

Till statsrådet Maj-Inger Klingvall

Regeringen beslöt den 26 juni 1997 att en särskild utredare skulle tillkallas med uppgift att se över reglerna om arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering samt utformningen av försäkringen mot kostnader för sjuklön (dir. 1997:90). Uppdraget innebar att precisera arbetsgivarens ansvar för rehabilitering av anställda, belysa arbetsgivares olika förutsättningar att fullgöra ansvaret och överväga frågan om sanktionsmöjligheter mot arbetsgivare som inte fullgör sitt ansvar. Vidare skulle alternativ till den nuvarande försäkringen mot sjuklönekostnader presenteras och privata alternativ kartläggas.

Till särskild utredare förordnades kanslichefen Ingvar Söderström (fr.o.m. den 4 augusti 1997 t.o.m. den 5 februari 1998) och direktören Lars Grönwall (fr.o.m. den 12 februari 1998).

Som sakkunniga har förordnats departementssekreteraren Dina Brdarski Jacobson, Socialdepartementet, jur. kand. Alf Eckerhall, Svenska Arbetsgivareföreningen, ombudsmannen Anna-Stina Elfving, Tjänstemännens Centralorganisation (t.o.m. den 15 april 1998), avdelningschefen Anders Englund, Arbetarskyddsstyrelsen, departementssekreteraren Mats Fagerlund, Närings- och handelsdepartementet (fr.o.m. den 23 januari 1998), förhandlingssekreteraren Hans Granqvist, Svenska Kommunförbundet, departementssekreteraren Karin Hovlin, Närings- och handelsdepartementet (t.o.m. den den 23 januari 1998), departementssekreteraren Anders Jeppson, Arbetsmarknadsdepartementet, jur. kand. Jens Karlsson, Företagarnas Riksorganisation, direktören Rolf Lindberg, Försäkringskassförbundet, kammarrättsassessorn Anita Linder, Socialdepartementet (t.o.m. den 21 januari 1998), utredaren Carina Nilsson, Landsorganisationen i Sverige, hovrättsassessorn Ove Nilsson, Socialdepartementet (fr.o.m. den 16 mars 1998), enhetschefen Eva Maria Magnusson, Riksförsäkringsverket, ombudsmannen Lars-Åke Sandqvist, Tjänstemännens centralorganisation (fr.o.m. den 15 april 1998), förhandlingsdirektören Margareta Sjöberg, Arbetsgivarverket, ombudsmannen Marie-Louise Strömgren, Sveriges Akademikers Centralorganisation och förhandlaren Jan Svensson, Landstingsförbundet.

Som sekreterare i utredningen har tjänstgjort planeringssekreteraren Carin Hultin, förhandlingsdirektören Gun-Britt Holmberg och försäkringsjuristen Maria Norberg (fr.o.m. den 16 mars).

Utredningen (S 1997:11) har antagit namnet AGRA-utredningen.

Utredningen har den 10 oktober 1997 överlämnat delbetänkandet (SOU 1997:142) *Högbkostnadsskydd mot sjuklönekostnader*.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*.

Vid utarbetandet av kapitel 9 Ekonomiska förutsättningar och konsekvenser har utredningen biträttats av fil. lic. Jonas Månsson, Högskolan i Växjö. Med. dr. Jonas Åberg har författat avsnittet Rehabiliteringsteori och rehabiliteringsprinciper under åttio- och nittiotalen (Bilaga 2).

Riksförsäkringsverkets och Sahlgrenska universitetssjukhusets undersökning Rygg och nacke har för utredningens räkning bearbetats av avdelningsdirektören Sisko Bergendorff och byråsekreteraren Christina Goede, Riksförsäkringsverket, i avsnittet Rehabilitering i praktiken (Bilaga 3).

Utredningsarbetet är härmed slutfört.

Stockholm i augusti 1998

Lars Grönwall

*/Gun-Britt Holmberg
Carin Hultin
Maria Norberg*

Förkortningar

AD	Arbetsdomstolen
ADB	Automatisk databehandling
Af	Arbetsförmedlingen
AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
AfS	Arbetsmarknadsförsäkring - Sjuk
AGRA	Utredningen om arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar
AKU	Arbetskraftsundersökningar
ALI	Arbetslivsinstitutet
AMF	Arbetsmarknadsförsäkringar
AMFO	Arbetsmiljöfonden
AMI	Arbetsmarknadsinstitutet
AML	Arbetsmiljölagen (1977:1160)
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
ASS	Arbetsarkivstyrelsen
bet.	Betänkande
DAGMAR	Överenskommelse mellan socialdepartementet och Landstingsförbundet att avsätta särskilda medel för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården.
DN	Dagens Nyheter
Ds	Departementsserien
EFI	Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm
EG	Europeiska gemenskapen
ESO	Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
EU	Europeiska unionen
FINSAM	samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård.Lokal försöksverksamhet med finansiell
FN	Förenta Nationerna
ISO	Internationella standardiseringskommissionen
IT	Informationsteknologi
KI	Karolinska institutet
K-samhälle	Kreativt samhälle
LAS	Lagen (1982:80) om anställningsskydd

LO	Landsorganisationen i Sverige
LS	Studie om långvariga sjukskrivningar
NUTEK	Närings- och teknikutvecklingsverket
RALF	Rådet för arbetslivsforskning
RFV	Riksförsäkringsverket
Riks-LS	Rikstäckande studie om långvariga sjukskrivningar
rskr.	Riksdagsskrivelse
SACO	Sveriges Akademikers Centralorganisation
SAF	Svenska Arbetsgivareföreningen
SAK	Sjuk- och arbetsskadekommittén
SCB	Statistiska centralbyrån
SEKO	Facket för service och kommunikation
SFR	Socialvetenskapliga forskningsrådet
SFS	Svensk författningssamling
SfU	Socialförsäkringsutskottet
SGI	Sjukpenninggrundande inkomst
SOCSAM	Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst
SoS	Socialstyrelsen
SOU	Statens offentliga utredningar
TCO	Tjänstemännens centralorganisation
TFA	Trygghetsförsäkring vid arbetsskada
WHO	Världshälsoorganisationen
YI	Yrkesinspektionen

Sammanfattning

Inledning

I detta betänkande lägger vi fram förslag till nya och ändrade bestämmelser om rehabilitering i 22 kap. lagen om allmän försäkring (AFL). I förslagen preciseras framför allt arbetsgivarnas ansvar för rehabiliteringsinsatser för anställda.

Vi föreslår också att arbetsgivarna ska få upp till halva kostnaden för rehabilitering betald genom ersättning från den allmänna sjukförsäkringen.

I Bakgrund och utgångspunkter redovisar vi bl.a. nuvarande regler på rehabiliteringsområdet (kap. 2). Sedan beskriver vi EG-rätten och internationella konventioner samt gör en utblick mot några länder i Europa – Tyskland, Holland och Danmark (kap. 3).

Vi redogör också för utvecklingen på arbetsmarknaden (kap. 4) och för hur sjukskrivningen och rehabiliteringen har utvecklats på 90-talet (kap. 5).

Vi avslutar den första delen av betänkandet med att beskriva rehabiliteringsarbetet i praktiken (kap. 6) och redogör för rehabiliteringsteori och rehabiliteringsprinciper under åttio- och nittitalen (kap. 7).

Vårt uppdrag

Bestämmelserna i 22 kapitlet AFL handlar främst om arbetsgivarens ansvar, den försäkrades eget ansvar och rätt till rehabiliteringsersättning samt försäkringskassans roll som samordnare av rehabiliteringsinsatserna. I direktiven till utredningen konstaterar regeringen att det finns brister i det sätt som rehabiliteringsarbetet nu bedrivs på. En bidragande orsak är att arbetsgivaransvaret inte är tillräckligt preciserat. En annan att ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare och försäkringskassa är oklar, inte minst i fråga om kostnaderna.

Vårt uppdrag har varit att utreda arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar och hur gränsen ska dras mellan det rehabiliteringsansvar som åligger arbetsgivaren och det som ankommer på i första hand

försäkringskassan men även övriga berörda aktörer. Detta innebär att arbetslösa och andra som inte har ett förvärvsarbete samt egenföretagare i det stora hela inte berörs av uppdraget. Detta är vidare inriktat på arbetsgivarens roll och inte på att närmare undersöka försäkringskassans arbetsuppgifter. Ännu mindre har vi haft att närmare pröva exempelvis sjukvårdshuvudmännens, socialtjänstens eller arbetsmarknadsmyndigheternas ansvar på rehabiliteringsområdet. Reglerna om sjuklön har också en viss betydelse, men även de ligger utanför vårt uppdrag.

Det sagda innebär väsentliga inskränkningar i vårt arbete. Vi har under arbetets gång på olika sätt kunnat konstatera att en mer förutsättninglös utredning av alla aktörers roller men också av ersättningssystemet för arbetstagarens försörjning hade gett oss större möjligheter att med nuvarande erfarenheter som grund utforma en lagstiftning som gav en bättre helhetssyn på det viktiga rehabiliteringsområdet. Men det hade å andra sidan fordrat ett betydligt mer omfattande utredningsarbete än det som har varit möjligt att utföra under den korta tid vi haft till vårt förfogande.

Man kan också hävda att en lagstiftning av det här slaget bör få längre tid på sig att finna sin praktiska tillämpning, och att man bör vara försiktig med att redan nu omreglera eller detaljreglera rehabiliteringsområdet allt för mycket. I det praktiska vardagsarbetet bör de olika aktörerna ges möjligheter att utveckla rehabiliteringsinsatserna efter sina skilda behov och förutsättningar.

Bristerna i dagens lagstiftning

Rehabiliteringsreformen 1992 kom till under en tid av utpräglad högkonjunktur. På den svenska arbetsmarknaden rådde överhettning, och det överskuggande problemet på arbetsmarknaden var att få arbetskraften att räcka till på alla områden. Den konjunkturuomsvängning som sedan inträffade förändrade kraftigt förutsättningarna att få ordentligt genomslag för reformen.

Bristerna i tillämpningen av lagstiftningen på rehabiliteringsområdet bekräftas i det material som Riksförsäkringsverket (RFV) har samlat in från landets försäkringskassor om hur rehabiliteringsarbetet bedrivs i praktiken. Av detta material framgår bl.a. att en rehabiliteringsutredning saknades i drygt 75 procent av de fall RFV granskade när sjukskrivningen pågått i 90 dagar. Här avses då en utredning av mer omfattande karaktär för att belysa behovet av rehabilitering – vare sig den var gjord av försäkringskassan eller arbetsgivaren.

Vidare brast arbetsgivarna i att anmäla sjukfall som pågick längre än sjuklöneperioden – små arbetsgivare tycktes helt missa denna lag-

stadgade anmälningsskyldighet och arbetsgivare av alla kategorier dröjde med anmälan. En rehabiliteringsplan saknades i närmare hälften av de granskade ärenden där det pågick en arbetslivsinriktad rehabilitering och rehabiliteringsersättning betalades ut.

Sjuk- och arbetsskadekommittén påpekade i sitt slutbetänkande att dagens problem bara till en mindre del har sin grund i ett behov av regelförändringar. Att det saknas en mera konsekvent genomförd metodik i rehabiliteringsarbetet tycktes vara det huvudsakliga problemet. Vi kan för vår del instämma i denna förmodan. Den är rimlig inte minst med tanke på att rehabiliteringsreformen trädde i kraft så pass sent som 1992. En reform av denna storlek och komplexitet med en rad olika aktörer inblandade kan inte väntas få genomslag förrän efter hand.

Rehabiliteringsreformen har genomförts under en tid av kris i inte minst de offentliga finanserna. Att åtstramningarna begränsat myndigheternas möjligheter att satsa resurser på att få reformen ordentligt förankrad i arbetslivet är uppenbart. Detta gäller såväl de centrala myndigheternas (i första hand Riksförsäkringsverkets och Arbetarskyddsstyrelsens) insatser för att föra ut reformen på bred front som inte minst försäkringskassornas arbete på att själva bedriva ett genomtänkt arbete med att i första hand samordna verksamheten och på att förmå arbetsgivarna att leva upp till sitt ansvar.

Ytterligare vill vi peka på att den ekonomiska utvecklingen efter 1992 haft en stor inverkan på möjligheterna att föra ut reformen i praktiken. I kapitel 4 har vi beskrivit en rad faktorer som har haft betydelse. Hit hör den för svenska förhållanden omfattande arbetslösheten och den press som både myndigheter och företag har haft på sig att strama åt sitt arbetsområde och så långt möjligt koncentrera detta till kärnverksamheten. Det är tydligt att dessa förhållanden missgynnat förutsättningarna att förankra reformen på ett bra sätt.

Men när detta väl är sagt finns det all anledning att ta kritiken för otydligheter i regelverket på stort allvar och överväga vilka preciseringar som kan vara möjliga och lämpliga framför allt när det gäller arbetsgivarnas ansvar. Det är som vi tidigare betonat också främst det som är vårt uppdrag, även om vi samtidigt något vill beskriva det innehåll som rehabiliteringsinsatserna hos de olika aktörerna, främst arbetsgivarna och försäkringskassorna, bör ha och de arbetssätt som vi menar bör präglade arbetet (se kapitel 7).

Några utgångspunkter

Det är viktigt att gränserna för arbetsgivaransvaret tydligt framgår av lagen. Vi har övervägt möjligheten att införa olika regler för stora och små arbetsgivare men funnit att reglerna bör vara desamma. Inte heller finns det skäl att ha olika regler för privata och offentliga arbetsgivare.

Det finns anledning att understryka att alla arbetsgivare, de må vara stora eller små, offentliga eller privata, även bortsett från alla andra värden har ett direkt ekonomiskt intresse av att ha en fungerande rehabiliteringsverksamhet på sitt företag eller sin myndighet. Den arbetsgivare som tar dåligt hand om sina anställda drabbas i det långa loppet av kostnader exempelvis till följd av avbräck i verksamheten eller tungna nyrekryteringar som kan stå arbetsgivaren långt dyrare.

Samtidigt ska sägas att det givetvis beror på arbetstagaren själv om rehabiliteringsåtgärderna ska leda till framgång. Hans eller hennes engagemang och delaktighet såväl när det gäller utredning och planering som genomförande är helt avgörande för hur åtgärderna ska lyckas.

När bör arbetsgivarens ansvar inträda?

Vi har övervägt möjligheterna att låta gränsdragningar som gäller i bl.a. sjuklönelagen och föräldraledighetslagen helt eller delvis bilda mönster för bestämmelserna om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Men vi har stannat för att föreslå att ansvaret ska gälla från första anställningsdagen och utan skilda regler för olika typer av anställning. Det finns flera skäl till detta.

Arbetsmiljölagen (AML) gäller från första anställningsdagen. Bestämmelserna i AML om att arbetsgivaren genom att anpassa arbetsförhållandena och vidta annan lämplig åtgärd ska ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet överlappar delvis bestämmelserna i 22 kap. AFL. En gränsdragning i AFL skulle därför vålla oklarheter i tillämpningen. Det finns också en risk för att reglerna i lagen om anställningsskydd (LAS) skulle urholkas om man införde en kvalifikationstid i 22 kap. AFL.

Inte heller finns det bärande skäl att ha ett mer begränsat skydd i AFL än i AML och LAS. Erfarenheten visar t.ex. att olyckor ofta inträffar tidigt under anställningen.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bör således gälla från första anställningsdagen och utan skilda regler för olika typer av anställning.

Utredningsansvaret

Enligt nuvarande regler är arbetsgivaren skyldig att påbörja en rehabiliteringsutredning när den försäkrade varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom längre än fyra veckor, när arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller när den försäkrade själv begär det. Rehabiliteringsutredningen ska tillställas försäkringskassan inom åtta veckor. Men om det finns skäl till det, ska försäkringskassan ta över ansvaret för rehabiliteringsutredningen.

Undersökningar och erfarenheter visar att många arbetsgivare har haft svårt att leva upp till sitt rehabiliteringsansvar. För arbetsgivare, som inte satsat tillräckligt på företagshälsovård eller någon annan liknande resurs, kan kravet på en rehabiliteringsutredning av mer fullständigt slag vara svårt eller omöjligt att uppfylla.

Vi föreslår därför att arbetsgivaren i stället för det fullständiga utredningsansvar som gäller i dag ska ha ett något mer begränsat ansvar att *söka klarlägga* arbetstagarens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för att återgå i eller behålla arbetet inom den egna verksamheten. Det ska vara en frivillig uppgift för arbetsgivaren att även undersöka ett eventuellt behov av medicinsk eller social rehabilitering.

Försäkringskassan ska vid behov komplettera arbetsgivarens undersökning med uppgifter som ligger utanför arbetsgivarens direkta vetenskap. Men självfallet ska arbetsgivaren, som ofta känner den sjukes förhållanden bäst, medverka aktivt i den kompletterande utredningen med alla de upplysningar som kan behövas.

Många gånger ter det sig också riktigare av rena integritets- och sekretesskäl att en utomstående – försäkringskassan – får utredningsansvaret när det gäller frågor som ligger utanför förhållanden på den egna arbetsplatsen.

Arbetsgivaren bör följa en åtgärdslista, där han på ett enkelt sätt kan se vad som krävs i undersökningsavseende. Åtgärdslistan bör fastställas av Riksförsäkringsverket efter samråd med Arbetarskyddsstyrelsen och arbetsmarknadens parter. Försäkringskassan ska underrättas om arbetsgivarens undersökning inom sex veckor. Visar arbetsgivarens undersökning eller kassans kompletterande utredning att den försäkrade behöver särskilda rehabiliteringsåtgärder, ska kassan inom 14 dagar upprätta en plan för detta. Försäkringskassan ska följa upp rehabiliteringsplanen kontinuerligt och ompröva den minst en gång var sjätte månad.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar m.m.

Arbetsgivaren ska svara för att de arbetslivsinriktade åtgärder vidtas som behövs för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren eller behålla arbetet hos denne. Ansvar är i nuvarande lag inte begränsat i tiden. Den anställda behåller ofta också banden till sin gamla arbetsplats även om sjukskrivningen skulle vara länge. Rimligen blir emellertid banden allt svagare ju längre den anställda har varit borta från arbetet, och därmed blir arbetsgivarens ansvar allt mer uttunnat.

Vi har övervägt att föreslå en ettårsgräns för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar räknat från det första sjukfallet men funnit att den riskerar att komma i konflikt med det ansvar arbetsgivaren har enligt LAS. Och så länge anställningen varar gäller arbetsgivarens ansvar enligt AML att anpassa arbetsplatsen till arbetstagarens särskilda förutsättningar.

Vi har därför stannat för att föreslå att arbetsgivaren ska ha kvar sitt ansvar så länge anställningen varar.

I första hand ska givetvis arbetsgivarens insatser avse rehabiliteringsåtgärder på den gamla arbetsplatsen eller på annan plats i den egna verksamheten. Men om det behövs rehabiliteringsinsatser utanför den egna verksamheten, t.ex. arbetsträning eller kortare utbildning, bör arbetsgivaransvaret avse även dessa, förutsatt att insatserna avser en återgång till ett arbete på den gamla arbetsplatsen. Det är emellertid viktigt att konsekvenserna i kostnadshänseende av ett ansvar för arbetsgivaren att svara för rehabiliteringsinsatser så länge anställningen pågår blir möjliga att bära inte minst för de små arbetsgivarna.

Enligt undersökningar av Riksförsäkringsverket och Statskontoret visar försäkringskassornas arbete på rehabiliteringsområdet på stora brister. Vi föreslår därför nya och ändrade bestämmelser i 22 kap. AFL också för kassorna. Med dessa vill vi bidra till en större enhetlighet och kanske också ett mer aktivt arbete på rehabiliteringsområdet.

Arbetsgivaren behöver stöd i sin rehabiliteringsverksamhet

Svårigheterna för arbetsgivarna att leva upp till de skyldigheter och förväntningar som ställs på dem enligt nuvarande regler är uppenbara. Åtskilligt kan säkert göras av arbetsgivarna själva för att förbättra rehabiliteringsverksamheten på arbetsplatserna. Men det är också tydligt att arbetsgivarna, och särskilt de små arbetsgivarna, både i den offentliga

och privata verksamheten behöver stöd för att klara sina uppgifter på ett bra sätt.

För företag och myndigheter som har en fungerande företagshälsovård är denna en resurs som i detta sammanhang kan betyda mycket för att med sina expertkunskaper hjälpa arbetsgivarna med rehabiliteringsverksamheten. Enligt vår mening krävs det särskilda åtgärder för att företagshälsovården ska få en sådan omfattning och organisation att den kan bli en allmän resurs för landets alla företag och myndigheter. Det gäller också för landets alla arbetsgivare att de själva ser till att skaffa sig ett stöd av företagshälsovården eller annan liknande expertresurs om de ska kunna infria sitt ansvar för arbetsmiljön enligt AML och för arbetslivsinriktad rehabilitering enligt AFL.

Arbetsgivarringar är verksamheter som kan få stor betydelse för att hjälpa den enskilde arbetsgivaren med rehabiliteringar av anställda som inte längre klarar samma arbete som tidigare. Genom arbetsgivarringen skapas ökade möjligheter att arbetspröva på annat företag, att förebygga och minska sjukskrivning och utslagning samt att utveckla bättre rehabiliteringsmetoder.

Arbetsgivarna behöver också mer stöd av myndigheterna från både centralt och lokalt håll än vad de alltid får i dag. Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna respektive Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen borde enligt vår uppfattning kunna intensifiera sin upplysningsverksamhet och sin rådgivning till landets arbetsgivare när det gäller rehabiliteringsverksamhetens innehåll och utformning.

Vårt förslag är att de ges särskilda medel till en intensifierad verksamhet i dessa avseenden i samband med att de nya regler som vi föreslår ska genomföras. Förslagsvis bör socialförsäkringsadministrationen och Arbetarskyddsverket få 10 miljoner kronor vardera för detta ändamål.

Även försäkringskassorna borde kunna utveckla sitt samarbete med arbetsgivarna på olika sätt. Arbetsgivarnas behov av att ha en nära kontakt med försäkringskassan i sin rehabiliteringsverksamhet skiftar dock mycket. Det lilla företaget eller den lilla myndigheten med begränsade administrativa resurser har ofta ett större behov än de större företagen och myndigheterna med goda egna administrativa resurser och en väl fungerande företagshälsovård.

Vi anser att det bör införas en möjlighet att låta de arbetsgivare som begär det få en särskild kontaktperson på kassan som de kan vända sig till för att få stöd att klara sina åligganden inom rehabiliteringsverksamheten. Kontaktpersonen ska kunna vara ett stöd både när det gäller arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet generellt och i enskilda rehabiliteringsfall.

Frågan om sanktioner

Vi har övervägt möjligheten att på samma sätt som det nu finns möjlighet att föreskriva sanktioner för den som bryter mot en föreskrift inom arbetsmiljölagstiftningen föreskriva sanktioner för de fall arbetsgivaren helt uppenbart uraktlåter att följa vissa bestämmelser i lagen om allmän försäkring om rehabilitering. Riksförsäkringsverket skulle i så fall bemyndigas att föreskriva sådana sanktionsavgifter.

Det finns emellertid flera skäl som talar mot att införa en liknande sanktionsavgift på den allmänna försäkringens område. Försäkringskassan är ett utpräglat serviceorgan, vilket gör det svårt att också uppträda som en repressiv instans. Kassan riskerar att förlora det goda samarbete som samverkan med arbetsgivarna förutsätter.

