgå även till unga handikappade, oaktat att de inte deltar i en ovan beskriven rehabiliteringsåtgärd. Som framgår av avsnitt 8.7.8 gäller detta emellertid inte synskadade, döva och hörselskadade ungdomar, som inte samtidigt har andra handikapp.

Enligt paragrafen skall den försäkrade ansöka om rehabiliteringsersättning. Dessutom skall rehabiliteringsåtgärden vara angiven i den tidigare nämnda rehabiliteringsplanen. Det är viktigt att den försäkrade påbörjar en rehabiliteringsåtgärd så snart som möjligt och att reglerna inte reser några formella hinder härför. Detta medför bl.a. att det inte är något som hindrar att den försäkrade påbörjar rehabiliteringsåtgärden innan kassan fattat ett formellt beslut om godkännande av planen. Det måste anses tillfyllest att kassan t.ex. per telefon underrättats om att den försäkrade kommer att ansöka om rehabiliteringsersättning och att han inleder rehabiliteringsarbetet. När kassan sedan får ansökningen och planen sig tillhanda inom rimlig tid, kan kassan i efterhand godkänna rehabiliteringsåtgärden och acceptera ansökningen. Ersättning kan då utgå från första rehabiliteringsdagen.

Rehabiliteringsersättningen består av en del som skall kompensera inkomstbortfallet (rehabiliteringspenningen) och en del som är en kostnadsersättning (särskilt bidrag).

Sammanfattningsvis kan följande schematiska uppställning göras beträffande förutsättningarna för rätt till rehabiliteringsersättning.

1. Den försäkrade skall ha en sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan
2. Den försäkrade skall delta i en åtgärd som har minst ett av tre syften

   a) förkorta en sjukdomstid
   b) förebygga att sjukdomen eller nedsättningen av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan leder till nedsatt arbetsförmåga
   c) helt eller delvis häva en befintlig nedsättning av arbetsförmågan

3. Det skall vara en arbetslivsinriktad åtgärd som förutsätter den försäkrades aktiva medverkan och som avser att återföra honom till arbetslivet. Åtgärden skall behövas för att den försäkrade skall kunna uppnå sitt syfte att få eller behålla ett arbete
4. Den försäkrade skall under tiden rehabiliteringsåtgärden pågår vara

förhindrad att arbeta, varigenom han går miste om minst en fjärdedels inkomst

5. Åtgärden skall finnas angiven i en av försäkringskassan godkänd rehabiliteringsplan

6. Den försäkrade skall ha ansökt om rehabiliteringsersättning.

10-11 §§

Rehabiliteringspenningen skall ersätta den inkomstförlust som den försäkrade gör genom att delta i rehabiliteringsåtgärden. Inkomstförlusten skall uppgå till minst en fjärdedel av förvärvsinkomsten under ersättningstiden. Därefter är rehabiliteringspenningen helt flexibel och relaterad till inkomstförlusten. Taket för kompensationen är 100 procent av SGI eller den högre inkomst som den försäkrade faktiskt går miste om. Rehabiliteringspenningen har dock en garantinivå, som blir aktuell om den försäkrade har en låg SGI eller ingen fastställd SGI. Garantinivån föreslås ha samma nivå som gäller för dagpenningen i utbildningsbidraget enligt 20—22 §§ förordningen (1987:406) om arbetsmarknadsutbildning. Vi föreslår att regeringen genom en särskild förordning anknyter bestämmelserna om rehabiliteringspenningens storlek härvidlag till bestämmelserna i nämnda förordning om utbildningsbidragets storlek. Har således den försäkrade ingen fastställd SGI eller har han en SGI som är lägre än dagpenningen i utbildningsbidraget, skall hans rehabiliteringspenning ha samma nivå som dagpenningen. Detta innebär att den försäkrade alltid är garanterad en rehabiliteringspenning som uppgår till minst det belopp som skulle varit fallet om han i stället fått dagpenning enligt nyssnämnda förordning (se avsnitt 8.7.4).

12 §

När det gäller ersättning till unga handikappade, innebär förslaget enkelt uttryckt, att dessa i stället för förtidspension får rehabiliteringsersättning. Reglerna flyttas i dessa fall över från 7 kap. till 22 kap. 12 §. Om den försäkrade inte deltar i en rehabiliteringsåtgärd enligt 9 § första stycket, utgår en rehabiliteringspenning som motsvarar vad den försäkrade i dag uppbär i förtidspension. Det enda som inträffat i denna situation, är att ersättningsformen bytt namn. Deltar däremot den försäkrade i en sådan rehabiliteringsåtgärd, har han rätt till den högsta rehabiliteringspenning som han uppfyller förutsättningarna för enligt regelsystemet.

13 §

Det särskilda bidrag, som kan utgå för vissa kostnader som uppstår i samband med en rehabilitering, föreslås i allt väsentligt likna ersättningsreglerna i förordningen (1987:406) om arbetsmarknadsutbildning (detta utvecklas närmare under avsnitt 8.7.4). Det särskilda bidraget utbetalas av försäkringskassan.

14 §

I stadgandet föreslår vi, att om rehabiliteringsarbetet utförs hos en arbetsgivare på arbetsmarknaden (vilket inte nödvändigtvis måste vara den vanliga arbetsgivaren), skall försäkringskassan kunna träffa överenskommelse med arbetsgivaren att denne skall betala ut rehabiliteringspenningen. Detta underlättas också av att det finns en rehabiliteringsplan, som bl.a. anger den beräknade storleken på rehabiliteringspenningen vid varje tillfälle under rehabiliteringstiden. För att underlätta handläggningen bör detta emellertid gälla endast i de fall då rehabiliteringsarbetet beräknas pågå under minst en hel kalendermånad hos arbetsgivaren. I andra fall skall försäkringskassan svara för utbetalningen. Det särskilda bidraget utbetalas alltid av försäkringskassan, se 13 §.

Arbetsgivaren får därefter ersättning av försäkringskassan för utbetald rehabiliteringspenning en gång i månaden. Försäkringskassans kontroll underlättas av att det finns en rehabiliteringsplan som följs. Detta system motsvarar i princip vad som i dag gäller vid s.k. arbetsgivarinträde inom den offentliga sektorn.

15 §

Paragrafen motsvarar i stort 3 § lagen (1985:1002) om försöksverksamhet inom sjukförsäkringsområdet, dock med undantag från knytningen till det egna sjukpenningbeloppet.

Enligt reglerna för försöksverksamheten får ersättning inte ges med högre belopp än som svarar mot den sjukpenning som den försäkrade skulle ha fått för den tid som reseersättningen avser. En sådan konstruktion innebär att rätten till reseersättning blir beroende av sjukpenningens storlek. De försäkrade kommer på så sätt att behandlas olika vilket kan framstå som principiellt otillfredsställande. Även ur rehabiliteringssynpunkt är det önskvärt att kunna ersätta resekostnaden oavsett sjukpenningnivån.

Vi föreslår därför att den försäkrade skall få sina merkostnader täckta, såvida dessa inte framstår som uppenbart orimliga. Det bör således endast i undantagsfall bli aktuellt att den försäkrade inte får ersättning för sina merkostnader. Merkostnader som föranleds av att den försäkrade får byta kommunikationsmedel, t.ex. från tåg eller privat bil till taxi för en daglig pendling mellan bostaden och arbetet, är således alltid ersättningsbara.

För att underlätta den administrativa hanteringen, bör beräkningen av de ordinarie resekostnaderna schabloniseras.

16 §

Förevarande paragraf är avsedd att tillämpas på rehabiliteringsåtgärder som dagens regler förhindrar därför att åtgärden inte inryms i någon rehabiliteringsaktörs åtgärdskatalog eller därför att något eller några rekvisit saknas enligt reglerna. Om det finns en rehabiliteringsåtgärd,

konventionell eller okonventionell, som är väsentlig för att återföra den försäkrade till förvärvsarbetet och kostnaderna för denna inte överstiger de kostnader som annars skulle ha uppkommit för sjukpenning, rehabiliteringsersättning, förtidspension eller sjukbidrag, bör åtgärden alltid kunna bekostas av sjukförsäkringen, om det inte ligger inom någon annans ansvar att svara för att åtgärden genomförs. Här bortses naturligtvis från åtgärder som arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen eller andra bestämmelser har att svara för.

17 §

En anställd eller en egen företagare, som drabbas av en funktionsnedsättning, kan i många fall fortsätta att arbeta, om arbetsförhållandena anpassas till funktionsnedsättningen. Exempel på sådana anpassningsåtgärder kan vara anskaffning av en ergonomiskt lämplig stol för den som har ryggbesvär, en ståpulpet för den som behöver växla mellan stående och sittande arbete, en telefonförstärkare för den som har fått nedsatt hörsel etc. Det grundläggande ansvaret för att arbetsmiljön är lämpligt utformad åvilar arbetsgivaren. Det ankommer därför på arbetsgivaren att se till att arbetsplatsen, maskiner och annan utrustning är ergonomiskt lämpligt utformade. I vissa fall kan det dock förekomma att arbetstagaren behöver särskilda individanpassade arbetshjälpmedel, som inte omfattas av vanliga arbetsmiljöhänsyn.

Bidrag från sjukförsäkringen till anskaffning av sådana arbetshjälpmedel föreslås för funktionshindrade, som innehar anställning eller är egen företagare eller fri yrkesutövare. Det föreslås att bestämmelserna i dessa fall anknyts till bestämmelserna i förordningen (1987:409) om bidrag till arbetshjälpmedel m.m.

Motsvarande bidrag lämnas i dag via arbetsförmedlingen i samband med nyanställning.

Ansvarsfördelningen för hjälpmedel och anpassningsåtgärder kommer därigenom att vara, att hälso- och sjukvårdshuvudmännen svarar för hjälpmedel som handikappade behöver för sin dagliga livsföring, arbetsmarknadsverket svarar för bidrag till arbetshjälpmedel och liknande, som behövs för att en person med funktionshinder skall kunna få och utföra ett arbete, medan sjukförsäkringen svarar för kostnader för funktionshindrade, som redan är i arbete. Det förutsätts att reglerna i 3-6 §§ förordningen (1987:409) om bidrag till arbetshjälpmedel får motsvarande tillämpning i dessa fall.

18 §

I vissa fall kan en närståendes eller annan persons medverkan i rehabiliteringsarbetet vara en nödvändig förutsättning för att uppnå en lyckad rehabilitering. Detta är förhållandet när det är denna person som skall handha en träning av den försäkrade t.ex. i hemmet efter en vistelse på en rehabiliteringsinrättning. För att en närstående skall kunna klara av detta, krävs det ibland att han får utbildning eller information om funktions-

nedsättningen och om träningsåtgärderna. Det är då nödvändigt att den närstående är närvarande — åtminstone i ett inledningsskede — när den försäkrade deltar i rehabiliteringsåtgärderna på inrättningen.

För att möjliggöra detta, är det nödvändigt att följeslagaren får ekonomisk ersättning, dels för sitt inkomstbortfall, dels för sina kostnader.

Enligt förordningen (1987:405) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten, får ledsagare till handikappad sådan ersättning i samband med inställelse vid AMI eller utredning om förutsättningarna för yrkesinriktad rehabilitering.

Det föreslås att motsvarande regler skall gälla i rehabiliteringsarbetet. Både av rättviseskäl och för att reglerna skall vara överblickbara är det viktigt att samma ersättningsregler gäller i all rehabilitering, oavsett vilken myndighet det är som beslutar om den. Eftersom ersättningsreglerna i nämnda förordning är klart förmånligare än reglerna enligt sjukreseförordningen, föreslås förstnämnda regler gälla även beträffande sådan följeslagare som avses i förevarande paragraf.

För att följeslagarersättning skall lämnas vid rehabilitering, skall följande kriterier vara uppfyllda, nämligen

1. följeslagaren skall fortsätta träningen efter det att den försäkrade skrivits ut från rehabiliteringsinrättningen,
2. följeslagarens deltagande i rehabiliteringsåtgärden är nödvändig för att han skall kunna klara av träningen av den försäkrade.

19 §

Paragrafen reglerar rätten till rehabiliteringsersättning vid tillfälligt avbrott i rehabiliteringen, och utgör sålunda undantagsregler från huvudregeln att rehabiliteringsersättning skall utgå endast under själva deltagandetiden.

20 §

Paragrafen är en motsvarighet till vad som gäller för sjukpenning enligt 3 kap. 4 § andra stycket samt 3 kap. 15 § andra stycket. Om rehabiliteringsåtgärden genomförs under sluten vård på sjukhus, skall således rehabiliteringspenningen minskas på motsvarande sätt som sker med sjukpenningen.

21 §

Paragrafen reglerar samordningen mellan rehabiliteringspenningen och andra socialförsäkringsförmåner, vilket är nödvändigt för att det inte skall uppstå en oskälig överkompensation.

4 § lagen (1981:691) om socialavgifter

För att rehabiliteringspenning inte skall belastas med extra kostnader i form av sociala avgifter, i de fall rehabiliteringspenningen utges av en arbetsgivare, föreslås ändring i förevarande lagrum.

2 a § arbetsmiljölagen (1977:1160), 9 § andra stycket socialtjänstlagen (1980:620), 2 c § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 5 § rehabiliteringsförordningen (1987:221)

Som angetts i den allmänna motiveringen är ett samarbete mellan de olika rehabiliteringsmyndigheterna av stor betydelse för att samordna samhällets rehabiliteringsarbete och för att på bästa sätt tillgodose den försäkrades behov av rehabilitering. Förevarande paragrafer avser att befästa detta samarbete och att poängtera att varje berörd myndighet har ett eget ansvar i rehabiliteringsarbetet. Samarbetet kan ske t.ex. i lokala rehabiliteringsgrupper eller på annat sätt. Samarbetsformerna bör utformas efter de särskilda förutsättningar och förhållanden som råder regionalt och lokalt. De regionala länsmyndigheterna — centralkassan, länsarbetsnämnden och landstinget — bör tillsammans med kommunerna utforma närmare föreskrifter i detta hänseende.

När det gäller hälso- och sjukvården föreslår vi att samarbetet skall ske beträffande frågor som rör såväl sjukdomsförebyggande åtgärder som rehabilitering. Hälso- och sjukvården har naturligtvis en specifik roll i det sjukdomsförebyggande arbetet. När en patient har en konstaterad förhöjd sjukdomsrisk är det viktigt att t.ex. arbetsgivaren bereds möjlighet att medverka i eventuella åtgärder för att undanröja risken och att han i detta hänseende får en adekvat information. I andra situationer kan ett sådant samarbete mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer bli aktuellt. I vissa sammanhang är det i det enskilda fallet inte nödvändigt att koppla in någon utanför sjukvården. Det anges därför att samarbetet skall ske i erforderlig omfattning. Liknande förhållanden råder när det gäller kontakter med andra i rehabiliteringsfrågor. Kontakter med försäkringskassan är naturligtvis inte erforderliga t.ex. i sådana fall då rehabiliteringsersättning inte kan bli aktuell på grund av patientens höga ålder.

I det ovan beskrivna samarbetet förutsätts naturligtvis att berörda myndigheter iakttar gällande sekretessbestämmelser. Sekretessen i den offentliga verksamheten innebär förbud att röja en uppgift, vare sig det sker muntligen, genom utlämnande av en allmän handling eller på annat sätt (1 kap. 1 §). I 14 kap. 4 § sekretesslagen finns dock en allmän regel som säger att sekretess kan efterges genom samtycke av den berörde enskilde. Det finns inga föreskrifter för formkrav för ett sådant samtycke. Även muntligt samtycke gäller.

Socialstyrelsen framhåller i sina Allmänna råd 1982:4 "Sekretess", att ett samtycke kan ges den karaktären att en eller flera befattningshavare vid en myndighet har möjlighet att fortlöpande samarbeta med en eller flera myndigheter i en särskild fråga. Som exempel på ett dylikt samarbete nämns de lokala rehabiliteringsgrupperna. I det sammanhanget framhålls som lämpligt att en myndighet inhämtar den enskildes samtycke till att alla berörda myndigheter får lämna ut uppgifter om honom. Socialstyrelsen anger vidare att ett dylikt samtycke bör vara skriftligt. Sekretessregler som gäller i rehabiliteringsarbetet beskrivs och motiveras utförligare i 3 kap.

7 § lagen (1973:370) om arbetslöshetsförsäkring och 7 § lagen (1973:371) om kontant arbetsmarknadsstöd (KAS)

Målet för rehabiliteringsarbetet är att göra den försäkrade i stånd att utföra ett lämpligt arbete och att återföra honom till arbetsmarknaden. Sjukförsäkringens ersättningsformer bör omfatta endast sjuktiden och inte den tid som därefter åtgår för att skaffa ett arbete. Enligt vår mening bör den som är frisk och arbetsför, men ännu inte fått ett lämpligt arbete, betraktas som arbetslös och ersättning till den försäkrade bör därför lämnas inom ramen för det arbetsmarknadspolitiska stödformerna vid arbetslöshet. I vissa fall är den försäkrade emellertid inte berättigad till arbetslöshetsersättning under denna tid. Gällande regler bör därför ändras så att även den som har friskskrivits efter en rehabilitering utan att ha en väntande anställning att återgå till och inte har rätt till ersättning från a-kassan eller KAS, skall så långt möjligt kunna omfattas av reglerna. Detta uppnås genom att bestämmelserna ändras i förevarande paragrafer.

Enligt nu gällande regler jämställs den tid som en försäkrad genomgått arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering för vilken statligt utbildningsbidrag utgått, med tid för förvärvsarbete. Förevarande förslag innebär att reglerna ändras så, att även den tid som en försäkrad deltagit i en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringsersättning enligt AFL utgått, skall jämställas med förvärvsarbete, oavsett rehabiliteringsåtgärdens beskaffenhet.

2 och 4 a §§ förordningen (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd

Enligt nuvarande bestämmelser gäller arbetsskadeförsäkringen inte vid resor till och från arbetsplatsen, under raster eller vid teoretiska moment beträffande den som deltar i arbetsmarknadsutbildning, är inskriven vid arbetsmarknadsinstitut eller genomgår arbetsprövning eller arbetsträning som har godkänts av allmän försäkringskassa. Förevarande paragraf avser att eliminera denna inskränkning i personskadeskyddet. Den utbildning, prövning eller träning som nämnts ovan, sker regelmässigt under förhållanden som inte avviker från dem som gäller i förvärvslivet i övrigt. Riskerna för arbetsskada är således likartade. De som omfattas av denna utbildningsform är främst personer som redan har en anställning eller är arbetslösa eller löper allvarlig risk att bli det. De flesta har således en anknytning till arbetsmarknaden. Det är därför rimligt att de även under avsedd tid har samma försäkringsskydd som gäller för arbetsmarknaden i övrigt.

1 § förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i viss arbetsmarknadsutbildning eller yrkesinriktad rehabilitering

Dagens bestämmelser tar sikte främst på sådan försäkrad som uppbär sjukpenning under tiden han deltar i en rehabiliteringsåtgärd enligt 2

kap. 11 § AFL (3:8-sjukpenning). Genom införandet av rehabiliteringsersättning, som ersätter sjukpenningen i dessa fall, bör begreppet "sjukpenning" utbytas mot "rehabiliteringsersättning" som kvalifikationsgrund för här avsett försäkringsskydd.

Reservation och särskilda yttranden

Reservation av ledamoten Gustav Jönsson med instämmande av sakkunnige Lennart Öjelind

Rehabiliteringspenningens utformning

Vi instämmer i beredningens förslag att sjukpenningen görs mer flexibel genom införandet av — förutom halv och hel — en fjärdedels och tre fjärdedels sjukpenning. Vi ansluter oss också till förslaget om en särskild rehabiliteringspenning som skall utgöra 100 procent av inkomstförlusten maximerad enligt gällande SGI-regler, liksom att den som saknar SGI får ersättning enligt reglerna för utbildningsbidrag. Vi finner däremot inte tillräckliga skäl för att rehabiliteringspenningen skall ges en annan utformning än sjukpenningen när det gäller graderingen av nedsatt arbetsförmåga. Med beredningens förslag om stora skillnader i reglerna för rehabiliteringspenning och sjukpenning kompliceras administrationen och regelsystemet blir mera svåröverskådligt för de försäkrade.

Vi anser att rehabiliteringspenningen på motsvarande sätt som sjukpenningen skall kunna utges med 25, 50, 75 eller 100 procent av SGI. Försöksverksamheten har inte visat att det finns behov av ytterligare flexibilitet.

Vi delar inte beredningens uppfattning att den som under rehabiliteringen prövar ett arbete, som normalt skulle ge en högre lön än det tidigare, skall få utfyllnad genom rehabiliteringspenning upp till den högre lönen, dvs. upp till högre belopp än fastställd SGI. Den högre lönen bör enligt vår mening läggas till grund för ersättningen först efter avslutad omskolning/rehabilitering och när den försäkrade har fått anställning i det högre avlönade arbetet. Det är ju inte säkert att omskolningen kan fullföljas och leda till anställning. Det skulle inte gynna rehabiliteringssyftet om ersättningsnivån under rehabiliteringen först blev högre än tidigare inkomstnivå för att därefter eventuellt åter minska.

Ersättning till unga handikappade

I likhet med beredningen anser vi att förtidspension är en olämplig ersättningsform när det gäller handikappade ungdomar i skolåldern. Vi anser dock inte att den av beredningen föreslagna rehabiliteringspen-

ningen ger en tillfredsställande lösning. Genom att beredningens förslag har nuvarande förtidspension som utgångspunkt bibehålls flera av nackdelarna i nuvarande system, bl.a. oförsvarliga skillnader såväl mellan handikappade och andra grupper som mellan olika handikappgrupper.

För gruppen synskadade, döva och hörselskadade föreslår beredningen att de i stället för rehabiliteringspenning skall få studiestöd tillsammans med handikappersättning. Detta anser vi i princip skall gälla för alla handikappade ungdomar som inte förvärvsarbetar. Enligt vår mening vore det en dålig lösning att införa skilda regler för olika former av handikapp eftersom dessa inte är avgörande för vare sig studieförmågan eller den framtida förvärvsförmågan.

Enligt vår mening bör samhällets stöd till handikappade ungdomar ha följande två utgångspunkter, nämligen

- dels bör det anknyta till det ekonomiska samhällsstödet som ges till motsvarande åldersgrupper i allmänhet (normaliseringsprincipen),
- dels bör det ge kompensation för de merkostnader som handikappet medför den unge och dennes familj.

Flertalet ungdomar är studerande under ett flertal år sedan de fyllt 16 år och är därmed beroende av samhällets stöd för sin försörjning. Det är därför principiellt motiverat att det grundläggande samhällsstödet även till ungdomar med olika former av handikapp knyter an till det studiesociala stödet. (Nya regler för studiestödet gäller fr.o.m. den 1 januari 1989.) Det extra stöd som behövs på grund av handikappet bör utges som särskild merkostnadsersättning. Denna uppläggning ansluter till vad socialförsäkringsutskottet uttalat i betänkandet SfU 1987/88:18.

Utbildningsinsatser av olika slag är i hög grad angelägna för ungdomar med handikapp som påverkar den framtida arbetsförmågan. Sådana utbildningsinsatser bör så långt möjligt omfattas av studiestödssystemet. Studerande med handikapp bör således i första hand få sin försörjning genom de studiesociala stödformer som gäller generellt för studerande i motsvarande ålder. För den som på grund av handikapp är förhindrad att förvärvsarbeta eller bedriva studier som berättigar till studiebidrag eller studiestöd bör införas ett habiliteringsbidrag som motsvarar det studiestöd som normalt utges för resp. åldersgrupp.

Utöver det allmänna studiestödet respektive habiliteringsbidraget bör ekonomisk kompensation ges för de merkostnader som handikappet medför. Denna kostnadsersättning bör främst innefatta nuvarande handikappersättning och vårdbidraget till förälder med handikappat barn. För handikappersättningen bör övervägas att införa en ny högre ersättningsnivå för att kunna ge erforderlig ersättning för de vårdinsatser som blir aktuella för vissa svårt handikappade och som upp till 16 års ålder ersätts genom vårdbidraget. Ett annat sätt att lösa ersättningsfrågan är att låta vårdbidrag utgå även för handikappade över 16 års ålder. Därvid bör närmare övervägas att höja åldersgränsen för vårdbidrag från 16 till 18 med möjlighet att utgå ytterligare ett par år för särskilt vårdkrävande ungdomar som vistas i föräldrahemmet.

Jämfört med beredningens förslag ger den här skisserade lösningen möjlighet till högre ersättning för handikappade med stort vårdbehov men en lägre ersättningsnivå för den som har låga merkostnader på grund av handikappet.

Särskilt yttrande av ledamoten Walter Slunge och sakkunnige Olof Eliason

Många av rehabiliteringsberedningens förslag kommer om de genomförs att leda till att samhällets resurser för rehabilitering används på ett mer effektivt sätt än i dag. Dit hör i första hand beredningens krav på ökade insatser från arbetsgivarnas sida att aktivt delta i såväl det förebyggande som rehabiliterande arbetet.

Beredningen skall enligt sina direktiv behandla frågan om rehabilitering av människor i yrkesaktiva åldrar medan merparten av hälso- och sjukvårdens resurser tas i anspråk av dem som lämnat yrkeslivet. För oss som företräder hälso- och sjukvårdshuvudmännen är det viktigt att betona att hälso- och sjukvården är en resurs för alla människor och de i yrkesverksamma åldrar inte kan ges någon särbehandling inom vården.

Försäkringskassan har redan i dag ett lagfäst ansvar för att se till att rehabilitering kommer till stånd. Beredningen föreslår nu att ett visst ytterligare administrativt samordningsansvar för rehabiliteringen läggs på försäkringskassan. Vi accepterar detta. Vad som däremot är svårt att utläsa av betänkandet är vilka eventuella krav på nya resurser hos försäkringskassan som blir aktuella. Skrivningar som "funktion för rehabiliteringsvägledning" m.m. tyder på att krav på resurser för nya och fler försäkringstjänstemän kommer att ställas. Vi vill bestämt avvisa ett sådant resonemang. Om rehabiliteringsarbetet skall förstärkas så är det inte försäkringstjänstemän som kommer i första hand. Då handlar det i stället om resurser till hälso- och sjukvården, företagshälsovården, arbetsmarknads- och socialpolitiska insatser m.m.

I avsnit 6.2.6 under rubriken "Möjligheterna att skapa bättre samband mellan sjukvården och sjukförsäkringen i ekonomiskt hänseende" presenterar beredningen en "idéskiss" innehållande bl.a. idéer om att centralt avdela en särskild "pott" från sjukförsäkringen för att öka sådana insatser hos sjukvårdshuvudmännen som bidrar till förbättrad rehabilitering och andra åtgärder som kan korta ned framför allt de långa sjukfallen. Syftet med den redovisade idéskissen är gott. Landstingsförbundets styrelse rekommenderade redan i mars år 1988 sina medlemmar att ta initiativ till just sådan ökad samverkan med respektive försäkringskassa.

Den av beredningen redovisade idéskissen kommer emellertid fel när det gäller på vilket sätt "pottens" storlek skall bestämmas och sedan fördelas. Utöver regeringskansliet skulle riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, Landstingsförbundet, försäkringskassorna, länsarbetsmarknadsmyndigheterna, kommunerna och landstingen medverka. Beredningen väljer här fel väg. I stället för ökad byråkrati, otaliga planerings-

vändor och komplicerade fördelningssystem behövs snabba och raka rör mellan sjukvårdshuvudmannen och försäkringskassan ute i länet. För att pröva ett system där kassans inflytande över sjukvårdshuvudmannens prioriteringar ökar i viss utsträckning förordar vi i stället samma väg som beredningen föreslagit när det gäller kassans möjligheter till medverkan i det förebyggande arbetet (avsnitt 9.5.1). Det skulle då innebära att varje kassa fick använda en begränsad del av sina medel för att i samråd med landstinget göra vissa satsningar på medicinska verksamhetsområden som enligt kassan skulle behöva stimuleras för att hålla kostnaderna för sjukförsäkringen nere.

Även om vi inte motsätter oss införandet av en särskild rehabiliteringspenning, så har vi svårt att riktigt förstå poängen med den. För den enskilde måste det vara av mindre betydelse om han eller hon har sjukpenning eller rehabiliteringspenning eftersom det i plånboken blir lika mycket pengar. Enligt vår uppfattning har beredningen inte tillräckligt tagit hänsyn till konsekvenserna av de nya avtal som arbetsmarknadens parter slutit och som innebär att sjukpenning numera av arbetsgivaren "fylls ut" till 100 procent. En vidareutveckling av den s.k. 3:8-sjukpenning som i dag redan finns skulle kunna klara de behov som rehabiliteringspenningen och det särskilda bidraget i övrigt syftar till att tillgodose.

Vi tror också att det finns vinster att hämta genom en på sikt mer radikal omläggning av vissa delar av sjukersättningssystemet. Vad vi i första hand tänker på är möjligheterna att låta arbetsgivarna ta det fulla ekonomiska ansvaret för ersättning för förlorad arbetsförtjänst vid kortare sjukskrivningsperioder. Resurser hos försäkringskassan skulle kunna sparas in och frigjorda medel användas i det aktiva rehabiliteringsarbetet. Med nuvarande system betalar i princip en administration ut 90 procent, medan en annan betalar ut de återstående 10 procenten. Administrationen för att betala ut 90, 10 eller 100 procent blir ungefär lika stor. Arbetsgivaren skulle med en sådan här lösning också få goda ekonomiska incitament att på allvar ta itu med skilda arbetsmiljöfrågor för att på så sätt begränsa sjukdom, ohälsa och sjukfrånvaro. Det finns naturligtvis risker att vid en sådan omläggning personer med olika typer av arbetshandikapp får svårare att komma in på arbetsmarknaden eller att byta arbete. Det blir därför nödvändigt att noga överväga på vilket sätt en sådan utveckling skall förhindras.

Särskilt yttrande av sakkunnige Alf Eckerhall

Ersättningssystemet

Rehabiliteringsberedningens översyn av sjukförsäkringens regler skulle syfta till att åstadkomma en mera aktiv och rehabiliteringsinriktad försäkring. Beredningen skulle bl.a. undersöka om det går att förenkla regelsystemet med t.ex. enhetlig ersättningsnivå.

Det har varit väl känt för beredningen att de allra flesta försäkrade under sjukfrånvaro numera uppbär full ersättning, dvs. motsvarande 100

procent av lönen, under de första 90 dagarna och för tid därefter uppemot 95 procent. Vid arbetsskador ligger ersättningen kvar på en 100-procentig nivå även efter de första 90 dagarna. Detsamma gäller beträffande trafikförsäkringen, patient- och läkemedelsförsäkringen samt ansvarsförsäkringarna. I diagram 10.1 har ersättningarna utöver dem som utges enligt AFL inte beaktats. Diagrammet ger således en felaktig bild av verkligheten.

I ett sjukfall kan ersättningar utges från flera olika håll, vilket medför stora och onödiga sammanlagda administrativa kostnader.

Beredningen har under utredningsarbetet också fått klart för sig, att möjligheten att ersättningsnivån i vissa fall kan bli högre än normalersättningen vid sjukdom negativt påverkar motivationen för den enskilde att medverka i rehabiliteringsinsatser. Detta förhållanden gäller särskilt beträffande arbetsskadeförsäkringen. Det har i många arbetsskadefall visat sig näst intill omöjligt att få igång ett rehabiliteringsarbete så länge det inte föreligger ett definitivt beslut i arbetsskadefrågan. När beslutet väl föreligger har sjukskrivningen tyvärr ofta pågått under avsevärd tid, vilket gör det ännu svårare att över huvud taget kunna åstadkomma en rehabilitering.

Beredningen har, trots uppmaningen i direktiven, inte tagit sig an uppgiften att föreslå ett förenklat system med enhetliga ersättningsnivåer, utan har i stället valt ett förslag till en ny ersättningsform och ersättningsnivå i den allmänna försäkringen, nämligen rehabiliteringspenning. Denna ersättning skall enligt förslaget utges under den aktiva rehabiliteringsprocessen. Om detta förslag genomförs kommer såväl försäkringskassan som företagen och försäkringsbolagen att behöva avsevärda förstärkningar enbart för att administrera ersättningen, och detta trots att den totala ersättningen för den enskilde i de flesta fall blir helt oförändrad.

Enligt direktiven skall de förslag beredningen redovisar vara noggrant ekonomiskt analyserade bl.a. vad avser effekter på administrationen. Så har icke skett beträffande förslaget om rehabiliteringspenning. Förslaget bidrar heller inte till att göra sjukförsäkringen mera förståelig för de försäkrade eller till att öka deras intresse för rehabilitering.

En särskild invändning anser jag bör riktas mot förslaget enligt 22 kap. 10 § andra stycket och 21 § andra stycket, nämligen att ersättningen i vissa fall skall kunna vara högre än inkomstförlusten. Enligt min mening bör ersättningsnivån aldrig få överstiga 100 procent av inkomstförlusten.

Utifrån de realiteter som avspeglas i nu gällande lagregler och kollektivavtal och som råder beträffande motivation samt likheter i behov hos enskilda försäkrade, borde beredningen enligt min mening ha föreslagit ett ersättningssystem med full ersättning för alla under sjukskrivningstid. Ett sådant system kunde lämpligen kombineras med ett fullständigt ersättningsansvar för arbetsgivarna upp till en viss längd av sjukperioderna. Små företag skulle dock kunna vara kvar i den allmänna försäkringen under hela sjukperioden.

Ett sjukersättningssystem enligt mitt förslag skulle frigöra en stor del

av försäkringskassans administrativa resurser. Dessa skulle i stället kunna inriktas på rehabiliteringsarbete med målet att så snabbt som möjligt återföra försäkrade till arbete. Enligt beräkningar gjorda bl.a. av sjukpenningskommittén (SOU 1981:22) skulle besparingar i administrationen inom försäkringskassan göras med motsvarande uppemot 3 000 årsarbetare, beroende på hur lång arbetsgivarperiod som väljs. Till detta skulle komma personalbesparingar inom avtalsförsäkringarna och ansvarsförsäkringsbolagen.

En stor del av den enhetliga sjukförsäkringsavgiften som arbetsgivarna i dag betalar skulle bortfalla och omvandlas till en mera rörlig kostnad beroende på sjukfrånvaron vid det egna företaget. Detta skulle säkerligen stimulera företaget att vidta ytterligare förebyggande hälsovård och rehabilitering, ett antagande som styrks av erfarenheter från våra nordiska grannländer. För företag med liten frånvaro och som f.n. därigenom "subventionerar" andra företag skulle en sådan ordning från rättvisesynpunkt vara av stor betydelse.

Samverkan

Jag delar beredningens uppfattning om att samverkan bör utvecklas mellan företagen — till vilka jag räknar företagshälsovården — försäkringskassan, den allmänna hälso- och sjukvården och arbetsmarknadsorganen. Det är av särskild vikt att samverkan fungerar effektivt mellan arbetsledningen och sjukvården, så att erforderliga åtgärder kan vidtas på ömse håll för en snabb återgång till arbetet för den försäkrade. För att underlätta genomförandet av rehabiliteringsberedningens förslag i denna del bör särskild uppmärksamhet redan nu ägnas åt denna fråga.

Beredningen föreslår att det skall upprättas en rehabiliteringsplan om den försäkrade är i behov av en ersättningsgrundande rehabiliteringsåtgärd. För min del anser jag att möjligheterna att rehabilitera en försäkrad bör utgöra grunden för att upprätta en plan och inte det förhållandet att en viss rehabiliteringsåtgärd kan vara ersättningsgrundande.

Förtidspension till handikappade ungdomar

Enligt nuvarande bestämmelse i 7 kap. 1 § AFL kan i vissa fall försäkrad som fyllt 16 år ha rätt till förtidspension eller sjukbidrag om hans arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av prestationsförmågan är nedsatt med minst hälften.

Denna bestämmelse tillkom när det var vanligt att ungdomar vid 16 års ålder eller ofta tidigare inträdde i arbetslivet. I dag är den normala åldern vid första anställningen 18 år eller högre. Så gott som alla ungdomar erbjuds numera möjlighet att genomgå gymnasieskola. Lagstiftningen bör därför ändras så att förtidspension eller, som beredningen föreslår beträffande stöd till handikappade ungdomar, rehabiliteringspenning inte utges till den som är yngre än 18 år. I analogi härmed bör reglerna om vårdbidrag ändras så att det kan utges till dess barnet fyller 18 år.

Lagbestämmelsen är således otidsenlig. Den anger det absurda förhål-

landet, att samhället tycks ställa krav på handikappade ungdomar om förvärvsarbete samtidigt som alla övriga ungdomar bereds möjlighet till utbildning.

Särskilt yttrand av sakkunnige Viking Falk

I egenskap av sakkunnig kan jag instämma i och acceptera flertalet av de förslag som beredningen lämnat. I följande avseende måste jag dock anmäla avvikande mening.

I betänkandet betonas starkt primärvårdens centrala roll när det gäller rehabilitering. Detta anser jag vara viktigt och riktigt. När det gäller primärvårdens verksamhet i rehabiliteringsarbetet anser jag emellertid att beredningen inte till fullo tagit konsekvensen av att många rehabiliteringsproblem innehåller sociala och psykosociala faktorer av dominerande betydelse. För att kunna lösa dessa problem krävs direkt medverkan av personer med social kompetens i primärvården, vilket inte accepterats av beredningen.

I betänkandet pekar man på flera ställen ex. i kapitel 6 att patienter ofta har en sammansatt problematik och att det därför krävs "förutom ökade resurser även ökade kunskaper hos personalen om och förmåga att handskas med psykosomatiska, psykologiska och psykosociala problem". Detta är förvisso riktigt. Men det räcker inte. Medlemmar av den medicinska professionen har inte tillräckliga grundkunskaper och erfarenheter för att kunna möta alla dessa problem även om man genom kurser eller på annat sätt förbättrar deras förmåga.

Det är ett välkänt faktum att sociala och psykosociala problem i en inte obetydlig omfattning ger sjukdomssymtom och även sjukdomar. Det är för många människor betydligt enklare att söka sjukvården än socialtjänsten. Det är också mindre skuldbelagt att inte kunna fungera på grund av sjukdom än på grund av psykologiska och psykosociala komplikationer. Det är en gammal välkänd sanning att klienter med stora psykosociala problem ofta har debuterat på vårdcentralen. Det är då viktigt att det finns kompetens och kunskap att här "mota Olle i grind". En annan viktig faktor för rehabilitering är givetvis att svåra primärt kroppsliga sjukdomar eller olycksfall kan föra med sig sociala komplikationer, som för den berörde upplevs som helt dominerande, men som han ofta inte får förståelse för eller hjälp av inom sjukvården om kompetens och kunskap inte finns där.

Dessa problem har givetvis inte varit okända och i de s.k. samverkansprojekten för tio år sedan fastslog socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och SPRI att behovet av social och psykosocial insats i vården skulle tillgodoses av den kommunala socialtjänsten och att samarbetet med hälso- och sjukvården skulle vara nära och intensivt. Detta är den s.k. kompetensprincipen. Detta har emellertid på flertalet håll i landet inte fungerat. Skälet har till en del varit okunnighet inom sjukvården om de sociala och psykosociala problemen. Man kan inte åtgärda något som man inte ser. Motsvarande okunnighet finns också inom socialtjänsten.

Det kan vara svårt för en ansträngd socialsekreterare, som har att handlägga klientärenden med svårlösta närmast sociala katastrofer, att engagera sig i problem, som förefaller vara relativt banala och som man då kanske tycker lätt skulle kunna handläggas inom sjukvården. Det är också ett faktum att de sociala komplikationer, som man möter i sjukvården är av en annan natur än de, som socialsekreteraren möter i sitt dagliga arbete. Först när vi har socialarbetare, som direkt medverkar i det dagliga arbetet på vårdcentralen, har det blivit möjligt att effektivt hjälpa patienter med dessa mångfacetterade problem. I betänkandet påpekas just faran med medikalisering av sociala problem och faran av att patienten fixeras vid kroppsliga symtom, när huvudproblemet varit av social eller psykosocial natur. Får patienten/klienten inte rätt vård kommer han att utsättas för onödigt lidande, riskera långvarig sjukskrivning och åsamka sig själv och samhället stora kostnader.

Primärvården kan inte och kommer inte att kunna bemästra dessa mångfacetterade svåra rehabiliteringsproblem utan direkt medverkan av professionell social personal. Enligt min uppfattning borde detta klart och otvetydigt ha fastslagits i betänkandet.

Lösningen kan sedan variera på grund av lokala förhållanden. Antingen kan kuratorer direkt anställas i primärvården eller också kan socialsekreterare avdelas för arbete på vårdcentral. Det är emellertid synnerligen viktigt att sjukvårdspersonalen inklusive läkare inser och accepterar det sociala arbetets betydelse och tillgodogör sig den kunskap som den sociala personalen har och att denna verksamhet betraktas som likvärdig med den medicinska verksamheten.