En bättre väg att gå är att utveckla samarbetet med Yrkesinspektionen, som också har möjlighet att meddela föreläggande och sätta ut vite mot arbetsgivare som försummar sina skyldigheter enligt arbetsmiljölagen bland annat när det gäller att på lämpligt sätt organisera en arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Vi anser att det i stället för regler om sanktionsavgift bör införas en bestämmelse i lagen om allmän försäkring om att försäkringskassan ska anmäla sina iakttagelser till Yrkesinspektionen när den finner att det föreligger allvarliga brister i en arbetsgivares sätt att fullgöra de nämnda skyldigheterna.

Till detta kommer att vi föreslår ett system med ersättning till arbetsgivare för kostnader för rehabilitering, där det ska finnas en möjlighet att minska ersättningen när arbetsgivaren i vissa avseenden inte har levt upp till sitt ansvar enligt lagen.

Arbetsgivarens kostnadsansvar

Till de påtalade otydligheterna i dagens lagstiftning hör arbetsgivarnas ansvar för de kostnader som rehabiliteringsinsatserna för med sig. Det är som vi ser det naturliga att knyta ett kostnadsansvar till ansvaret för att det vidtas rehabiliteringsåtgärder. Vi föreslår att det ska slås fast i lagen att arbetsgivaren ska bekosta de rehabiliteringsåtgärder som följer av ansvaret.

En viktig fråga blir emellertid då vilka möjligheter arbetsgivaren har att i sin tur kompensera sig för rehabiliteringskostnaderna. Kan man finna vägar att ersätta arbetsgivaren för kostnader som han eller hon har för sin rehabiliteringsverksamhet, kan detta naturligtvis stimulera till insatser som måhända annars inte skulle kommit till stånd hur välmotiverade de än är såväl för den anställde och arbetsgivaren som

samhället i stort. Det skulle självklart också kunna få stor betydelse för att öka möjligheterna för arbetshandikappades och andra resurssvaga grupperns möjligheter att konkurrera på arbetsmarknaden om det fanns möjligheter att ersätta arbetsgivarna för åtminstone en del av rehabiliteringskostnaderna.

Vi föreslår att arbetsgivaren ska kunna få halva kostnaden betald av den allmänna sjukförsäkringen. Eftersom denna betalas genom arbetsgivaravgifter innebär det nya systemet att alla arbetsgivare får betala en andel av arbetsgivarnas samlade insatser för rehabilitering. Arbetsgivarens ersättning ska bestämmas av försäkringskassan, samtidigt som rehabiliteringsplanen fastställs. Har arbetsgivaren haft kostnader för rehabilitering utan att det gått så långt att det behövs en rehabiliteringsplan för framtida åtgärder, bör arbetsgivaren ha möjlighet att få sina kostnader godkända i en retroaktiv rehabiliteringsplan.

Om förslaget vinner bifall, förutsätter det en viss ytterligare utredning. Vi kan för vår del tänka oss att ersättning betalas ut för dels undersökningskostnader, dels rehabiliteringsinsatser som angetts i försäkringskassans rehabiliteringsplan. En given utgångspunkt är att ersättning ska ges ut för att täcka kostnader som hänför sig direkt till den enskilde försäkrades situation – hans eller hennes behov och möjligheter. Däremot ska någon kompensation inte lämnas för åtgärder som behövs för att uppnå en normal arbetsmiljöstandard.

Men det bör även vara möjligt att till bedömningen av rätt till ersättning lägga en bedömning av hur arbetsgivaren allmänt arbetar med rehabilitering och förebyggande insatser. Mindre arbetsgivare skulle vidare kunna få en större andel i ersättning än de större arbetsgivarna. Är det fråga om små företag med osedvanligt hög lönsamhet kan man tänka sig att de efter särskild prövning får räknas till kategorin större företag. Vi ger i avsnitt 8.11 en beskrivning på hur det föreslagna nya ersättningssystemet skulle kunna utformas.

Av försäkringskassans redovisning bör framgå till vilka arbetsgivare som sjukförsäkringen betalat ut ersättning och på vilka grunder. Redovisningen kan bli ett värdefullt underlag i kassans dialog med Yrkesinspektionen. Om redovisningen ger anledning till det kan Yrkesinspektionen tänkas gripa in med olika insatser.

Övriga förslag

Vi ansluter oss till Förtidspensionsutredningens förslag om att rehabiliteringspenning ska kunna utges även om den försäkrade påbörjar en utbildning som beräknas pågå över ett år. Detsamma bör även gälla vid exempelvis träning i reell miljö som sammantaget vara mer än ett år.

Vi föreslår även att det ska göras en översyn av förordningen om ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring i form av bidrag till arbetshjälpmedel för att få mer tidsenliga och lättanvändbara regler. Försäkringskassorna bör redan med nuvarande regler i ökad utsträckning verka aktivt för att lyfta fram bidragsmöjligheten såväl i tidigt rehabiliteringsarbete genom ökad information till arbetsgivare och anställda m.fl. som i rehabiliteringsarbetet med den försäkrade.

Slutligen föreslår vi att det ska föreskrivas i sjuklönelagen att arbetsgivare i stället för sjuklön får ersätta arbetstagare, som drabbas av sjukdom, för resor till och från arbetet, om arbetstagaren kan förvärvsarbeta men inte använda sig av ordinarie färdmedel. Ersättningen bör enligt vårt förslag göras skattefri för arbetstagaren.

Ekonomiska förutsättningar och konsekvenser m.m.

I kapitel 9 redogör vi för de ekonomiska konsekvenserna av våra förslag. Totalt sett innebär våra förslag att sjukförsäkringens kostnader ökar med 2,15 miljarder kronor. Detta motsvarar 0,33 procent av det underlag som arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgift är beräknad på, dvs. en ökning av de sociala avgifterna med 0,33 procentenheter.

I allt väsentligt är finansieringen en fråga om omfördelning mellan arbetsgivare. I fortsättningen skulle den allmänna sjukförsäkringen gå in och fördela i princip halva kostnaden efter arbetsgivarnas förutsättningar och behov. Det betyder ett system där alla arbetsgivare är med och finansierar de arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatserna.

Förslaget innebär i och för sig en omfördelning från staten till arbetsgivarna via sjukförsäkringen med ett avsevärt belopp. De ökade kostnaderna för sjukförsäkringen är dock ingalunda nettokostnader. Positiva effekter är minskade utgifter för sjuklön och sjukpenning samt större skatteintäkter som en följd av minskat produktionsbortfall.

Alla led i den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen bör följas upp. En utvärdering och en eventuell kalibrering av finansieringen bör göras av det framlagda förslaget inom tre år, eftersom underlaget beträffande arbetsgivarnas satsningar på arbetslivsinriktad rehabilitering troligen är överskattat.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2000.

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

dels att nuvarande 22 kap. 7–17 §§ skall betecknas 22 kap. 14–23 §§,

dels att 22 kap. 1–13 §§ skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas sex nya paragrafer, 22 kap. 14 § och 18–23 §§ samt närmast före 22 kap. 1 §, 3–5 §§, 9 § och 13–14 §§ nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

22 kap.

Inledande bestämmelse

1 §¹

En försäkrad som är inskriven hos allmän försäkringskassa eller har rätt till sjukpenning enligt 3 kap. 1 § andra stycket har möjligheter till rehabilitering och rätt till rehabiliteringsersättning enligt vad som anges i detta kapitel.

I detta kapitel ges bestämmelser om rehabilitering och rätt till rehabiliteringsersättning.

Bestämmelserna gäller försäkrad som är inskriven hos allmän försäkringskassa eller har rätt till sjukpenning enligt 3 kap. 1 § andra stycket och som har fått eller riskerar att få sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom.

¹ Senaste lydelse 1991:1040.

2 §²

Rehabilitering enligt detta kapitel skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Rehabiliteringsåtgärder skall planeras i samråd med den försäkrade och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov.

Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses i detta kapitel insatser för att anpassa arbetsförhållandena efter den försäkrades förutsättningar eller träna eller utbilda den försäkrade så att han eller hon kan fullgöra ett förvärvsarbete.

I 3 kap. 7 b § ges bestämmelser om sjukpenning när den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att förebygga sjukdom eller att förkorta sjukdomstid eller att förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Rehabiliteringens syfte m.m.3 §³

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

Rehabiliteringens syfte är att den försäkrades arbetsförmåga skall tas tillvara så att det blir möjligt för honom eller henne att försörja sig genom eget arbete.

Den försäkrades behov av rehabilitering skall klarläggas och åtgärder planeras och genomföras tillsammans med den försäkrade samt, om den försäkrade inte motsätter sig det, i samverkan med hans eller hennes arbetstagarorganisation.

² Senaste lydelse 1991:1040.

³ Senaste lydelse 1991:1040.

3. när den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket

1. tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket

2. inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliteringsutredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas kassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om rehabiliteringsutredningen inte kan slutföras inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas försäkringskassan.

Utredningen skall genomföras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

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

Den försäkrades ansvar4 §⁴

Den försäkrade skall lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans behov av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen

Den försäkrade skall söka ta till vara sin arbetsförmåga så långt detta är möjligt.

Den försäkrade skall lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans eller hennes nedsättning av arbetsförmågan och vad som behövs för att återställa arbetsförmågan.

Den försäkrade skall medverka aktivt till att söka återfå sin arbetsförmåga.

Arbetsgivarens ansvar5 §⁵

Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt denna lag.

Försäkringskassan skall i samråd med den försäkrade se till att hans behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Försäkringskassan skall, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med hans arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda. Försäkringskassan skall därvid verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde,

Den försäkrades arbetsgivare skall, om det inte framstår som obehövt, söka klarlägga om den försäkrade behöver arbetslivsinriktad rehabilitering

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. när den försäkrade begär det.

Arbetsgivaren skall snarast vidta eller planera nödvändiga åtgärder för en arbetslivsinriktad rehabilitering hos arbetsgivaren.

⁴ Senaste lydelse 1991:1040.

⁵ Senaste lydelse 1991:1040.

vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

Försäkringskassan skall se till att rehabiliteringsinsatser påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt

Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning kan utges enligt detta kapitel, skall försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen skall såvitt möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Rehabiliteringsplanen skall ange de rehabiliteringsåtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabiliteringen samt uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen skall även innehålla uppgift om den beräknade kostnaden för ersättning under rehabiliteringstiden.

Försäkringskassan skall fortlopande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det vid behov görs nödvändiga ändringar i den.

Rehabiliteringsersättning utges när en försäkrad, vars arbetsförmåga till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel, deltar i arbetslivsinrik-

6 §⁶

Arbetsgivaren skall underätta försäkringskassan om sina åtgärder enligt 5 §. Underrättelsen skall lämnas snarast och senast inom sex veckor räknat från dagen

– för anmälan om sjukdomsfall i fall som avses i 5 § första stycket 1,

– för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick undersökningen i fall som avses i 5 § första stycket 2 samt

– då begäran framställdes hos arbetsgivaren i fall som avses i 5 § första stycket 3.

Om försäkringskassan enligt 10 § finner att en kompletterande rehabiliteringsutredning behövs, skall arbetsgivaren medverka aktivt i denna.

7 §⁷

Arbetsgivare skall så länge anställningen pågår svara för att de åtgärder vidtas för en arbetslivsinriktad rehabilitering som behövs för att den

⁶ Senaste lydelse 1991:1040.

⁷ Senaste lydelse 1991:1040.

tad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Rehabiliteringsersättning består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

Rehabiliteringsersättning utbetalas efter ansökan av den försäkrade.

Rehabiliteringsersättning utges längst till och med den månad före den då den försäkrade fyller 65 år.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om rehabiliteringsersättning vid utbildning.

Hel rehabiliteringspenning utgör för dag 80 procent av den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365.

Rehabiliteringspenningen avrundas till närmaste hela kronor.

försäkrade skall kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren eller behålla arbetet hos denne.

8 §⁸

Arbetsgivarens ansvar enligt 5–7 §§ inskränker inte de skyldigheter arbetsgivaren har enligt 3 kap. 3 § andra stycket arbetsmiljölagen (1977:1160) att genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet.

Försäkringskassan får när det behövs inhämta yttrande från Yrkesinspektionen om de skyldigheter en arbetsgivare har enligt arbetsmiljölagen i de avseenden som nämns i första stycket

⁸ Senaste lydelse 1997:562.

Försäkringskassans ansvar9 §⁹

Saknar den försäkrade arbetsförmåga utges hel rehabiliteringspenning. Om arbetsförmågan inte saknas helt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels rehabiliteringspenning. Är arbetsförmågan nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv rehabiliteringspenning. I annat fall utges en fjärdedels rehabiliteringspenning.

Arbetsförmågan skall under tiden för rehabiliteringsåtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

Försäkringskassan skall se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Rehabiliteringsinsatser skall påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt.

Om arbetsgivaren begär det, skall försäkringskassan utse en särskild kontaktperson hos sig med uppgift att stödja arbetsgivaren i arbetet på att fullgöra åliggandena enligt 5–7 §§.

10 §¹⁰

Särskilt bidrag utges under rehabiliteringstiden för kostnader som uppstår för den försäkrade i samband med rehabiliteringen. Ytterligare föreskrifter om sådant bidrag får meddelas av regeringen.

Försäkringskassan skall om det behövs komplettera arbetsgivarens undersökning enligt 5 § första stycket med en utredning om den försäkrades behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för arbete hos annan arbetsgivare än den egna eller av annan form av rehabilitering.

Den kompletterande rehabiliteringsutredningen skall påbörjas utan dröjsmål och vara avslutad inom fjorton dagar från det den påbörjades, om det inte finns särskilda skäl att färdigställa den senare.

⁹ Senaste lydelse 1991:1040.

¹⁰ Senaste lydelse 1991:1040.

Den försäkrade skall så snart det kan ske och senast inom två veckor till försäkringskassan anmäla sådan ändring av sina förhållanden som är av betydelse för rätten till rehabiliteringserättning eller för rehabiliteringsersättningens storlek.

11 §¹¹

Om arbetsgivarens undersökning eller försäkringskassans kompletterande utredning visar att den försäkrade behöver särskilda åtgärder enligt bestämmelserna i detta kapitel, skall försäkringskassan inom fjorton dagar från det undersökningen kom in eller utredningen avslutades upprätta en rehabiliteringsplan.

Rehabiliteringsplanen skall ange de rehabiliteringsåtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabilitering samt uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen skall även innehålla uppgift om den beräknade kostnaden för ersättning under rehabiliteringstiden.

Försäkringskassan skall fortlöpande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det vid behov görs ändringar i den. Rehabiliteringsplanen skall följas upp kontinuerligt och omprövas minst en gång var sjätte månad.

Bestämmelserna i 3 kap. 12 § och 16 § första–femte styckena tillämpas även i fråga om rehabiliteringspenning.

12 §¹²

Försäkringskassan samordnar och håller uppsikt över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt denna lag.

Försäkringskassan skall i arbetet med rehabiliteringen sam-

¹¹ Senaste lydelse 1991:1040.

¹² Senaste lydelse 1991:1976.

verka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda. Försäkringskassan skall därvid verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

Om försäkringskassan finner att det föreligger allvarliga brister i det sätt varpå arbetsgivaren fullgör sin skyldighet enligt 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen (1997:1160) att på lämplig sätt organisera en arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet, skall försäkringskassan anmäla sina iakttagelser till Yrkesinspektionen.

Arbetsgivarens kostnader och rätt till ersättning

13 §¹³

Den som får rehabiliteringsersättning får behålla ersättningen

1. vid kortvarig ledighet för enskild angelägenhet av vikt och
2. vid ledighet på grund av uppehåll i rehabiliteringen enligt föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

Arbetsgivaren ska bekosta de rehabiliteringsåtgärder som följer av ansvaret enligt 5–7 §§.

I 14–23 §§ ges bestämmelser om rehabiliteringsersättning till försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Till arbetshjälpmedel lämnas bidrag från sjukförsäkringen enligt särskilda bestämmelser.

För kostnader som inte betalas enligt andra stycket har arbetsgivaren rätt till ersättning

¹³ Senaste lydelse 1991:1040.

enligt föreskrifter som regeringen meddelar.

Rehabiliteringsersättning

14 §

Rehabiliteringsersättning utges när en försäkrad, vars arbetsförmåga till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel, deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Rehabiliteringsersättning består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

Rehabiliteringsersättning utbetalas efter ansökan av den försäkrade.

Rehabiliteringsersättning utges längst till och med den månad före den då den försäkrade fyller 65 år.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om rehabiliteringsersättning vid utbildning.

15 §¹⁴

Rehabiliteringspenningen skall minskas med det belopp den försäkrade för samma tid får som

1. sjukpenning eller föräldrapenningförmån enligt denna lag,
2. sjukpenning eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetskadeförsäkring eller motsva-

Hel rehabiliteringspenning utgör för dag 80 procent av den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365.

Rehabiliteringspenningen avrundas till närmaste hela kronor.

¹⁴ Senaste lydelse 1998:547.

rande ersättning enligt någon annan författning, dock inte livränta till efterlevande samt i övrigt endast till den del ersättningen avser samma inkomstbortfall som rehabiliteringspenningen är avsedd att täcka,

3. studiehjälp, studiemedel, korttidsstudiestöd eller särskilt vuxenstudiestöd enligt studie-stödslagen (1973:349), studie-stöd enligt lagen (1983:1030) om särskilt vuxenstudiestöd för arbetslösa, särskilt utbildningsbidrag eller ersättning till deltagare i teckenspråks-utbildning för vissa föräldrar (TUFF), dock inte till den del studiestödet är återbetalningspliktigt.

Vad som föreskrivs i första stycket gäller även beträffande motsvarande förmån som utges till den försäkrade på grundval av utländsk lagstiftning

Rehabiliteringsersättning enligt detta kapitel får, om omständigheterna motiverar det, dras in eller sättas ned om den försäkrade underlåter att till försäkringskassan anmäla sådan ändring av förhållande, som är av betydelse för rätten till rehabiliteringsersättning eller för rehabiliteringsersättningens storlek.

Om nedsättning eller indragning i andra fall av ersättning som här avses föreskrivs i 20 kap. 3 §.

16 §¹⁵

Saknar den försäkrade arbetsförmåga utges hel rehabiliteringspenning. Om arbetsförmågan inte saknas helt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels rehabiliteringspenning. Är arbetsförmågan nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv rehabiliteringspenning. I annat fall utges en fjärdedels rehabiliteringspenning.

Arbetsförmågan skall under tiden för rehabiliteringsåtgärden anses nedsatt i den mån den för-

¹⁵ Senaste lydelse 1997:275.

säkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

17 §¹⁶

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

Särskilt bidrag utges under rehabiliteringstiden för kostnader som uppstår för den försäkrade i samband med rehabiliteringen. Ytterligare föreskrifter om sådant bidrag får meddelas av regeringen.

18 §

Den försäkrade skall så snart det kan ske och senast inom två veckor till försäkringskassan anmäla sådan ändring av sina förhållanden som är av betydelse för rätten till rehabiliteringsersättning eller för rehabiliteringsersättningens storlek.

19 §

Bestämmelserna i 3 kap. 12 § och 16 § första–femte styckena tillämpas även i fråga om rehabiliteringspenning.

20 §

Den som får rehabiliteringsersättning får behålla ersättningen

1. vid kortvarig ledighet för enskild angelägenhet av vikt och
2. vid ledighet på grund av uppehåll i rehabiliteringen enligt

¹⁶ Senaste lydelse 1991:1040.

föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

21 §

Rehabiliteringspenningen skall minskas med det belopp den försäkrade för samma tid får som

1. sjukpenning eller föräldrapenningförmån enligt denna lag,
2. sjukpenning eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning enligt någon annan författning, dock inte livränta till efterlevande samt i övrigt endast till den del ersättningen avser samma inkomstbortfall som rehabiliteringspenningen är avsedd att täcka,
3. studiehjälp, studiemedel, korttidsstudiestöd eller särskilt vuxenstudiestöd enligt studiestödslagen (1973:349), studiestöd enligt lagen (1983:1030) om särskilt vuxenstudiestöd för arbetslösa, särskilt utbildningsbidrag eller ersättning till deltagare i teckenspråks-utbildning för vissa föräldrar (TUFF), dock inte till den del studiestödet är återbetalningspliktigt.

Vad som föreskrivs i första stycket gäller även beträffande motsvarande förmån som utges till den försäkrade på grundval av utländsk lagstiftning.

22 §

Rehabiliteringsersättning enligt detta kapitel får, om omständigheterna motiverar det, dras in

eller sättas ned om den försäkrade underlåter att till försäkringskassan anmäla sådan ändring av förhållande, som är av betydelse för rätten till rehabiliteringsersättning eller för rehabiliteringsersättningens storlek.

Om nedsättning eller indragning i andra fall av ersättning som här avses föreskrivs i 20 kap. 3 §.

23 §

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

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2000.

2. De nya bestämmelserna i 13 § tredje stycket gäller kostnader för rehabiliteringsåtgärder som vidtas fr.o.m. den dagen.

2 Förslag till Lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1047) om sjuklön dels att 12 § skall ha följande lydelse, dels att det i lagen skall införas en ny paragraf, 7 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 a §

För att underlätta återgång i arbete i anslutning till sjukdomsfall får i stället för den sjuklön som annars skulle ha utgetts under sjuklöneperioden skälig ersättning utges för arbetstagarens merutgifter för resor till och från arbetet.

Merutgifterna skall ha uppkommit på grund av att arbetstagarens hälsotillstånd inte tillåter honom eller henne att utnyttja det färd sätt som han eller hon normalt använder för sådana resor.

Dagar som ersätts enligt denna paragraf skall räknas in i sjuklöneperioden.

12 §

Arbetsgivaren skall till den allmänna försäkringskassan anmäla sjukdomsfall som har gett arbetstagaren hos honom rätt till sjuklön, om sjukperioden och anställningen fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång. Anmälan skall göras inom sju kalenderdagar från denna tidpunkt.

Arbetsgivaren skall vidare

Arbetsgivaren skall till den allmänna försäkringskassan anmäla sjukdomsfall som har gett arbetstagaren hos honom rätt till sjuklön eller ersättning enligt 7 a §, om sjukperioden och anställningen fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång. Anmälan skall göras inom sju kalenderdagar från denna tidpunkt.

lämna uppgift om sjukdomsfall som har gett arbetstagaren hos honom rätt till sjuklön. En sådan uppgift skall lämnas skriftligen till riks försäkringsverket. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, riks försäkringsverket får föreskriva att uppgifter i stället skall lämnas till försäkringskassan samt att uppgifterna får lämnas med hjälp av automatisk databehandling. Uppgift som avses i detta stycke skall lämnas senast vid utgången av den kalendermånad som följer efter den under vilken sjuklöneperioden löpte ut

Om anmälningsskyldighet vid inträffad arbetsskada finns föreskrifter i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring.

Arbetsgivaren skall vidare lämna uppgift om sjukdomsfall som har gett arbetstagaren hos honom rätt till sjuklön *eller ersättning enligt 7 a §*. En sådan uppgift skall lämnas skriftligen till riks försäkringsverket. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, riks försäkringsverket får föreskriva att uppgifter i stället skall lämnas till försäkringskassan samt att uppgifterna får lämnas med hjälp av automatisk databehandling. Uppgift som avses i detta stycke skall lämnas senast vid utgången av den kalendermånad som följer efter den under vilken sjuklöneperioden löpte ut.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2000 och tillämpas på sjukperioder som inträffar fr.o.m. denna dag.