Särskilt yttrande av sakkunnige Erling Jacobsson

På tre punkter borde utredningen, enligt min mening, ha lagt mer långtgående förslag.

1.
Kopplingen mellan rehabiliteringsinsatserna och försäkringssystemets ekonomiska resurser borde stärkas.

Utredningen borde, enligt direktiven, ha utformat förslag som skapar incitament för ökad produktion av rehabiliteringstjänster och ökat intresse för rehabilitering. Ett sådant system skulle stimulera dem som i dag har kompetens inom rehabiliteringsområdet att utveckla denna och utöka sin verksamhet för att svara mot de stora behov som finns. Utredningens förslag är på denna punkt otillräckliga även om ett par öppningar ges (köp av AMI-resurser samt kopplingen sjukvårdsresurser — rehabiliteringsinsatser).

2.
Samverkan mellan olika aktörer inom rehabiliteringssektorn. Rehabiliteringsgrupperna behandlas särskilt av utredningen. Jag delar uppfattningen att grupperna har förutsättningar att fungera väl men att samarbetet och arbetsformerna kan utvecklas ytterligare. Ett sätt att ge större

tyngd åt LRG vore att ge dem ekonomiskt ansvar och resurser. Utredningen föreslår att de lokala rehabgrupperna skall upprätta rehabiliteringsplaner. Gruppen har sammantaget betydande resurser till sitt förfogande. Arbetsförmedlingens representant har i dag beslutsbefogenheter i enskilda ärenden. Det vore av värde för en i samverkan genomförd rehabilitering om samtliga parter förde resurser och beslutsbefogenheter med sig till gruppen så att även de ekonomiska åtagandena på ett smidigt och samlat sätt kunde klaras ut. Utredningens positiva bedömning av de lokala rehabgruppernas möjligheter att fungera motsvaras alltså inte av förslag att också ge dem ekonomiskt ansvar och resurser.

3.

Resurser för lokalt/regionalt arbete

En medveten strävan inom arbetsmarknadspolitiken är att ta stor hänsyn till de lokala och regionala marknaderna. Utrymmet för anpassning till lokala förhållanden har ökat och utvecklingen fortsätter. En större frihet att inom egna budgetramar hitta lokala lösningar och att utveckla nya metoder har därmed skapats. Mer av målstyrning och mindre av regelstyrning ger, tillsammans med delegering av beslutsbefogenheter och budgetansvar, goda förutsättningar för att utveckla arbetsmetoder och samverkan. Utvecklingsarbetet kan med fördel bedrivas lokalt.

Även i rehabiliteringsarbetet torde samma grundbetingelser gälla. En betydligt större frihet att regionalt och lokalt utnyttja resurserna, hitta samverkansformer och utveckla arbetsmetoder borde ha präglat utredningens förslag. Att utifrån riktlinjer och resultatkrav arbeta med egna resurser och med ansvar för resultat och måluppfyllelse stimulerar och lösgör personalens resurser i större utsträckning än ett starkt regelstyrt system. Utredningens förslag tar endast delvis fasta på denna grundläggande inställning.

Särskilt yttrande av sakkunnige Inga-Britt Lagerlöf

Ändrade regler för arbetslöshetsersättning

Principen för arbetslöshetsersättning är i stort densamma som för sjukpenningen. Ersättningen skall kompensera förlusten av arbetsinkomsten. För rätt till arbetslöshetsersättning finns således ett arbetsvillkor. Inom en ramtid av tolv månader omedelbart före arbetslösheten skall den arbetslöse ha förvärvsarbetat minst fem månader. Detta gäller både ersättning från a-kassa och kontant arbetsmarknadsstöd (KAS). Den som avslutat en heltidsutbildning om minst ett läsår kan uppfylla arbetsvillkoret för KAS, om han förvärvsarbetat minst 90 dagar de senaste tio månaderna. Vissa andra aktiviteter, t.ex. arbetsmarknadsutbildning (AMU) eller yrkesinriktad rehabilitering vid ett arbetsmarknadsinstitut (AMI) jämställs med arbete.

När man beräknar ramtiden, dvs. de senaste tolv resp. tio månaderna,

då arbete skall ha utförts, får man "hoppa över" tid då den arbetslöse har varit förhindrad att arbeta på grund av sjukdom, fullgjord värnpliktstjänstgöring, deltagit i viss vuxenutbildning, yrkesinriktad rehabilitering, nykterhetsvård på anstalt m.m.

Rehabiliteringsberedningen föreslår (avsnitt 8.7.9) att tid med rehabiliteringsersättning skall jämställas med tid i arbete, när en ev. rätt till arbetslöshetsersättning skall fastställas. När den försäkrade söker arbete efter en genomförd rehabilitering, skall tiden med rehabiliteringspenning kunna tillgodoräknas för uppfyllande av arbetsvillkoret. Enligt beredningens förslag om ändringar av lagstiftningen om arbetslöhetsersättningar skall rehabiliteringen inte behöva vara yrkesinriktad. Också tid i medicinsk eller social rehabilitering skulle jämställas med arbetad tid.

Förslaget innebär att tid som är "överhoppningsbar" enligt nuvarande regler, i stället blir jämställd med arbetad tid. Detta får effekt främst för personer, som inte hunnit få en förankring i arbetslivet eller som varit borta så länge att de inte har rätt till kontantersättning vid arbetslöshet. Det kan exempelvis gälla missbrukare, som enligt beredningens förslag skall få rehabiliteringspenning under vistelse på hem för vård eller boende. I dag krävs i dessa fall att personen förvärvsarbetat minst fem månader under en tolvmånadersperiod före vistelsen. Med den föreslagna regeländringen behöver personen inte längre uppfylla det villkoret. I stället blir själva vistelsen på ett hem för vård av missbrukare en kvalifikationsgrund för arbetslöshetsersättning.

Regeländringen skulle också få effekter för den grupp handikappade ungdomar, som i dag får sjukbidrag eller förtidspension. Enligt beredningens förslag skall de i stället få rehabiliteringspenning. Precis som nu skall ersättningen kunna utgå t.ex. under gymnasiestudier. Men beredningens sammantagna förslag skulle ge olika resultat för olika grupper av handikappade ungdomar. Beredningen har nämligen också föreslagit att synskadade, döva och hörselskadade studerande ungdomar skall ha studiesocialt stöd och inte rehabiliteringspenning.

När det gäller arbetslöshetsersättning skulle detta få som följd att de, som har svårast att få arbete efter en utbildning och därför beviljas rehabiliteringsersättning under utbildningen också "kvalificerar" sig för arbetslöshetsersättning. Exempelvis skulle den, som haft rehabiliteringsersättning under en utbildning inom särskolan, kunna uppfylla arbetsvillkoret för KAS, medan synskadade och hörselskadade ungdomar — på samma sätt som alla andra ungdomar — måste ha utfört förvärvsarbete för att kunna få kontantstöd vid arbetslöshet.

Rehabiliteringsberedningens förslag om ändrade regler för arbetslöshetsersättning bör inte genomföras. De, som haft arbetsinkomster före sjukskrivning och rehabilitering, kan redan med nuvarande regler få ersättning vid arbetslöshet i de allra flesta fall. Det finns inte skäl att luckra upp sambandet mellan arbete/inkomst och rätt till ersättning genom att vidga ersättningen till grupper som saknar förankring på arbetsmarknaden. I stället bör dessa sökande erbjudas arbetsmarknadspolitiska åtgärder, som stärker deras konkurrenskraft på arbetsmarknaden, t.ex. AMU, beredskapsarbete, arbete i ungdomslag etc.

Arbetsgivares försäkringsskydd vid träning i reell miljö

Rehabiliteringsberedningen föreslår (avsnitt 8.7.12) en vidgning av försäkringsskyddet för arbetsgivare, som tar emot personer för arbetsprövning eller -träning. Det är en angelägen reform, eftersom det kan vara svårt att få arbetsgivare att "ställa upp" utan ett sådant skydd.

Enligt nuvarande regler (SFS 1980:631, ändrad senast 1987:512) prövas en ansökan om ersättning av AMS eller, om skadan uppkommit under arbetsmarknadsutbildning som anordnats av AMU-gruppen, av AMU-styrelsen.

Rehabiliteringsberedningen anser att AMS också skall pröva ersättningsfall, där skadan vållats av någon, som haft rehabiliteringspenning, men där arbetsmarknadsverket inte har medverkat till placeringen hos arbetsgivaren. Beredningen har, efter att ha övervägt frågan, avstått från att lägga fram förslag om hanteringen av dessa fall, i vilket innebär att nuvarande rutiner också skulle bli tillämpliga på de tillkommande fallen. Avsikten tycks också vara att ersättningarna skall betalas av arbetsmarknadsdepartementets anslag Kontant arbetsmarknadsstöd och utbildningsbidrag.

Enligt min mening bör administration och kostnader i dessa fall i stället åvila myndigheter och anslag inom socialförsäkringsområdet.

Särskilt yttrande av sakkunnige Lena Lindqvist

Aktuella statistikkällor visar att psykiska påfrestningar är ett förhållandevis vanligt arbetsmiljöproblem bland tjänstemän. De psykosociala problemen kan dessutom förväntas öka i och med att tjänstesektorn i framtiden kommer att växa på bekostnad av den industriella sektorn. Kommittén konstaterar också att stress i arbetet synes vara ett ökande problem för många, som kan leda till psykosomatiska och olika psykiska besvär. I likhet med beredningen anser jag att behov av rehabilitering på grund av fysiska åkommor är lättare att upptäcka och åtgärda på arbetsplatsen än de fall där rehabiliteringsbehov uppstått till följd av psykiska eller sociala problem.

Jag anser att beredningen inte tar konsekvenserna av vad detta kan komma att innebära. Speciella åtgärder behöver vidtagas för att undvika onödig sjukskrivning vid psykiska besvär. Det krävs tillgång på personal med kompetens inom primär- som företagshälsovården. Det räcker inte med, som kommittén föreslår, att inom primärvården kräva ökade kunskaper hos personalen om och förmåga att handskas med psykosomatiska, psykologiska och psykosociala problem. Jag anser att det kanske framför allt inom primärvården krävs personal med en gedigen utbildning inom det psykosociala området. Det är nämligen oerhört viktigt för att på ett så tidigt stadium som möjligt fånga upp patientens problematik och därigenom finna lämplig behandlingsform.

Kommittén konstaterar att 85 procent av de långtidssjukskrivna har en anställning. Kommittén har bl.a. därför föreslagit en förstärkning av arbetsgivarens ansvar för rehabilitering på arbetsplatsen. En väsentlig mål-

sättning för rehabilitering av en anställd är därför att han/hon skall kunna få behålla det tidigare arbetet eller om detta inte är möjligt åtminstone få bli kvar på den gamla arbetsplatsen.

Jag anser att denna målsättning är riktig i flertalet rehabiliteringsfall. Men med tanke på att det kan vara förhållanden som råder på arbetsplatsen som är orsak till uppkomna problem, vill jag peka på behovet av en mer nyanserad syn på detta. Det är t.ex. inte ovanligt inom läraryrket att det är just på den gamla arbetsplatsen som problem uppstått som orsakat sjukskrivningen.

Därför vill jag mer än vad kommittén har gjort poängtera möjligheten att efter rehabilitering söka sig till annan arbetsplats när ett återvändande till den gamla arbetsplatsen för den enskilde individen ter sig omöjligt. Jag vill också betona vikten av att utbildning ses och används som en alternativ rehabiliteringsinsats för att i dessa fall underlätta byte av arbetsuppgift och arbetsplats.

Särskilt yttrande av sakkunniga Karin Lund och Lars-Åke Sandqvist

1. Samverkansfrågor

Vi hälsar med tillfredsställelse rehabiliteringsberedningens grundläggande tanke att ansvaret för rehabiliteringen i första hand skall ligga på arbetsplatsen.

Ett problem med rehabiliteringen såsom den bedrivits sedan länge är ju att man sett detta arbete som en fråga för myndigheterna att lösa. Genom beredningens tankar och förslag har en perspektivförskjutning skett, vilket med all säkerhet kommer att få till följd en mer effektiv rehabiliteringsprocess för den enskilde.

Beredningen har kunnat konstatera att bristen på samordning mellan myndigheter utgör ett hinder i rehabiliteringsverksamheten. I direktiven för beredningen har ingått att lägga fram förslag till en bättre samordning.

En effektiv rehabilitering handlar i hög grad om samverkan, samverkan mellan dem som på olika sätt är inblandade i processen. Med arbetsplatsen mer i centrum blir det en fråga om samverkan inom företagen, mellan företagen och berörda samhällsorgan, i första hand försäkringskassorna, arbetsmarknadsmyndigheterna, hälso- och sjukvården och primärkommunerna. Men en effektiv rehabilitering förutsätter också nära samverkan mellan samhällsorganen.

Beredningens förslag innebär dels att rehabiliteringsansvariga utses på arbetsplatser och i försäkringskassorna, dels att rehabiliteringsgrupperna — som i dag — skall vara de samordnande organen i rehabiliteringsärenden, och dels att man i annan lagstiftning ålägger berörda organ att samverka i rehabiliteringsärenden.

På denna punkt menar vi dock att beredningens förslag är ofullständiga. Vi anser inte att förslagen leder fram till den effektivitet i rehabiliteringsprocessen som är nödvändig.

För det första kännetecknas nuvarande myndighetsorganisation inom rehabiliteringsområdet av stark uppdelning och bristande intresse för samordning. Rehabiliteringsansvariga organ är i stor utsträckning utformade för andra uppgifter än rehabilitering. Rehabilitering svarar således endast för en mindre del av varje myndighets eller kommunala organs verksamhet. Detta påverkar myndigheternas prioriteringar av resurser.

För det andra påverkas samarbetet av att myndigheterna bedriver sin verksamhet på skilda konton med olika finansieringskällor. Detta leder till att varje myndighet huvudsakligen gör kostnadsöverväganden inom sina egna ramar. Det finns inga organisatoriska eller ekonomiska incitament för att få myndigheter att prioritera och budgetera rehabiliteringsverksamheten utifrån ett samhällsekonomiskt lönsamhetsperspektiv.

Vi anser inte att beredningen löst denna fråga. Den har inte i grunden prövat de olika samverkansmodeller som presenterats inför beredningen. Den har inte heller tagit initiativ till andra modeller.

2. Rehabiliteringslag

Beredningens förslag, som skall lagregleras, skall införas som ett nytt kapitel i lagen om allmän försäkring. Vidare skall i arbetsmiljölagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt rehabiliteringsförordningen införas en skyldighet att samverka i rehabiliteringsärenden.

Vi tror att det är olyckligt att så starkt knyta rehabiliteringslagstiftningen till den allmänna försäkringen. Vi har därför väckt idén om en särskild rehabiliteringslag.

Mottiven är följande:

- rehabiliteringsverksamheten skulle få en tydligare markering
- en rehabiliteringslag skulle sätta den enskildes rätt till rehabilitering i centrum samtidigt som myndigheter och andra skulle underordnas lagen på ett likvärdigt sätt.

Vi menar att beredningen inte förutsättningslöst prövat möjligheten av en fristående lag, vilka fördelar en sådan skulle ha, jämfört med den av beredningen föreslagna lösningen, vilka svårigheter som ev. skulle följa med en fristående lagstiftning osv. I beredningens uppgift att få till stånd en bättre fungerande rehabilitering borde också ha ingått denna fråga.

Särskilt yttrande av experten Alf G. Ericsson

I huvudsak instämmer jag i de förslag som läggs fram av beredningen men vill därutöver anföra följande.

Enligt min uppfattning borde beredningen i högre grad ha utgått från den enskilde individens behov av rehabilitering och mindre från de inblandade rehabiliteringsaktörernas behov. Ett sådant synsätt och perspektiv skulle ha lett fram till förslag som bättre tillförsäkrat den enskilde individen en rätt till rehabilitering på egna villkor och ålagt rehabiliteringsaktörerna att samverka både sinsemellan och med den berörda individen.

Beredningen borde också ha lagt ett mer långtgående förslag för att garantera hela familjen möjligheter att aktivt medverka i rehabiliteringen och ge föräldrar möjlighet att vistas med sina barn t.ex. på sjukhus utan inkomstbortfall. Därvid borde också möjligheterna till ersättning vid deltagande i rehabiliteirngskurser t.ex. i handikappaorganisationernas regi ha prövats.

Enligt min uppfattning borde också beredningen ha lagt förslag om en premie inom rehabiliteringsersättningen som skulle ha utgått i samband med deltagande i aktiv rehabilitering. En sådan premie skulle ha haft en direkt rehabiliteringsstimulerande effekt.

Det finns också skäl att understryka att den förändrade roll som försäkringskassan får enligt beredningens förslag måste få som konsekvens ett bättre samarbete med och tillvaratagande av de kunskaper som finns hos handikapporganisationerna. Likaså måste en nära samverkan finnas med de rehabiliterande organ som har särskild kompetens på handikappområdet som t.ex. syncentraler, hörcentraler etc. i samband med arbetsplatsutredningar och rehabiliteringsutredningar.

Beredningens förslag om en medicinsk rehabiliteringsklinik i varje län motiveras inte enbart av behovet av konsultverksamhet till primärvården. Behovet av medicinsk rehabilitering är så stort att rehabiliteringsklinikerna också måste ha resurser och kapacitet för en egen verksamhet.

Beredningens direktiv som begränsats till sjukförsäkringens roll i rehabiliteringen har förhindrat en helhetssyn på rehabiliteringsverksamheten totalt. Den nyligen tillsatta handikapputredningen har till uppgift att bl.a. utreda frågor om habilitering och rehabilitering. Jag förutsätter att regeringen senare prövar om ytterligare åtgärder erfordras inom socialförsäkringssystemet i syfte att garantera alla människor rätt till en verksam rehabilitering.

Särskilt yttrande av experterna Ingvar Krakau, Sven Larsson, Thord Lewin och Harald Sanne

Angående ändrat orsaksrekvisit för erhållande av sjukpenning

I betänkandet påpekas svårigheter gällande tolkning och tillämpning av sjukdomsbegreppet (8.7.1), vilket utmynnar i ett förslag till nytt rekvisit, för erhållande av sjukpenning — "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska funktionsförmågan", dvs. utöver sjukdom. Man menar att detta kan skapa bättre förutsättningar för tidiga och adekvata rehabiliteringsåtgärder, genom att människor blir mer benägna att blotta psykosociala faktorer och därigenom ej medikaliserar sina problem.

Förvisso har sociala, psykologiska och arbetsmässiga faktorer en avgörande betydelse för förmågan att förvärvsarbeta och det synes synnerligen angeläget att genom kunskapsuppbyggnad skapa förståelse för detta bland allmänhet, inom myndigheter och vid tillämpning av lagen. Däremot kan man starkt ifrågasätta i vad mån sjukskrivning är en lämp-

lig åtgärd, för att lösa psykosocial problematik. Risk föreligger att möjligheter till avlastning genom arbetsfrånvaro av psykologiska och sociala skäl leder till att mer rationella och effektiva-orsaksinriktade åtgärder ej kommer till stånd. Erfarenhet visar — vilket beredningen även påpekar — att många långtidssjukskrivna har en komplex, psykosocial problematik men att sjukskrivningen är passiv. I verkligheten är detta en flykt in i sjukskrivning med risk för förödande negativa följder och bestående utslagning för individen. Genom införande av det föreslagna nya rekvisitet, uppstår en risk att flera hamnar i "passiv sjukskrivning", även om man satsar på förbättrad rehabilitering. Förslaget kommer därigenom att motverka andra syften framförda i direktiv och betänkande.

Det är tveksamt i vilken mån de försäkrade skulle bli "mera benägna att medverka till att klarlägga och definiera bakomliggande orsaker till deras bristande arbetsförmåga", genom införande av det föreslagna rekvisitet. En sådan utveckling borde kunna stimuleras bättre genom upplysningsverksamhet.

Enligt direktiven, sid. 10, bör kommittén sträva efter att göra reglerna lättare, att förstå och acceptera, för att skapa rättvisa och rättssäkerhet inom sjukförsäkringen. Både begreppet sjukdom och arbetsförmåga, som ingår i nuvarande lagtext, är svåra att avgränsa. Båda begreppen är dock vedertagna och har en innebörd som varje medborgare kan tolka. Det bör påpekas att begreppet "sjukdom" dels innebär att man refererar till bestämda faktorer, som leder till funktionsnedsättning och arbetsoförmåga men även innebär en viss gradering, dvs. besvär/symtom måste uppnå en viss svårighetsgrad, för att rubriceras som sjukdom.

Genom att ändra orsaksrekvisitet för sjukpenning att omfatta även "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan..." utan att precisera vad "annan än sjukdom" innefattar skapar man en stor oklarhet och därmed en risk för stor variation i tolkningen. Det *minskar* förutsättningarna för rättvis och likvärdig tillämpning som eftersträvas enligt betänkandet (kap. 14, 7 §).

En lag som vardagligen skall tolkas av medborgare, bör i text utformas så, att tolkning efter bokstaven underlättas. I samtliga sjukfall är medborgaren från början ensam om att bedöma lämplighet respektive förmåga att arbeta. Tillämpning av lagen inom sjukvård, försäkringskassa och i försäkringsrättslig praxis, bör kunna påverkas med andra medel såsom föreskrifter, anvisningar och genom utbildning. Därvid är det angeläget att eftersträva en utveckling till att sociala och psykologiska faktorer beaktas vid bedömning av arbetsförmåga.

Det finns skäl att påpeka den mångfald av sociala omständigheter inom familj, ekonomi, sociala relationer som kan leda till varierande psykologiska reaktioner med olika styrka. Den individuella reaktionen på sociala påfrestningar varierar, beroende på olika sårbarhet som varierar med biologisk grundkonstitution eller tidigare genomgångna sjukdomar, bristtillstånd eller svårigheter. Många individer kan ha motsvarande personliga och sociala förhållanden men bära dem utan att svikta. Det bör därför beaktas, att man *inte* kan göra rimlighetsbedömningar efter-

som behov av hjälp framför allt uppkommer, när reaktionerna är starkare än eller avvikande från det ordinära.

Med hänsyn till att man enligt beredningen inte avser att åstadkomma en förändring av, utan en anpassning till nuvarande praxis, synes den föreslagna lagtextförändringen vara mindre lämplig. Konsekvensen av en sådan är svår att bedöma men innebär en risk att man *motverkar* de syften som eftersträvas.

Kunskapen om "sjukskrivning", dess innebörd och konsekvenser är relativt dåligt utvecklad. Man ser framför allt till "sjukskrivningens" positiva möjligheter och beaktar mindre dess risk och negativa följder, t.ex. vid överutnyttjande. Om det föreligger ett behov av arbetsfrånvaro, som inte tillgodoses, kan detta bidra till överbelastning och sjukdomsutveckling ("undersjukskrivning"). Å andra sidan, om en människa är arbetsfrånvarande mer än behovet påkallar, ("översjukskrivning"), finns det risk för sjukrollsutveckling med osäkerhet, sänkt självkänsla, sjukdomsupptagenhet och främlingsskap inför arbete. Upprepad korttidsfrånvaro övergår ofta i långtidssjukskrivning och det finns sannolikt ofta ett orsakssamband, dvs. korttidssjukskrivning i sig ökar benägenheten för långtidssjukskrivning. Denna risk för långtidssjukskrivning och utslagning, är mindre diskuterad och beaktad. Det finns en benägenhet att överskatta medicinska faktorer och underskatta psykologiska, sociala och arbetsmässiga faktorer vid diskussion av "sjukskrivning" (bl.a. beroende på denna term).

Ovannämnda förhållanden belyser vikten av att skapa entydiga regler för hur "sjukskrivning" skall ske. Det nya rekvisitet för sjukpenning är mycket opreciserat och kan medverka till berörda negativa konsekvenser.

Sammanfattning

Erfarenhet tyder på att psykiska och sociala omständigheter har avgörande betydelse för långtidssjukskrivning. Möjligheten att "bekvämt" men irrationellt avlasta genom sjukskrivning, leder ofta till att lösningar av de verkliga problemen försummas. Upprepade sådana sjukskrivningar kan leda till långtidssjukskrivning och utslagning.

Man måste ha en beredskap att ta hand om sådana problem och kunna vidtaga förebyggande och stödjande åtgärder. Detta gäller i första hand på arbetsplatsen men även inom primärvård och företagshälsovård som endast kan fungera i detta avseende, om man har en integrerad biopsykosocial kompetens.

Psykosociala faktorer bör beaktas i högre grad än f.n., när man bedömer arbetsförmåga. En utveckling i denna riktning bör ske genom föreskrifter, anvisningar och utbildning i syfte att uppnå en enhetlig praxis inom sjukvård, försäkringskassa och vid försäkringsrättslig bedömning.

Medborgaren bör ha en så entydig lagtext som möjligt att rätta sig efter, för att minska variationen i tillämpningen.

Det opreciserade rekvisit för sjukpenning som föreslås i betänkandet,

kan leda till att fler patienter "hamnar" i långtidssjukskrivning och blir utslagna i stället för att adekvata rehabiliterande åtgärder vidtages.

Särskilt yttrande av experten Ivar Sannefors

Jag instämmer i huvudsak i beredningens förslag men anser att följande synpunkter måste beaktas.

En av rehabiliteringsberedningens huvuduppgifter var enligt direktiven att undersöka om det går att förenkla regelsystemet samtidigt som sjukförsäkringen blir mer aktiv och rehabiliteringsinriktad. Enligt min mening har förenkling inte åstadkommits. Snarare ger förslaget, om det genomförs, en sjukförsäkring som visserligen är mer aktiv än förut men också avsevärt mera komplicerad. Risken är påtaglig att såväl den försäkrade som försäkringshandläggaren kommer att tveka om bestämmelsernas innebörd den dag de är aktuella för dem.

Följande kompletteringar av beredningens förslag kan ge förenkling och bättre tillgänglighet.

1. 100-procentig sjukpenning från sjukförsäkringen

I dag uppbär de allra flesta försäkrade full ersättning i varje fall under de första 90 dagarna vid sjukfrånvaro från arbetet. Den allmänna sjukförsäkringens ersättning kompletteras bl.a. av avtalsförsäkringar. Onödigt stora administrativa resurser tas i anspråk genom att ersättningarnas delar utges från flera olika håll. 100-procentig sjukpenning från den allmänna försäkringen förenklar situationen och minskar krångel och dubbelarbete.

En betydelsefull sidoeffekt erhålls på arbetsskadeförsäkringen där utredningarna om samband mellan akut skada/sjukdom och arbete bortfaller och då i stället resurserna kan koncentreras på de långa fallens problematik.

Det är sannolikt att 100-procentig sjukpenning kan kosta ca en halv miljard kronor extra. Kostnaden kan dock till sin huvuddel kvittas mot inbesparingar. Utöver administrativa vinster enligt ovan minskar t.ex. behovet av arbetsskadehandläggare vid försäkringskassorna med ca 1 500 personer. Enbart detta innebär minskade utgifter på bortåt 300 miljoner kronor.

2. Arbetsgivarperiod för de första veckorna av ett sjukfall

Det är väl känt för beredningen att tidig och kontinuerlig kontakt med arbetskamrater och arbetsplats är av största betydelse för en tillfälligt arbetsoförmögen persons rehabilitering. Det är också därför som beredningen föreslår ett särskilt rehabiliteringsansvar för arbetsplatser och arbetsgivare. I detta sammanhang borde beredningen enligt min mening föreslagit att arbetsgivaren skall svara för ersättning under de första veckorna av ett sjukfall. Med ett sådant förfarande blir rutinerna och

situationerna vid sjukdom så lika de vanliga som möjligt — företags- och kamratstöd fungerar bättre och närheten aktiverar den sjuke. Hans situation förändras inte påtagligt. Risken för kränkning av den enskildes integritet i sammanhanget kan elimineras genom utlåtandefri tid och genom att diagnoser och andra ömtåliga uppgifter skyddas då utlåtande avges.

3. Dagpenning i stället för sjukpenning

Beredningen föreslår angående AFL 3:7 att ett nytt orsaksrekvisit tillförs utöver sjukdom, nämligen "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan". Sjukdomsbegreppet skall enligt förslaget renodlas. Att behålla begreppet sjukpenning vid föreslagen utvidgning, som i och för sig är rimlig och påkallad, är enligt min mening inte logiskt. Man får situationen att sjukdomsbegreppet stramas åt medan sjukpenningbegreppet utvidgas till att även täcka t.ex. akuta sorg- och trötthetstillstånd, livsproblem, reparation av hjälpmedel, provrörsbefruktning och liknande insufficienstillstånd avseende inkomstförmågan. Även i detta fall riskeras att bestämmelserna blir svårbegripliga för de berörda. Begreppet sjukpenning bör därför utbytas mot begreppet dagpenning, som kan utges vid bristande inkomstförmåga i de av beredningen exemplifierade fallen av sjukdom eller annan nedsättning av arbetsförmågan.

Den här föreslagna ändringen öppnar också vägen för en ev. framtida större förenkling, som beredningen funnit ligga utanför sin uppgift — en dagpenning som utgår vid förlorad inkomstförmåga, i stort oberoende av orsaken. Med en sådan kan medikalisering av sociala problem minskas liksom administrativa kostnader och överdriven byråkrati. Den förenkling som med ett sådant system åstadkommes ger med säkerhet möjlighet till ett utökat individstöd.

Bilaga 1 Ersättning från socialförsäkringen vid nedsatt arbetsförmåga — omfattning, orsak m.m.

1 Inledning

Syftet med denna bilaga är framför allt att belysa volymen av ersatt sjukpenning och förtidspension uppdelat på ålder, sjukfallslängd m.m. Vidare redovisar vi vissa fakta rörande lagen om arbetsskadeförsäkring (LAF), samt några forskningsresultat över orsaker till sjukskrivning.

Det bör inledningsvis påpekas att dessa siffror inte ger en heltäckande bild av befolkningens totala hälsa eller ohälsa utan snarare en bild av socialförsäkringens nyttjande. Statistiken bygger på ersatt sjukfrånvaro, arbetsskada alt. förtidspension, vilket innebär att kriterierna för sjukpenning, arbetsskada eller förtidspension måste vara uppfyllda.

Sjukpenningförsäkrad är varje person som är bosatt i Sverige och har en sjukpenninggrundande inkomst om minst 6 000 kr. per år.

Förtidspension eller sjukbidrag kan beviljas försäkrad i åldern 16—64 år med nedsatt arbetsförmåga. Förvärvsarbetande i åldern 60—64 år kan även få förtidspension av arbetsmarknadsskäl utan någon särskild medicinsk prövning.

Alla som förvärvsarbetar i landet är försäkrade för arbetsskada. Som arbetsskada räknas skada till följd av olycksfall i arbetet, annan skadlig inverkan i arbetet (arbetssjukdomar), smitta och olycksfall på väg till och från arbetet.

Tabell 1.1 Inskrivna försäkrade i 1 000-tal vid årets slut

År	Totalt antal inskrivna försäkrade	Sjukpenningförsäkrade			
		samtliga	därav		
			anställda	företagare	hemmamakar
1965	6 018	4 726	3 166	285	1 016
1970	6 275	4 838	3 529	272	833
1975	6 390	4 783	3 784	258	659
1980	6 562	4 713	4 020	265	350
1985	6 716	4 684	4 121	267	224
1986	6 742	4 638	4 162	258	147
1987	6 778	4 649	4 221	251	107

Anm.: De hemmamakeförsäkrade har stadigt sjunkit. Fr.o.m. 1 jan. 1986 tillkommer inga nya försäkrade och försäkringen upphör för den som tecknar en frivillig hemmamakeförsäkring.

Källa: Allmän Försäkring m.m. 1984 RFV, Socialförsäkringsstatistik Fakta 1986 RFV. Statistikinformation 1988:12, RFV.

2 Sjukfrånvaron

RFV beskriver sjukfrånvarons omfattning genom tre mått — sjuktal, sjukfallsfrekvens och varaktighetstal.

Med *sjuktal* avses antalet för året ersatta sjukdagar med hel eller halv sjukpenning per sjukpenningförsäkrad. Antalet för året ersatta sjukpenningdagar sätts i relation till antalet sjukpenningförsäkrade vid årets utgång.

Med *sjukfallsfrekvens* avses antalet under året avslutade sjukdomsfall som föranlett hel eller halv sjukpenning, per sjukpenningförsäkrad. Antalet under året avslutade sjukpenningfall sätts i relation till antalet sjukpenningförsäkrade vid årets utgång.

Med *varaktighetstal* avses genomsnittliga antalet ersatta sjukpenningdagar i de sjukpenningfall som avslutas under året.

Under år 1987 utbetalades sjukpenning för 107 miljoner dagar till en sammanlagd kostnad av 23 miljarder kronor. Jämfört med 1986 innebär detta en ökning med sju procent av dagarna och 14 procent av kostnaden.

Under 1986 ersattes 90,5 procent av sjukdagarna för anställda med hel sjukpenning. Genomsnittlig ersättning var ca 220 kr. per dag. För företagare var motsvarande siffra 79 procent och ca 140 kr. per heldag.

Sjuktalet höjdes med ca två dagar till drygt 19 dagar genom sjukpenningreformen 1967, som bl.a. innebar borttagande av två karensdagar. Insjuknandedagen ersattes varken före eller efter reformen. Samtidigt höjdes ersättningsnivån i genomsnitt från 60 till 80 procent.

Även 1974 års reform, vilken gjorde sjukpenningen skattepliktig och pensionsgrundande samtidigt som ersättningsnivån höjdes och sjukpenningskalan utökades i de övre inkomstklasserna, ledde till en ökning av sjuktalet med ca två dagar.

Tabell 2:1 Sjuktal 1967—1987

			Sjuktal	
År	Sjuktal[1]	År	samtliga	anställda
1967	17,7	1977	22,8	24,5
1968	19,0	1978	22,8	24,5
1969	19,9	1979	22,2	23,7
1970	19,8	1980	21,2	22,5
1971	19,8	1981	19,6	20,8
1972	19,2	1982	18,5	19,7
1973	19,2	1983	18,4	19,6
1974	20,9	1984	18,8	19,9
1975	22,0	1985	20,9	22,1
1976	22,9	1986	21,5	22,5
		1987	23,1	24,0

Källa: Statistikinformation, RFV 20/79, 31/82, Socialförsäkringsstatistik, fakta 1986 RFV. Statistikinformation 1988:16 RFV.

[1] För åren före 1977 finns endast sjuktalet för samtliga försäkrade beräknat.

Den markanta höjningen av sjuktalet under slutet av 60-talet som fortsatte i mitten av 70-talet föranledde bl.a. RFV och SCB att var för sig undersöka orsakerna härtill. Samtidigt fördes en intensiv debatt huruvida det var arbetsmiljöfaktorer eller missbruk av sjukförsäkringen som låg bakom höjningen. I RFV:s sjuktalsundersökning (Den ökade sjukfrånvaron — en statistisk analys. DSF 1980:1) visades att ökningarna inträffade i samband med reformtidpunkterna och att mellan reformerna var sjuktalet påfallande stabilt. I undersökningen drogs därför slutsatsen att nästan hela ökningen i sjuktalet kan betraktas såsom förklarad av reformerna. I bilagans avsnitt åtta förs ett vidare resonemang runt orsaker till sjukskrivning. Där finns även ett referat av RFV:s och SCB:s undersökningar.

Efter 1976 har sjuktalet successivt minskat till 18,4 dagar 1983, för att fr.o.m. 1984 åter stiga och uppgå 1987 till 23,1. Minskningen mellan 1980 och 1983 är unik och har skett under en period med huvudsaklig oförändrad lagstiftning.

Att sjuktalet därefter återigen ökat är bl.a. en följd av att antalet långa sjukfall ökat. Den ändrade administrationen av sjukfrånvaron med arbetsgivarinträde som infördes 1 januari 1985, höjde det statistiska sjuktalet med ca 0,2 dagar per år utan att någon motsvarande ökning av sjukfrånvaron har ägt rum.

Varje enhet i sjuktalet motsvarar drygt 4,6 miljoner sjukpenningdagar eller ca 1 030 miljoner kronor räknat i 1987 års sjukpenningnivå.

Tabell 2:2 Sjukfallsfrekvens och varaktighetstal 1967—1987

År	Sjukfalls-frekvens	Varaktig-hetstal	År	Sjukfalls-frekvens	Varaktig-hetstal
1967	0,88	19,2	1977	1,45	16,0
1968	0,97	18,8	1978	1,52	15,2
1969	1,10	18,1	1979	1,52	14,3
1970	1,09	18,2	1980	1,49	14,9
1971	1,13	18,0	1981	1,47	13,6
1972	1,09	17,5	1982	1,38	13,4
1973	1,21	16,4	1983	1,46	12,5
1974	1,28	15,9	1984	1,47	12,4
1975	1,37	15,6	1985	1,68	11,8
1976	1,47	15,8	1986	1,66	12,2
			1987	1,75	12,3

Anm.: Ovanstående siffror avser gruppen samtliga sjukpenningförsäkrade. Gruppen anställda har något högre sjukfallsfrekvens men lägre varaktighetstal än samtliga.

Källa: Statistikinformation, RFV 20/79, 31/82, 1988:16.
Socialförsäkringsstatistik, fakta 1986 RFV.

Sjukfallsfrekvensen är ett mått på hur ofta de försäkrade utnyttjar sjukpenningförsäkringen. Antalet sjukfall per försäkrad och år har ökat från 0,88 1967 till 1,47 1976. Därefter låg antalet relativt stabilt fram till år 1980 för att sjunka till 1982, därefter ökade antalet åter. Sjukfallsfrekvensen 1987 var 1,75, vilket är det högsta uppmätta talet. Ökningen ligger

främst på fall som är högst en vecka långa. En hundradels enhet i fallfrekvensen motsvarar drygt 46 000 fall.

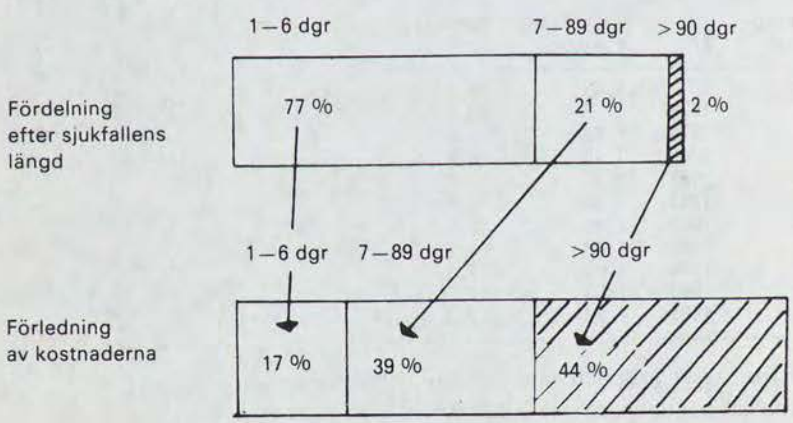
Varaktighetstalet, dvs. antalet sjukdagar per sjukfall, har minskat i stort sett kontinuerligt sedan 1967 till 1986, då det ökade något. Mellan åren 1986 och 1987 ökade varaktighetstalet med 0,1 enhet till 12,3 dagar per fall.

Tabell 2:3 Sjukfallets varaktighet

År	1—6 dagar		7—89 dagar		90 dagar eller mer	
	Andel av sjuk-fallen %	Andel av sjuk-dagarna %	Andel av sjuk-fallen %	Andel av sjuk-dagarna %	Andel av sjuk-fallen %	Andel av sjuk-dagarna %
1970	64	11	33	45	3	44
1974	69	12	28	43	3	45
1978	70	13	27	41	3	46
1980	72	13	25	39	3	47
1983	74	16	24	42	2	42
1985	77	18	21	38	2	44
1986	77	17	21	38	2	45
1987	77	17	21	39	2	44

Källa: RFV.

Figur 2.1 Antal avslutade sjukfall under 1987, procentuellt fördelade efter sjukfallens längd och sjukpenningskostnader.



Anm.: Under 1987 avslutades ca 8,1 milj. sjukfall som svarade för 100 milj. ersatta sjukdagar. Sjukpenningkostnaderna 1987 var 23 miljarder kronor.

Av figuren kan utläsas att 77 procent av alla sjukfall var 1987 kortare än en vecka. Dessa fall svarade för 17 procent av sjukpenningkostnaden. Endast två procent av alla sjukfall var längre än tre månader men svarade för 44 procent av kostnaderna.