3 Förslag till Lag om ändring i kommunalskattelagen (1928:370)

Härigenom föreskrivs att anvisningarna till 19 § kommunalskattelagen (1928:370) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

19 §¹⁷

Till skattepliktig inkomst enligt denna lag räknas *icke*: – – –

ersättning, som på grund av försäkring jämlikt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring tillfallit den försäkrade, om icke ersättningen grundas på förvärvsinkomst eller utgör föräldrapening, så ock sådan ersättning enligt annan lag eller särskild författning, som utgått annorledes än på grund av sjukförsäkring, som nyss sagts, till någon vid sjukdom eller olycksfall i arbete eller under militärtjänstgöring eller i fall som avses i lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd eller lagen (1977:267) om krigsskadeersättning till sjömän om icke ersättningen grundas på förvärvsinkomst, ävensom ersättning, vilken vid sjukdom eller olycksfall tillfallit någon på grund av annan försäkring, som icke tagits i samband med tjänst, dock att till skattepliktig inkomst räknas ersättning i form av pension eller i form av livränta i den mån livräntan är skattepliktig enligt 32 § 1 eller 2 mom., så ock ersättning som utgår på grund av trafikförsäkring eller annan ansvarighetsförsäkring eller på grund av skadeståndsförsäkring och avser förlo-rad inkomst av skattepliktig natur;

belopp, som till följd av försäkringsfall eller återköp av försä-
ringen utgått på grund av kapitalförsäkring, – – –

ersättning jämlikt lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare om
icke ersättningen grundas på förvärvsinkomst; – – –

studiestöd enligt 3 eller 4 kap. studiestödslagen (1973:349),
internatbidrag, studielån och resekostnadsersättning enligt 6 och 7 kap.
samma lag samt sådant särskilt bidrag vilket enligt av regeringen eller
statlig myndighet meddelade bestämmelser utgår till deltagare i
arbetsmarknadsutbildning samt med dem i fråga om sådant bidrag
likställda, och äger i följd härav de bidragsberättigade icke göra avdrag
för kostnader som avsetts skola bestridas med bidrag av förevarande
slag; – – –

¹⁷ Senaste lydelse 1997:1292.

allmänt barnbidrag och förlängt barnbidrag, samt barnpension enligt lagen om allmän försäkring till den del pensionen för varje månad den avser inte överstiger en tolfedel av fyrtio procent eller, vid pension efter båda föräldrarna, åttio procent, av basbeloppet den månad pensionen avser samt sådan i 17 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring angiven livränta i form av efterlevandelivränta till barn enligt lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring eller enligt annan i nämnda lagrum angiven författning till den del livräntan föranlett minskning av sådan del av barnpension som inte är skattepliktig;

kontantunderstöd, som utgives av arbetslöshetsnämnd med bidrag av statsmedel;

handikappersättning enligt 9 kap. 2 och 3 §§ lagen om allmän försäkring, sådan del av vårdbidrag enligt 9 kap. 4 och 4 a §§ samma lag som utgör ersättning för merkostnader, ersättning för merutgifter för resor enligt 3 kap. 7 a § samma lag, särskilt pensionstillägg enligt lagen (1990:773) om särskilt pensionstillägg till folkpension för långvarig vård av sjukt eller handikappat barn samt hemsjukvårdsbidrag och hemvårdsbidrag, som utges av kommunala eller landstingskommunala medel till den vårdbehövande

assistansersättning enligt lagen (1993:389) om assistansersättning och ekonomiskt stöd till kostnader för personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade;

bostadstillägg enligt lagen (1994:308) om bostadstillägg till pensionärer;

handikappersättning enligt 9 kap. 2 och 3 §§ lagen om allmän försäkring, sådan del av vårdbidrag enligt 9 kap. 4 och 4 a §§ samma lag som utgör ersättning för merkostnader, ersättning för merutgifter för resor enligt 3 kap. 7 a § samma lag *eller ersättning för merutgifter för resor enligt 7 a § lagen (1991:1047) om sjuklön*, särskilt pensionstillägg enligt lagen (1990:773) om särskilt pensionstillägg till folkpension för långvarig vård av sjukt eller handikappat barn samt hemsjukvårdsbidrag och hemvårdsbidrag, som utges av kommunala eller landstingskommunala medel till den vårdbehövande;

kommunalt bostadstillägg till handikappade;
bostadsbidrag som avses i lagen (1988:786) om bostadsbidrag och
lagen (1993:737) om bostadsbidrag;
bidrag enligt lagen (1988:1463) om bidrag vid adoption av utländska
barn;
bidrag enligt lagen (1992:148) om särskilt bidrag till ensamstående
med barn; – – –

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2000 och tillämpas första gången
vid 2001 års taxering.

Del I

Bakgrund och utgångspunkter

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Frågan om ansvaret för rehabiliteringen av arbetstagare har utretts flera gånger. Grunden för arbetsgivarens ansvar lades genom Rehabiliteringsberedningens betänkande SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering. Förslaget lades i princip till grund för den lagreglering som trädde i kraft den 1 januari 1992. Det ansvar som då lades på arbetsgivarna har dock enligt många uppfattning inte fått det genomslag som var avsett.

Rehabiliteringsansvaret kom därför ånyo att utredas inom ramen för det arbete som bedrevs av Sjuk- och arbetsskadekommittén, SAK. Kommittén framhöll bland annat att arbetsgivaransvaret inte är tillräckligt preciserat, att den ekonomiska ansvarsfördelningen mellan arbetsgivaren och försäkringskassan är oklar och att det råder oklarheter i regelverket när det gäller ansvaret för rehabiliteringsutredningarna. SAK föreslog vissa lagändringar i betänkandet (SOU 1996:113) En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Förslaget ansågs dock inte i tillräckligt hög grad förtydliga arbetsgivarens ansvar. Genom beslut den 26 juni 1997 tillsatte därför regeringen utredningen om arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar samt utformningen av försäkringen mot kostnader för sjuklön, AGRA.

1.2 Utredningsuppdraget

Enligt regeringens direktiv (dir. 1997:90) om utredning av arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering ska utredaren föreslå när arbetsgivarens ansvar ska inträda och hur långt det ska sträcka sig. Ansvaret ska preciseras såväl i fråga om tiden för ansvaret som åtgärdernas art, inriktning och kostnader. Utredaren ska belysa arbetsgivares olika förutsättningar att fullgöra rehabiliteringsansvaret och överväga frågan om sanktionsmöjligheter mot arbetsgivare som inte fullgör sitt ansvar. Utredaren ska slutligen utreda hur gränsen mellan arbetsgivarens ansvar och övriga rehabiliteringsaktörers ansvar ska dras. I första

hand ska en gränsdragning göras mellan arbetsgivarens respektive försäkringskassans ansvar göras.

1.3 Utredningsarbetet

Utredningen har fått tiden för att avsluta uppdraget förlängd till först den 16 mars 1998 och därefter till den 10 augusti 1998. Tiden har ändå inte medgett några egna mer omfattande undersökningar av hur arbetet med rehabilitering bedrivs i praktiken. Visst utredningsmaterial har dock kunnat erhållas bland annat genom en bearbetning av svaren från en enkät om rygg- och nackeproblem som Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska universitetssjukhuset gjorde 1994–1995.

Utredningens sekretariat har fått information och synpunkter vid kontakter under hand med bland annat företrädare inom den fackliga rörelsen och arbetsgivarorganisationerna, anställda vid försäkringskassorna, Yrkesinspektionen, Arbetarskyddsstyrelsen, Riksskatteverket och Riksförsäkringsverket, företrädare för arbetsgivarringar, privata rehabiliteringsanordnare, försäkringsbolag och kommuner liksom från olika statliga utredningar.

Sekretariatet har gjort en studieresa till Holland för att ta del av detta lands lagstiftning och erfarenheter i fråga om rehabilitering och företagshälsovård.

2 Nuvarande regler

2.1 Inledning

Rehabilitering är inget enhetligt begrepp och har beroende på var den bedrivs och vem som har hand om den olika innehåll och mål. Enligt förarbetena till 1992 års rehabiliteringsreform omfattade rehabilitering i vid mening medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering. Med *medicinsk rehabilitering* avsågs att återställa eller förbättra grundläggande funktioner, något som landstingen i första hand ansvarade för. Den *sociala rehabiliteringen* omfattade åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter och var främst en fråga för kommunernas socialtjänst. Kommunerna hade också ansvar för att missbrukare fick den vård och hjälp som de behövde.

Den *yrkesinriktade rehabiliteringen* låg inom arbetsmarknadsorganens ansvarsområde och innefattade arbetsprövning, arbetsträning, fördjupad vägledning, arbetsmarknadsutbildning, bidrag till hjälpmedel och anordningar till handikappade och tillhandahållande av anpassade arbetsplatser. I och med rehabiliteringsreformen förändrades arbetsmarknadsorganens ansvarsområde till viss del. Begreppet *arbetslivsinriktad rehabilitering* infördes vilket omfattar de åtgärder som arbetsgivarna och försäkringskassorna ansvarar för. Hur detta ansvar är utformat beskriver vi i följande avsnitt.

Det finns i dag inget sammanhållet regelsystem för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ett sätt att skaffa sig en överblick över problemområdet är att fokusera på arbetstagarens situation. Man finner då att tre regelsystem är aktuella. Regler om rättigheter och skyldigheter för de berörda huvudaktörerna i olika tidsskeden av rehabiliteringsarbetet återfinns i väsentliga delar i tre olika lagar nämligen arbetsmiljölagen (1977:1160), lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL, och lagen (1982:80) om anställningsskydd, LAS.

Vi kommer i det följande att närmare beskriva de regler som arbetsgivaren ska beakta när det gäller den anställdes rehabilitering enligt AFL. Vi beskriver även de regler som gäller för försäkringskassan och berör vad som gäller för övriga aktörer. Därutöver anger vi vilka sjukersättningsnivåer som är aktuella dels enligt AFL, dels enligt kollektiv-

avtal. För att ge en så heltäckande bild som möjligt av arbetstagarens situation i rehabiliteringshänseende beskriver vi även vissa arbetsmiljöregler samt de anställningsskyddsnormer som framgår av anställningsskyddslagen och Arbetsdomstolens tolkning av lagen.

2.2 Arbetsmiljölagen

Arbetsmiljölagens ändamål är att förebygga ohälsa och olyckfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. Lagen ställer krav på arbetsgivaren att anpassa arbetsförhållandena utifrån arbetstagarnas särskilda förutsättningar för arbetet, men det anges även i 3 kap 1 a § att arbetsgivare och arbetstagare ska samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö. En god arbetsmiljö kan inte åstadkommas av arbetsgivaren ensam.

Arbetsmiljölagen gäller varje verksamhet i vilken arbetstagare utför arbete för arbetsgivares räkning. Arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetsförhållandena och organiserandet av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten inträder i och med att arbetsgivaren har anställt en person och denne utför arbete för arbetsgivarens räkning. Lagen gäller självfallet även när arbetstagaren är frånvarande på grund av sjukdom. Begreppen arbetsgivare respektive arbetstagare definieras inte i lagen. Frågan om arbetsgivar- och arbetstagarbegreppen avgörs med ledning av allmänna rättsregler och praxis. Vad som klargjorts genom domstolsavgöranden är vem som är att betrakta som arbetstagare till skillnad från uppdragstagare.

Om den som åtagit sig att utföra arbete är arbetstagare eller uppdragstagare beror på omständigheterna i varje enskilt fall. Gränsdragningen mellan arbetstagare och uppdragstagare görs genom en helhetsbedömning av samtliga omständigheter. Det finns ett antal faktorer som anses tala för att den som utför arbete är att betrakta som arbetstagare. Några av dessa faktorer är om den som ska utföra arbetet är arbetsskyldig personligen, vem som tillhandahåller arbetsredskap, möjlighet att utföra liknande arbete av någon betydelse åt annan och om den arbetspresterande parten intar en beroende ställning i ekonomiskt eller organisatoriskt hänseende.

Den som står i ett avtalsförhållande med en arbetstagare för att få arbete utfört är att betrakta som arbetsgivare.

I och med att personen är anställd och, bortsett från sjukfrånvaroperioder, utför arbete för arbetsgivarens räkning utlöses arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetssituationen. Vid mycket korta anställningsförhållanden blir dock detta ansvar tämligen innehållslöst.

2.2.1 Internkontroll av arbetsmiljön och tillsyn

Arbetsmiljölagen innehåller inte bara regler om arbetsmiljöns beskaffenhet och arbetsgivarens skyldigheter. Lagen innehåller även regler om hur arbetsgivaren ska gå tillväga för att leva upp till de krav som regelsystemet ställer. I 3 kap 2 a § arbetsmiljölagen och Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter AFS 1996:6 Internkontroll och arbetsmiljön finns regler om en metodik som ska underlätta för arbetsgivaren att styra verksamheten i arbetsmiljöhänseende, så kallad internkontroll. ASS har även gett ut föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering AFS 1994:1 som i huvudsak innehåller regler om hur verksamheten på detta område ska organiseras. Med internkontroll menas att systematiskt planera, genomföra och följa upp verksamheten så att arbetsmiljökraven uppfylls fortlöpande. De arbetsmiljökrav som avses är de krav som framgår av arbetsmiljölagen, arbetsmiljöförordningen och Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter.

Arbetsgivaren ska systematiskt undersöka arbetsförhållandena fortlöpande och bedöma riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetet. Arbetsgivaren ska utreda orsakerna till ohälsa, olycksfall och allvarliga tillbud i arbetet. Om det är praktiskt möjligt ska arbetsgivaren omedelbart genomföra de åtgärder som undersökningarna ger anledning till. De åtgärder som inte kan genomföras omedelbart ska tidsplaneras. Det ska årligen upprättas handlingsplaner för de åtgärder som måste vidtas för att arbetsmiljökraven ska uppfyllas. Handlingsplanerna är endast till för att ge arbetsgivaren och arbetstagarna en överblick över behovet av arbetsmiljöförbättringar och kan inte tas till intäkt för att uppskjuta de åtgärder som är möjliga att vidta omgående. Internkontrollreglerna har betydelse för reglerna om rehabilitering i de delar som avser arbetsanpassning och organiserandet av rehabiliteringsverksamheten. Denna del av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar kan även bli föremål för tillsyn och sanktioner.

Det är viktigt att internkontrollen inte begränsas till arbetsmiljön för huvuddelen av arbetstagarna utan även omfattar förhållanden som berör en eller några få individer. Det är också av stor betydelse att arbetsgivaren utnyttjar arbetstagarnas kunskaper och erfarenheter om arbetsförhållandena. Män och kvinnor arbetar ofta under olika villkor och har vanligen olika förutsättningar för arbetsuppgifterna. Det är väsentligt att få fram skilda uppfattningar så att internkontrollarbetet kan bedrivas utifrån de faktiska behoven.

2.2.2 Anpassning av arbetssituationen

Enligt 3 kap. 3 § arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren genom att anpassa arbetsförhållandena eller genom att vidta andra lämpliga åtgärder ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Arbetsgivaren ska vid planläggningen och anordnandet av arbetet beakta människors olika förutsättningar att utföra arbetsuppgifterna. Enligt 3 kap. 2 a § ska arbetsgivaren se till att det i hans verksamhet finns en arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som är organiserad på lämpligt sätt för fullgörande av de uppgifter som enligt AML och AFL vilar på honom.

Arbetskyddsstyrelsen har preciserat arbetsgivarens skyldigheter enligt 3 kap. 3 § AML genom föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering, AFS 1994:1. Som vägledning vid tillämpningen av föreskrifterna finns allmänna råd, som inte är juridiskt bindande men ofta har stor betydelse vid bedömningen av enskilda fall.

Arbetsgivaren ska enligt föreskrifterna fortlöpande ta reda på vilka behov av anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder som finns bland arbetstagarna och så tidigt som möjligt påbörja arbetet med anpassning av arbetssituationen och rehabilitering av de arbetstagare som har behov av detta. Arbetsgivaren ska klargöra hur arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering ska fördelas och den ansvarige ska ha de befogenheter, resurser och den kompetens som behövs för uppgifterna. Anpassnings- och rehabiliteringsarbetet ska organiseras så att det kan ske i samarbete med de berörda arbetstagarna, försäkringskassan och andra myndigheter.

Arbetssituationen bör för samtliga anställda utformas utifrån det faktum att människor till exempel har olika utbildningsbakgrund, att tidigare yrkeserfarenheter varierar, att funktionshinder är relativt vanliga och att människor åldras och därmed drabbas av åldersförändringar. Enligt bestämmelserna i AFS 1994:1 ska arbetsgivaren anpassa de enskilda arbetstagarnas arbetssituation med utgångspunkt från deras förutsättningar för arbetsuppgifterna. Arbetsgivaren måste beakta om den enskilde arbetstagaren har någon funktionsnedsättning eller annan begränsning av arbetsförmågan. Målsättningen med den individuella arbetsanpassningen är att vidta sådana åtgärder att arbetstagaren kan vara kvar eller återkomma till sitt vanliga arbete.

Med det vanliga arbetet avses i första hand det arbete som arbetstagaren faktiskt utför eller brukar utföra. Om det inte är möjligt att anpassa det vanliga arbetet så att det passar arbetstagaren bör andra arbetsuppgifter, eventuellt efter anpassning av arbetssituationen, som ligger inom arbetstagarens arbetskyldighet erbjudas den anställde. De anpassningsåtgärder som omnämns i AFS 1994:1 allmänna råd är anskaffning

av tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap, förändringar i den fysiska arbetsmiljön eller arbetsorganisationen, förändring av arbetsuppgifter, arbetsfördelning, arbetstider, arbetsmetoder samt de psykologiska och sociala förhållandena. Andra åtgärder som nämns är personella stödinsatser, särskilda informationsinsatser, arbetsträning eller arbetsprövning. Omplacering kan vara ett sätt att lösa problem men denna åtgärd bör tillgripas i sista hand.

Det finns självfallet en gräns för hur mycket man kan kräva av en arbetsgivare, men eftersom AML är en ramlag anger den inte någon klar gräns för ansvaret. Vilka krav man kan ställa på arbetsgivaren styrs bland annat av den tekniska utvecklingen och den nytta arbetstagaren kan ha av åtgärden. Vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren måste avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl arbetstagarens som arbetsgivarens förhållanden och förutsättningar vägs in.

2.2.3 Tillsyn

Tillsynen över att arbetsmiljölagen och Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter efterlevs utövar Yrkesinspektionen. Yrkesinspektionen kan meddela förelägganden eller förbud om det behövs för att lagen eller föreskrifterna ska efterlevas. I beslut om föreläggande eller förbud kan Yrkesinspektionen sätta ut vite. Om arbetsgivaren inte vidtar sådana åtgärder som han blivit förelagd kan yrkesinspektionen göra en åtalsanmälan eller ansöka till länsrätten om vitets utdömande. Yrkesinspektionens beslut får överklagas hos Arbetarskyddsstyrelsen. Vissa av Arbetarskyddsstyrelsens beslut får överklagas hos regeringen.

2.3 Lag om allmän försäkring m.m.

2.3.1 Arbetsgivarens ansvar

Sjuklön enligt sjuklönelagen

Enligt lag (1991:1047) om sjuklön är arbetsgivaren under vissa förutsättningar skyldig att betala sjuklön till arbetstagaren. Arbetsgivaren är också skyldig att anmäla till försäkringskassan respektive RFV att sjuklön har utbetalats. Dessa regler beskrivs närmare i avsnitt 2.7.

Rehabilitering enligt AFL

Frågan om ansvaret för de anställdas rehabilitering har utretts vid flera tillfällen. Grunden för ett mer generellt arbetsgivaransvar lades i och med betänkandet SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering, prop. 1990/91:141 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning och prop. 1990/91:140 Arbetsmiljö och rehabilitering. En bärande tanke bakom rehabiliteringsreglerna som trädde i kraft den 1 januari 1992 var att den enskilde arbetstagarens nedsatta arbetsförmåga skulle uppmärksammas och åtgärdas på ett så tidigt stadium att arbetstagaren inte skulle hinna anpassa sig till en tillvaro utanför arbetslivet. Långtids-sjukskrivningarnas sociala konsekvenser ansågs vara lika förödande som de som arbetslöshet förde med sig. Enligt prop. 1990/91:141 tar reglerna om rehabilitering främst sikte på att underlätta för långtids-sjuka arbetstagare att återgå i arbete. Reglerna är dock utformade så att rehabiliteringsbehov i tidigare skede ska tagas om hand.

Arbetsplatsen ansågs vara den arena där man vanligtvis först uppmärksammar sjukfrånvaro och därmed också behovet av rehabilitering. Det är på arbetsplatsen det finns kunskap om de förändringar som behövs. Vidare ansågs att arbetskamraterna ofta utgjorde ett starkt stöd för den som behövde rehabiliteras efter sjukdom. Lagstiftaren ansåg att rehabilitering borde leda till att den anställde kunde återgå till sitt tidigare arbete eller i vart fall till sin tidigare arbetsplats. Värdet av ett aktivt partssamarbete i bland annat rehabiliteringsfrågor betonades.

Från och med den 1 januari 1992 ankommer det på arbetsgivaren att ta reda på om en arbetstagare behöver särskilda rehabiliteringsåtgärder. Lagen anger att den försäkrades arbetsgivare i samråd med den försäkrade ska svara för att dennes behov av rehabilitering klarläggs och att åtgärder vidtas. I prop. 1990/91:141 anges att arbetsgivaren ska ha ansvar för att den anställdes rehabiliteringsbehov klarläggs. Reglerna gäller således så fort att arbetsgivaren har en individ anställd. Någon definition av vad som menas med arbetsgivare respektive anställd ges dock inte. Frågan om när arbetsgivarens ansvar inträder får då avgöras med ledning av de allmänna rättsregler och praxis som gäller i fråga om när en person ska anses vara anställd. Det finns inget stöd i förarbetena till 22 kap AFL för att ge arbetstagarbegreppet ett annat innehåll än det civilrättsliga när det gäller arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Den uttjänning av begreppet som stundom förekommit i socialförsäkrings-sammanhang har gjorts med hänsyn till krav på schablonlösningar. Sådana krav gör sig inte gällande i fråga om arbetsgivarens ansvar för arbetslivsriktad rehabilitering. Vid rehabilitering har individuella lösningar större relevans än schablonlösningar. Se avsnitt 2.2 angående bestämning av arbetstagarbegreppet.

Rehabiliteringsansvaret förutsätter inte att arbetstagaren har börjat utföra arbete utan det räcker med att ett anställningsförhållande föreligger. För personer med mycket korta anställningar blir arbetsgivarens rehabiliteringsansvar tämligen innehållslöst. En arbetstagare som återkommande har korta anställningar hos olika arbetsgivare kommer förmodligen inte att få tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering annat än om försäkringskassan erbjuder sådana åtgärder. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar kan även bli uttunnat i förhållande till sådana arbetstagare som visserligen har återkommande anställningar hos arbetsgivaren, men där det är längre uppehåll mellan varje anställning.

Arbetsgivaren ska enligt 22 kap. 3 § AFL påbörja en rehabiliteringsutredning, om det inte framstår som obehövt. Ansvaret gäller när en arbetstagare har varit sjuk längre tid än fyra veckor i följd eller haft många korta sjukfall. Som många sjukfall räknas enligt prop. 1990/91:141 sex eller fler sjukfall under en tolv månadersperiod. En rehabiliteringsutredning ska även göras när den anställde begär det. Arbetsgivaren har utredningsansvaret oavsett hur rehabiliteringsbehovet har uppstått. Behoven av rehabiliteringsåtgärder ska klarläggas i samråd med arbetstagaren. Utredningen ska tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan av sjukfallet eller, i fråga om många korta sjukfall, inom åtta veckor räknat från dagen för anmälan av det sjukfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. När arbetstagaren själv begär att rehabiliteringsutredning ska göras räknas tidsfristen från den dag begäran framställdes hos arbetsgivaren. Om utredningen inte är slutförd inom åttaveckorsperioden ska arbetsgivaren anmäla detta till försäkringskassan och ange orsaken till dröjsmålet. Arbetsgivaren ska också ge besked om när utredningen beräknas vara avslutad.

Utredningsansvaret är inte begränsat till sådana åtgärder som kan vidtas på arbetsplatsen. Arbetsgivaren ska även bedöma orsakerna till arbetsförmågan och utreda behovet av åtgärder utanför arbetsplatsen. Mer omfattande utredningar av förhållanden utanför arbetsplatsen ankommer däremot enligt prop. 1990/91:141 inte på arbetsgivaren. Detta har ansetts viktigt ur integritetssynpunkt. Av utredningen ska framgå vem som ska vidta de åtgärder som arbetstagaren behöver.

I många fall kan arbetsgivaren komma att behöva stöd för att göra en fullständig utredning. I första hand bör företagshälsovården vara den resurs som blir aktuell för detta. Medverkan från försäkringskassans sida kan också bli aktuell utan att ansvaret för rehabiliteringsutredningen för den skall lämnas över till kassan. Om arbetsgivaren behöver hjälp med att göra en rehabiliteringsutredning, bör försäkringskassan enligt prop. 1990/91:141 undantagsvis kunna lämna sådant stöd.

Arbetsgivaren ska också enligt 22 kap. 3 § vidta vissa rehabiliteringsåtgärder. Dessa rehabiliteringsåtgärder ska vara arbetslivsinriktade vilket skiljer dem från hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsåtgärder som är medicinskt inriktade. Hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsåtgärder har i många fall en avgörande betydelse för de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärdena. Någon helt tydlig gräns mellan sjukvård och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder har inte dragits. Ett exempel på detta är att gruppaktiviteter för ryggräning kan anses som en arbetslivsinriktad åtgärd, medan behandling av en enskild rygg genom sjukgymnastik är sjukvårdande behandling.

Merparten av de arbetslivsinriktade åtgärder som arbetsgivaren ska vidta enligt AFL finns angivna i Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Som redan har framgått av avsnitt 2.2.2 är arbetsgivaren skyldig att genomföra arbetsprövning, arbetsträning på den egna arbetsplatsen, omplacering och informationsinsatser. Arbetsgivarens ansvar omfattar även förändring av arbetsorganisation, arbetsuppgifter, arbetsfördelning, arbetsmetoder, arbetstider samt förändring av psykologiska eller sociala förhållanden. Successiv återgång efter sjukskrivning, arbetsrotation och lagarbete är exempel på relativt vanligt förekommande åtgärder. Arbetsgivaren ska skaffa särskilda arbetsredskap, tekniskt utrustning t.ex. anpassad arbetsstol, telefonförstärkning för hörselskadad, särskild belysning för synsvaga eller göra andra ändringar av den fysiska arbetsmiljön. Även personella stödinsatser är sådant som arbetsgivaren kan vara skyldig att tillhandahålla enligt AFS 1994:1.

AFL anknyter till denna skyldighet genom att låta den ingå som en del av den rehabiliteringsskyldighet som arbetsgivaren har enligt 22 kap AFL. Men åtgärdsansvaret enligt AFL går längre än det åtgärdsansvar som arbetsgivaren har enligt arbetsmiljöföreskrifterna. Enligt AFL är arbetsgivaren även skyldig att ge arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga utbildning i den mån utbildningsbehovet är hänförligt till arbetsförmågan. Redan rehabiliteringsberedningen konstaterade att det kunde vara svårt att hitta lämpliga arbetsuppgifter för anställda som behövde rehabilitering. Inom vissa verksamheter varierar arbetsuppgifterna i begränsad utsträckning. Beredningen konstaterade att allt fler arbetsuppgifter kräver utbildning och slog fast att utbildningsinsatser borde utnyttjas mer i rehabiliterande syfte än vad som fram till då hade skett.

De arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren ska vidta, och även bära kostnaderna för enligt AFL är sådana åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten samt åtgärder som vidtas i syfte att arbetstagaren ska kunna vara kvar på arbetsplatsen. I detta anses ligga att arbetsgivaren bör medverka till att

finna arbetsträningsplatser utanför den egna verksamheten och bevilja tjänstledighet när arbetstagaren behöver delta i rehabilitering utanför arbetsplatsen. Vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren i fråga om åtgärder får avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl den anställdes som arbetsgivarens förutsättningar vägs in. Inriktningen ska vara att den anställda ska beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren och att andra alternativ ska prövas först när arbetsgivarens möjligheter är uttömda.

Slutligen bör nämnas ett uttalande som lagstiftaren har gjort om gränsdragningen mellan socialtjänsten och företagshälsovården. I prop. 1990/91:140 slogs fast att ansvaret för den sociala rehabiliteringen i första hand ligger på kommunernas socialtjänst. Det kunde dock konstateras att vissa sociala rehabiliteringsinsatser även var vanliga inom företagshälsovårdens verksamhet. Det som avsågs var program och aktiviteter för att motverka olika typer av missbruk. Enligt propositionen kunde det i vissa fall vara av stort värde att sådana aktiviteter knöts till arbetsplatsen. Företagshälsovården skulle dock främst ha en förmedlande roll. Detta uttalande måste ses mot bakgrunden att företagshälsovård vid tidpunkten för beslutet om rehabiliteringsreformen var mer allmänt förekommande än idag. Förslaget om ändrat ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen enligt SOU 1988:41 byggde på förutsättningen att arbetsgivaren hade tillgång till företagshälsovård.

Sammanfattningsvis kan man säga att det åtgärdsansvar som åligger arbetsgivarna idag är uppbyggt av komponenter hämtade från två regelsystem dels arbetsmiljölagen, dels lag om allmän försäkring. Det tredje regelsystemets betydelse i enskilda rehabiliteringsfall beskrivs i avsnitt 2.5 Anställningsskydd och rehabilitering.

Arbetsmiljölagen AML

- Utredda inför anpassning av arbetssituationen
- Anpassning av arbetssituationen:

<i>Anskaffa</i>	tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap
<i>Förändra</i>	fysiska arbetsmiljön arbetsorganisationen arbetsuppgifterna arbetsfördelningen arbetstiderna arbetsmetoderna psykologiska förhållanden sociala förhållanden
<i>Tillhandahålla</i>	personella stödinsatser
<i>Genomföra</i>	särskilda informationsinsatser arbetsträning arbetsprövning omplacering

Lag om allmän försäkring AFL

- *Utredda* rehabiliteringsbehov oavsett åtgärdernas inriktning och oavsett vem som har ansvar för åtgärdernas genomförande
- *Informera* försäkringskassan om utredningsresultatet
- *Vidta* de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras i eller i anslutning till den egna verksamheten eller sådana åtgärder som syftar till att göra det möjligt för arbetstagaren att vara kvar på arbetsplatsen:
 - Anpassning av arbetssituationen enligt AML (se ovanstående ruta)
 - Utbildning (om utbildningsbehovet beror på arbetsoförmåga)
 - Arbetsträning utanför arbetsgivarens verksamhet
 - Program och aktiviteter för att motverka missbruk, dock ej i större omfattning

2.3.2 Försäkringskassans ansvar

Försäkringskassan har en initiativroll och ett samordningsansvar för *all* rehabilitering av försäkrade. Kassans arbete med rehabilitering avser *alla* olika typer av åtgärder i långa sjukfall och inte endast arbetslivsinriktade. Detta innebär att försäkringskassan även har ett ansvar för att samordna åtgärder med social och medicinsk inriktning på ett effektivt sätt. Försäkringskassan ansvarar för att individer med rehabiliteringsbehov uppmärksammas, behov av åtgärder klarläggs och att individen motiveras att delta i åtgärder.

Försäkringskassan bör även verka för att det inom försäkringskassans geografiska område finns en fungerande organisation för samverkan i rehabiliteringsfrågor. Kassan ska genom nära kontakter med företags-, förvaltnings- och organisationsledning, personalavdelning, arbetsledare, fackliga organisationer och företagshälsovård medverka till att arbetsplatsens resurser mobiliseras för att minska sjukfrånvaro. Detta nära samarbete med arbetsplatserna ska ge försäkringskassan insikt i olika problem som kan utgöra skäl till att aktivera olika aktörer i arbetet med att förbättra arbetsmiljön och förebygga sjukdom och skador. Försäkringskassan ska kontrollera att arbetsgivarna fullgör sin del av rehabiliteringsansvaret.

Om den försäkrade medger det ska försäkringskassan i arbetet med rehabiliteringen samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda. Kassan ska i sådant fall även se till att var och en av aktörerna vidtar nödvändiga åtgärder inom sitt verksamhetsområde.

Försäkringskassan ansvarar för att det upprättas en rehabiliteringsplan i de fall den försäkrade är i behov av åtgärder för vilka rehabiliteringsersättning kan utges, den ser till att planen följs och att det vid behov görs nödvändiga ändringar i den.

I samordningsarbetet ska försäkringskassan fungera som ombud för den enskilde arbetstagaren. Av rehabiliteringsplanen bör som tidigare nämnts framgå vilka åtgärder som behövs, vem som ansvarar för åtgärder, när de ska genomföras och vilka åtgärder som bör vara förenade med ersättning från den allmänna försäkringen. Vidare ska det av planen framgå när rehabiliteringen beräknas vara avslutad samt kostnaderna för åtgärder. Rehabiliteringsplanen bör upprättas i nära samarbete med den försäkrade.

Försäkringskassans ansvar för den arbetslivsinriktade rehabilitering innebär enligt 22 kap. AFL att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten enligt lagen. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att hans eller

hennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Även om arbetsgivaren har förstahandsansvaret så anges det i förarbetena att försäkringskassan ska ta över ansvaret för rehabiliteringsutredningen om det finns särskilda skäl till det (prop. 1989/90:141, sid. 46)

Utredningens omfattning och karaktär får avgöras med utgångspunkt i omständigheterna i det enskilda fallet. Som nämnts tidigare begränsas inte arbetsgivarens utredningsansvar enbart till att omfatta åtgärder på arbetsplatsen. I prop. 1990/91:141 s.45 anges särskilt att arbetsgivaren har att göra en bedömning av orsakerna till arbetsoförmågan och utreda behovet av åtgärder även om dessa står att finna utanför arbetsplatsen. Mer omfattande utredningar av förhållandena utanför arbetsplatsen bör dock inte vara en uppgift för arbetsgivaren. Detta ansågs inte minst viktigt ur integritetssynpunkt. Om den enskilde har behov av rehabiliteringsåtgärder på grund av arbetsoförmåga utanför arbetsplatsen bör det ankomma på försäkringskassan se till att erforderliga insatser kommer till stånd.

I många fall kan arbetsgivaren komma att behöva stöd för att kunna göra en fullständig utredning. I första hand bör företagshälsovården vara den resurs som blir aktuell för detta. Medverkan kan också bli aktuell för försäkringskassan utan att ansvaret för rehabiliteringsutredningen för den skull lämnas över till kassan. Om arbetsgivaren behöver hjälp med att göra en rehabiliteringsutredning bör försäkringskassan undantagsvis kunna lämna sådan.

I den rehabiliteringsutredning som arbetsgivaren har att lämna till försäkringskassan klarläggs vilka olika åtgärder som behövs för att den försäkrade ska kunna återfå sin arbetsförmåga. Det kan vara fråga om åtgärder som kan genomföras både på den egna arbetsplatsen och utanför den. En del av dessa åtgärder kan vara förenade med inkomstbortfall helt eller delvis för den försäkrade medan andra inte är det.

Signaler om att det föreligger behov av rehabilitering kan komma från sjukanmälan, sjukhistorik, uppgifter i läkarintyg/utlåtande, anmälan om arbetsskada eller från den anställda själv om t.ex. vissa sjukdomsbesvär eller svårigheter att klara sitt nuvarande arbete.

Av uppgifter i till försäkringskassan ingivna läkarutlåtande ska framgå eventuella rehabiliteringsbehov, pågående eller planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärder och om möjligt beräknad återstående tid med nedsatt arbetsförmåga. Den sjukskrivande läkaren förutsätts i det sammanhanget informera sig om patientens arbetsförhållanden.

Den försäkrade som försäkrade med sjuklön ska lämna till försäkringskassan om sjukperioden överstiger 14 dagar ger impulser genom att den försäkrade själv anger om han beräknar att kunna återgå i arbete efter sjukskrivning. Det läkarutlåtande som den försäkrade ska lämna

till försäkringskassan efter fyra veckors sjukskrivning innehåller flera uppgifter som kan vara signaler om att behov av rehabilitering föreligger. Genom de uppgifter som kassan får genom arbetsgivarens aviseringar om sjukperioder får kassan tillgång till viktig information som ligger till grund bl.a. för information i kassans ADB-system.

I 22 kap. 9 § AFL anges att försäkringskassan har att utge rehabiliteringsersättning när en försäkrad, vars arbetsförmåga till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel, deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Arbetsförmågan ska under tiden för rehabiliteringsåtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

Rehabiliteringsersättning betalas ut enligt AFL under tid som den försäkrade deltar i rehabiliteringsåtgärder som är arbetslivsinriktade. Ersättning kan erhållas under exempelvis arbetsprövning och arbetsträning, s.k. träning i reell miljö samt i samband med utbildning som ett led i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. När det gäller utbildning se förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning. Den utbildning som avses är yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad utbildning.

Bedömningen av arbetsförmågan görs enligt samma kriterier som gäller för rätt till sjukpenning enligt AFL. Fr.om. januari 1997 utifrån den s.k. steg-för steg-modellen.

Enligt huvudregeln bör bedömningen ske utifrån enbart medicinska kriterier, men det ges också utrymme för att väga in även andra omständigheter som t.ex. ålder och bosättningsförhållanden vid prövningen av rätten till sjukpenning (3 kap. 7 § AFL).

Bedömningen när den försäkrade inte kan återgå till sitt vanliga arbete relateras i första hand till annat arbete hos arbetsgivaren. Saknas det möjligheter till annat arbete hos arbetsgivaren, eller kräver ett sådant alltför långvariga rehabiliteringsinsatser, ska den försäkrades arbetsförmåga prövas mot arbetsmarknaden i övrigt. Om den försäkrade, trots den sjukdom han eller hon har, kan klara ett annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete har han eller hon inte rätt till ersättning från försäkringen. Syftet med modellen är enligt förarbetena (proposition 1996/97:28 sid. 18) att beskriva hur handläggaren bör göra bedömningen av arbetsförmågan med olika arbeten som grund och de ställningstaganden som handläggaren bör göra när rätten till ersättning ska avgöras. Om det finns särskilda skäl för det får enligt AFL vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning beaktas den försäk-

rades ålder samt den försäkrades bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter.

Enligt förarbetena (proposition 1990/91:141 Om vissa socialförsäkringsfrågor m.m.) bör inriktningen på rehabiliteringsarbetet vara att en försäkrad ska ha återfått sin arbetsförmåga efter ett år och att i vart fall en eventuell utbildning bör vara avslutad inom denna tid.

2.3.3 Ersättning för arbetshjälpmedel

Inledning

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 arbetslös person med funktionshinder ska kunna få och utföra ett arbete medan försäkringskassan har att svara för motsvarande kostnader för funktionshindrade som redan har en anställning. Försäkringskassan har även ett kostnadsansvar för egna företagare och fria yrkesutövare som redan är etablerade på arbetsmarknaden.

Försäkringskassan

Försäkringskassans bidrag bekostas av sjukförsäkringen och utges för arbetshjälpmedel när sådana medför att en längre tids sjukskrivning kan brytas och den anställde kan återgå i arbete, samt möjliggöra för personer med funktionsnedsättning att fortsätta som yrkesverksamma.

Stödet ska kunna ges i sådana fall där det behövs särskilda individanpassade arbetshjälpmedel som går utöver det grundläggande ansvaret för att arbetsmiljön är lämpligt utformad som arbetsgivaren alltid har enligt arbetsmiljölagen.

Meningen är att försäkringskassan ska kunna träda in med ekonomisk ersättning för åtgärder där ingen annan enligt gällande regelsystem kan göra det.

Föredragande statsrådet angav i prop. 1990/91:141 sid. 40 i samband med försäkringskassans ansvar infördes att hjälpmedel ofta fyller en viktig roll för att förebygga sjukskrivning och möjliggör för personer med funktionsnedsättningar och långvariga sjukdomstillstånd att fortsätta som yrkesverksamma. Vidare angav statsrådet att uppdelningen av det ekonomiska ansvaret inte innebar någon ändring av praxis beträffande rätten till arbetshjälpmedel. Statsrådet utgick i från att försäkringskassorna i sin handläggning av ärenden av förevarande slag utnyttjar den kompetens som redan tidigare fanns inom arbetsmarknadsorganisa-

tionen och hos sjukvårdshuvudmännen för sakbedömning, utprovning m.m. Någon egen teknisk kompetens av motsvarande slag borde därför inte behöva byggas upp inom försäkringskassorna.

De närmare villkoren för bidrag till arbetshjälpmedel från sjukförsäkringen har utformats med ledning av de regler som tidigare fanns i förordningen (1987:409) om bidrag till arbetshjälpmedel m.m. Med verkan fr.o.m. juli 1991 återfinns bestämmelser härom i förordningen 1991:1046 om ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring i form av bidrag till arbetshjälpmedel.

Enligt förordningen har försäkringskassan att lämna bidrag till arbetshjälpmedel som ett led i rehabiliteringen av den förvärvsarbetande försäkrade. I förarbetena (prop. 1990/91:141 s. 70) anges att bidraget ska kunna lämnas för arbetshjälpmedel när sådana kan medföra att en längre tids sjukskrivning kan brytas och att den anställde kan återgå i arbete. Även för den som förvärvsarbetar och har en funktionsnedsättning som ger upphov till handikapp i arbetet har försäkringskassan ansvar för bidrag till arbetshjälpmedel och anpassning av arbetsplatsen i den mån inte arbetsgivaren ansvarar för detta enligt arbetsmiljölagen. Det förutsätts att arbetshjälpmedlet bedöms nödvändigt för att den försäkrade ska kunna utföra sina arbetsuppgifter.

I förarbetena (prop. 1990/91:140 s. 47) anges att någon klar avgränsning av hur mycket som kan krävas av arbetsgivaren inte är möjlig att göra. Arbetsgivarens möjligheter att anpassa arbetsplatsen har dock ökat genom den tekniska utvecklingen och genom bättre kunskaper inom rehabiliteringsområdet. Detta måste också avspeglas i vad man kan kräva av arbetsgivaren. Enligt vad som anges i förarbetena kan t.ex. tekniska arbetshjälpmedel, anpassning av arbetsmetoder och arbetsuppgifter, särskilda informationsåtgärder ingå i arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetsplatsen för sina anställda.

Arbetsmarknadsmyndigheterna ansvarar enligt förordningen (1987:409) för anskaffning av arbetshjälpmedel under de första tolv månaderna till den som är handikappad och påbörjar en anställning. Därefter har försäkringskassan ansvar för nödvändiga kostnader för att reparera arbetshjälpmedlet.

Försäkringskassan bidrag får avse kostnader för att köpa eller, om det är ekonomiskt mera förmånligt, att hyra sådana arbetshjälpmedel eller anordningar på arbetsplatsen som behövs för att den försäkrade ska kunna utföra sitt arbete. Även kostnader för expertundersökningar i ärenden rörande nämnda anpassningsåtgärder och kostnader för att reparera arbetshjälpmedel omfattas av bidraget.

Bidrag söks av den försäkrade för arbetshjälpmedel medan arbetsgivaren ansöker om bidrag som rör anpassning av arbetsplatsen. Ansökan görs hos försäkringskassan innan anskaffning sker. En ansökan

som har gjorts senare beviljas endast om det finns synnerliga skäl. Innan ett ärende om bidrag till arbetsgivaren avgörs, ska berörda arbetstagarorganisationer ha fått tillfälle att yttra sig.

Bidrag kan ges både till den försäkrade och arbetsgivaren samtidigt för att anpassning av arbetsplatsen respektive arbetshjälpmedel. Bidraget är maximerat till 50 000 kronor för arbetsgivaren och den försäkrade vardera. Bidrag till datorbaserat hjälpmedel får dock beviljas med högre belopp. Finns det synnerliga skäl kan försäkringskassan även i annat fall bevilja medel överstigande taket. Bidrag till arbetsgivaren lämnas med hälften av den kostnad för arbetshjälpmedlet eller anordningen som överstiger 10 000 kronor. Om det finns särskilda skäl och det kan ha avgörande betydelse för om den försäkrade ska kunna ha kvar sitt arbete, får dock bidrag lämnas för mer än hälften av kostnaden. Bidrag till den försäkrade lämnas för hela kostnaden, om arbetshjälpmedlet eller anordningen saknar värde för annan än den försäkrade. I annat fall lämnas bidrag med lägst halva kostnaden.

Bidraget betalas tillbaka om hjälpmedlet eller anordningen inte längre används för avsett ändamål. Återbetalningsbeloppet minskas med högst en femtedel för varje helt år som gått sedan bidraget beviljades. Finns det särskilda skäl kan återbetalningsskyldigheten jämkas eller efterges. Om den försäkrade blir arbetsoförmögen eller det finns andra liknande skäl, kan återbetalningsskyldigheten fullgöras genom att hjälpmedlet eller anordningen överläts till Riksförsäkringsverket.

2.4 Gränser för arbetsgivarens rätt att avsluta anställningen

2.4.1 Sjukdom som uppsägningsgrund

Arbetstagarens skydd i samband med uppsägning regleras i 7 § lag (1982:80) om anställningsskydd LAS. Bestämmelsen tar sikte på uppsägning oavsett om den beror på faktorer hänförliga till arbetstagaren eller faktorer hänförliga till arbetsgivarens verksamhet. Paragrafen har följande lydelse.

"Uppsägning från arbetsgivarens sida ska vara sakligt grundad.

En uppsägning är inte sakligt grundad om det är skäligen att kräva att arbetsgivaren bereder arbetstagaren annat arbete hos sig.

Vid en sådan övergång av ett företag, en verksamhet eller en del av en verksamhet som sägs i 6 b § ska övergången i sig inte utgöra saklig grund för att säga upp arbetstagaren. Detta förbud ska dock

inte hindra uppsägning som sker av ekonomiska, tekniska eller organisatoriska skäl där förändringar i arbetsstyrkan ingår.

Om uppsägningen beror på förhållanden som hänför sig till arbetstagaren personligen, får den inte grundas enbart på omständigheter som arbetsgivaren har känt till antingen mer än två månader innan underrättelse lämnades enligt 30 § eller, om någon sådan underrättelse inte lämnats, två månader före tidpunkten för uppsägningen. Arbetsgivaren får dock grunda uppsägningen enbart på omständigheter som han har känt till mer än två månader, om tidsöverdraget berott på att han på arbetstagarens begäran eller med dennes medgivande dröjt med underrättelsen eller uppsägningen eller om det finns synnerliga skäl för att omständigheterna får åberopas."