Om man tittar på varaktigheten av sjukfallen över tiden kan man konstatera att fallens genomsnittliga längd minskat fram till 1986 samtidigt som antalet fall har ökat. Antalet avslutade sjukfall under 1987 var 8,1 miljoner, vilket är drygt 440 000 fler än 1986. Av ökningen i antalet avslutade fall avser 86 procent sjukfall som blev högst en vecka långt. Antalsökningen i korta fall påverkar emellertid inte sjukpenningutbetalningarna lika hårt som den betydligt mindre antalsökningen av de långa fallen. Antalet pågående sjukfall vid utgången av 1987 har däremot ökat jämfört med 1986. Den medellånga (15—89 sjukpenningdagar) och långa sjukfrånvaron (över 90 dagar) har minskat relativt starkt under en tioårsperiod fram till 1985. Minskningen var särskilt markerad under 1980-talet. Från 1985 har det istället inträffat en ökning av sjukfrånvaron även då bland de långa sjukfallen. Framför allt har de riktigt långa pågående sjukfallen, ett år eller längre, ökat kraftigt. Mellan 1986 och 1987 var ökningen så stor som 16 procent. (Källa: RFV:s statistikinformation 1986:6; 1987:21 och 1988:16.)

3 Arbetsskada

Som arbetsskada räknas skada till följd av olycksfall i arbetet, annan skadlig inverkan i arbetet (arbetssjukdomar), smitta och olycksfall på väg till och från arbetet. I och med att lagen om arbetsskadeförsäkring (LAF) trädde i kraft den 1 juli 1977 har begreppet arbetssjukdom vidgats och omfattar nu i princip alla fysiska eller psykiska skador som kan uppkomma till följd av olycksfall eller andra förhållanden i den skadades arbete. LAF har ett renodlat ekonomiskt skadebegrepp och ersättningen avser att täcka det inkomstbortfall som en skada ger upphov till. Under en samordningstid på nittio dagar betalas den "vanliga" sjukpenningen, dvs. motsvarande 90 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Efter samordningstiden höjs ersättningsnivån till 100 procent. Om skadan ger upphov till en bestående nedsättning av arbetsförmågan med minst 1/15 betalas en livränta motsvarande den inkomstförlust som uppstått.

Antalet anmälningar om arbetsskador har ökat kraftigt under de senaste åren. Från 180—190 000 anmälningar per år under slutet av 1970-talet och i början av 80-talet steg antalet till 218 000 år 1985, till 234 000 år 1986 och till 241 000 år 1987. Ökningen gäller i huvudsak arbetssjukdomar, medan antalet olycksfall ökat i mera begränsad omfattning.

Arbetsskadeförsäkringen är som ovan sagts samordnad med sjukförsäkringen under de första 90 dagarna. Endast för sjukfall som pågår efter denna tid skall försäkringskassorna, normalt sett, avgöra om arbetsskada föreligger. Av tabell 3:1 framgår hur många ärenden som under 1980-talet inkommit till försäkringskassorna för sådan bedömning.
Vi kan konstatera att det skett en kraftig ökning av antalet ärenden fr.o.m. år 1983 och att ökningen framför allt gäller skador till följd av annan skadlig inverkan än olycksfall. Skada till följd av olika belastningsfaktorer utgör den största andelen bland arbetssjukdomarna.

Tabell 3:1 Antal till försäkringskassorna inkomna arbetskadeärenden åren 1980—1987

År	Antal ärenden		
	Sjukdomar	Olycksfall m.m. 1)	Totalt
1980	19 972	22 088	42 060
1981	19 294	22 069	41 363
1982	20 070	22 861	42 931
1983	22 484	23 075	45 559
1984	30 376	23 990	54 366
1985	39 927	24 634	64 561
1986	51 301	27 357	78 658
1987	66 500	31 200	97 700

Anm. 1) Rubriken olycksfall m.m. innehåller förutom rena olycksfall även färdolycksfall, personskada enligt lagen om statligt personskadeskydd (LSP) och ärenden enligt tidigare lagen om yrkesskadeförsäkring (YFL). Som exempel kan nämnas att de 27 357 ärendena under 1986 hänför sig till 21 649 olycksfall, 4 017 färdolycksfall, 1 359 LSP och 332 YFL.

Tabell 3:2 Under året inkomna ärenden till följd av annan skadlig inverkan än olycksfall

	1980	1982	1984	1986	1987
Rygg- och ledbesvär	7 153	7 281	11 542	20 563	30 500
Seninflammation	1 038	1 165	1 878	3 085	4 055
Smärtor i armbågen	1 326	1 366	1 987	2 966	2 416
Muskelsmärta	960	981	1 560	3 156	4 954
Summa	10 477	10 793	16 967	29 770	41 925
Samtliga sjukdomar	19 972	20 070	30 376	51 301	66 500

Rygg- och ledbesvär är den klart dominerande sjukdomsgruppen.

Försäkringskassornas beslut i dessa sjukdomsgrupper framgår av tabell 3:3.

Tabell 3:3 Beslut i vissa arbetssjukdomsärenden

	1982		1984		1986	
	Totalt antal	Andel godkända	Totalt antal	Andel godkända	Totalt antal	Andel godkända
Rygg- och ledbesvär	6 340	31 %	7 293	47 %	14 799	68 %
Tendinit	989	54 %	1 192	65 %	2 378	81 %
Epicondylit	1 253	60 %	1 381	73 %	2 440	87 %
Myalgi	781	46 %	1 028	59 %	2 331	77 %
Samtliga sjukdomar	15 738	51 %	18 415	62 %	36 647	76 %

När det gäller anmälda olycksfall har beviljandeprocenten sedan början av 1980-talet legat över 80 procent. 1982 beviljades 80 procent av avgjorda olycksfallsärenden och 81 procent av färdolycksfallen. Motsvarande siffror för 1986 var 88 procent beviljade olycksfall och 87 procent färdolycksfall. Av samtliga anmälda arbetsskadeärenden under 1987 beviljades 87 procent. Bland anmälda arbetssjukdomar var beviljandeprocenten 86 procent och bland olycksfallen 90 procent.

Vid jämförelse mellan tabellerna 3:2 och 3:3 kan vi konstatera att antalet beslut i arbetsskadeärendena understiger antalet inkomna ärenden. Då detta upprepats år till år har det fått till följd kraftigt ökade arbetsskadebalanser hos försäkringskassorna.

Arbetsolyckor inom olika näringsgrenar

De flesta skadorna inträffar inom näringarna tillverkningsindustri, byggnadsindustri och offentlig förvaltning m.m. Dessa näringar svarade 1985 för totalt 74 procent av samtliga skador, medan de hade ca 64 procent av sysselsättningen. Antalet skador inom dessa näringar åren 1979—1985 var följande:

År	Tillverkningsindustri (näring 3)	Byggnadsindustri (näring 5)	Offentlig förvaltning m.m. (näring 9)
1979	50 395	14 378	18 386
1980	48 603	13 946	17 054
1981	42 916	13 096	16 705
1982	39 640	12 559	18 305
1983	39 072	12 356	18 784
1984	38 511	11 834	20 175
1985	39 285	12 305	20 914

Belastningssjukdomar är vanligast inom livsmedelsindustrin (5,4) och därefter kommer textilindustri och jord- och stenvaruindustri (4,3). Inom livsmedelsindustri och textilindustri är också sjukskrivningstiderna långa, genomsnittligt 85 resp. 101 dagar.

Drygt hälften (54 procent) av alla arbetssjukdomsfall 1983 är att hänföra till ensidiga eller ansträngande rörelser och arbetsställningar, s.k. belastningsfaktorer. Belastningssjukdomarna har ökat kraftigt jämfört med föregående år, både vad gäller antalet fall och antalet fall per en miljon arbetstimmar (se tabell 3:4).

Tabell 3:4 Arbetssjukdomsfall per en miljon arbetstimmar efter misstänkt orsak år 1983. Arbetstagare

Näringsgren	Belastningsfaktorer	Kemiska ämnen	Buller	Totalt	Medeltal sjukdagar
3 Tillverkningsindustri	3,5	1,3	1,2	6,5	66
31 Livsmedelsindustri	5,4	1,2	0,5	7,4	85
32 Textilindustri	4,3	0,8	0,6	5,7	101
33 Trävaruindustri	3,6	1,6	2,0	7,6	61
34 Massa- och pappersvaruindustri	1,6	0,6	0,7	3,1	62
35 Kemisk industri	2,8	1,8	0,9	5,9	69
36 Jord- och stenvaruindustri	4,3	1,7	1,5	8,3	57
37 Järn-, stål- och metallverk	3,4	2,3	2,3	8,8	54
38 Verkstadsindustri	3,7	1,3	1,4	6,9	64
39 Annan tillverkningsindustri	2,2	2,0	1,2	5,6	53
Samtliga näringsgrenar	2,0	0,8	0,6	3,8	66

4 Förtidspension

Förtidspension eller sjukbidrag kan beviljas försäkrade i åldern 16—64 år med nedsatt arbetsförmåga. Förvärvsarbetande i åldern 60—64 år kan även få förtidspension enbart av arbetsmarknadsskäl.

Tabell 4:1 Förtidspensioner och sjukbidrag i december 1976—1987

År	Antal Totala bestånd-det	Antal A-fall[1]	Miljoner kronor Totalt utbet belopp	Därav	
				tilläggs-förmåner, folkp	ATP
1976	245 574		5 300	600	2 100
1980	291 398		10 500	1 800	4 600
1985	322 666	11 997	17 900	2 800	8 900
1986	328 488	16 506	19 700	3 100	10 000
1987	336 504		21 100	3 200	11 000

Som framgår av tabell 4.1 har antalet förtidspensionärer ökat kraftigt under de senaste tio åren. Ökningen började redan i mitten av 1960-talet, från att ha legat relativt konstant sedan slutet av 1940-talet. Antalet förtidspensionärer har mer än fördubblats sedan 1968, då antalet var drygt 149 000. Ökningen beräknas fortsätta och uppgå till 339 000 för år 1988.

[1]) Förtidspension på grund av arbetsmarknadsskäl, uppgift om antalet A-fall åren 1976, 1980 och 1987 saknas.

Ökningen har varit störst i de äldre åldersgrupperna, men även i åldrarna 30—49 år har ökningen varit påtaglig. För de yngre (16—29 år) har det däremot inte varit frågan om några markanta förändringar.

I tabellen redovisas även totalt årligt (uppskattat) belopp som betalats ut till förtidspensionärer. Som förtidspensionär med folkpension kan man också vara berättigad till ett antal tilläggsförmåner; pensionstillskott, KBT, barntillägg och handikappersättning. Tilläggsförmånerna svarade år 1987 för knappt en tredjedel av det utbetalade beloppet för folkpension. Bakom ATP-beloppet, som numera svarar för drygt hälften av det totala beloppet till förtidspensionärerna, ligger ungefär 280 000 pensionärer. Detta innebär att nästan 20 procent av förtidspensionärerna saknar ATP. En ogift man med hel förtidspension fick år 1987 i genomsnitt 69 000 kr. Motsvarande genomsnittssiffra för kvinnorna uppgick till 65 000 kr.

I tabell 4:2 särredovisas de olika pensionsnivåerna samt sjukbidragen för åren 1984, 1986 och 1987. Tabellen visar att relativt få sjukbidrag betalas till personer i de högsta åldrarna, medan förtidspensionerna är flest i just dessa åldrar.

Tabell 4:2 Antalet förtidspensioner/sjukbidrag

December	Antal i åldern						
år	16 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 64	16 - 64
1984	3 348	10 717	24 151	40 758	102 472	135 453	316 899
därav							
2/3 pension	7	281	1 164	1 834	4 210	4 296	11 792
1/2 pension	103	1 262	4 540	8 650	18 055	13 054	45 664
sjukbidrag	2 357	5 534	11 462	15 062	16 241	650	52 306
1986	3 212	10 665	24 625	46 178	105 388	138 420	328 488
därav							
2/3 pension	3	176	992	1 575	3 264	3 356	9 296
1/2 pension	75	1 349	4 698	10 012	18 560	13 244	47 938
sjukbidrag	2 157	5 347	11 225	16 283	13 264	647	48 923
1987	3 320	10 674	24 625	49 667	108 798	139 154	336 504
därav							
2/3 pension	4	135	775	1 562	2 932	2 987	8 395
1/2 pension	60	1 331	4 897	10 844	18 997	13 460	49 589
sjukbidrag	2 278	5 345	11 312	17 319	13 023	683	49 960

Källa: RFV:s Statistikinformation 1988:9.

Förtidspension kan som ovan sagts även beviljas av arbetsmarknadsskäl för förvärvsarbetande i åldrarna 60—64 år.

Som framgår av tabell 4.3 har mellan åren 1977 och 1982 antalet nybeviljade arbetsmarknadsfall (A-fall) årligen varit omkring 2 000—3 000. Därefter har en kraftig uppgång skett till drygt 10 000 nybeviljade år 1985, för att åter sjunka till knappt 6 000 år 1987. Antalet kvinnor bland A-fallen har utom 1984 och 1985 varit större än antalet män.

Tabell 4:3 Nybeviljade A-fall 1977—1987

År	Antal	Varav kvinnor
1977	1 688	940
1978	2 050	1 198
1979	2 602	1 419
1980	3 604	2 019
1981	3 464	2 064
1982	3 690	2 324
1983	5 484	3 057
1984	9 124	4 343
1985	10 663	4 921
1986	7 502	4 169
1987	5 904	3 048

Källa: RFV:s Statistikinformation 1988:13.

Tidigare var det främst personer i de högsta åldrarna, 64—65 år, som beviljades förtidspension av arbetsmarknadsskäl. Sedan 1984 har det dock skett en uppgång i andelen 60—61-åringar, så att det numera är jämnt fördelat mellan åldrarna.

I slutet av 70-talet och början på 80-talet nybeviljades totalt mellan 27—29 000 förtidspensioner varje år. Under 1984 steg antalet med 14 procent till 32 979 beroende på den ovan redovisade stora ökningen av s.k. A-fall och åren 1985 och 1986 ytterligare till ca 37 000 resp. 36 000. Antalet nybeviljade sjukbidrag har däremot legat ungefär konstant de senaste åren. 13 960 år 1985 till resp. 14 239 år 1986.

Tabell 4:4 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag 1986, exklusive A-fall. Antal och procentuellt fördelade efter diagnosgrupp

Diagnosgrupp	Antal	Procentuell fördelning
Sjukdomar i muskler, skellet och bindväv	18 603	44
Mentala rubbningar	8 002	19
Cirkulationsorganens sjukdomar	5 789	14
Nervsystem och sinnesorganens sjukdomar	2 211	5
Skador, yttre våld	1 448	3
Medfödda missbildningar	381	1
Övriga sjukdomar	6 170	14
Summa	42 604	100

Källa: RFV statistikinformation 1988:10.

Fördelningen av de nybeviljade efter diagnos har inte förändrats märkbart under de senaste åren. De vanligaste anledningarna till förtidspension/sjukbidrag är sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (ex. diskbråck och ryggvärk). Därefter följer huvudgrupperna mentala rubbningar som huvudsakligen består av neuroser och cirkulationsorganens sjukdomar (varav hälften består av hjärtinfarkter och kärlkramp).

Tabell 4:5 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag. Antal med fördelning efter pensioneringsgrad

År	Förtidspensioner + sjukbidrag			
	1/1	2/3	1/2	Summa
1971	38 102	3 132	2 750	43 984
1972	46 005	3 030	3 336	52 371
1973	45 665	2 948	3 535	52 148
1974	39 808	2 427	3 696	45 931
1975	39 085	2 193	4 179	45 457
1976	37 820	2 133	5 353	45 306
1977	37 742	1 951	6 657	46 350
1978	35 950	1 741	7 453	45 144
1979	34 385	1 612	8 281	44 278
1980	34 000	1 581	9 708	45 289
1981	31 658	1 393	10 564	43 615
1982	30 807	1 305	10 174	42 286
1983	32 610	1 219	9 509	43 338
1984	36 607	958	9 227	46 792
1985	40 533	756	9 720	51 009
1986	39 109	749	10 248	50 106

Källa: RFV.

Man kan av tabellen bl.a. utläsa att antalet med 1/2 pension har ökat väsentligt mellan åren 1971 till 1982.

5 Frånvaro på grund av ohälsa

Sedan år 1984 redovisar RFV ett samlat mått på utnyttjandet av olika socialförsäkringsförmåner i samband med ohälsa. Nämligen antal dagar per försäkrad som har ersatts med:

- Sjukpenning från den obligatoriska sjukförsäkringen.
- Sjukpenning från arbetsskadeförsäkringen.
- Förtidspension/sjukbidrag exklusive s.k. A-fall.

Till skillnad från när det gäller sjuktalsberäkningarna räknas dagar ersatta med halv sjukpenning inte som heldag utan som halvdag. Detta tillsammans med en något vidare definition av begreppet försäkrad gör att antalet sjukdagar per försäkrad från obligatorisk försäkring i ohälsotalet är lägre än tidigare i bilagan redovisat sjuktal.

Frånvaro med förtidspension/sjukbidrag ingår i ohälsomåttet med 365 dagar för hel förmån. För partiell förmån görs motsvarande reducering av detta dagantal.

Av tabell 5:1 framgår att under 1985 ersattes drygt 40 dagars frånvaro på grund av ohälsa per försäkrad av socialförsäkringen. Detta är den högsta nivån på ersatt frånvaro någonsin. Vidare framgår att den lägsta nivån (37,2 dagar) var år 1982. Ökningen sedan dess uppgår till 3,2 enheter. Ökningen kan inte förklaras enbart av ökat antal nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag, då dess ökningstakt inte varit högre än tidigare år. Den stora ökningen har istället ägt rum när det gäller frånvaro ersatt med sjukpenning från dels sjukpenningförsäkringen och dels arbetsskadeförsäkringen.

Tabell 5:1 Frånvaron på grund av ohälsa 1970—1985. Dagar per försäkrad fördelade efter ersättningsform

År	Dagar per försäkrad, totalt	Därav med sjukpenning, obligatorisk försäkring	sjukpenning, arbetsskade-försäkring	Förtids-pension/ sjukbidrag
1975	39,7	20,3	.	19,4
1976	39,4	20,9	.	18,5
1977	38,8	21,0	.	17,8
1978	39,5	20,9	.	18,6
1979	39,5	20,3	0,4	18,8
1980	39,0	19,2	0,5	19,3
1981	38,0	17,7	0,5	19,8
1982	37,2	16,6	0,5	20,1
1983	37,3	16,5	0,5	20,3
1984	38,2	17,2	0,6	20,4
1985	40,4	18,9	0,9	20,6

Källa: RFV:s Statistikinformation 1986:24.

6 Långa sjukfall

Sedan april 1980 inhämtar RFV från försäkringskassorna en rad uppgifter över avslutade sjukfall som varat minst 180 dagar. Följande kan bl.a. utläsas från denna statistik (RFV:s statistiska rapport 1985:3, samt analys av grundmaterialet från försäkringskassorna).

Tabell 6:1 Totalt antal avslutade sjukfall som varat 180 dagar eller längre

År	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Antal	74 400	67 400	64 000	64 100	65 500	66 300

Man kan notera att skillnaden i antal avslutade fall i stort följer samma utveckling som sjuktalet har haft.

Det är en relativt jämn könsfördelning bland de långa fallen. 1981 var det något fler män (53,4 procent) än kvinnor (46,6 procent). 1986 var däremot kvinnorna fler (51,5 procent) mot männen (48,5 procent). Drygt hälften (52,7 procent) av de långa sjukfallen kan hänföras till försäkrade som är över 50 år och endast 0,8 procent till försäkrade under 20 år.

Om man i stället för avslutade sjukfall tittar på de pågående, som varat 180 dagar eller längre, får man en tydligare bild på den ökade ärendevolymen.

Tabell 6:2 Pågående sjukfall i november

År	> 180 dgr	> 1 år	> 2 år	> 3 år	> 4 år
1985	72 207	35 456	8 938	2 586	817
1986	86 178	44 318	11 882	3 343	980
Ökning antal	+13 968	+ 8 862	+ 2 944	+ 757	+163
Ökning %	+19	+25	+33	+29	+20

Källa: RFV.

I tabell 6:3 redovisas avslutade långa sjukfall efter den försäkrades arbetsförhållande vid insjuknandet.