Arbetsstagares anställningsskydd under tid då rehabiliteringsinsatser pågår hänger intimt samman med de regler som gäller allmänt för anställningsskydd under sjukdom. När LAS infördes uttalade departementschefen i förarbetena som sin principiella inställning att sjukdom och därav följande nedsatt arbetsförmåga inte i sig utgjorde saklig grund för uppsägning. Enligt departementschefen kunde det dock förekomma fall där en av sjukdom föranledd nedsättning av arbetsförmågan kunde åberopas som saklig grund för uppsägning. Detta när nedsättningen av arbetsförmågan kunde bedömas som stadigvarande och så väsentlig att arbetstagaren inte längre kunde utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Enligt departementschefen borde dock inte en anställning normalt kunna bringas att upphöra förrän arbetstagaren fått rätt till sjukbidrag eller förtidspension, och i vart fall inte så länge arbetstagaren uppbar sjukpenning (prop. 1973:129 s. 126).

En arbetsgivare ska således normalt inte ha rätt att säga upp en arbetstagare på grund av att denne är sjuk. Uppsägning på grund av sjukdom kan endast ske i de fall då arbetstagarens arbetsförmåga på grund av sjukdomen blivit varaktigt nedsatt i sådan mån att han inte längre kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Arbetsdomstolen har i ett antal avgöranden lagt fast en praxis som ytterligare klargör hur LAS ska tillämpas vid uppsägning på grund av en arbetstagares sjukdom. I dom 1997 nr 39 sammanfattade arbetsdomstolen sin uppfattning om rättsläget såvitt avser sjukdom som saklig grund för uppsägning. Arbetsdomstolen hänvisade till ovan nämnda motivuttalande och konstaterade vidare.

"Dessa motivuttalanden är tillämpliga även i fråga om den nu gällande anställningsskyddslagen (jfr prop. 1981/82:71 s. 66). Av fast praxis i arbetsdomstolen framgår, i enlighet med dessa uttalanden, att det är endast i undantagsfall som en arbetsgivare har saklig grund för uppsägning med hänvisning till arbetstagarens sjukdom (se t.ex. domarna 1987 nr 164 och 1996 nr 115). Ett sådant undantag föreligger om arbetstagaren inte längre kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren."

Samma uppfattning hävdas även i doktrinen. Lunning menar att uppsägning som regel inte får ske på grund av sjukdom om arbetstagaren rimligen kan antas återvinna sin hälsa. Lunning menar vidare att uppsägning på grund av sjukdom normalt inte anses kunna komma i fråga så länge arbetstagaren uppbär sjukpenning från försäkringskassan. I den mån ålder, sjukdom, olycksfall eller arbetsskada däremot medför en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan som är så väsentlig att arbetstagaren inte längre kan förväntas utföra arbete av någon betydelse, görs dock undantag från huvudregeln. Uppsägning anses då få ske (Lunning, *Anställningsskydd*, 1989, s. 246 f).

Det förtjänar att betonas att arbetsdomstolen i sina domar (se t.ex. nedan angående AD 1993 nr 42) vid sin prövning inte har lagt någon avgörande vikt vid vilken ersättningsform som den anställda har från försäkringskassan på grund av sin sjukdom.

2.4.2 Rehabiliteringsåtgärders betydelse för anställningsskyddet

För att det ska kunna föreligga saklig grund för uppsägning i en sjukdomssituation krävs att arbetsgivaren har uppfyllt de krav som ställs på honom i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring i fråga om anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder. Det allmänna kravet på arbetsgivaren i 7 § andra stycket LAS att han ska ha prövat möjligheterna till omplacering innan den anställda sägs upp är också tillämpliga.

Arbetsdomstolen har i ett antal domar prövat frågan om möjligheten att säga upp en person mot bakgrund av om arbetsgivaren uppfyllt kravet på rehabiliteringsåtgärder. I målet 1993 nr 42 förde arbetsdomstolen ett resonemang om vilka krav i rehabiliteringshänseende som kunde ställas på en arbetsgivare med anledning av arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. Arbetsdomstolen anförde bland annat följande.

"I arbetsgivarens ansvar inom den allmänna försäkringen ingår att vidta de arbetslivsriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten, t.ex. arbetsträning, utbildning och omplacering (prop. 1990/91:141 s. 42). Häri ligger inte att arbetsgivarens skyldigheter att medverka till rehabiliteringsåtgärder är begränsade endast till sådana åtgärder som kan vidtas på den egna arbetsplatsen. Det kan krävas av arbetsgivaren att denne medverkar till att finna exempelvis relevant arbetsprövning, arbetsträning och omskolning utanför den egna arbetsplatsen och att arbetsgivaren när det behövs medger arbetstagaren tjänstledighet för att genomföra sådan rehabilitering (jfr a. prop. s. 43). Förarbetena ger dock inte stöd för att arbetsgivaren kan åläggas ett längre gående ansvar för arbetstagarens rehabilitering än att vidta sådana åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Men i denna del kan ansvaret inte anses vara begränsat till att avse endast rehabiliteringsåtgärder för en återgång till arbete inom ramen för anställningen. Även möjligheterna att efter rehabilitering omplacera arbetstagaren till andra arbetsuppgifter inom företaget måste givetvis övervägas. Också i detta hänseende måste frågan om vidden av arbetsgivarens skyldigheter avgöras efter omständigheterna i det enskilda fallet, där såväl arbetstagarens som arbetsgivarens förhållanden och förutsättningar vägs in (jfr prop. 1990/91:140 s. 52). Som också uttalas i motiven kommer det att i en del fall inte vara möjligt att finna lösningar som gör det möjligt att anställningen består. Det blir då en uppgift för samhället att medverka till att den enskilde kan finna ett annat och lämpligare arbete (prop. 1990/91:141 s. 43)."

I dom 1998 nr 20 slår Arbetsdomstolen fast att en arbetsgivare normalt måste anses sakna saklig grund för uppsägning, om uppsägningen beror på sjukdom, i sådana fall där arbetsgivaren har underlåtit att göra en rehabiliteringsutredning eller underlåtit att överlämna utredningen till försäkringskassan. Trots att domstolen inte ansåg sig ha anledning att pröva frågan om arbetsgivaren hade gjort en rehabiliteringsutredning eller ej ville domstolen göra följande tillägg i domskälen.

"Av 22 kap. 3 § lagen om allmän försäkring framgår att en arbetsgivare under de förutsättningar som anges där, är skyldig att göra en rehabiliteringsutredning och överlämna den till försäkringskassan. Av lagen och dess förarbeten följer att man med bestämmelserna i 22 kap. eftersträvar en samverkan mellan arbetsgivaren, arbetstagaren och försäkringskassan och i förekommande fall

också andra samhällsorgan, t.ex. arbetsförmedling och socialtjänst. Om det inte går att finna en lösning som gör det möjligt att arbetstagarens anställning består, blir det en uppgift för samhället att medverka till att den enskilde kan finna något annat och lämpligare arbete. Om inte heller detta går, får övervägas vilket stöd i övrigt som samhället kan erbjuda (se närmare prop. 1990/91:141).

För arbetstagaren är det av vitalt intresse att den i lagen föreskrivna ordningen iakttas. Genom en samverkan mellan arbetsgivaren och berörda samhällsorgan stärks, till fördel också för arbetsgivaren, den samlade kompetensen avseende den arbetslivsriktade rehabiliteringen. Vidare medför försäkringskassans ansvar för samordning och tillsyn över de insatser som krävs enligt lagen om allmän försäkring för den enskildes rehabilitering bl.a. den tryggheten för arbetstagaren, att om hans anställningsförhållande upplöses kan samhället direkt gå in och erbjuda det ytterligare stöd som står till buds."

Arbetsdomstolen fastslog även i målet 1993 nr 42 att det i anställningsskyddshänseende inte har någon avgörande betydelse huruvida arbetstagaren vid uppsägningen uppbär sjukpenning/rehabiliteringsersättning. Vad som i stället enligt arbetsdomstolen ska vara avgörande är om en fortsatt rehabilitering kan förväntas leda till att den anställda kan återgå till arbete hos arbetsgivaren. Om det visar sig att arbetstagaren inte kan förväntas kunna utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren kan således den anställda sägas upp även om något beslut om sjukbidrag eller förtidspension inte föreligger. Arbetsdomstolen slog således fast att en arbetsgivares ansvar för rehabilitering av en anställd inte sträcker sig längre än att medverka till sådana åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska komma tillbaka till arbete hos arbetsgivaren.

Även anställningsskyddskommittén (Ds A 1979:2 s. 12) har kommit till den slutsatsen att om rehabiliteringsinsatser sätts in för en långtidsjuk arbetstagare men dessa inriktas på att förbereda den sjuke på helt andra arbetsuppgifter än de som förekommer hos arbetsgivaren så kan det föreligga saklig grund för uppsägning.

2.4.3 Omplacering

Arbetsgivarens omplaceringsskyldighet regleras i 7 § första stycket LAS. Där sägs att uppsägning från arbetsgivarens sida ska vara sakligt grundad. Saklig grund föreligger inte om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren bereder arbetstagaren annat arbete hos sig.

Omplaceringsskyldigheten gäller i första hand arbete på samma arbetsplats eller inom samma företagsenhet som den där arbetstagaren redan är placerad. Om detta inte låter sig göras ska arbetsgivaren undersöka om det finns arbete inom någon annan del av företaget. Har företaget flera driftenheter ska undersökningen ta sikte på samtliga. För myndigheter gäller omplaceringsskyldigheten hela anställningsmyndighetens verksamhetsområde. Inom det kommunala och landstingskommunala området gäller omplaceringsansvaret samtliga förvaltningsområdena. Omplaceringsskyldigheten omfattar inte andra företag inom en koncern och inte heller andra myndigheters verksamhetsområden. Inte heller omfattas självständiga rörelsegrenar på andra orter, i synnerhet inte om varje rörelsegren har egen personalavdelning som självständigt sköter rekrytering och andra personalfrågor.

Arbetsdomstolen uttalade i rättsfallet 1993 nr 42 att omplaceringsskyldigheten inte sträcker sig så långt att det krävs av arbetsgivaren att denne omorganiserar arbetet för andra arbetstagare så att dessa får ett försämrat arbetsinnehåll bara för att den sjuke, som klarar endast lättare arbetsuppgifter, ska kunna behålla sin anställning. Lunning anför i sin kommentar till lagen om anställningsskydd att omplaceringsskyldigheten mot bakgrund av arbetsgivarens principiella rätt att besluta om sin verksamhet inte innebär en skyldighet för arbetsgivaren att inrätta nya permanenta tjänster för att undvika uppsägningen. Omplaceringsskyldigheten omfattar således endast redan befintliga lediga befattningar eller vad som kan jämföras därmed (Lunning, Anställningsskydd, 1989, s. 267).

Det arbete som arbetsgivaren bör erbjuda ska så långt möjligt var likvärdigt med det arbete som arbetstagaren haft tidigare. Om detta inte är möjligt bör det vara ett arbete som är lämpligt med hänsyn till arbetstagarens förutsättningar. Omplaceringsskyldigheten kan inte kringgå genom ett oskäligt erbjudande om arbete när mer lämpliga arbeten finns att tillgå hos arbetsgivaren.

Omfattningen av omplaceringsskyldigheten har också varit uppe till arbetsdomstolens bedömning bl.a. i rättsfallen 1981 nr 51 och 1997 nr 115. I det förra förklarade Arbetsdomstolen att det i omplaceringsskyldigheten låg att det ankom på arbetsgivaren att göra en noggrann utredning i omplaceringsfrågan och därvid verkligen ta till vara föreliggande möjligheter att ordna en omplacering. AD förklarade vidare att eventuella oklarheter huruvida en omplacering kunnat ske normalt innebär att omplaceringsskyldigheten inte ansågs fullgjord. I 1997 års rättsfall, det så kallade Perstorpsfallet, förtydligade arbetsdomstolen ytterligare kraven på en omplaceringsutredning. Domstolen uttalade att en omplaceringsutredning bör omfatta både en noggrann undersökning av arbetstagarens önskemål och förutsättningar och en systematisk ge-

nomgång av eventuellt lediga anställningar. Arbetsdomstolen framhöll dock att arbetsgivaren inte hade någon skyldighet att utvidga sin organisation för att bereda den anställda arbete.

I sistnämnda rättsfall var också frågan om arbetsgivaren hade fullgjort sitt anpassningsansvar enligt arbetsmiljölagen uppe till prövning. Detta mot bakgrund av att Yrkesinspektionen i ett beslut förelagt arbetsgivaren att anpassa arbetsförhållandena för den anställda så att hon kunde beredas andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. I målet framkom att en bedömning av den anställdes förutsättningar att återgå i arbete hade på uppdrag av försäkringskassan gjorts av ett bolag som sysslade med rehabiliteringstjänster. Enligt bolagets bedömning saknade den anställda helt förutsättningar att klara ens ett anpassat arbete. Arbetsdomstolen konstaterade i sina domskäl att ytterligare anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder från arbetsgivarens sida, såvitt framkommit, inte skulle ha medfört att den anställda skulle ha kunnat återgå i arbete hos arbetsgivaren.

I Perstorpsfallet förelades arbetsgivaren med stöd av AML av Yrkesinspektionen att anpassa arbetsförhållandena så att arbetstagaren skulle kunna beredas andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Föreläggandet överklagades till Arbetarskyddsstyrelsen. ASS uttalar i sitt beslut att skyldighet att anpassa arbetsförhållandena begränsas av anställningsavtalet mellan arbetstagaren och arbetsgivaren. Prövningen i Arbetsdomstolen går något längre. I Perstorpsfallet hänvisar AD till en tidigare dom 1993:42 där AD uttalar följande.

"Förarbetena ger dock inte stöd för att arbetsgivaren kan åläggas ett längre gående ansvar för arbetstagarens rehabilitering än att vidta sådana åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Men i denna del kan ansvaret inte anses vara begränsat till att avse endast rehabiliteringsåtgärder för en återgång till arbete inom ramen för anställningen. Även möjligheterna att efter rehabilitering omplacera arbetstagaren till andra arbetsuppgifter inom företaget måste givetvis övervägas."

Som vi tidigare har konstaterat ingår anpassning av arbetssituationen enligt AML som en del av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Skyldigheten att anpassa arbetssituationen begränsas inte, enligt den prövning som Arbetsdomstolen gör, till det arbete som omfattas av anställningsavtalet, utan gäller även för det arbete som arbetsgivaren enligt LAS är skyldig att erbjuda arbetstagaren innan eventuell uppsägning vidtas. Av Perstorpsfallet framgår även att omplaceringsskyldigheten inte var begränsad till den enskilda förvaltningen utan gällde inom hela kommunen. Domstolen konstaterade att i föreliggande fall skulle ytter-

ligare anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder från kommunens sida inte medföra att arbetstagaren kunnat beredas fortsatt arbete hos *kommunen*.

I det ovan relaterade fallet 1993 nr 42 kom Arbetsdomstolen också fram till att ett mindre företag hade rätt att säga upp två arbetstagare trots att de fortfarande uppbar sjukpenning och genomgick rehabiliteringsåtgärder. Anledningen till detta var att det vid uppsägningstillfället stod klart att de båda inte skulle kunna återvända i arbete vid företaget eftersom det inte gick att omplacera dem till något ledigt passande arbete och att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar därför hade upphört.

I rättsfallet 1997 nr 39 berörde Arbetsdomstolen arbetstagarens roll i samband med omplacering. Arbetsdomstolen uttalade att den anställdes agerande har betydelse på så sätt att det vid bedömningen av omplaceringsskyldigheten finns anledning att beakta om den anställda uppfyller sin skyldighet att själv medverka till rehabiliteringsinsatser. Arbetsdomstolen väger in arbetstagarens agerande vid bedömningen av vilka erbjudanden om annat arbete som arbetsgivaren skäligen borde ha lämnat i ett visst fall.

2.4.4 Betydelsen av den anställdes vägran att medverka

Om den anställda utan giltigt skäl undandrar sig att medverka i rehabiliteringsåtgärder kan arbetsgivaren säga upp anställningsavtalet. Vägrar den anställda delta i rehabiliteringsåtgärder blir följden att det anses som att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar har fullgjorts. I de båda rättsfallen AD 1993 nr 96 och 1997 nr 39 fann domstolen att en sådan vägran kan leda till att anställningen kan avslutas efter arbetsgivarens uppsägning. I det första rättsfallet hade Stockholms landsting sagt upp ett köksbiträde som uppbar sjukbidrag på grund av brösttryggsbesvär. Landstinget anmodade arbetstagaren att inställa sig för arbetsprövning på ett annat sjukhus än det han tidigare arbetat vid. Den anställda vägrade inställa sig till arbetsprövningen eftersom han menade att han inte skulle arbetsträna vid annat sjukhus än det där han var anställd. Arbetsdomstolen fann dock att landstinget inte var skyldigt att erbjuda arbetstagaren någon annan omplacering än den erbjudna och att det på grund av arbetstagarens vägran förelåg saklig grund för uppsägning. I rättsfallet 1997 nr 39 ansåg AD att posten hade saklig grund för sin uppsägning av en postsortarer när denne inte medverkade till rehabiliteringsåtgärder utan bland annat avstod från att gå erbjuden utbildning under åberopande av att han var tvungen att passa sina barn.

2.4.5 Steg-för-steg-bedömningen

Det har ovan framgått att arbetsförmågenedsättning på grund av sjukdom enligt praxis inte är saklig grund för uppsägning så länge det pågår rehabilitering som tar sikte på återinträde på den egna arbetsplatsen. Detta gäller dock endast om det inte kan visas att den anställde inte framöver kan förväntas utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Vid prövning av den enskildes arbetsförmåga och vilka rehabiliteringsinsatser som ska sättas in används numera den s.k. steg-för-steg bedömningen. Denna går ut på att den enskildes möjligheter att återgå i arbete prövas i sju steg gentemot olika möjligheter till återgång i arbete och rehabiliteringsinsatser. Se också avsnitt 2.6. Vid de första fyra stegen prövas den enskildes arbetsförmåga mot den tidigare arbetsplatsen mot bakgrund av de åtgärder som kan sättas in för att underlätta en sådan återgång. Vid övergången till steg fem ändras inriktningen på prövningen från att avse återgång till den tidigare arbetsgivaren till att utreda om den enskilde utan rehabiliteringsinsatser kan återgå till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Steg sex i sin tur innebär att prövningen också sker mot hela arbetsmarknaden men att prövningen sker mot bakgrund av att det krävs rehabiliteringsinsatser. Detta förhållande är intressant mot bakgrund av det ovan beskrivna förhållandet att en arbetsgivare kan ha saklig grund för uppsägning av en sjuk arbetstagare om han eller hon inte kan antas kunna återvända till sin tidigare arbetsgivare och att rehabiliteringsinsatser bara ger ett skydd åt den anställde så länge de är inriktade på en återkomst till denne.

Det saknas dock stöd för att generellt påstå att en övergång till steg fem eller sex automatiskt ger en arbetsgivare rätt att säga upp den anställde. Vad arbetsgivaren i en uppsägningstvist under alla förhållanden måste visa är att den anställde inte kommer att kunna utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Den aktuella övergången till steg fem och sex är ett avgörande som fattas av försäkringskassan efter samråd med arbetsgivaren. Övergången kan många gånger närmast betraktas som resultatet av en förhandling mellan de inblandade aktörerna snarare än ett slutligt ställningstagande till möjligheterna att återvända till den tidigare arbetsgivaren. Därför kan det enligt vår bedömning inte slås fast att själva ställningstagandet om en övergång till steg fem utgör något säkert bevis för att personen i fråga inte efter rehabiliteringen trots allt kan komma att kunna utföra arbete av betydelse hos den tidigare arbetsgivaren. Huruvida så är fallet eller inte kommer i stället att få avgöras mot bakgrund av de särskilda omständigheterna i varje enskilt fall oberoende av försäkringskassans ställningstagande.

2.5 Arbetstagarens ansvar och rättigheter

2.5.1 Inledning

I det följande kommer vi att helt kort beröra reglerna i AML och LAS eftersom de regelsystemen direkt eller, som fallet är med LAS, indirekt ger arbetstagaren rättigheter och skyldigheter i fråga om rehabilitering. Vi kommer även att granska de rättigheter och skyldigheter som en försäkrad tillika arbetstagare har under rehabiliteringsprocessen enligt 22 kap. AFL.

2.5.2 Arbetstagarens ansvar och rättigheter enligt AML

Internkontroll av arbetsmiljön

Som vi tidigare har sett i avsnitt 2.2.1 ska arbetsgivaren bedriva ett systematiskt arbete med att planera, genomföra och följa upp hela verksamheten från arbetsmiljösynpunkt. Denna skyldighet är grunden för arbetet med arbetsmiljön i verksamheten. Arbetsgivaren ska bland annat undersöka arbetsförhållandena fortlöpande och bedöma riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetet. Arbetsgivaren ska utreda orsakerna till ohälsa och olycksfall i arbetet samt genomföra de åtgärder som undersökningarna ger anledning till. Internkontrollarbetet ska avse arbetsmiljön även till den del förhållandena berör endast några få individer. Män och kvinnors olika villkor och förutsättningar ska beaktas. Reglerna om internkontroll är en viktig grund för att individens rättigheter ska förverkligas men kan inte sägas vara bärare av individuella rättigheter mer än att de slår fast *att* åtgärder ska vidtas och *när* åtgärderna ska vidtas. Internkontrollreglerna ger dock inget stöd i fråga om de specifika åtgärder som ska vidtas i enskilda fall. Precisering av vilken typ av åtgärd arbetstagaren har rätt till sker med stöd av andra regler.

Anpassning av arbetssituationen

Regler som mer direkt ger den enskilde individen rättigheter är reglerna om anpassning av arbetsförhållandena. Enligt 3 kap 3 § AML och 12 § AFS 1994:1 ska arbetsgivaren anpassa de enskilda arbetstagarnas arbetssituation med utgångspunkt från deras förutsättningar för arbetsuppgifterna. Innebörden av ansvaret att anpassa arbetsförhållandena framgår av avsnitt 2.2.2.

Om arbetsgivaren inte vidtar någon åtgärd eller vidtar en åtgärd som arbetstagaren inte anser vara relevant kan Yrkesinspektionen ställa krav mot arbetsgivaren i ett inspektionsmeddelande. Den enskilde arbetstagaren kan aktualisera ärendet hos YI. Det torde dock vara vanligast att problemen löses på arbetsplatsen genom kontakter mellan arbetsgivaren och arbetstagaren respektive skyddsombudet.

Arbetstagaren ska enligt 3 kap. 4 § AML medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö.

Yrkesinspektionen kan meddela förelägganden eller förbud om det behövs för att lagen eller föreskrifterna ska efterlevas. I beslut om föreläggande eller förbud kan yrkesinspektionen sätta ut vite. Om arbetsgivaren inte vidtar sådana åtgärder som han blivit förelagd kan yrkesinspektionen ansöka om vitets utdömande. Om vite inte sätts ut i beslutet kan yrkesinspektionen i sista hand göra en åtalsanmälan.

2.5.3 Arbetstagarens ansvar och rättigheter enligt LAS

Anställningsskyddets betydelse vid sjukdom och rehabilitering

Arbetstagarens skydd i samband med uppsägning regleras i 7 § lag (1982:80) om anställningsskydd. Innebörden av denna bestämmelse har vi redogjort för i avsnitt 2.4. Kopplingen mellan anställningsskyddet och rehabiliteringsreglerna finns på så sätt att en uppsägning kan bedömas sakna saklig grund om arbetsgivaren har underlåtit att leva upp till ansvaret enligt AFL och AML. Den anställdes ansvar i denna del innebär att om arbetstagaren vägrar att medverka i rehabiliteringsåtgärder riskerar han rätten till sin anställning.

Vid prövningen av arbetstagarens rätt till sin anställning kan frågan om rehabilitering och anpassning av arbetssituationen bli föremål för domstolens bedömning. Rätten till dessa åtgärder kan därmed aktualiseras genom att domstolen underkänner den uppsägning som arbetsgivaren vidtagit. Prövningen av rätt till rehabilitering och anpassning vid allmän domstol begränsas således till sådana fall där arbetsgivaren sagt upp arbetstagaren och denne vid domstol gör gällande att uppsägningen saknar saklig grund. Om arbetsgivaren inte säger upp arbetstagaren kan rätten till anpassning och rehabilitering inte prövas vid allmän domstol. Rätten till sådana åtgärder kan dock som framkommit aktualiseras genom prövning i förvaltningsrättslig ordning.

Även om allmän domstol i ett visst fall slår fast att arbetsgivaren saknar saklig grund för uppsägningen, till exempel på grund av uteblivna rehabiliteringsåtgärder, innebär detta inte nödvändigtvis att arbetstagaren får behålla arbetet och komma i åtnjutande av åtgärderna. Det finns nämligen en möjlighet för arbetsgivaren att betala sig fri från sitt ansvar. I 39 § LAS regleras situationen att arbetsgivaren vägrar att rätta sig efter en dom varigenom en uppsägning har ogiltigförklarats. Arbetsgivaren är i ett sådant fall skyldig att betala ett förhållandevis högt skadestånd som motsvarar minst 16 månadslöner och högst 48 månadslöner.

Rätt till annat arbete hos arbetsgivaren

Arbetsgivarens omplaceringsskyldighet regleras i 7 § första stycket LAS. Där sägs att uppsägning från arbetsgivarens sida ska vara sakligt grundad. Saklig grund föreligger inte om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren bereder arbetstagaren annat arbete hos sig. Arbetstagaren har således i viss mån rätt till annat arbete hos arbetsgivaren. Denna rätt är av väsentlig betydelse för arbetstagaren när han befinner sig i situationen att han inte kan utföra sina tidigare arbetsuppgifter på grund av nedsatt arbetsförmåga. Det ankommer på arbetsgivaren att noga undersöka om det finns annat lämpligt arbete. I denna undersökning ska arbetsgivaren väga in arbetstagarens förutsättningar. Omplaceringsskyldigheten gäller endast i fråga om sådant arbete som arbetstagaren har tillräckliga kvalifikationer för. Arbetet som erbjuds bör så långt möjligt vara likvärdigt med det som arbetstagaren dittills har haft. Domstolen kan pröva om ett erbjudande om arbete är skäligt eller inte. Det är samtidigt så att bedömningen av vilka erbjudanden från arbetsgivaren som kan anses vara skäliga påverkas av arbetstagarens medverkan i rehabiliteringen (se AD 1997:39). Tilläggas bör att om arbetstagaren utan godtagbar anledning vägrar anta ett erbjudande om annat arbete är arbetsgivaren inte skyldig att lämna ytterligare erbjudanden. Den närmare innebörden av omplaceringsskyldigheten har beskrivits i avsnitt 2.4.3.

2.5.4 Arbetstagarens ansvar och rättigheter enligt AFL

En försäkrad har rätt till ersättning från socialförsäkringen om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom, skada eller funktionshinder. Reglerna om rehabilitering återfinns som tidi-

gare nämnts i 22 kap. AFL och omfattar i grunden alla försäkrade. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, som vi i första hand granskar, bygger på att den försäkrade är arbetstagare och har en arbetsgivare. I det följande kallas den försäkrade därför genomgående för arbetstagare.

Enligt reglerna i 22 kap. AFL ska arbetsgivaren – om det inte framstår som obehövt – påbörja en rehabiliteringsutredning när arbetstagaren till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd. En rehabiliteringsutredning kan även initieras om arbetstagarens arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder. Arbetstagaren har också rätt att vid sjukdom själv initiera en rehabiliteringsutredning hos arbetsgivaren.

Arbetsgivaren ska tillstålla försäkringskassan rehabiliteringsutredningen inom viss tid från dagen för anmälan om visst sjukfall. I de fall arbetstagaren själv initierat utredningen har han eller hon själv att verka aktivt och lämna en framställan om utredning till arbetsgivaren, som inom viss tid från den dag som framställan gjordes av arbetstagaren har att skicka in utredningen till kassan.

Bestämmelserna om rehabilitering i AFL bygger på att arbetsgivaren har en skyldighet att klarlägga rehabiliteringsbehovet vid arbetstagarens sjukdom och även påbörja en rehabiliteringsutredning samt sända in utredningen till försäkringskassan. För arbetstagaren innebär det en trygghet att han eller hon har rätt att få sin situation utredd och sitt behov av rehabilitering klarlagt oavsett hur rehabiliteringsbehovet har uppstått. Arbetstagaren ges även rätt att på eget initiativ få arbetsgivaren att upprätta en rehabiliteringsutredning när han eller hon har drabbats av sjukdom. Arbetsgivaren har dock alltid rätt att underlåta att påbörja sådan utredning om det framstår som obehövt. Om arbetstagaren själv anser sig ha ett rehabiliteringsbehov har han eller hon rätt att vända sig till försäkringskassan som kan överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det.

Bestämmelserna i 22 kap. AFL ger arbetstagaren möjligheter till rehabiliteringsinsatser. Arbetstagaren har enligt lagen rätt att erhålla insatser om sådana bedöms behövliga av arbetsgivaren, försäkringskassan m.fl. Det är tänkt att rehabiliteringsinsatserna ska erbjudas arbetstagaren. Av arbetstagaren krävs det att han eller hon medverkar aktivt och lämnar upplysningar i rehabiliteringsprocessen, men det är således någon annan som driver denna.

I Rehabiliteringsutredningens betänkande (SOU 1998:41) Tidig och samordnad rehabilitering angavs i specialmotiveringen till författningsförslagen bl.a. följande om den försäkrades ställning i rehabiliteringsarbetet (s. 398–400). Det är individen som står i centrum i rehabiliteringsprocessen. Det är varje individs specifika förutsättningar och behov som styr dennes rehabilitering. Det är därför naturligt att rehabili-

teringsåtgärderna ska planeras i samråd med honom. Vidare anges att den försäkrade naturligt får ett ansvar för att medverka i kartläggningen och lämnar information som behövs. Oavsett vilka åtgärder som sätts in eller kvaliteten på dem, är de tämligen verkningslösa utan den försäkrades aktiva medverkan. Han ska därför åläggas en skyldighet att efter bästa förmåga medverka i den rehabiliteringsåtgärd som tillhandahålls honom.

De rättigheter eller snarare möjligheter till rehabilitering som arbetstagaren har ska ses mot bakgrund av hennes eller hans skyldigheter. För att rehabiliteringsarbetet ska kunna genomföras krävs att arbetstagaren inte förhåller sig passiv. Som vi tidigare nämnt krävs det aktiva insatser från arbetstagaren i så måtto att denne ska lämna erforderliga upplysningar som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering. Meningen är också att han eller hon efter bästa förmåga ska medverka aktivt i såväl planeringen som när det gäller att genomföra åtgärderna. Hon eller han ska vara delaktig i arbetet och även ha möjlighet att påverka inriktningen på den rehabilitering som han eller hon ska genomgå. Erfarenheter visar också att den egna motivationen och engagemanget i rehabiliteringen har avgörande betydelse för om rehabiliteringen ska lyckas.

I slutändan kan inte den enskilde bestämma exakt vilka åtgärder han eller hon ska bli föremål för. Däremot kan arbetstagaren vara med och kunna påverka innehållet i de åtgärder han eller hon ska genomgå. En av grundtankarna är att rehabiliteringsåtgärderna ska planeras i samråd med den det gäller.

Om arbetstagaren utan giltig orsak vägrar att lämna information som behövs för att rehabiliteringsbehovet skulle kunna klarläggas eller vägrar att delta i rehabiliteringsåtgärder eller avbryter en redan påbörjad åtgärd har försäkringskassan möjlighet att dra in eller sätta ned den utgående rehabiliteringsersättningen.

I propositionen (1990/91:141) Rehabilitering och rehabiliteringsersättning (s. 47–48) angavs särskilt angående denna sanktionsmöjlighet att det måste förutsättas att den försäkrade accepterar åtgärderna för att rehabiliteringen skulle kunna genomföras. Den försäkrades inställning till rehabiliteringen kunde dock anses klarlagd genom att det förutsattes en särskild ansökan från denne för att rehabiliteringsersättning skulle kunna utges. Om en försäkrad inte vill delta i en planerad rehabilitering medför det att denne inte heller får tillgång till de utvidgade och mera förmånliga rehabiliteringsersättningarna.

Den personliga integriteten

Arbetstagarens ansvar för medverkan i kartläggning och att lämna information får emellertid inte ske genom att den personliga integriteten åsidosätts. En viktig fråga i rehabiliteringsarbetet är därför att arbetstagaren redan från början ger sitt medgivande till att framför allt försäkringskassan får använda den information som berör honom eller henne i rehabiliteringssamarbetet med bl.a. arbetsgivaren, andra myndigheter och organisationer.

Fackets roll

Den fackliga organisationen har getts en framskjuten roll i rehabiliteringsarbetet. I AFL anges att rehabiliteringsutredningen ska genomföras i samråd med den berörda arbetstagarorganisationen under förutsättning att arbetstagaren medger det.

I förarbetena (SOU 1988:41) angavs bl.a. att en framgångsrik rehabilitering i det enskilda fallet ofta förutsätter förändringar av arbetsuppgifter och andra åtgärder på arbetsplatsen. Arbetstagarorganisationerna har kunskap och erfarenhet och kan i många fall verka som ett stöd för den enskilde medlemmen i rehabiliteringen.

Praxis

Regeringsrätten har i avgörandet den 22 november 1996 (mål nr 10057-1995) funnit att försäkringskassans ställningstagande i fråga om köp av viss rehabiliteringstjänst är att anse som ett författningenligt beslut om försäkring enligt AFL.

Regeringsrättens prövning var av mer formell natur och frågan gällde endast om försäkringskassans ställningstagande i frågan kunde ses som ett beslut enligt AFL, vilket regeringsrättens ansåg. Någon prövning i sak gjordes inte.

Sjuk- och arbetsskadekommitténs, förtidspensionsutredningens och arbetsskadeutredningens förslag

Sjuk- och arbetsskadekommittén (SOU 1996:113) föreslog i sitt slutbetänkande En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering (s. 164 ff) att 22 kap. 4 § AFL skulle ändras så att den enskilde eller företrädare för denne, aktivt skulle medverka i att tidigt uppmärksamma hälsoproblem och till att tidiga och aktiva rehabiliterings-

insatser vid behov påbörjades. Den försäkrade skulle även ges en uttrycklig rätt att begära en rehabiliteringsbedömning av försäkringskassan och detta föreslogs införas i 22 kap. 1 § AFL.

Kommittén ansåg att man måste få individen mer delaktig och ta ett större ansvar i rehabiliteringsarbetet. Inte minst gällde det att uppmärksamma ohälsoproblem samt initiera tidiga och aktiva insatser. Förelåg det en rätt för individen att få rehabilitering bör det, enligt kommitténs synsätt, innebära att den enskilde förväntades verka aktivt för att få sin rätt tillgodosedd. På det här sättet skulle man få en förväntan på att arbetstagaren ska ta initiativ och inte bara passivt invänta andra aktörers initiativ. Redan när hälsoproblem uppstod och åtgärder behövde sättas in skulle arbetstagaren uppmärksamma arbetsgivaren på hur förhållandena var. Även för en arbetsgivare var det nästa alltid företagsekonomiskt lönsamt att arbeta med förebyggande och tidiga insatser.

Kommitténs förslag berördes inte närmare i den därefter följande propositionen (1996/97:63) och föranledde inte någon lagändring.

Förtidspensionsutredningen (SOU 1997:166) föreslog i betänkandet Ohälsoförsäkringen – Trygghet och aktivitet att den enskilde ska kunna begära att få ett formellt beslut i rehabiliteringsfrågor av försäkringskassan. Om den enskilde inte var nöjd skulle kassan ompröva sitt beslut. Omprövningen borde kunna ligga på annan behörig tjänsteman vid försäkringskassan än den som fattade första beslutet. Försäkringskassans beslut ska sedan kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol i den ordning som anges i 20 kap. AFL.

I propositionen (1997/98:111) Reformerad förtidspension, m.m. angav regeringen att mot bakgrund av pågående utredningsarbeten tog man i nuläget inte ställning till Förtidspensionsutredningens förslag i frågor om rehabilitering.

I sammanhanget kan nämnas att Förtidspensionsutredningens ovan nämnda förslag står i överensstämmelse med det förslag som Arbets-skadeutredningen 1997 (SOU 1998:37) i betänkandet Den framtida arbetsskadeförsäkringen angav ska gälla när det var fråga om försäkringskassans ställningstaganden till rehabiliteringsåtgärd på grund av arbetsskada.

I proposition (1997/98:41) Socialförsäkringens administration m.m. har regeringen föreslagit att socialförsäkringsnämnderna inte längre ska fatta beslut i omprövningsärenden utan att sådan prövning läggs på tjänstemannanivå. Lagändringen beräknas träda i kraft den 1 juli 1998.

2.6 Övriga aktörers ansvar

I proposition (1990/91:141) Om rehabilitering och rehabiliteringsinsatser m.m. definieras begreppen inom rehabiliteringen (s. 34). Den *medicinska rehabiliteringen* avser närmast att återställa grundläggande funktioner och tillhör sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde medan kommunerna främst svarar för frågor om *social rehabilitering* som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter. Den *yrkesinriktade rehabiliteringen* handhas främst av arbetsmarknadsmyndigheterna och består av insatser som ska kunna underlätta för människor med olika handikapp att få och/eller behålla ett arbete. I den yrkesinriktade rehabiliteringen ingår bl.a. åtgärder för arbetsanpassning, dvs. individinriktade åtgärder i den fysiska arbetsmiljön.

2.6.1 Sjukvårdshuvudmannen

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

Hälso- och sjukvården är organiserad i tre nivåer; primärvård, läns- sjukhusvård och regionvård. Tillsynen över hälso- och sjukvården åvilar Socialstyrelsen. Tillsynen omfattar såväl förebyggande insatser som vård, omsorg och rehabilitering. Socialstyrelsen utfärdar generella föreskrifter och uppmärksammar speciellt olika riskgruppers situation.

Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska sjukvårdshuvudmannen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Sjukvårdshuvudmannen har även ansvaret för den medicinska rehabiliteringen. Till denna räknas – utöver vanlig sjukvård – undersöknings- och behandlingsformer såsom sjukgymnastik, sysselsättnings- och arbetsterapi, tillhandahållandet av tekniska hjälpmedel. Till medicinsk rehabilitering räknas också rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning. Sjukvårdens rehabiliteringsmål är att så långt det är möjligt återställa funktionsförmågan. Rehabiliteringen ska syfta till att förbättra en nedsatt funktion, bibehålla en uppnådd funktion och att träna kompenserande funktion.

2.6.2 Kommunerna

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

Kommunerna har också ett yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver och socialnämnden ska bl.a. stödja den enskilde genom att förmedla insatser som andra huvudmän ansvarar för. Stödet ska ges så att den enskilde inte fräntas det egna ansvaret för sin livsföring. Samtidigt får inte socialnämnden avstå från att träda in i svåra situationer.

Var och en som för sin försörjning och livsföring i övrigt inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få sitt behov tillgodosett på annat sätt har rätt till bistånd. Under rätten till ekonomiskt bistånd faller försörjningsstöd och annat bistånd (olika former av social service samt vård- och behandlingsinsatser m.m.). Genom det ekonomiska biståndet ska den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes förutsättningar att i framtiden klara sin försörjning och sin livsföring. Rehabiliterings-synpunkter tilläggs stor betydelse när biståndet ska bestämmas.

Det kan nämnas att för ungdomar som inte fyllt 25 år och personer i åldrarna närmast däröver ställs särskilda krav för rätt till försörjningsstöd. Den unge ska för att ha rätt till försörjningsstödet under viss tid delta i av socialtjänsten anvisad praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet under förutsättning att han eller hon inte har kunnat beredas någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Stödet ska i första hand utges till yngre personer som ännu inte lyckats få fäste på arbetsmarknaden eller för att komma i gång med en utbildning som kan leda till framtida arbete. Meningen är att stödet ska stärka den enskildes möjligheter att i framtiden försörja sig själv. Aktiviteten ska ha ett speciellt syfte och varaktigheten bör anges i en individuell plan utformad efter den enskildes behov och med skälig hänsyn till den enskildes individuella önskemål och förutsättningar.

2.6.3 Arbetsmarknadsmyndigheterna

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

Arbetsmarknadsmyndigheterna har vissa resurser för yrkesinriktad rehabilitering. Enligt 10 § förordningen (1987:405) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten utgör yrkesinriktad rehabilitering sådan utredande, vägledande och förberedande verksamhet som arbetsmarknadsverket bedriver i syfte att pröva och förbättra yrkesbestämda och arbetshandikappade personers förutsättningar för arbete. Yrkesinriktad rehabilitering bedrivs vid arbetsmarknadsinstitut. Verksamheten består 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 utvecklingen på arbetsmarknaden. Arbetsprövning och arbetsträning utgör ett led i den totala rehabiliteringen av individen.

2.7 Hur tryggas arbetstagarens försörjning under sjukdom och rehabilitering ?

2.7.1 Sjuklön från arbetsgivaren

Genom lagen (1991:1047) om sjuklön/SjLL har en anställd rätt till ersättning i form av sjuklön från arbetsgivaren under de första 13 dagarna efter karensdagen. Sjukanmälan beträffande en anställd som omfattas av bestämmelserna om sjuklön görs direkt till arbetsgivaren.

SjLL innehåller inte någon definition av sjukdomsbegreppet. Enligt förarbetena till SjLL ska dock begreppet tolkas på samma sätt som vid tillämpningen av sjukpenningreglerna i AFL. I SjLL krävs däremot inte att arbetsförmågan är nedsatt med viss andel. Arbetstagaren ska enligt SjLL vara helt eller delvis förhindrad att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete.

Arbetstagarens rätt till sjuklön gäller fr.o.m. den första dagen av anställningsförhållandet. Gäller anställningen en kortare tid än en månad har den anställde rätt till sjuklön först efter 14 dagars anställning. Upphör anställningen bryts sjuklönerätten. Uppdragstagare och egenföretagare omfattas inte av sjuklönerglerna. För dessa grupper gäller AFLs regler om sjukpenning.

Arbetsgivarna har enligt 12 § SjLL skyldighet att lämna uppgifter om sjukfall, som givit rätt till sjuklön. Ytterligare bestämmelser finns i Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1991:26) om uppgiftslämnande enligt 12 § andra stycket SjLL. De sjukfall som avslutats inom ramen för sjuklöneperioden ska rapporteras senast månaden efter den månad under vilken sjuklöneperioden avslutats.

I förarbetena till lagstiftningen (proposition 1990/91:181 Om sjuklön m.m. och i socialförsäkringsutskottets betänkande 1990/91:SfU 18) anges i huvudsak fyra olika skäl till varför arbetsgivarna ska avisera sjuklöneperioder. Det ger underlag för statistik över sjukfrånvaron, rehabilitering (sjukhistorik för de försäkrade), kontroll gentemot annan utbetald ersättning enligt AFL och förebyggande åtgärder på arbetsplatsen.

2.7.2 Ersättning enligt AFL

Sjukpenning

Hel sjukpenning är 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) dividerad med 365. Vid beräkningen av SGI bortses från sådan inkomst av anställning och annat förvärvsarbete som överstiger sju och en halv gånger basbeloppet. SGI är enligt 3 kap. 2 § AFL den årsinkomst i pengar som den försäkrade tills vidare kan antas få. Sjukpenning kan utges som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån.

Det finns särskilda karensbegränsande regler för dem som är sjuka ofta. Ett allmänt högriskskydd gäller om en försäkrad gått miste om sjukpenning för den första sjukdagen under sammanlagt tio dagar under de senaste tolv månaderna. Den försäkrade får därefter ersättning redan från första dagen i sjukperioden. Egenföretagare med karenstid av 3 eller 30 dagar omfattas inte av det allmänna högriskskyddet.

Efter ansökan till försäkringskassan kan ett särskilt högriskskydd beviljas en försäkrad som lider av sjukdom som kan antas medföra ett större antal sjukperioder med rätt till sjukpenning under en tolv månadersperiod. För dessa försäkrade täcks karensdagen i varje sjukfall med sjukpenning.

För att motverka att vissa arbetstagare genom avtal tillförsäkras en högre kompensationsnivå vid sjukdom än andra grupper i samhället finns det särskilda regler i AFL om minskning av sjukpenning i vissa fall. De gäller när den försäkrade under sjukdom får lön från arbetsgivaren samtidigt som han eller hon får sjukpenning enligt AFL eller ersättning från avtalsförsäkring eller att lönen/ersättningen överstiger en viss nivå. Syftet med minskningsregeln är att kompensationen för försäkrade vid sjukfrånvaro inte ska bli högre än vissa bestämda nivåer.

Reglerna innebär att sjukpenningen minskas i den mån den försäkrade får en lön av arbetsgivaren under sjukdom som överstiger 10 procent av vad den försäkrade skulle ha fått i lön om han varit i arbete. Ersättning från all kollektivavtalad gruppsjukförsäkring ska i detta

sammanhang likställas med lön från arbetsgivaren under sjukdom. Det betyder att den försäkrade får ha högst 90 procent kompensation för sitt inkomstbortfall under sjukdom i form av sammanlagd sjukpenning och lön.

Rehabiliteringsersättning

Enligt 22 kap. 1 § AFL har en försäkrad som är inskriven hos allmän försäkringskassa eller har rätt till sjukpenning enligt 3 kap. 1 § andra stycket AFL (åldersvillkoret, över sexton år) möjlighet till rehabilitering och rätt till rehabiliteringsersättning. Den ekonomiska förmånen är dels en ersättning för inkomstbortfall, dels en ersättning för vissa kostnader som uppstår på grund av rehabiliteringen.

I 22 kap. 9 § AFL anges att försäkringskassan har att utge rehabiliteringsersättning när en försäkrad, vars arbetsförmåga till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel, deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Arbetsförmågan ska under tiden för rehabiliteringsåtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

Rehabiliteringsersättning består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Det särskilda bidraget anges närmare i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning. Särskilt bidrag kan lämnas för vissa kursavgifter, kostnader för tal- och punktskriftböcker, läromedel, resekostnader och i form av traktamenten.

Utöver rehabiliteringsersättning kan försäkringskassan betala ersättning för arbetshjälpmiddel som behövs som ett led i rehabiliteringen av en förvärvsarbetande försäkrad, se förordningen (1991:1046) om ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring i form av bidrag till arbetshjälpmiddel.

Rehabiliteringspenningen, som uppgår till 80 procent av SGI och i dag är identisk med sjukpenningen, ska täcka den inkomstförlust som uppstår för en försäkrad som deltar i en rehabilitering och det särskilda bidraget ska täcka kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen.

2.7.3 Sjukersättning grundad på kollektivavtal

Allmänt

Vid sidan av de ersättningar som betalas ut från den allmänna försäkringen vid sjukdom förekommer ersättningar som grundas på olika

överenskommelser i kollektivavtal. Reglerna för rätt till ersättning från kompletterande skydd enligt kollektivavtal bygger på samma principer inom alla avtalsområden.