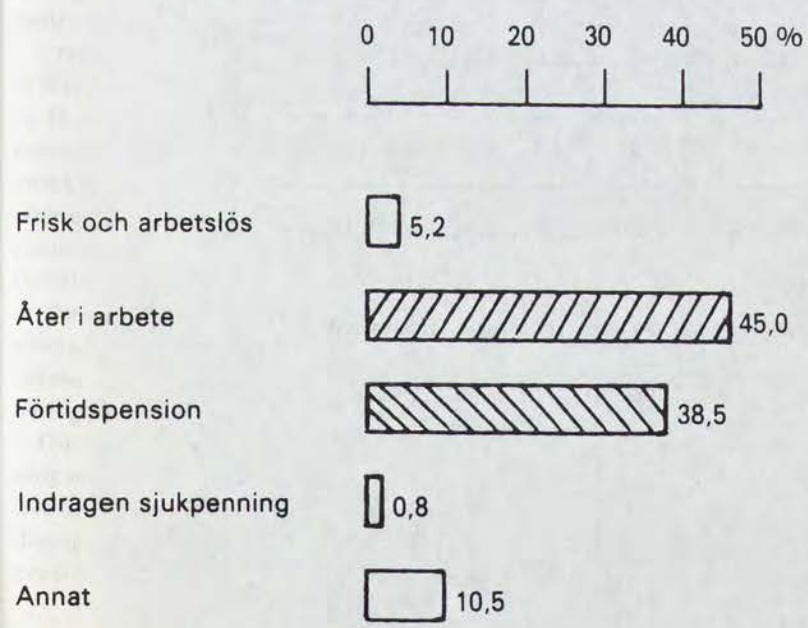
Tabell 6:3 Avslutade sjukfall som varat 180 dagar eller längre, procentuellt fördelade efter arbetsförhållande vid insjuknandet

Arbetsförhållande	1981 %	1986 %
Anställd på den reguljära arbetsmarknaden/egen företagare	84,1	84,5
Placerad i skyddat arbete (inklusive beredskapsarbete)	3,5	4,2
Arbetslös	8,9	9,3
Hemmamake	3,5	1,9

Av tabellen framgår att andelen arbetslösa och placerade i skyddat arbete ökat något mellan åren 1981 och 1986, samtidigt som andelen hemmamakar har minskat. En stor majoritet av de långtidssjukskrivna är anställda på den reguljära arbetsmarknaden.

I 45 procent av fallen återgick den försäkrade till arbete när fallet avslutades. I denna siffra ingår de som återvänt till tidigare arbete (33,6 procent), friskskriven hemmamake (0,6 procent), de som omplacerats på tidigare arbetsplats (4,9 procent), de som påbörjat nytt arbete (4,4 procent) samt de som arbetsplacerats i den skyddade sektorn (1,6 procent). I drygt 38 procent av fallen avslutades sjukfallet i och med att den försäkrade beviljades förtidspension. "Annat" avser avslutningsanledningarna ålderspension, avliden och annan anledning.

Figur 6.1 Avslutade sjukfall under 1986 som varat 180 dagar eller längre, procentuellt fördelade efter avslutningsanledning.

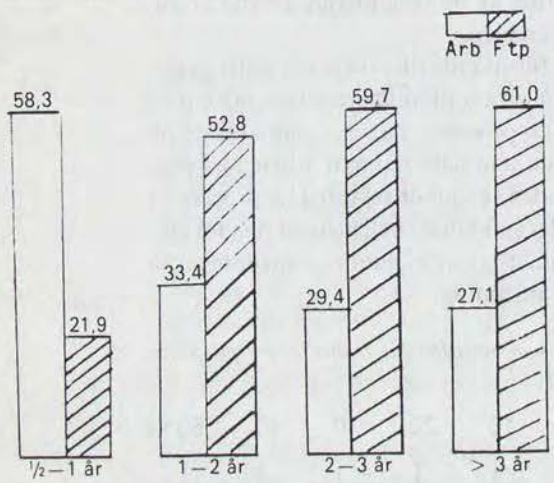


Sedan 1981 har inte relationerna nämnvärt förändrats mellan avslutningsanledningarna "åter i arbete" och "förtidspension". År 1981 avslutades 44,6 procent av fallen med "åter i arbete" och 36 procent med "förtidspension", 5,6 procent med "frisk och arbetslös".

Stora regionala skillnader kan noteras mellan de olika försäkringskasseområdena. 1983 hade Södermanlands läns, Norrbottens läns och Skaraborgs läns försäkringskassor lägst andel av avslutade långa sjukfall som återgått i arbete. Uppsala läns, Jämtlands läns och Jönköpings läns försäkringskassa hade samma år högst andel som återgått i arbete. Skillnaderna beror till stor del på skillnader i befolkningsstruktur och arbetsmarknad.

I figur 6:2 har avslutningsanledningarna "åter i arbete" och "förtidspension" satts i relation i olika sjukfallslängder. Siffrorna gäller långa sjukfall avslutade 1985.

Figur 6.2 Andelen (%) långa sjukfall fördelade efter avslutningsanledningarna "åter i arbete" och "förtidspension" för olika fallängder.



1986:	57,3	22,6	32,4	54,3	31,0	57,6	29,9	59,4

Man kan konstatera en klart ökad andel med förtidspension ju längre sjukfallet varat.

Tabell 6:4 Avslutade sjukfall som varat 180 dagar eller längre fördelade efter arbetshandikapp

Arbetshandikapp	1981 %	1986 %
Hjärt-, lung- och kärlsjukdomar	15,6	12,8
Hörsel- eller synskada	1,2	1,2
Rörelsehinder	50,3	52,7
Övriga somatiska handikapp	17,5	17,0
Psykiska arbetshandikapp	13,3	14,6
Socialmedicinska arbetshandikapp	2,2	1,7

Som framgår av tabellen har det endast skett smärre förändringar av arbetshandikapp mellan åren 1981 och 1986. Andelen rörelsehinder har ökat med drygt två procent samtidigt som andelen med hjärt-, lung- och kärlsjukdomar minskat med motsvarande del.

7 Sjukskrivning före förtidspensionering

RFV har undersökt sjukskrivning före förtidspensionering på ett urval (ca 10 procent) om 3 860 personer som fått nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag under 1982 (Statistisk rapport 1986:9).

Av rapporten framgår att ca 40 procent har beviljats förtidspension efter egen ansökan, ca 50 procent efter försäkringskassans initiativ och ca 10 procent enbart av arbetsmarknadsskäl.

Tabell 7:1 Antal personer procentuellt fördelade efter antal sjukpenningdagar under tolv månader före pensioneringen

Antal sjukpenningdagar	Ansökan	Kassans initiativ	Arbetsmarknadsfall	Samtliga
0	10,5	0,1	78,8	11,7
1 - 99	28,7	0,1	19,8	13,3
100 - 199	18,5	0,5	1,1	7,7
200 - 299	14,2	3,6	-	7,4
300 - 364	11,0	16,6	0,3	12,8
365	17,1	79,2	-	47,1
Totalt -	100	100	100	100

Källa: RFV:s Statistikinformation 1987:13.

Drygt 17 procent av de personer som beviljats pension efter egen ansökan har varit sjukskrivna under hela tolvmånadersperioden före pensioneringen. För dem som pensionerats efter kassans initiativ är som väntat motsvarande siffra högre, nära 80 procent.

I rapporten finns även redovisat antalet sjukpenningdagar under fem år före pensioneringen. Av de som pensionerats efter kassans initiativ har ca 18 procent minst 1 200 sjukpenningdagar under femårsperioden före pensioneringen. Motsvarande andel för de som pensionerats efter egen ansökan är drygt fem procent. Under perioden hade de som pensionerats efter egen ansökan i genomsnitt 449 sjukpenningdagar och de som pensionerats efter kassans initiativ 866 dagar. Man kan konstatera att för flertalet pensionärer som beviljats pension på grund av arbetsoförmåga är det frågan om långvariga sjukskrivningar före pensioneringen. För arbetsmarknadsfallen kan man tvärtom konstatera att nära 79 procent saknar helt sjukpenningdagar under tolvmånadersperioden före pensioneringen.

Om man jämför denna undersökning med en motsvarande undersökning som RFV gjorde för 1974 (Statistisk rapport 1977:3) kan man konstatera att sjukskrivningens omfattning (genomsnittligt antal sjukpenningdagar) totalt sett i stort är oförändrad för tolvmånadersperioden före pensioneringen mellan de båda undersökningstidpunkterna. För femårs-

perioden före pensioneringen visar dock den senare undersökningen (1982) ca 100 fler sjukpenningdagar för de personer som pensionerats efter initiativ av försäkringskassan.

8 Den ersatta sjukfrånvarons diagnoser

Grundläggande för rätt till sjukpenning och förtidspension är att det föreligger en sjukdom vilken förorsakar arbetsoförmåga. Det är därför av primärt intresse att granska sjukfrånvarons diagnoser, bl.a. för att fastställa vilka de huvudsakliga sjukdomsdiagnoserna är och om det skett några förändringar över tiden.

I RFV:s Statistiska rapport nr 1987:5 "Den ersatta sjukfrånvarons diagnoser 1983" framgår att andningsorganens sjukdomar utgör närmare hälften av samtliga fall, samt att de är något vanligare bland kvinnorna än bland männen. Den näst vanligaste sjukdomsgruppen är sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, vilka är vanligare för män.

Andningsorganens sjukdomar är mest frekvensta bland de korta sjukdomsfallen (upp till 29 sjukpenningdagar). Vid längre sjukfall är det vanligast med sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven. Bland de mycket korta sjukpenningfallen är också symtom och ofullständigt preciserade fall vanliga. Bland symtomdiagnoserna är förkylningsbesvär vanligast mätt i sjukpenningfall och värk i nacke, halsrygg, axlar och rygg vanligast mätt i sjukpenningdagar. Vid långa fall är mentala rubbningar, skador genom yttre våld och förgiftning och cirkulationsorganens sjukdomar vanligare.

Om man ser på den relativa fördelningen av sjukpenningfallen på undergrupper av diagnoser kan man konstatera att förkylning är den överlägset vanligaste diagnosen med närmare 25 procent av samtliga sjukpenningfall. Lika klar som näst vanligaste diagnos är influensa med knappt 13 procent av samtliga sjukpenningfall.

Den sjukdomsgrupp som orsakar flest sjukpenningdagar är sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (närmare 30 procent av samtliga ersatta sjukpenningdagar). Andningsorganens sjukdomar är den näst vanligaste sjukdomsgruppen (drygt 15 procent av samtliga ersatta sjukpenningdagar).

Förkylning är även då man mäter sjukfrånvaron i ersatta sjukpenningdagar den vanligaste diagnosen (drygt fem procent av samtliga sjukpenningdagar). Den näst vanligaste enskilda diagnosen vad gäller sjukpenningdagar är lumbago och den tredje vanligaste är ischias. Influsensa, som är den näst vanligaste diagnosen mätt i sjukpenningfall är den sjätte vanligaste diagnosen mätt i ersatta sjukpenningdagar.

Den sjukdomsgrupp som har längst varaktighet är tumörer med i genomsnitt 74 sjukpenningdagar per sjukpenningfall. Cirkulationsorganens sjukdomar har den näst längsta varaktigheten med 65 sjukpenningdagar per sjukpenningfall följd av endokrina systemets sjukdomar m.m. och mentala rubbningar.

I rapporten redovisas även vissa regionala skillnader mellan försäkringskassornas lokalkontor uppdelade i tre grupper enligt kriterierna hög, låg och genomsnittlig sjukfrånvaro. Man kan bl.a. utläsa att lokalkontorsgruppen med hög frånvaro 1982 har större andel fall med diagnos tillhörande grupperna sjukdomar i muskuloskeletala system och bindväven samt symtom och ofullständigt preciserade fall och mindre andel fall och dagar med diagnos i andningsorganens sjukdomar.

Om man tittar på diagnosernas fördelning efter yrke kan man konstatera att andningsorganens sjukdomar är vanligast vad beträffar sjukpenningfall i samtliga yrkesområden. Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven är den näst vanligaste sjukdomsgruppen i de flesta yrkesområden. Undantagen är yrkesområdena naturvetenskapligt m.m. arbete, administrativt arbete, kameralt och kontorstekniskt arbete och militärt arbete. för dessa fyra yrkesområden är i stället symtom och ofullständigt preciserade fall den näst vanligaste sjukdomsgruppen.

9 Några forskningsresultat om sjukfrånvaroorsaker

De studier som genomförts av sjukpenningförsäkringen har främst inriktat sig på statistiska analyser av olika samband. Ökningen av sjukfrånvaron under slutet av 60-talet och första delen av 70-talet ledde till att undersökningar av sjuktalets variationer genomfördes, samtidigt som det pågick en intensiv debatt om sjukfrånvarons orsaker. Lite hårddraget kan man säga att diskussionen gällde arbetsmiljöns inflytande på sjukfrånvaron kontra missbruket av sjukförsäkringssystemet. Här refereras RFV:s och SCB:s respektive undersökningar. Vid sidan om dessa finns ett antal andra studier som återfinns i SoS redovisar (1981:6): Sjukfrånvaron i Sverige. Efter RFV:s resp. SCB:s undersökning redovisas en delrapport över sjukfrånvarons förändringar under perioden 1978—1985, samt därefter några resultat från forskning rörande upprepade korta sjukfall.

RFV:s undersökning

RFV:s sjuktalsundersökning studerade sambandet mellan sjuktalets variation och ett antal faktorer såsom den försäkrades kön, ålder, arbetsförhållande och inkomst. En sammanfattning av det omfattande arbetet finns i DSF rapport 1980:1 "Den ökade sjukfrånvaron — en statistisk analys". Sjuktalsundersökningen är i huvudsak en tvärsnittsstudie av förhållandena år 1976, men den innehåller även studier av variationerna i sjuktalet mellan 1972 och 1976. Man fann att frånvaron ökade bland såväl män som kvinnor, dock mest hos kvinnor. Den ökade i samtliga åldersgrupper, men främst hos de yngsta. Frånvaron ökade för både arbetare och tjänstemän och för anställda såväl inom den privata som inom den offentliga sektorn. Sjuktalets ökningstakt varierade emellertid mellan de olika kategorierna av anställda.

I materialet från 1976 fann man att kvinnorna hade ett högre sjuktal än

män, att sjukfallsfrekvensen minskar med stigande ålder medan sjukfallens längd (varaktighet) och antalet sjukdagar (sjuktalet) ökar med åldern. Vidare att skilda, änkor och änklingar hade ett högre sjuktal än övriga, att sjuktalet var högre i tätorter än i glesbygder, att sjuktalet var störst i mellersta inkomstklasserna men lägre för såväl de med låga som höga inkomster.

Då det gäller hur sjuktalet påverkas av arbetsmiljö, tjänsteställning, utbildning och typ av arbetsgivare fann man att sjuktalet var högre för arbetare än för tjänstemän och att det ökade med arbetsplatsens storlek bland arbetarna inom SAF-LO området (sjukfrånvaron ökade mest på arbetsplatser med mer än 1 000 anställda). Vidare hade personer med ackordslön eller skiftarbete högre sjuktal än övriga. Sjuktalet minskade för statligt anställda med nivån på utbildningen. Kommunalt anställda tjänstemän hade ett lägre sjuktal än övriga arbetstagare. Chefstjänstemän inom SAF-anslutna företag hade ett lägre sjuktal än övriga.

SCB:s undersökning

Även SCB har på ett tvärsnittsmaterial studerat sjukfrånvarons bakomliggande faktorer. Studien är en bearbetning av SCB:s levnadsnivåundersökning och gällde åren 1975 och 1976 (Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76, Levnadsförhållanden — Rapport 15, 1979). Den grupp som beskrevs var anställda som varit på sin nuvarande arbetsplats i minst 12 månader. Sjukfrånvaron under perioden relaterades till uppgifter om levnadsförhållanden, i första hand arbetsmiljön, arbetstider och hälsotillstånd.

SCB konstaterade att ökningen av sjukfrånvaron huvudsakligen finns i den läkarkontrollerade långtidssjukfrånvaron, samt att missbruket statistiskt sett måste vara marginellt. Beträffande den läkarintygsfria frånvaron konstaterades att denna styrs av faktorer utanför arbetet, vilka inte ingick i analysen. Studien tyder på att kortidsfrånvaron är mindre miljörelaterad. Den har mer att göra med tillfälliga ting. Intervjufrågorna gällde förekomst av långvariga sjukdomar och rörelsehinder. SCB fann bl.a. att psykosomatiska problem, t.ex. sömnbesvär och återkommande huvudvärk gav en kraftig tendens till högre sjukfrånvaro.

SCB fann vidare att negativa egenskaper i arbetsmiljön höjde sjuktalet, att sjukfrånvaron var lägre på små arbetsplatser och att sjuktalet var speciellt högt bland produktions- och distributionsanställda. Långtidsfrånvaron för arbetare var tre gånger så hög som för tjänstemän.

Personer som dagligen hade arbete som innebar tunga lyft hade högre sjukfrånvaro än de som inte hade det. Motsvarande gällde dem som dagligen blev svettiga av kroppsansträngningar. En kombination av belastningsfaktorer i tungt kroppsarbete gav högre sjukfrånvaro än faktorerna var för sig.

Sjukfrånvarons utveckling 1978—1985

Inom RFV pågår ett projekt för att närmare kartlägga och analysera sjukfrånvarons förändringar under perioden 1978—1985. Projektet som

ännu inte är slutfört har dock avgett en första delrapport (Sjukfrånvarons utveckling 1978—1985, Statistisk rapport Is-R 1987:4). Rapporten ger inga förklaringar till sjukfrånvarons ned- och uppgång, däremot beskrivs bl.a. sjuktalsutvecklingen efter de försäkrades kön, ålder, typ av förvärvsinkomst samt civilstånd. Även om en fullständig redovisning av rapporten inte kan göras här är några intressanta iakttagelser värda att notera:

"Sjuktalsutvecklingen under perioden 1978—1985 visade för samtliga redovisningsgrupper ett cykliskt förlopp, dvs. sjuktalet minskade under periodens första år, planade ut kring 1982 och började öka igen senast under år 1985. Förändringarnas nivå varierade också mellan grupperna.

- Mäns sjukfrånvaro minskade mycket kraftigare än kvinnors och började öka igen först år 1985. Kvinnornas sjukfrånvaro ökade fr.o.m. år 1983. Skillnader mellan åldersgrupperna förelåg.
- Sjuktalen för försäkrade fördelade efter civilstånd uppvisar stora skillnader både när det gäller kvinnor och män. När skillnaderna i åldersstrukturen elimineras genom standardisering, visas det att ogiftas sjuktal ligger ca fem sjuktalsenheter över giftas nivå. Änklingars frånvaro ligger ca tio sjuktalsenheter över gifta mäns frånvaronivå medan änkornas sjuktal är ca sju enheter högre än gifta kvinnors sjuktal. Skillnaderna mellan giftas och frånskildas sjuktal uppgår till 13 enheter när det gäller män och till 17 enheter när det gäller kvinnor.
- Sjuktalet ökade mellan 1984 och 1985 med 2,1 enheter. Av denna ökning kan 1,5 enheter hänföras till sjukpenningförsäkrade som har haft minst 180 sjukpenningdagar per år och/eller har lämnat sjukpenningförsäkringen under årets lopp (t.ex. genom förtidspension eller dödsfall).
- Sjukfall med en till sex sjukpenningdagar har under perioden 1978—1984 stått för nästan konstant tre sjuktalsenheter. År 1985 däremot uppgick sjukfallstalet för korta sjukfall till 3,5. Ökningen med 0,5 enheter kan till viss del förklaras med ändringen av de administrativa reglerna för sjukpenning till försäkrade med statligt arbetsgivarinträde. Men även en generell ökning av korttidsfrånvaron tycks ha ägt rum under 1985.

  Ökningen av korttidsfrånvaron år 1985 har varit obetydligt högre för kvinnor än för män. Ökningen har varit något större för äldre än för yngre sjukpenningförsäkrade. Även med avseende på den regionala fördelningen har ökningen varierat endast obetydligt.
- Sjukfall med en eller två sjukpenningdagar har under hela perioden 1978—1985 ökat mycket kraftigt för kvinnor. För män minskade dessa sjukfall t.o.m. år 1982 och började först därefter öka igen.
- Frekvensen för sjukfall med minst 90 sjukpenningdagar är låg. År 1985 avslutades per 100 sjukpenningförsäkrade ca tre sjukfall av denna längd. Sjukfall med minst 90 sjukpenningdagar står för ca tio sjuktalsenheter.

  Frekvensen långa sjukfall minskade mycket kraftigt t.o.m. år 1983. 1984 ökade emellertid frekvensen för de mycket långa sjukfallen, dvs.

fall med en varaktighet på ett år eller däröver. År 1985 fortsatte frekvensen för de mycket långa fallen att öka relativt kraftigt. Även frekvensen för övriga långa sjukfall ökade. Ökningarna var emellertid inte särskilt stora."

I rapporten redovisas vidare en beräknad fördelning av ersatt frånvaro från socialförsäkringen i samband med ohälsa (såväl sjukpenning från både den obligatoriska försäkringen och arbetsskadeförsäkringen som förtidspension/sjukbidrag) efter frånvarons längd i två klasser.