Privatanställda arbetare - avtalsgruppsjukförsäkring (AGS)

Ersättning från AGS under sjukpenningtid utges fr.o.m. den femtonde dagen t.o.m. den nittionde dagen i en sjukperiod. Ersättning lämnas med 12,5 procent av den sjukpenning som den försäkrade erhållit från försäkringskassan (vilken motsvarar ett tillägg på tio procent av SGIIn). Efter den nittionde dagen i sjukperioden lämnas ingen dagersättning.

Månadersersättningen uppgick 1997 för den som insjuknat efter den 31 december 1990 och beviljats sjukbidrag/förtidspension enligt AFL till exempelvis 1 060 kronor, om den försäkrades SGI var 90 000 kronor, och till 2 500 kronor om SGIIn var minst 190 000 kronor.

Privatanställda tjänstemän – sjuklön enligt avtal samt ITP-sjukpension

Enligt regler som gäller fr.o.m. den 1 april 1998 har en privatanställd tjänsteman rätt till sjuklön enligt avtal från arbetsgivaren fr.o.m. den femtonde t.o.m. den nittionde dagen i en sjukperiod. Sjuklörens storlek bestäms genom att ett sjukavdrag görs på lönen. Sjukavdraget per dag beräknas så att den totala ersättningen i form av sjukpenning från AFL och sjuklön från arbetsgivaren blir 90 procent på lönedelar såväl över som under 7,5 basbelopp.

Statsanställda – sjuklön enligt avtal samt sjukpension enligt PA –91

Enligt regler som gäller fr.o.m. den 1 april 1998 har en statsanställd tjänsteman rätt till sjuklön enligt avtal från arbetsgivaren fr.o.m. den femtonde t.o.m. den nittionde dagen i en sjukperiod. Sjuklörens storlek bestäms genom att ett sjukavdrag görs på lönen. Sjukavdraget per dag beräknas så att den totala ersättningen i form av sjukpenning från AFL och sjuklön från arbetsgivaren blir 90 procent på lönedelar såväl över som under 7,5 basbelopp.

Kommunalt och landstingskommunalt anställda – sjuklön enligt avtal, AGS – KL samt PA – KL

Enligt regler som gäller fr.o.m. den 1 april 1998 utges efter perioden med sjuklön enligt lag sjuklön enligt avtal med 10 procent t.o.m. den

90:e dagen. Fr.o.m. den 15:e kalenderdagen utges sjuklön till arbetstagare så att den totala kompensationsnivån blir 90 procent t.o.m. dag 90 och fr.o.m. dag 91 80 procent.

Andra kompletterande ersättningar

Vi noterar i detta sammanhang också att det finns andra kompletterande ersättningar. Dessa är bl.a. komplettering i form av sjukpenningförsäkring som finansieras av arbetsgivaren och som inte grundas på kollektivavtal, gruppsjukförsäkring, individuell sjukförsäkring, förtidskapital i grupplivförsäkring, förtidskapital i individuell livförsäkring (eller andra former som bygger på liknande konstruktioner), ersättning för inkomstförlust i kollektiva eller individuella olycksfallsförsäkringar samt premiefrielseförsäkring.

Vi beskriver inte dessa kompletterande ersättningar närmare.

3 EG-rätten och internationella konventioner samt utblick mot några europeiska länder

3.1 EG:s arbetsmiljörättsliga regler

3.1.1 Inledning

Arbetsmiljöfrågorna utgör en viktig del av den s.k. sociala dimensionen av den gemensamma marknad som upprättats inom EG. Genomförandet av de fyra friheterna, fri rörlighet för varor, tjänster, kapital och personer, ska ske jämsides med att levnads- och arbetsvillkoren för medborgarna i EU-länderna förbättras. Det innebär att sämre sociala villkor, t.ex. dålig arbetsmiljö, inte får vara ett konkurrensmedel på den gemensamma marknaden. Kraven på säkerhet och hälsa i arbetet får också betydelse för harmoniseringen av lagstiftningen på produktområdet, dvs. när det gäller fri rörlighet för varor. Bestämmelserna om hälsa och säkerhet i arbetet finns i EG-fördragets avdelning VIII om social politik, utbildning, yrkesutbildning och ungdomsfrågor. Enligt EG-fördraget ska kommissionen i sina förslag om tillnärmning av bestämmelserna, som syftar till att upprätta den inre marknaden, och få den att fungera, utgå från en hög skyddsnivå när det gäller hälsa och säkerhet. Med stöd av angivna bestämmelser har EG:s råd utfärdat ett flertal direktiv som utgör sekundärrätten på området, vilket innebär att reglerna är direkt bindande för medlemsländerna.

3.1.2 Direktiv på arbetsmiljöområdet

EG-rådet har hittills fattat beslut om ett tjugotal minimidirektiv som rör arbetsmiljöområdet. Sekundärrätten på arbetsmiljöområdet har byggts upp med ramdirektiv och till dessa anslutande särdirektiv. Det kanske viktigaste direktivet 89/391/EEG innehåller allmänna krav för arbetsförhållanden och arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna. Det har kompletterats med ett antal särdirektiv för olika delområden.

Ett äldre ramdirektiv (80/1107/EEG) syftar till att få till stånd åtgärder som förhindrar exponering för kemiska, fysikaliska och biologiska agenser eller håller exponeringen på en så låg nivå som möjligt. Till detta ramdirektiv finns det tre särdirektiv som rör skydd mot risker vid exponering i arbetet för bly, asbest och buller (86/188/EEG).

Det finns även produktdirektiv som anger vissa grundläggande krav som måste uppfyllas för att en produkt ska få släppas ut på marknaden inom gemenskapen, arbetstidsdirektiv som reglerar minimikrav om arbetstidens förläggning, dygnsvila, veckovila, semester m.m., säkerhet och hälsa för arbetstagare med tidsbegränsade eller tillfälligt anställningsförhållande samt regler om skydd för minderåriga i arbetslivet. Även rättsakter inom transportområdet, meddelade med stöd av artikel 75 i EG-fördraget, kan innehålla arbetsmiljöregler.

För Sveriges del sker genomförandet av EG:s sekundärrätt inom arbetsmiljöområdet framför allt med stöd av arbetsmiljölagen. De enskilda direktiven har förts in i svensk rätt huvudsakligen genom Arbetsarkivstyrelsens föreskrifter.

3.1.3 Ramdirektivet 89/391/EEG

EG:s råd har den 12 juni 1989 antagit direktivet Om åtgärder för att främja förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet (89/391/EEG). Härigenom förbinder sig medlemsländerna att genom vissa minimikrav främja förbättringar, framför allt på arbetsmiljöområdet, för att trygga en högre skyddsnivå för arbetstagarnas säkerhet och hälsa. Detta ska inte leda till någon sänkning av de skyddsnivåer som redan uppnåtts i enskilda medlemsstater, eftersom medlemsstaterna i enlighet med fördraget om upprättande av europeiska ekonomiska gemenskapen redan förbinder sig att främja förbättringar av förhållandena inom detta område och harmonisera dessa villkor samtidigt som redan gjorda förbättringar bibehålls.

Direktivet betecknas som ett ramdirektiv med minimikrav, dvs. mer långtgående krav på arbetsmiljöområdet kan införas gradvis och hänsyn tas till rådande förhållanden och tekniska bestämmelser i var och en av medlemsländerna. Det ger också möjligt till olika genomförandetider för olika medlemsländer. I direktivet anges att medlemsstaterna ska vidta tillräckliga åtgärder för att säkerställa att arbetsgivare, arbetstagare och arbetstagarrepresentanter omfattas av sådana lagar och andra författningar som behövs för att bestämmelserna ska kunna genomföras i praktiken. Medlemsstaterna ska i synnerhet se till att en ändamålsenlig kontroll och tillsyn säkerställs.

I särskilda avsnitt anges arbetsgivarens och arbetstagarens skyldigheter.

I direktivets artikel 16 anges att rådet ska anta särdirektiv i vilka närmare anges de krav som ställs på arbetsplaster, arbetsutrustning, personlig skyddsutrustning, arbete vid bildskärm, hantering av tunga laster med risk för ryggsador, tillfälliga eller rörliga arbetsplatser samt inom fiske och jordbruk

Rådet har antagit tretton särdirektiv som närmare anger de minimi-krav som ställs för säkerhet och hälsa på arbetsplatsen m.m.

Medlemsstaterna ska vart femte år rapportera till kommissionen om den praktiska tillämpningen av bestämmelserna i direktivet och direktivet med bilagor och om arbetsgivarnas och arbetstagarnas synpunkter. Kommissionen har sedan att informera vidare till bl.a. Europaparlamentet, rådet och rådgivande kommittén för arbetarskyddsfrågor. Kommissionen ska även regelbundet överlämna rapport till bl.a. Europaparlamentet om den tekniska utvecklingen, ändringar i internationella regler eller nya rön.

3.2 Konventioner och EG-rättsliga regler om social trygghet

3.2.1 Inledning

Några enhetliga, internationellt vedertagna definitioner av begrepp som socialförsäkring och social trygghet finns inte. Varje land har sin egen nationella rätt på området och i den mån det finns definitioner varierar de från regelverk till regelverk. Åtaganden i fråga om social trygghet i förhållande till andra länder har i stället traditionellt reglerats genom olika former av konventioner. De internationella överenskommelser – konventioner – som finns på området är ofta uppbyggda på det sättet att de anger vilka typer av förmåner som ska omfattas av överenskommelsen eller vilka typer av risker den ska täcka. Ofta förekommer en enkel uppräknning av de områden som överenskommelsen är avsedd att täcka. Utvecklingen av konventioner på området har drivits på av ländernas behovet av rekrytering av arbetskraft från andra länder.

Europarådet tog år 1949 ett initiativ som utmynnade i slutandet av två provisoriska europeiska överenskommelser om social trygghet. Till sammans omfattar dessa vad som brukar omfatta vad som menas med social trygghet. Överenskommelserna omfattar hälso- och sjukvård samt kontantförmåner vid sjukdom. Vidare omfattas förmåner vid arbetslöshet, ålderdom, yrkesskada, havandeskap, barnsörd och invaliditet samt förmåner till efterlevande och familjeförmåner. Denna sys-

tematisering av förmåner för social trygghet har följts även av ILO-konventionen (nr 102) angående minimistandard för social trygghet och den inom Europarådet utarbetade Europeiska balken. Även inom EU har man valt att inkludera samma grenar av social trygghet.

Inom EU finns bestämmelser som ger arbetstagaren skydd mot att förlora sin sociala trygghet på grund av att han eller hon flyttar mellan medlemsstaterna. Reglerna syftar till att ge skydd för den som använder den fria rörligheten inom EU eller som på annat sätt har anknytning till flera medlemsstater. På socialförsäkringssidan är reglerna avsedda att lösa problem som sammanhänger med att medlemsstaterna har olika utgångspunkter när det gäller utformningen av socialförsäkringssystemen. De inverkar däremot inte på vilka försäkringssystem som ska finnas i landet eller om de materiella villkoren för olika socialförsäkringsförmåner.

De grundläggande reglerna om personers fria rörlighet och social trygghet finns i Romfördraget. I enlighet med art. 6 i Romfördraget får reglerna emellertid inte verka diskriminerande i förhållande till medborgare i andra medlemsländer.

3.2.2 Förordningen 1408/71

I förordningen 1408/71 finns ett flertal detaljerade regelsystem för samordning av medlemsstaternas regler för social trygghet. Förordningen, som gäller både anställda och egenföretagare, omfattar socialförsäkringsförmåner och olika former av ekonomiskt stöd till barnfamiljer. Reglerna syftar till att ge skydd för den som använder den fria rörligheten inom EU eller som på annat sätt har anknytning till flera medlemsstater. Reglerna är avsedda att lösa problem som sammanhänger med att medlemsstaterna har olika utgångspunkter när det gäller utformningen av socialförsäkringssystemen. Förordningen, som trädde i kraft den 1 oktober 1972, är omedelbart bindande för medlemsstaterna, bl.a. Sverige, och tillämpas direkt enligt sin ordalydelse. Till förordningen finns knuten en tillämpningsförförordning 574/72 med regler om genomförande. På grund av EES-avtalet gäller reglerna även i förhållande till länder utanför EU men inom EES. Det innebär att även Island, Norge och Liechtenstein omfattas av reglerna.

De förmånsslag som omfattas av förordningen är i huvudsak socialförsäkringsförmåner. Dessa anges i artikel 4.1. Uppräkningen där avser att ge en uttömmande lista över vilka grenar av social trygghet som faller inom förordningens tillämpningsområde.

Enligt artikel 4.2 är förordningen tillämplig på alla allmänna och särskilda lagfästa system för social trygghet oavsett om de bygger på

avgiftsplikt eller inte och oberoende av om de vänder sig till enbart vissa grupper förvärvsaktiva. Olika former av avtalsförsäkringar faller utanför förordningens tillämpningsområde.

Förordningen vilar på fem huvudprinciper; principen om en tillämplig lagstiftning, likabehandlingsprincipen, sammanläggningsprincipen, exportabilitetsprincipen och proratatemporisprincipen.

Principen om en tillämplig lagstiftning innebär att en anställd eller en egenföretagare endast ska omfattas av lagstiftningen i ett medlemsland och som huvudregel det land där arbete vid en viss tidpunkt utförs.

Likabehandlingsprincipen innebär att medborgare i ett EU-land som är bosatt inom en annan medlemsstats område och som omfattas av förordningen har samma rättigheter och skyldigheter i fråga om förmåner från social trygghet och avgifter till ett sådant system som bosättningsstatens egna medlemmar.

Sammanläggningsprincipen innebär att anställda eller egenföretagare som flyttar till en annan medlemsstat eller får arbete där har rätt att lägga samman försäkrings- eller bosättningsperioder i syfte att uppfylla nationella krav på minsta perioder för rätt till förmåner.

Exportabilitetsprincipen innebär att kontantförmåner som utgår vid bl.a. invaliditet eller ålderdom eller till efterlevande inte får minskas, ändras, innehållas, dras in eller konfiskeras med anledning av att de berättigade är bosatta i eller flyttar till annat EU-land än det som utgör förmånen.

Proratatemporis-principen innebär att den som på grund av flyttning till ett annat land inte har tjänat in rätt till oavkortad förmån i ett visst land har rätt att erhålla en så stor andel av förmånen som svarar mot intjänandetiden.

I förordningen görs skillnad mellan ersättning vid sjukdom och ersättning vid invaliditet. Reglerna innebär att ersättning vid sjukdom endast utges från Sverige så länge som Sverige är den behöriga staten. Ersättning vid invaliditet är däremot överflyttningsbar i alla situationer. Förordningen innehåller inte någon definition av begreppet invaliditet. I art. 4.1b anges endast att förmåner vid invaliditet också omfattar sådana förmåner som är avsedda att bevara eller förbättra förvärvsförmågan. Rehabiliteringspenningen är enligt den svenska lagstiftningsförteckningen, vilken gäller vid tillämpningen av förordningen, att anses som en förmån vid sjukdom. Detta innebär att det föreligger samma EG-rättsliga regler för utbetalning av rehabiliteringspenning som beträffande sjukpenning.

3.2.3 Sociala stadgan m.m.

Elva av EG:s tolv medlemsländer (ej Storbritannien) har i en deklARATION antagit en s.k. social stadga för EG med juridiskt icke bindande regler om sociala rättigheter för arbetstagare. Stadgan har karaktären av en principdeklARATION och innehåller inte några detaljregler. Den kan ses som en programförklARING för EG:s arbete och ambitioner på det sociala området. Samtidigt med stadgan lade kommissionen fram ett handlingsprogram för genomförandet av den. Under åren efter stadgans antagande har också fattats beslut om ett betydande antal direktiv m.m. för genomförande av handlingsplanen.

I Maastrichtfördraget ingår ett särskilt protokoll om socialpolitik i vilket medlemsstaterna, med undantag för Storbritannien, har träffat en särskild överenskommelse vid sidan av EG-fördragen där de åtagit sig att göra ytterligare insatser på det sociala området. Överenskommelsen innebär att EU ges en vidgad kompetens på det sociala området och att nya möjligheter öppnas till beslut inom området. Genom direktiv kan EU besluta om minimikrav i olika hänseenden på det sociala området som gradvis kan vinna tillämpning inom medlemsstaternas lagstiftning.

3.3 Tyskland

3.3.1 Inledning

Det tyska socialförsäkringssystemet, som består av sjuk-, olycksfalls-, ålders- och invaliditetsförsäkring, växte fram redan på Bismarckstiden i slutet på 1800-talet. Traditioner som man har haft anledning vara stolt över, men som även verkat återhållande på en modernisering av systemet – ett behov som under senare år aktualiserats av kostnadsutvecklingen.

Försäkringen utgår som regel från arbetet och knyts till den som är försörjare, även om familjetillhörighet och familjesammansättning inverkar på regler och avgifter på ett annat sätt än i Sverige. Försäkringsavgifterna beräknas på lönen och drabbar vanligtvis arbetstagare och arbetsgivare lika. Att öka intäkterna i systemet genom höjda avgifter har både arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna varit starka motståndare till. Höjda arbetskraftskostnader har inte ansetts försvarbart. Lika politiskt problematiskt har det varit att höja egenavgifterna, eftersom tyskarna sedan Bismarcks tid vant sig vid att medicin och läkarbesök ska vara kostnadsfritt. Allt sådant anser man sig redan ha betalt via sjukförsäkringsavgiften som utgör 8–16 % av lönen, beroende på vilken kassa man tillhör.

Trots protester genomfördes en viss reformering av försäkrings-systemet 1988. Den innebar att en smärre avgift infördes på vissa läkemedel, att egenavgifter för glasögon och vid sjuktransporter infördes, att dygnspriset på sjukhus höjdes och att möjligheterna att vistas på kuranstalt på sjukförsäkringens bekostnad begränsades. Reformen förmodade endast till en del bromsa upp kostnadsökningarna inom systemet. Under 1990-talet har emellertid kostnadskrisen i det tyska sjukförsäkringssystemet och underskottet på socialförsäkringsområdet medfört att en rad nya bestämmelser införts.

Generellt kan sägas, att man i de nordiska länderna har mycket lägre krav för att kvalificera sig för åtgärder och ersättning på socialförsäkringsområdet än i Tyskland. En grundläggande skillnad jämfört med Sverige är att de sociala systemen i Tyskland tar sin utgångspunkt i familjen och inte i individen. Barn och föräldrar är ömsesigt skyldiga att bistå varandra. Först då familjens stöd inte räcker till träder det allmänna in. De som står utanför socialförsäkringen är, om de inte har någon som kan försörja dem, hänvisade till socialhjälp. För socialhjälp som betalas ut till en person kan återkrav ske från föräldrarna eller från mottagaren om förhållandena senare ändras.

3.3.2 Anmälan och avgifter

Så snart en anställning påbörjas vidtar arbetsgivaren de åtgärder som behövs för att den anställda anmäls till sjukkassan (Krankenkasse). Sjukkassan anmäler i sin tur personen till pensions- och arbetslöshetsförsäkringen. Sjukkassan förser personen med ett försäkringsbevis som bl.a. inkluderar uppgifter om försäkringsnummer och den lön som avgifterna ska dras på. Uppgifterna registreras hos behörigt pensionsförsäkringskontor. Egenföretagare får själva göra anmälan till behörig sjukkassa.

Arbetsgivaren har ansvar för att avgifterna till sjukförsäkringen, arbetslöshetsförsäkringen och pensionsförsäkringen betalas in. Den del av avgifterna som den anställda ska betala, vilken vanligtvis utgör hälften, dras vid varje löneutbetalning.

1998 uppgår sjukförsäkringsavgiften till i genomsnitt till 13,5 procent av lönen upp till ett visst årligen fastställt inkomsttak. Avgifter till vårdförsäkringen är 1,7 procent, arbetslöshetsavgiften är 4,5 procent och pensionsförsäkringen uppgår till 20,3 procent av bruttolönen. Avgifterna betalas till lika delar av arbetsgivaren och arbetstagaren.

Avgifter till olycksfallsförsäkringen, 1,5–2 procent av bruttolönen, betalas av arbetsgivaren. Ersättningen utgår från en lista över godkända diagnoser och skadliga ämnen. Olycksfallsförsäkringen omfattar arbe-

tet och resor till och från arbetet. Försäkringen täcker såväl förebyggande av olycksfall som ersättning vid skada. Arbetsjukdomar jämställs med olycksfall i arbetet. Alla personer som har en anställning eller genomgår en lärlingsutbildning omfattas av den obligatoriska olycksfallsförsäkringen.

Initiativet till rehabilitering tas av den försäkrade själv, husläkaren eller sjukkassan via en ansökan. Den försäkrade som har arbetsnedläggning med minst 10 procent ska senast inom 10 veckor inkomma med en ansökan. Det finns även regler som säger att sjukkassan, arbetsförmedlingen och olycksfallsförsäkringen har skyldighet att meddela rehabiliteringsmyndigheten om behov av rehabilitering för en försäkrad. Sjukkassan har till sitt förfogande särskilda läkare som de kan anlita för ställningstagande i sjukfallen. Ansökan om rehabilitering gäller som ansökan om förtidspension om rehabiliteringen inte leder till att arbetsförmågan förbättras.

Arbetsgivaren betalar sjuklön i sex veckor. Enligt lag ska 80 procent ersättning utgå, men de flesta arbetsgivare betalar 100 procent i enlighet med kollektiva avtal. Efter sex veckor tar sjukförsäkringen vid. Sedan 1997 garanterar sjukförsäkringen 70 procent av den senaste månadens inkomst (före 1997 var ersättningen 80 procent). Ersättningen betalas i maximalt 78 veckor under tre år (för samma sjukdom).

För de nya delstaterna i östra Tyskland gäller delvis andra procent-satser än de ovan angivna.

3.3.3 Det största rehabiliteringsansvaret har pensionsorganen

I det tyska försäkringssystemet är rehabiliteringsansvaret uppdelat på flera organ. De organ som bär kostnaderna för försäkringen ansvarar som regel för rehabiliteringen. Det största ansvaret för rehabilitering vilar på pensionsorganen. De ansvarar för den övervägande delen av den medicinska rehabiliteringen och nästan hälften av den yrkesmässiga rehabiliteringen och de rehabiliteringskostnader som uppkommer i anslutning härtill.

Det finns flera behöriga institutioner för pensionsförsäkring. De två största är BfA (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) och LVA (Landesversicherungsanstalt). BfA organiserar tjänstemän och LVA organiserar arbetare. BfA har sitt huvudkontor i Berlin och LVA är regionalt indelat i 23 kontor. VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) utgör paraplyorganisation för pensionsförsäkringsorganen. VDR ger bl.a. ut tillämpningsföreskrifter och handböcker.

Sjukförsäkrarna (Krankenkassen) har främst hand om den akuta medicinska vården. I de fall när ingen annan tar på sig ansvaret för den medicinska rehabiliteringen tar sjukförsäkrarna detta ansvar. I vissa fall, dvs. när ingen annan gör det, kan de betala för behandling vid rehabiliteringsklinik.

Olycksfallsförsäkringen ansvarar för personer som skadats genom olycksfall i arbetet eller till följd av arbetssjukdom. De olika branschsammanlutningarna – Berufgenossenschaften – har hand om olycksfallsförsäkringarna och utövar arbetsmiljö tillsyn över företagen. Arbetsgivaren är skyldig att anmäla alla olycksfall i arbetet till den ansvariga branschsammanlutningen. Branschsammanlutningarna arbetar främst med traditionella arbetarskyddsfrågor, t.ex. olycksfall och kemikalier, men frågor rörande bl.a. stress och problem i anknytning till ny teknik uppmärksammas alltmer.