"Den ena klassen omfattar den frånvaro som uppgått till högst 179 sjukpenningdagar per år — dvs. korttidsfrånvaro och medellång frånvaro. Den andra klassen omfattar minst 180 dagar ersatt med sjukpenning från sjukpenningförsäkringen samt all frånvaro ersatt med antingen sjukpenning från arbetsskadeförsäkringen eller genom förtidspension/sjukbidrag.

Beräkningarna visar att långtidsfrånvaron inte har varit berörd av de cykliska förändringar som kunnat iakttas när det gäller exempelvis sjuktalet. Långtidsfrånvaron har legat på en approximativt konstant nivå t.o.m. år 1982. Först därefter började nivån att förändras. Denna iakttagelse innebär att en icke obetydig del av sjuktalets totala minskning under slutet av 1970-talet och början av 1980-talet kan hänföras till att andra ersättningsformer inom ramen för den allmänna försäkringen trätt i sjukpenningens ställe. Någon egentlig förändring av frånvaronivån har således under dessa åren endast skett när det gäller den korta och medellånga frånvaron."

Upprepade korta sjukfall

Bakom ett långt sjukfall ligger ofta flera korta sjukfall. I RFV:s undersökning "Den ökade sjukfrånvaron — en statistisk analys" visades att benägenheten till sjukfrånvaro bland personer med många sjukfall ökade år efter år. Efter en tid kan man ofta se en viss ökning av antalet sjukfrånvarodagar, utvecklingen leder ibland till ett långt sjukfall och i förlängningen kanske till sjukbidrag/förtidspension.

I en studie av 769 telegrafister i Australien fann D. Ferguson att upprepade sjukfall ofta kunde tillskrivas neuroser, mag-, tarmbesvär och övre luftvägsinfektioner, samt skador. (Some characteristics of repeated sickness absence. British Journal of Idustriel Medicine 29, 1972.) Endast i två avseenden fann Ferguson statistiskt säkerställd skillnad mellan en grupp med upprepade korttidssjukfrånvaro och en grupp som sällan var frånvarande, nämligen beträffande alkoholvanor och "negativa attityder till ekonomisk ersättning". Vidare fann Ferguson att 1/4 av personerna med upprepade sjukfall inte hade några tecken på dålig hälsa vid genomförd hälsoundersökning och att 1/4 av personerna som sällan var sjukfrånvarande hade vid samma undersökning flera tecken på dålig hälsa.

Vid Socialmedicinska institutionen i Linköping bedriver Bo Mikaelsson m.fl. sedan några år tillbaka studier kring problematiken upprepade korta sjukfall. Man har bl.a. visat, att personer med upprepade korta

sjukfall (minst 6 sjukfall under en 12-månadersperiod) har en överfrekvens av psyko-social problematik jämfört med en ålders- och könsmatchad kontrollgrupp av vårdsökande i primärvården i samma bostadsområde.

10 Resumé

Denna bilaga belyser volymen av ersatt sjukpenning m.m. uppdelat på ålder, sjukfallslängd m.m. Vidare har vissa resonemang förts kring orsaker till sjukskrivning. Följande fakta kan vara viktigt att ha kunskap om då man diskuterar förändringar i nuvarande ersättnings- och rehabiliteringssystem:

- Sjukfrånvaron, uttryckt i sjuktal, har ökat från 17,7 1967 till 22,9 1976. Därefter har sjuktalet minskat till 18,4 1983, för att därefter åter öka i en snabb takt till sin hittills högsta nivå 23,1 för år 1987.
- Halv sjukpenning utgör ca tio procent av ersatta dagar för anställda och ca 20 procent för företagare.
- Varje enhet i sjuktalet motsvarar drygt 4,6 miljoner sjukpenningdagar eller ca 1 030 miljoner kronor räknat i 1987 års sjukpenningnivå.
- Antalet sjukdagar per sjukfall har minskat i stort sett kontinuerligt sedan 1967 till 1986 då det ökade något. Ökningen fortsatte under 1987. Antalet fall har ökat fram till 1987.
- Endast två procent av alla sjukfall varar längre än tre månader. Dessa fall svarade emellertid för 44 procent av sjukpenningkostnaderna år 1987.
- Frekvensen sjukfall som varat längre än tre månader minskade mycket kraftigt t.o.m. 1983. Fr.o.m. år 1984 ökade emellertid frekvensen för sjukfall med varaktighet över ett år. Mellan 1985 och 1986 var ökningen avseende sjukfall som pågått 180 dagar eller mer hela 17 procent. Fall som pågått ett år eller längre har ökat med 16 procent mellan åren 1986 och 1987.
- Antalet förtidspensionärer har ökat kraftigt under de senaste tio åren. Ökningen har varit störst i de äldre åldersgrupperna, men även i åldrarna 30—49 år har ökning skett.
- En ogift man med hel förtidspension fick år 1987 i genomsnitt 69 000 kr. Motsvarande siffra för en kvinna var 65 000 kr.
- Förtidspension på grund av arbetsmarknadsskäl utgör ca 15 procent av samtliga nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag och av åldrarna 60—64 år 35 procent.
- Den klart dominerande diagnosgruppen bland de nybeviljade förtidspensionerna/sjukbidragen är sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (ex. diskbråck och ryggvärk).
- Skador till följd av olika belastningsfaktorer utgör den största andelen bland arbetssjukdomarna. Rygg- och ledbesvär är den klart dominerande sjukdomsgruppen.

- 40,4 dagars frånvaro på grund av ohälsa (sjukpenning inkl. för arbetsskada, förtidspension/sjukbidrag exklusive s.k. A-fall) per försäkrad ersattes av socialförsäkringen år 1985. Detta är den högsta nivå på ersatt frånvaro någonsin.
- Runt 65 000 sjukfall som varat 180 dagar eller mer avslutas årligen. Drygt hälften av dessa fall kan hänföras till försäkrade som är över 50 år och endast knappt en procent till försäkrade under 20 år.
- Nära 85 procent av de långtidssjukskrivna har ett anställningsförhållande.
- 45 procent av de långtidssjukskrivna återgår i någon form av arbete och drygt 38 procent får förtidspension. Procenten återgång i arbete minskas kraftigt efter ett års sjukskrivning.
- Bakom ett långt sjukfall ligger ofta flera korta sjukfall. Personer med upprepade korta sjukfall har en överfrekvens av psykosocial problematik.
- Nära hälften av samtliga sjukpenningfall beror på sjukdomar i andningsorganen (förkylningssjukdomarna dominerar bland de korta sjukfallen). Andelen med symtom och ofullständigt preciserade fall är hög bland de mycket korta sjukpenningfallen.
- Vid längre sjukfall är det vanligast med sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven. Räknat i antalet sjukdagar är också denna sjukdomsgrupp den klart dominerande med nära 30 procent av samtliga ersatta sjukpenningdagar.
- Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven är den sjukdomsgrupp som orsakar flest sjukpenningdagar i de flesta yrkesområden (gruv- och stenbrytningsarbete, service, tillverkningsarbete samt lantbruk, skogs- och fiskeriarbete).
- Ca 40 procent av nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag har erhållit förmånen efter egen ansökan, ca 50 procent efter försäkringskassans initiativ och ca tio procent enbart av arbetsmarknadsskäl.
- Drygt 17 procent av de personer som beviljats pension efter egen ansökan har varit sjukskrivna under hela tolvmånadersperioden före pensioneringen. För de som pensionerats på kassans initiativ är motsvarande siffra nära 80 procent.
- Studier har visat att sjukfallsfrekvensen minskar med stigande ålder medan sjukfallens längd ökar med åldern. Vidare att skilda, änkor och änklingar har ett högre sjuktal än övriga, att sjuktalet är högre i tätorter än i glesbygder, att sjuktalet är störst i mellersta inkomstklasserna men lägre för såväl de med låga som höga inkomster.
- Samband har påvisats mellan ett ökat sjuktal i förhållande till storleken på arbetsplatsen. Vidare att personer med ackordslön eller skiftarbete har ett högre sjuktal än övriga.
- Arbetare har högre sjukfrånvaro än tjänstemän såväl ifråga om antal sjukfall som antalet sjukpenningdagar.

Bilaga 2 En studie om långtidssjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering — några resultat

1 Inledning

Syftet med denna rapport är att diskutera betydelsen av rehabilitering för långtidssjukskrivna och blivande förtidspensionärer. De resultat som presenteras är framför allt hämtade från ett dataunderlag som insamlats inom ramen för riksförsäkringsverkets projekt "Långa sjukfall, rehabilitering och förtidspension (LSRF)", som bl.a. rehabiliteringsberedningen har bidragit med medel till.

Sammanfattningsvis kan målen för projektet sägas vara att:

- beskriva sjukhistoriken och studera orsakerna till sjukskrivningar som pågår över en längre period,
- utvärdera effekten av de åtgärder försäkringskassorna och andra myndigheter vidtager, t.ex. rehabilitering, för att begränsa sjukfallens längd,
- ge underlag som gör det möjligt att beräkna samhällets och socialförsäkringens kostnader och intäkter för rehabiliteringsverksamheten. En viktig frågeställning i detta sammanhang är hur stor andel av sjukdagarna som orsakats av väntan på rehabiliteringsinsatser.

I detta syfte har uppgifter för ca 4 000 individer insamlats. För närvarande pågår ett omfattande arbete med bearbetning och analys av det insamlade materialet. I denna rapport redovisas de första resultaten från detta projekt. Med hänsyn till att både bearbetningen och analysarbetet fortfarande befinner sig i en inledande fas samt med hänsyn till det nuvarande uppdragets begränsning kommer endast en mycket begränsad del att kunna presenteras här. Målsättningen med denna rapport är sålunda att belysa några grundläggande aspekter av rehabilitering.

1.1 Allmänt om undersökningen

Data har insamlats för ett urval av inskrivna försäkrade för perioden 1979 till 1986. Avsikten med att samla in data för en period och inte enbart för en enstaka tidpunkt är att möjliggöra studier av processen som resulterar i sjukskrivning eller förtidspension.

Data om urvalet har inhämtats från RFV:s register, genom en enkät till

försäkringskassorna och genom en personlig intervju till en del av personerna i urvalet.

Urvalet är draget från en ram som består av alla 25:e födda som någon gång under perioden 1979—1985 tillhört populationen inskrivna försäkrade. Urvalsramen begränsades avseende ålder på så sätt att ingen skulle vara mer än 60 år 1979, dvs. födelseåret är 1919 eller senare.

Från urvalsramen gjordes ett slumpmässigt urval av 2 200 individer, här kallat *jämförelsegruppen.* Detta urval skall i första hand används för att studera vilka som blir långvarigt sjukskrivna och varför.

Ytterligare en urvalsram skapades från den ursprungliga ramen genom att alla som haft minst ett långt sjukfall på 90 ersatta dagar eller mer sorterades ut. Från denna ram drogs ett slumpmässigt urval på 2 200 individer, den s.k. *långa sjukfallsgruppen.* Detta urval skall bl.a. användas för att studera sjukfrånvaro och förtidspensionering samt vilken effekt rehabiliteringen har haft.

1.2 Rapportens disposition

Efter detta inledande avsnitt om undersökningens syfte och uppläggning ges i bilagans kapitel 2 och 3 en beskrivning av utvecklingen av sjukfrånvaron och antalet förtidspensionärer för perioden 1979—1985. I kapitel 4 diskuteras rehabilitering och sambandet mellan sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering. Avslutningsvis presenteras några av idéerna för det fortsatta arbetet inom ramen för RFV:s undersökning.

2 Utvecklingen av sjukfrånvaron

I RFV:s ordinarie beräkningar av sjukfrånvaromått utgörs populationen av samtliga sjukpenningförsäkrade. Dessa definieras utifrån en rad kriterier. I den studie som här redovisas har en något enklare definition av sjukpenningförsäkrade använts, nämligen de (16—64 år) med en sjukpenninggrundande inkomst över 6 000 kr.

De mått som RFV oftast använder för att beskriva sjukfrånvaro med är sjuktalet, sjukfallsfrekvensen och varaktighetstalet[1]. När dessa har beräknats för urvalet har det visat sig att jämförelsegruppen är något friskare än riket. De är emellertid också något yngre än befolkningen som helhet. Beträffande sjukfrånvaron för långa sjukfallsgruppen framkom som väntat att deras sjukfrånvaro var högre såväl årsvis som för hela den studerade perioden. Denna grupp har i genomsnitt ett sjukfall mer per år än övriga och den genomsnittliga varaktigheten på sjukfallen är mer än dubbelt så lång som för jämförelsegruppen. År 1979 var genomsnittliga sjukfallslängden 12 för jämförelsegruppen och 27 för långa sjukfallsgruppen. År 1985 var skillnaden ännu större, 11 dagar jämfört med 41 dagar för långa sjukfallsgruppen. Preliminära beräkningar tyder på att långa sjukfallsgruppens sjukfrånvaro har ökat under perioden, dvs. skillnaden mellan långa sjukfallsgruppen och jämförelsegruppen har ökat från 1979 till 1985.

[1] Sjuktalet = genomsnittligt antal under året ersatta dagar
Sjukfallsfrekvens = genomsnittligt antal under året ersatta och avslutade sjukfall
Varaktighetstal = genomsnittligt antal ersatta dagar per avslutade fall under året (obs! antalet dgr/år kan överstiga 365 dgr)

Det kan här vara på sin plats att beskriva gruppen med långa sjukfall lite närmare. Utifrån RFV:s ordinarie statistik framgår att de långa sjukskrivningarna är vanligare i de högre åldrarna. Detta får till följd att i det slumpmässiga urvalet av personer med minst ett sjukfall på över 90 dagar är de över 50 år överrepresenterade och de under 30 år underrepresenterade i förhållande till jämförelsegruppens åldersfördelning. Det kan vara intressant att göra en jämförelse mellan hur vanligt och hur långa sjukfallen är i långa sjukfallsgruppen och i jämförelsegruppen under den studerade sjuårsperioden.

I jämförelsegruppen var det varje år ca fem procent som hade ett sjukfall längre än 90 dagar. För hela perioden 1979—85 sammantaget är det ca 15 procent som någon gång har haft ett sjukfall som varat mer än 90 dagar. Av samtliga fall längre än 90 dagar, i detta urval, är det dock endast ett fåtal som varar mer än ett år. Men i långa sjukfallsurvalet ser det annorlunda ut. Bland dessa har hälften haft sjukfall som varat ett halvår och en fjärdedel har haft sjukfall som varat längre än ett år.

Långa sjukfallsgruppen har både längre och fler sjukfall än jämförelsegruppen. I jämförelsegruppen har var femte aldrig haft något sjukfall under perioden 1979—85, nästan lika många har emellertid avslutat mellan 15—34 sjukfall under de sju åren. I gruppen långa sjukfall är det ca 1/3 som har avslutat 15—34 sjukfall men bara ett fåtal har haft fler än 35 sjukfall på sju år.

I den intervjuundersökning som genomfördes ingick knappt 3 000 personer. I tabell 1 redovisas de intervjuades uppfattning om sitt allmänna hälsotillstånd vid intervjutillfället. Denna fråga har ofta använts i SCB:s undersökningar om levnadsförhållandena och där brukar ca 75 procent av befolkningen uppge att de mår bra.

Tabell 1 Procentuell fördelning av de intervjuades allmänna hälsotillstånd, hämtat från intervjun (1986)

	jämförelse-gruppen %	långa sjukfalls-gruppen %	SCB (ULF) (1980/81) %
Hälsotillståndet är			
bra	77	41	75
dåligt	4	19	6
något däremellan	19	40	19
Totalt	100 %	100 %	100 %
Antal	1 330	1 341	ca 11 000

Av tabell 1 framgår att knappt 80 procent i jämförelsegruppen anser sig må bra jämfört med ca 40 procent i långa sjukfallsgruppen.

Mot bakgrund av kännedom om att den ersatta sjukfrånvaron ökar med åldern är det rimligt att anta att även det uppgivna hälsotillståndet försämras med åldern. Vid en nedbrytning på ålder visar det sig också att andelen som uppger att deras hälsotillstånd är dåligt ökar med åldern i

såväl långa sjukfallsgruppen som i jämförelsegruppen. I jämförelsegruppen återfinns de som anger att deras hälsotillstånd är dåligt framför allt i den äldsta åldersgruppen, dvs. 56 år och äldre. I långa sjukfallsgruppen finns dock alla åldersgrupper representerade.

I tabell 2 redovisas antal personer som anger sig ha någon långvarig sjukdom eller besvär. Det är värt att notera att tre utav fyra i långa sjukfallsgruppen anser sig ha någon långvarig sjukdom eller besvär, trots att knappt 60 procent uppger sig må dåligt eller mindre bra. I det andra urvalet är motsvarande andel en tredjedel.

Tabell 2 Den procentuella fördelningen av personer som anser sig ha någon långvarig sjukdom och i vad mån dessa besvär nedsätter arbetsförmågan

	jämförelse-gruppen %	långa sjukfalls-gruppen %	SCB (ULF-85) %
har ingen långvarig sjukdom/besvär	67	25	62.7
Nedsätter inte arbetsförmågan alls	11	9	..
Nedsätter arbets-förmågan i någon mån	13	27	..
nedsätter arbets-förmågan i hög grad	9	39	8.7
Totalt	100 %	100 %	100.0 %
Antal	1 330	1 341	ca 11 000

.. ingen uppgift

Av tabell 2 framgår att besvären för de med långa sjukfall är allvarligare än för de övriga, i den bemärkelsen att deras besvär nedsätter arbetsförmågan i större utsträckning. Av de med något långt sjukfall uppger ca 40 procent att besvären nedsätter arbetsförmågan i hög grad, jämfört med knappt 10 procent i jämförelsegruppen.

3 Förtidspension och sjukbidrag

Från RFV:s ordinarie statistik om förtidspensioner och sjukbidrag är uppgifterna i tabell 3 hämtade. Den visar omfattningen av förtidspension och sjukbidrag för perioden år 1979-1985, totalt för hela riket.

Tabell 3 Antal folkpensionärer med förtidspension/sjukbidrag i december år 1979—1985

År	Antal med förtidspension/ sjukbidrag
1979	281 600
1980	291 400
1981	297 900
1982	302 400
1983	307 800
1984	316 900
1985	322 700

Antalet folkpensionärer med förtidspension eller sjukbidrag har under perioden ökat med 15 procent. Andelen personer som hade förtidspension eller sjukbidrag bland de inskrivna försäkrade var sex procent år 1985. Andelen ökar med åldern, i den äldsta åldersgruppen (60—64 år) hade hela 29 procent förtidspension eller sjukbidrag.

När motsvarande uppgifter studeras för de båda urvalen visar det sig att antalet förtidspensioner/sjukbidrag ökar inom båda grupperna under perioden 1979—85. Vidare framkommer att utvecklingen i jämförelsegruppen överensstämmer med förtidspensionsmönstret för totalbefolkningen. I jämförelsegruppen utgör 1985 andelen med förtidspension eller sjukbidrag sex procent, andelen ökar med åldern.

Det är betydligt fler folkpensionärer med förtidspension eller sjukbidrag i långa sjukfallsgruppen än i jämförelsegruppen. I slutet av perioden tillhör ca fyra av tio i långa sjukfallsgruppen denna kategori. Andelen med förtidspension eller sjukbidrag stiger med åldern, i åldersgruppen över 50 år har nästan hälften av långa sjukfallsgruppen denna typ av pension.

I tabell 4 visas hur de som fått förtidspension eller sjukbidrag har svarat på intervjufrågorna om sitt hälsotillstånd, jämför tabell 1 för hela urvalet.

Tabell 4 Hälsotillståndet för de som har förtidspension/sjukbidrag, hämtat från intervjun (1986)

	jämförelse-gruppen %	långa sjuk-fallsgruppen %
Hälsotillståndet är		
bra	11	19
dåligt	31	33
något däremellan	58	48
Totalt	100 %	100 %
Antal	80	590

Vid jämförelse av svarsfördelningen med den för hela urvalen framgår att det är långt fler bland dem som har förtidspension/sjukbidrag som bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt eller mindre bra.

Eftersom urvalen består av inskrivna försäkrade födda 1919 eller senare kommer deras pensionsålder, 65 år, att infalla tidigast år 1984. Ålderspension kan dock tas ut från och med den månad man fyller 60 år, s.k. förtida uttag. Vid förtida uttag görs ett avdrag på pensionen. I tabell 5 visas antalet ålderspensionärer per år för de båda urvalen.

Tabell 5 Antalet personer med ålderspension för åren 1979—1985

År	Jämförelse-gruppen	långa sjuk-fallsgruppen
1979	1	0
1980	2	2
1981	1	2
1982	3	2
1983	3	3
1984	27	19
1985	36	40

Av tabellen framgår att rätten att ta ut ålderspension före 65 års ålder, förtida uttag, endast har utnyttjats av ett fåtal personer.

4 Rehabilitering

4.1 Förekomst av rehabilitering

I undersökningen har ännu inte uppgifterna om rehabilitering som inhämtats från försäkringskassorna blivit tillgängliga, utan de data som presenteras bygger på de intervjuer som gjordes hösten 1986 med knappt 3 000 personer.

Vet de intervjuade vad som menas med rehabilitering? För att förhoppningsvis leda in den intervjuade på rätt spår föregicks frågeavsnittet om rehabilitering av följande stycke:

"I samband med långa sjukskrivningar och vissa typer av sjukdomar är det vanligt att man genomgår någon form av rehabilitering. Vad vi tänker på är sådana åtgärder eller behandingar som syftar till att underlätta återgången till arbete eller för att förkorta sjukskrivningstiden."

För att ytterligare klargöra vad som kan avses med rehabilitering visades i samband med frågan om vilken typ av rehabilitering som var aktuell ett svarskort med en lista på 6 olika rehabiliteringsåtgärder, se underbilaga A. I tabell 6 redovisas översiktligt hur vanligt det är med rehabilitering.

Tabell 6 Fördelning av personer där någon rehabiliteringsåtgärd har förekommit

Rehabiliterings-åtgärd*	jämförelse-gruppen		långa sjukfalls-gruppen	
	antal åtgärder	antal personer	antal åtgärder	antal personer
Medicinsk	247	212	826	665
- därav sjukgymnastik	(170)	(146)	(541)	(439)
Yrkesinriktad	27	25	133	124
Social	1	1	21	15
Övrigt	11	10	47	43
Totalt	286	248	1 027	847
Antal	1 334		1 355	

* Vilka dessa är framgår av underbilaga A.

Av tabellen framgår t.ex. att i långa sjukfallsgruppen har drygt hälften fått någon typ av rehabilitering. I jämförelsegruppen, där ca 15 procent har haft ett sjukfall som varat längre än 90 dagar, är det 248 personer, dvs. ca 20 procent som har fått någon typ av rehabilitering. I denna grupp är sjukgymnastik ännu vanligare som rehabiliteringsåtgärd än i långa sjukfallsgruppen.

Bland de medicinska rehabiliteringsåtgärder som nämns är sjukgymnastik absolut vanligast men några av de intervjuade har också uppgivit ortopedisk rehabilitering och besök på rehabiliteringsklinik. Den vanligaste typen av yrkesinriktad rehabilitering är omplacering, AMU, AMI och allmän yrkesrehabilitering. Någon social rehabilitering har i princip inte angivits.

Sjukgymnastik är en rehabiliteringsåtgärd som ofta har upprepats medan de övriga åtgärderna i stort sett är engångsföreteelser. Det är i och för sig naturligt att en person bara omskolas en gång. Samtidigt är det lite förvånande att sjukgymnastik, på så kort tid som undersökningsperioden omfattar, tycks vara en åtgärd som är värd att pröva flera gånger.

På senare år har kassorna diskuterat om inte yngre bör prioriteras framför äldre i rehabiliteringsarbetet. Av det nu bearbetade materialet framgår att det just är de äldsta, 50 år och äldre som fått minst rehabilitering medan åldersgruppen 40—49 år har fått mest.

4.2 Rehabilitering och förtidspensionering

Målsättningen med rehabilitering är som tidigare nämnts att förkorta sjukskrivningsperioden och underlätta återgången i arbete. Ibland är detta inte möjligt att åstadkomma bl.a. beroende på sjukdomens art och grad.

Av RFV:s ordinarie statistik över 180-dagars fallen framgår att ca 40 procent återvänder till arbetet medan drygt 35 procent av fallen avslutas med förtidspension. Det bör påpekas att det endast är den direkta avslutningsanledningen till sjukfallet som noteras.

Av de som erhållit förtidspension eller sjukbidrag i urvalet uppger ungefär hälften i långa sjukfallsgruppen att de har fått någon rehabilitering.

4.3 Långtidssjukskrivning — rehabilitering och förtidspensionering

Hittills har kunskapen om långa sjukfall och utvecklingen av dessa begränsat sig till statistik för 180-dagars fall. I det nu insamlade materialet kommer det att vara möjligt att studera utvecklingen för sjukfall av varierande längd. Av den löpande statistik som produceras för 180-dagars fallen är det några saker i handläggningen som är värda att peka på.

Av försäkringskassornas utredningsunderlag framgår att i ca 80 procent av fallen har läkarutlåtanden inhämtats. Detta är ett inslag i handläggningen av långtidssjuka som har ökat under 1980-talet. Försäkringskassorna begär läkarutlåtande i flera sjukfall 1983 jämfört med 1981 och

framför allt begär man läkarutlåtanden tidigare i sjukfallen. Även kontakterna med den försäkrades arbetsgivare har blivit vanligare och sker tidigare än vad som skedde förr.

4.4 Rehabiliteringens betydelse för arbetsförmågan

Om rehabiliteringen är lyckad skall den påverka arbetsförmågan i positiv bemärkelse t.ex. återgång i arbete, i vissa fall har emellertid rehabiliteringen en ren medicinsk funktion.

I tabell 7 redovisas fördelningen av arbetshandikapp utifrån statistiken för 180-dagars fall år 1983.

Tabell 7 Avslutade långa sjukfall (180-dagar) fördelade efter arbetshandikapp 1983

Arbetshandikapp	%
Hjärt- lung och kärlsjukdomar	15
Rörelsehinder	50
Övriga somatiska handikapp	18
Psykiska arbetshandikapp	14
Övrigt	3
Totalt	100 %
Antal avslutade sjukfall	64 000

Av tabellen framgår att rörelsehinder står för hälften av arbetshandikappen för 180-dagars fallen. Mot den bakgrunden är det kanske inte så förvånande att sjukgymnastik är den absolut vanligaste rehabiliteringsåtgärden.

I tabell 8 presenteras hur stort värde de intervjuade själva tillmäter rehabiliteringen. Dvs. deras egen uppfattning, för respektive åtgärd, om vilken betydelse rehabiliteringen har haft för arbetsförmågan.

Tabell 8 Rehabiliteringsåtgärders betydelse för arbetsförmågan

Åtgärdens betydelse för arbetsförmågan	jämförelse-gruppen %	långa sjukfalls-gruppen %
- ingen betydelse	24	31
- viss betydelse	24	26
- ganska stor betydelse	20	17
- mycket stor betydelse	31	26
Totalt	100 %	100 %
Antal	270	923*

* Att antalet ej är detsamma som i tabell 6 beror dels på ett internbortfall för frågan om rehabiliteringens betydelse, dels på att även åtgärder som ej fullföljts ingick i tabell 6.

Av tabell 8 framgår att ca 30 procent av de som fått rehabilitering i långa sjukfallsgruppen anser att åtgärden inte hade någon betydelse för arbetsförmågan, medan drygt 40 procent anser att åtgärden hade ganska eller

mycket stor betydelse för arbetsförmågan. I jämförelsegruppen är motsvarande andel något högre.

Om rehabiliteringen får avsedd effekt kan bero på när den sätts in. Det kan också vara viktigt att den försäkrade känner sig delaktig i planeringen av den egna rehabiliteringen. I tabell 9 redovisas betydelsen av vem som är initiativtagare samt vilken betydelse den fått för den försäkrades arbetsförmåga.

Tabell 9 Procentuell fördelning av vilken betydelse den intervjuade anser att rehabiliteringsåtgärden hade för arbetsförmågan

Åtgärdens betydelse för arbetsförmågan	Den intervjuade %	Läkare* %
- ingen betydelse	26	30
- viss betydelse	23	28
- ganska stor betydelse	19	17
- mycket stor betydelse	32	25
Totalt	100 %	100 %
Antal åtgärder med dessa initiativtagare	197	659

* Övriga initiativtagare var alltför sällsynta för att möjliggöra beräkningar

Av tabell 9 framgår att när den försäkrade själv tagit initiativet till åtgärden så uppger drygt hälften att åtgärden har haft ganska eller mycket stor betydelse för arbetsförmågan, medan motsvarande andel för åtgärder som läkare tagit initiativ till är drygt 40 procent. Det kan emellertid vara helt olika åtgärder som den försäkrade respektive läkaren tar initiativ till. Detta kan vara en förklaring till att den försäkrade tillmäter de åtgärder som han har tagit initiativ till större betydelse för arbetsförmågan än de som läkaren föreslår.

5 Det fortsatta arbetet

Projektet i sin helhet syftar som tidigare nämnts till att öka kunskapen om långa sjukfall, rehabilitering och förtidspension, för att kunna föreslå förbättringar inom denna verksamhet.

För att möjliggöra analyser av händelseförloppet för sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering har en mängd olika typer av information, för en längre period, samlats in.

Några av de frågor som projektet avser att belysa framöver är: Hur många återgår till förvärvsarbete och i så fall till vilken typ av arbete? Är det vanligt med nya sjukskrivningsperioder? Vad sker med de personer som får avslag på sin pensionsansökan? Vilka förändringar för den försäkrade på gott och ont medför en förtidspensionering?

Frågor som rör rehabilitering prioriteras högt i planeringen av det framtida arbetet. Som exempel kan nämnas att:

- redovisa en kostnads- och intäktanalys för ett urval av genomgångna rehabiliteringar,
- analysera rehabiliteringens samband med diagnos, yrke, sjukfallslängd, ålder etc.,
- tillgång till sådana uppgifter möjliggör förutsägelser om förväntad framtida arbetsinsats mot bakgrund av kännedom om sjukhistorik, rehabilitering etc.

Genom en utökad kunskap om orsaker bakom långa sjukskrivningar samt om hur rehabiliteringen fungerar kan nya idéer för framtida studier väckas. En av de mera långsiktiga målsättningarna med projektet är sålunda att det skall resultera i underlag som gör det möjligt att formulera ännu mer preciserade frågeställningar än vad som hittills har varit möjligt.

Underbilaga A Rehabiliteringsåtgärder som förekom på svarskortet i intervjuundersökningen

10 (Annan) specialistvård — öppen
11 Ortopedisk
12 Psykiatrisk
13 Socialmedicinsk
20 (Annan) specialistvård — sluten
21 Ortopedisk
22 Psykiatrisk
23 Socialmedicinsk
30 (Annan) rehabiliteringsklinik
31 RFV:s sjukhus i Nynäshamn
32 RFV:s sjukhus i Tranås
33 Åre sjukhus
40 Sjukgymnastik
50 (Annan) Arbetsmarknadsutbildning
51 AMU-Arbetsmarknadsutbildning
52 AMI-Arbetsmarknadsinstitut
60 (Annan) yrkesinriktad rehabilitering
61 ALU-Arbetsliv och utbildning
62 Lönebidragsanställd
63 Skyddat arbete
64 Omplacering
65 Träning i reell miljö
66 Yrkesvägledning
67 Utbildning i reguljära skolväsendet
70 (Annan) social rehabilitering
71 Anpassning av bostad
72 Skaffa bostad
73 Hemvård
74 Stödkontakt
75 Familjeterapi
76 Övervakning
77 Ekonomisk hjälp
78 Ordna barntillsyn
80 Övrigt

Medicinsk rehabilitering = 10—13, 20—23, 30—33, 40
Yrkesinriktad rehabilitering = 50—52, 60—67
Social rehabilitering = 70—78

Statens offentliga utredningar 1988

Kronologisk förteckning

1. Översyn av utlänningslagstiftningen. A.
2. Kortare väntan. A.
3. Arbetsolycka — "olycka" eller arbetsmiljöbrott? A.
4. Kunskapsöverföring genom företagsutveckling. UD.
5. Utgått.
6. Provning och kontroll i internationell samverkan. I.
7. Frihet från ansvar. Ju.
8. En ny skyddslag. Fö.
9. Sverigeinformation och kultursamarbete. UD.
10. Rätt adress. Fi.
11. Öppenhet och minne. U.
12. Civil personal i försvaret. Fö.
13. Handel med optioner och terminer. Fi.
14. Översyn av bostadsrättslagen. Bo.
15. Medborgarkommissionens rapport om svensk vapenexport. SB.
16. SÄPO — Säkerhetspolisens inriktning och organisation. Ju.
17. Reklamskatten. Fi.
18. Rapport av den parlamentariska kommissionen med anledning av mordet på Olof Palme. Ju.
19. U-lands- och biståndsinformation. UD.
20. En förändrad ansvarsfördelning och styrning på skolområdet. U.
21. Ny taxeringslag — Reformerad skatteprocess. Del 1. Fi.
22. Ny taxeringslag — Reformerad skatteprocess. Del 2. Fi.
23. SIIESTA — Ett internationellt institut för värdering av miljöriktig teknik. UD.
24. Lotteri i radio och TV. U.
25. Förnyelse och utveckling. C.
26. Frikommunförsöket. C.
27. Lönegarantin och förmånsrättsordningen — om lönegarantins betydelse för det ökade antalet företagskonkurser. A.
28. Videovåld II — förslag till åtgärder. U.
29. Förnyelse av kreditmarknaden. Fi.
30. Arbetsdomstolen. A.
31. Översyn av upphovsrättslagstiftningen. Delbetänkande 4. Ju.
32. Läge för vindkraft. Bo.
33. Släpp kopiorna fria. Fi.
34. Dalälven — en miljösatsning. ME.
35. Offentlig lönestatistik. Behov och produktionsformer. Fi.
36. Effektiv statlig lokalförsörjning. Fi.
37. Statens ansvar för spridning och visning av värdefull film. U.
38. Ägande och inflytande i svenskt näringsliv. I.
39. Mål och resultat — nya principer för det statliga stödet till föreningslivet. C.
40. Föräldrar som förmyndare, m.m. Ju.
41. Tidig och samordnad rehabilitering — Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m. S.

Statens offentliga utredningar 1988

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Medborgarkommissionens rapport om svensk vapenexport. [15]

Justitiedepartementet

Utgått. [5]
Frihet från ansvar. [7]
SÄPO – Säkerhetspolisens inriktning och organisation. [16]
Rapport av den parlamentariska kommissionen med anledning av mordet på Olof Palme. [18]
Översyn av upphovsrättslagstiftningen. Delbetänkande 4. [31]
Föräldrar som förmyndare, m.m. [40]

Utrikesdepartementet

Kunskapsöverföring genom företagsutveckling. [4]
Sverigeinformation och kultursamarbete. [9]
U-lands- och biståndsinformation. [19]
SIIESTA – Ett internationellt institut för värdering av miljöriktig teknik. [23]

Försvarsdepartementet

En ny skyddslag. [8]
Civil personal i försvaret. [12]

Socialdepartementet

Tidig och samordnad rehabilitering – Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m. [41]

Finansdepartementet

Rätt adress. [10]
Handel med optioner och terminer. [13]
Reklamskatten. [17]
Ny taxeringslag – Reformerad skatteprocess. Del 1. [21]
Ny taxeringslag – Reformerad skatteprocess. Del 2. [22]
Förnyelse av kreditmarknaden. [29]
Släpp kopiorna fria. [33]
Offentlig lönestatistik. Behov och produktionsformer. [35]
Effektiv statlig lokalförsörjning. [36]

Utbildningsdepartementet

Öppenhet och minne. [11]
En förändrad ansvarsfördelning och styrning på skolområdet. [20]
Lotteri i radio och TV. [24]
Videovåld II – förslag till åtgärder. [28]
Statens ansvar för spridning och visning av värdefull film. [37]

Arbetsmarknadsdepartementet

Översyn av utlänningslagstiftningen. [1]
Kortare väntan. [2]
Arbetsolycka – "olycka" eller arbetsmiljöbrott? [3]
Lönegarantin och förmånsrättsordningen – om lönegarantins betydelse för det ökade antalet företagskonkurser. [27]
Arbetsdomstolen. [30]

Bostadsdepartementet

Översyn av bostadsrättslagen m.m. [14]
Läge för vindkraft. [32]

Industridepartementet

Provning och kontroll i internationell samverkan. [6]
Ägande och inflytande i svenskt näringsliv. [38]

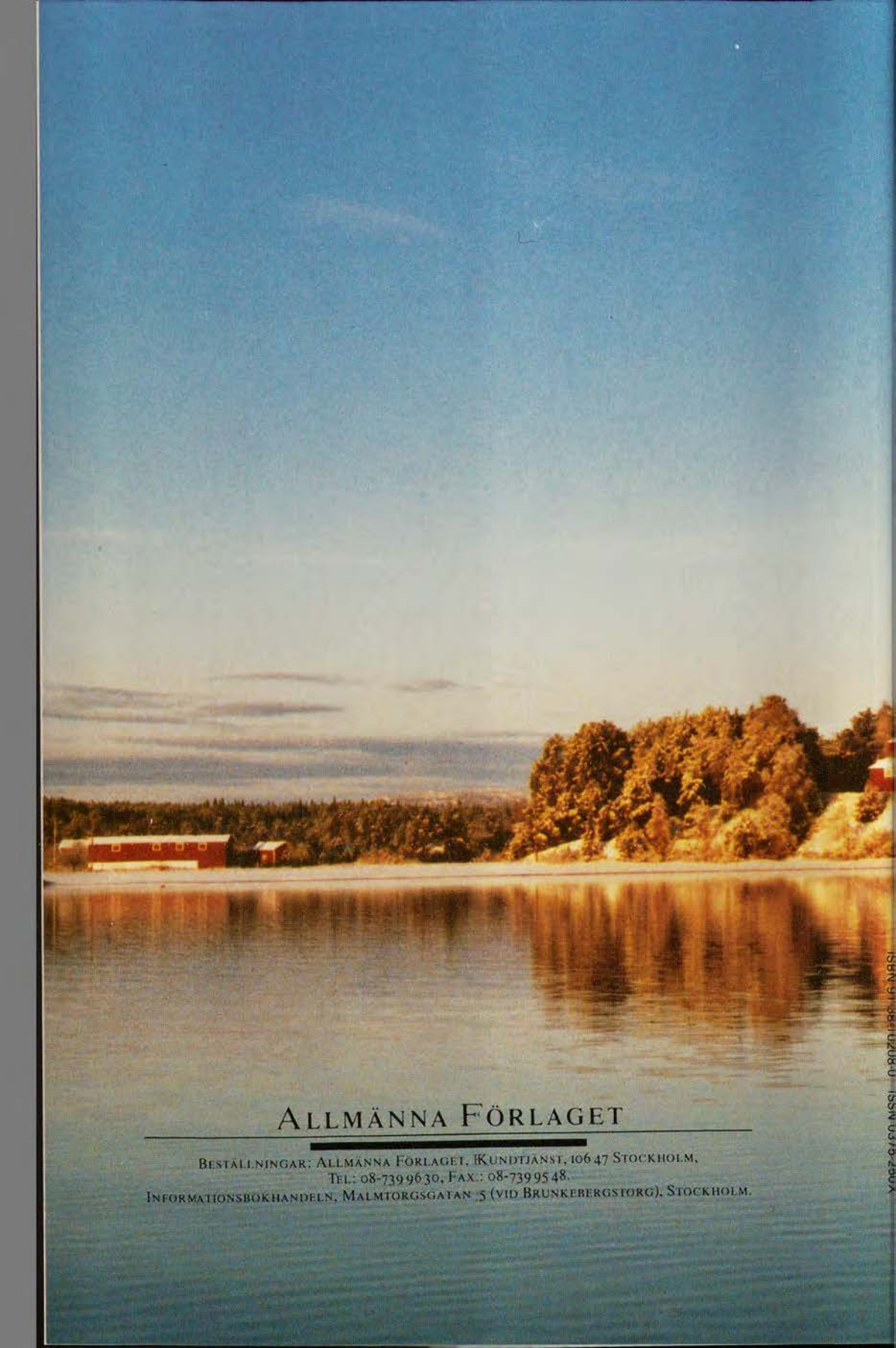
Civildepartementet

Förnyelse och utveckling. [25]
Frikommunförsöket. [26]
Mål och resultat – nya principer för statens stöd till föreningslivet. [39]

Miljö- och Energidepartementet

Dalälven – en miljösatsning. [34]

KUNGL. BIBL.
1988-12-06
STOCKHOLM



ALLMÄNNA FÖRLAGET

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDTJÄNST, 106 47 STOCKHOLM,
TEL: 08-739 96 30, FAX: 08-739 95 48.
INFORMATIONSBOKHANDELN, MALMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.

ISBN 91-38-10208-0 ISSN 0375-280X