Arbetsmarknadsverket (Bundesanstalt für Arbeit) är huvudorgan för arbetsförmedlingarna (Arbeitsamt), som ansvarar för arbetsplats hjälp och förmedling av arbeten, men även till viss del för omskolning till nytt yrke. Arbetsmarknadsverket ansvarar även för den yrkesinriktade rehabiliteringen – i de fall ingen annan ansvarar för denna – t.ex. då en person inte uppfyller de formella kraven inom pensionsförsäkringen.

3.3.4 Rehabilitering – en fråga om samverkan

Arbetslinjen gäller. Rehabilitering syftar till att väsentligt förbättra eller återställa den nedsatta arbetsförmågan och därmed förhindra alltför tidig yrkes- och arbetsförmåga.

Socialförsäkrade har lagstadgad rätt till nödvändiga åtgärder för att förbättra och återställa deras hälsa och prestationsförmåga. Medicinsk och yrkesmässig rehabilitering har företräde framför förtidspension. Försäkrade är skyldiga att aktivt medverka i rehabiliteringsåtgärder – s.k. medverkansplikt råder.

En rehabiliteringsutredning utgör underlag för pensionsbedömningen. Pensionsorganen kan kräva att en pensionssökande ska genomgå rehabilitering. De som inte medverkar i rehabilitering får inte rätt till förtidspension. Det åligger emellertid LVA att bevisa att rehabiliteringen skulle ha medfört förbättrad arbetsförmåga. Den som vill avbryta påbörjad rehabilitering får själv stå för de upplupna kostnaderna.

Beslut om rehabilitering kan överklagas. Beslutet omprövas först vid LVA, men då i en nämnd bestående av representanter för arbetsgivare och arbetstagar. Om nämnden avslår, kan man överklaga vidare till Socialrätten utan någon extra kostnad.

Det är ett önskemål att rehabilitering inte ska börja när en person redan är sjuk och därför finns s.k. preventiv vård. Om man t.ex. på en arbetsplats är utsatt för skadliga ämnen eller dylikt kan LVA gå in med tidiga rehabiliteringsåtgärder i förebyggande syfte. En person med eksem som arbetar med starka vätskor kan t.ex. erbjudas omskolning till ett annat yrke innan han blir så dålig att han eller hon sjukskrivs.

De som missbrukar alkohol, droger eller läkemedel kan få speciell rehabilitering. Det finns föreskrifter som reglerar ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Sjukassan svarar t.ex. för den akuta avgiftningen medan pensionsorganen står för avväjningsbehandling under en tid av upp till ett år.

Den medicinska rehabiliteringen:

Den medicinska rehabiliteringen omfattar läkarvård, mediciner, hjälpmedel och proteser samt vård på sjukhus eller på särskild vårdinrättning.

Vid arbetsskada utbetalas dagpenning (Verletztengeld). Dagpenningen är lika stor som sjukpenningen och uppgår till 80 procent av lönen. Den börjar utbetalas från den tidpunkt när sjuklönen från arbetsgivaren upphör (vanligtvis efter 6 veckor). Dagpenning utbetalas så länge som arbetsoförmåga på grund av olycksfall i arbetet eller arbetsjukdom kvarstår. Dagpenning bortfaller när livränta beviljas.

Om rehabiliteringen ska finansieras av LVA krävs, att man är så sjuk att man inte kan utföra sitt normala arbete, men man ska ha möjlighet att återgå i arbete efter rehabiliteringen. Ansökan kommer i detta fall tillsammans med ett läkarutlåtande till LVA.

I annat fall – exempelvis en varaktigt handikappad som endast behöver rehabilitering för lindring och för att klara det dagliga livet – ersätts av sjukassan.

Den yrkesinriktade rehabiliteringen:

Yrkesinriktad rehabilitering (Berufshilfe) omfattar

- Hjälp för att behålla arbetet eller för att få ett nytt arbete
- Yrkesvägledning, arbetsprövning, arbetsträning och eventuell grundbildning på grund av funktionsnedsättning
- Vidareutbildning och omskolning

Rehabiliteringspenning (Übergangsgeld) utbetalas som regel under den yrkesinriktade rehabiliteringen. Den motsvarar 80 procent av lönen.

Rehabiliteringspenning kan utbetalas under en utbildningstid av upp till 3 år.

Särskilda handläggare vid LVA tar vid handläggningen av ärendet efter den medicinska rehabiliteringen – då läkare bedömt att det finns behov av yrkesinriktad rehabilitering. Handläggaren ska söka utvärdera vilken rehabilitering som är mest lämplig i det enskilda fallet. Som en del i detta arbete ingår att besöka rehabiliteringskliniken och den försäkrades arbetsgivare.

Om det bedöms att den försäkrade kan återgå till sin gamla arbetsplats, kan LVA stå för 50 procent av lönekostnaderna under 4 månader. Även hembesök hos den försäkrade ingår i handläggarens arbete.

Ett viktigt led i det tyska rehabiliteringssystemet är anslutningsbehandling (Anschlussheilbehandlung), vilket innebär att den sjuke får komma till ett s.k. träningsställe i direkt anslutning till den akuta medicinska vården. Det anses väldigt viktigt att den försäkrade åker direkt från sjukhuset till träningsstället. Metoden är snabb och mycket använd och har visat bra resultat. Den tillämpas bl.a. efter hjärtinfakter och exempelvis höftoperationer. Den akuta sjukvården betalas av sjukkas-sen. Anslutningsbehandling (AHA) betalas av pensionsförsäkringen.

Livränta:

Perioden med arbetsförmåga upphör och övergår i livränta - om arbetsförmågan under minst 13 veckor är nedsatt med minst 20 procent till följd av olycksfall. Storleken på livräntan beror på invaliditetsgrad och på årsinkomst.

Utöver livräntan kan ett tillägg för gravt handikapp utbetalas. Villkoret för detta tillägg är att arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst 50 procent.

Omvårdnadsförmåner eller omvårdnadsbidrag (Pflegegeld) kan utöver livränta utbetalas om personen som drabbats av olycksfall i arbetet eller arbetsjukdom bedöms behöva sådan vård.

Invaliditet:

Alla arbetare, tjänstemän och lärlingar, som är obligatoriskt försäkrade i pensionsförsäkringen, är försäkrade mot invaliditet. Deltidsanställda, med månadslön under DEM 580 (1995), som arbetar mindre än 15 timmar per vecka omfattas inte av försäkringen.

Personer som uppbär ersättning för förlorad arbetsinkomst – sjukpenning, arbetslöshetsersättning, dagpenning vid arbetsskada och reha-

bilateringspenning – är, om de var försäkrade innan förmånen började utbetalas, även obligatoriskt försäkrade i pensionsförsäkringen. Många grupper däribland egenföretagare (hantverkare, publicister etc.) är obligatoriskt även anslutna. Andra kan frivilligt ansluta sig.

Pension på grund av arbetsförmåga:

Denna pension beviljas när en person på grund av nedsatt arbetsförmåga inte längre kan utföra ett regelbundet arbete eller endast klarar av ett arbete med låg arbetsinkomst (1995 under DEM 580 per månad). För att få pension måste man ha tillhört försäkringen under minst 60 avgiftsmånader (intjänandetid). Dessutom måste man under de fem senaste åren innan arbetsförmågan blev nedsatt ha betalt in den obligatoriska avgiften i tre år. Denna femårsperiod kan förlängas med t.ex. arbetslöshetsperioder och perioder med vård av barn.

Om den försäkrade blir arbetsförmögen mindre än sex år efter avslutad utbildning gäller mindre stränga regler för intjänandetid.

Pension på grund av yrkesförmåga:

En försäkrad betraktas som yrkesförmögen, om arbetsförmågan är nedsatt till mindre än hälften av den arbetsförmåga som en försäkrad med samma yrkesutbildning och likartade kunskaper och färdigheter har.

I övrigt är villkoren för denna pension desamma som för pension på grund av arbetsförmåga.

3.3.5 Förebyggande insatser under framväxt inom sjukvården (Krankenkassen)

Basen i sjukvården är de privatpraktiserande läkarna som utgör ca 40 procent av den totala läkarkåren. Sedan 1911 har de i princip monopol på att ge öppenvård och på att remittera till sjukhus. Sjukhusvård innebär nästan alltid slutenvård. Sjukhusen ägs till 50 procent av delstater och kommuner, 35 procent ägs av fria välfärdsorganisationer, Röda korset, kyrkor m.fl. och 15 procent är privata. Via skatter finansieras sjukvårdsinvesteringar, medan pengar till driften finansieras av patienternas sjukvårdskassor. Patienten betalar en egenavgift på 10 D-mark per dygn under de första fjorton dagarna, därefter är den kostnadsfri för patienten. För barn under 18 år är den helt kostnadsfri.

Det finns sju olika typer av sjukförsäkringar (Krankenkassen). Två av de större kassorna är de allmänna sjukförsäkringarna och företagsförsäkringarna. De allmänna sjukförsäkringarna (AOK) är inrättade efter bostadsort och omfattar ett visst geografiskt område. Företagsförsäkringar (Betriebskrankenversicherung) kan varje arbetsgivare med minst 450 försäkringspliktiga anställda inrätta. Till dessa kan också frivilliga försäkrade ansluta sig. De försäkrade personerna kan delas in i plikt försäkrade, frivilligt försäkrade och familjeförsäkrade. Så gott som alla anställda har skyldighet att vara försäkrade i någon kassa. Det finns även kassor för vissa yrkesgrupper. Alla är lagreglerade och handhar förutom finansiering av hälso- och sjukvården, även sjuk- och föräldraförsäkringen.

Tjänstemän med höga inkomster kan stå utanför den lagreglerade försäkringen och teckna privat försäkring. Ca 92 procent omfattas av den allmänna försäkringen och 17 procent har tecknat privat försäkring. Offentliga anställda står utanför sjukförsäkringarna men omfattas i princip av samma förmåner som försäkrade.

Sjukförsäkringen står helt eller delvis för kostnader för kurortsvård, tandvård, hushållshjälp, läkemedel, glasögon och andra hjälpmedel som bedöms vara nödvändiga. Sjukförsäkringarna finansieras av arbetstagare och arbetsgivare gemensamt med hälften vardera. Avgifterna varierar mellan 8 och 16 procent av bruttolönen.

Den som går i pension är kvar i sin tidigare sjukförsäkring och betalar en avgift på 13 procent av pensionen. Högsta avgifterna har de allmänna sjukförsäkringarna. De försäkrar ungefär hälften av alla. Skillnaderna i avgifter påverkas av vilka risker man försäkrar, åldersstrukturen hos de försäkrade, familjens storlek, kostnader för vården samt sjukvårdsambitioner (de följer en gemensam grundstruktur i socialförsäkringssystemet men kassorna kan till del ha olika avgifter).

En ny förebyggande orientering har börjat växa fram inom de allmänna sjukförsäkringarna, som profileras med namnet Gesundheitskasse dvs. hälso- och friskhetskassan. AOK-kassorna satsar bl.a. på ett omfattande friskvårdsprogram. De vänder sig även till företagets personalavdelningar med personalvårdsprogram i syfte att förebygga sjukskrivningar.

Inom ramen för folkhälsoarbetet kan kassorna, enligt lag, arrangera kurser och informera om olika riskfaktorer, däribland rökning och alkohol, stress, utbrändhet och psykosociala frågor. Näringsrådgivning, viktnedgång, idrotts- och rörelseträning, rygg- och löpskola är andra viktiga inslag i kassornas arbete. I deras arbete ingår även att uppmärksamma de hälsovådliga konsekvenserna av den ökande biltrafiken. Den ökade företagsorienteringen innebär bl.a. att genomföra riktade projektinsatser, hälsocirklar o.dyl. tillsammans med fackliga organisationer och arbetsgivare. Vid avgiftsuttag och företagsrevision diskuteras omfattningen av inträffade skador, olyckor och sjukdomar.

Referenser:

Försäkringskassaförbundet Fakta: Rapport från studieresor 1993
Mitthögskolan: Ulla Gerner/Ruth Beck: "Rehabiliteringssystemen I Tyskland och Sverige",
Rapport 1995:9 Europakommissionen: Social dialog och rättigheter, 1997
Socialmedicinsk Tidskrift: 1995, häfte 10. "Rehabilitering i internationellt perspektiv" U. Gerner.

3.4 Holland¹

3.4.1 Inledning

Holland har liksom Sverige haft stora problem med sjukfrånvarons utveckling och ett ökande antal förtidspensionerade.

Varje anställd rapporterades 1990 sjuk 1,6 gånger per år och vid varje tillfälle i genomsnitt 15,5 dagar, vilket sammantaget medförde en minskning av arbetstiden med 7,1 %. Motsvarande siffra för Sverige var 6,1 %, för Tyskland 5,0 % och för UK 2,6 %.

De förtidspensionerade uppgick 1993 till 921 000 – en i europeisk jämförelse extremt hög siffra med tanke på att Holland är ett litet land med en arbetskraft på drygt 7 miljoner. År 1990 var nedsättningen i arbetstid till följd av förtidspension 8,9 % i Holland. Motsvarande siffra för Sverige var 3,5 %, för Tyskland 3,3 % och för UK 3,4 %.

Förtidspension utgår till dem som varit sjuk i minst ett år och inte kunnat återgå i arbete. Årligen övergår drygt 80 000 personer i förtidspension. År 1993 utnyttjades cirka 15 % av BNP till sjuklön och förtidspensionsersättningar, vilket motsvarade cirka 36 miljarder guilders eller 144 miljarder kronor.

Mot denna bakgrund har en genomgripande reformering av socialförsäkringssystemen ansetts nödvändigt. Därtill kommer att Holland för att kvalificera sig till ett inträde i euron har stor press på sig att sänka utgifterna för socialförsäkringarna. En rad förändringar har under 90-talet införts bl.a. rörande förtidspensionering och arbetsgivarens ansvar för sjuklön och rehabilitering för sina anställda. Förtidspensioneringen var fram till 1994 ett i stort sätt permanent tillstånd. Detta togs som indikator på en bristfällig stimulans till återgång i arbetet och ett passivt förhållningssätt från arbetsgivare och från sociala myndigheter.

¹ Avsnittet bygger på information som huvudsakligen inhämtats vid AGRA-utredningens studiebesök i Holland, februari 1998.

Den reformering som genomförts under 90-talet av socialförsäkringssystemet hade framförallt sin utgångspunkt i hur arbetsgivarna och arbetstagarna berördes av de ekonomiska konsekvenserna av sjuklön och förtidspension. Den tidigare kollektiva dimensionen kom att ersättas av ett system som mer direkt baseras på arbetsgivarnas och de försäkrades egna ansvar. En sorts privatisering i verkställigheten blev i stor utsträckning vägledande för reformeringen.

Förändringarna under 1990-talet har medfört en större koncentration på arbetsförmågebegreppet och arbetsgivarens ekonomiska ansvar, men även på rehabilitering och företagshälsovård. I förhållande till Sverige har arbetsgivarnas ekonomiska ansvar för sjukersättningar blivit mycket stort. Lagstadgat krav på anslutning till en kvalitetssäkrad företagshälsovård föreligger. Det finns lagstadgat förbud att göra medicinska undersökningar vid rekrytering av personal. Under anställningstid får sådana undersökningar endast utföras av företagshälsovården.

De förändringar som införts

- har mindre betoning på inkomstsäkring
- arbetar med finansiella stimulanser
- ställer krav på arbetsgivarnas aktiva förhållningssätt
- medför att arbetsgivarna har ett mycket långtgående kostnadsansvar vid sjukdom och förtidspension
- delegerar och "individualiserar" kostnadsansvaret
- går från statlig/kollektivistisk verkställighet till "privat"
- ställer krav på samarbete från offentliga myndigheter

Arbetsgivaren

- är ansvarig för de anställdas sjuklön under ett år (ingen skillnad mellan små och stora) är underställd lagstadgat krav på anslutning till företagshälsovård
- ska utarbeta en rehabiliteringsplan senast efter att en anställd varit sjuk i 13 veckor
- ansvarar för att den anställda som efter 52 veckors sjuklön bedömts behöva övergå i förtidspension får sådan ersättning upp till 5 år
- får ej otillbörligt avskeda anställda

3.4.2 Socialförsäkringssystemet

Socialministeriet har ansvar för såväl sociala frågor som arbetsmarknads-, arbetsmiljö- och företagshälsovårdsfrågor.

Socialförsäkringsbanken (SVB) har ansvar för ålders- och efterlevandepensioner, familjestöd samt vissa frågor rörande bidrag till invandrare och behandling av kroniska sjukdomar.

SVB är den äldsta socialförsäkringsinstitutionen i Holland och startade sin verksamhet 1901. Då antogs Social Security Act, vilken innehöll en rollfördelning mellan staten, arbetsgivarna och arbetstagarna. Denna rollfördelning finns fortfarande kvar i SVB genom att styrelsen för SVB innehåller dessa tre parter samt en opartisk ordförande. SVB ger service till ca 1 miljon ålderspensionärer, ca 200 000 personer med efterlevandepension samt ca 1,8 miljoner föräldrar. Man utbetalar årligen ca 180 miljarder SKR. Antalet anställda uppgår till ca 3 500.

Nationella institutet för social trygghet (Lisv) är ett trepartsorgan som har till uppgift att förebygga att människor får behov av förmåner på grund av att de inte kan utföra avlönat arbete. Personer som ändå tvingas att uppbära bidrag ska hjälpas tillbaka till arbete. För att uppnå detta prioriteras samarbete mellan vissa administrativa organ, arbetsförmedlingar och kommunernas socialtjänst. Lisv har sitt säte i Amsterdam.

Lisv styrelse utses av regeringen. Styrelsen har en oberoende ordförande, tre företrädare vardera från arbetsgivarsidan respektive fackföreningssidan och tre statliga företrädare. Lisv fastställer policyn för aktiviteterna inför varje verksamhetsår. Policyn fastställs efter samråd med Social- och arbetsdepartementet. College van toezicht sociale verzekeringe, Ctsv, är en statlig tillsynsmyndighet som utövar tillsyn inom socialförsäkringsområdet. Ctsv utövar bland annat tillsyn över den verksamhet som Lisv bedriver.

Lisv ansvarar för verkställandet av lagarna om förmåner vid förtidspensionering, arbetslöshet respektive sjukdom. Administrationen har genom kontrakt lagts ut på fem administrativa organ som fungerar som centrala socialförsäkringsinrättningar och representerar olika sektorer av arbetsmarknaden. Det innebär att Lisv sluter avtal med särskilda organisationer, som sköter kundkontakter, utbetalningar, rehabilitering m.m.

Under de administrativa organen finns lokala socialförsäkringskontor. Vid dessa kontor finns bland annat ca 700 försäkringsläkare och ca 700 arbetsmarknadsexperter. De sistnämnda har till uppgift att passa ihop arbetstagaren med arbete som är lämpligt med hänsyn till

arbetstagarens arbetsförmåga. Lisv uppmanar konkurrens mellan de administrativa organen för att höja kvaliteten på tjänsterna som utförs och för att pressa priset. Inför upphandlingen av socialförsäkringstjänsterna konsulterar Lisv så kallade branschråd som inrättats av fackföreningarna och arbetsgivarorganisationerna gemensamt. Branschråden avger också synpunkter inför fastställandet av arbetsgivarnas avgifter till arbetslöshetsfonden.

Arbetsgivarna betalar avgifter som avsätts till fonder som Lisv ansvarar för. Lisv föreslår årligen hur stor avgiften ska vara och regeringen fattar beslut i frågan. Fondmedlen kan bland annat användas till rehabiliteringsåtgärder och projekt för arbetstagares återgång i arbete. Särskilda fonder finns för finansiering av sjuklön till vissa arbetstagare som inte omfattas av de förmåner som utges av arbetsgivarna eller till arbetstagare vars arbetsgivare har försatts i konkurs. De administrativa organen ska tillhandahålla Lisv uppgifter om antal bidragstagare, kostnader och ekonomiska rapporter.

För att få råd och stöd vid tecknande av kontrakt finns "branschråd", vilka består av representanter för arbetsgivare och arbetstagare. Dessa samarbetar Lisv med för att få råd i sin beställar- och uppföljningsverksamhet. Lisv har också ansvaret för avgifts- finansierings- och fondförvaltningsfrågor vad gäller sjukersättningar efter ett år samt arbetslöshetsersättningar.

Det holländska socialförsäkringssystemet består av följande delar: sjukförsäkring, ålders- och efterlevandepension, familjeförsäkring och arbetslöshetsförsäkring.

Någon arbetsskadeförsäkring finns inte. Arbetsskada ersätts på samma sätt som annan sjukdom eller skada.

3.4.3 Utvecklingen under 90-talet

Sedan 1967 skiljer sig de holländska inkomstersättningarna vid arbetsnedsättning till följd av sjukdom eller handikapp från flertalet andra europeiska länder. Framför allt är det följande aspekter som skiljer de holländska regelsystemen från många andra länder.

I Holland har man sedan 1967 övergivit orsakskriterierna vid hälso-relaterade ersättningar. Ingen skillnad görs mellan arbetsrelaterade och icke arbetsrelaterade skador och sjukdomar. Rätten till ersättning, ersättningsnivå och tidsutsträckning är densamma oavsett orsak. De bakomliggande skälen anses vara likaberättigande och jämställdhet, som utgör centrala inslag i den holländska kulturen.

För det andra baseras inte sjukersättningar på någon allmän sjukförsäkring och ersätts ej från någon sjukfond. Vidare ingår inte förtids-

pension som en del i ålderspensionssystemet. Förtidspension utgör ett uppföljningsarrangemang som utgår till dem som varit sjuk i minst ett år och inte kunnat återgå i arbete.

Både sjukersättning och förtidspension administreras av fem verkställande "agencies" som är kontrakterade av 19 industriförbund – med obligatoriskt medlemskap av alla arbetsgivare. Dessa "agencies" har även till uppgift att utbetala arbetslöshetsersättning. Arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna ingår i styrelserna för dessa industriförbund och är på så sätt ansvariga för hur systemet tillämpas.

För det tredje utgick fram till 1994 sjukersättning från första dagen av arbetsoförmåga, de flesta kollektivavtal hade upphävt karensdags-systemet. Sjukersättningen motsvarade i de allra flesta fall 100 % av lönen. Vanligtvis blev arbetstagaren konfronterad med viss nedsättning i ersättningen först vid arbetsoförmåga längre än ett år, då förtidspensionering aktualiseras. De ekonomiska konsekvenserna av hög sjukfrånvaro och förtidspensionering hade en svag och indirekt återkoppling till arbetsgivarna och arbetstagarna.

Fram till 1994 har ett system varit i tillämpning som tillmätte klientens egna ansvar stor vikt. Inom de givna riktlinjerna för hur regelverket skulle tolkas gavs stort utrymme för hur verkställigheten av beslut och positionering av den försäkrade kom att utfalla. Dessutom tog man vid bedömningen av förtidspension hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden. Vid sjukanmälan intog medicinsk expertis en mindre framträdande roll än i många andra länder. Kontrollen av sjukfrånvaron skedde genom "lay inspectors" (korta samtal) och genom medicinska undersökningar av socialförsäkringsläkare. Även vid bedömningen av förtidspension har den medicinska expertisen haft mindre framträdande roll. Vanligtvis gjordes bedömningen av ett tvärvetenskapligt team bestående av socialförsäkringsläkaren, en s.k. "labour consultant" ("arbetskonsulter") och en juridisk expert.

3.4.4 Den nu gällande lagstiftningen – PEMBA-lagen

PEMBA-lagen, som trädde i kraft 1 januari, 1998 innehåller följande:

- Alla arbetsgivare måste betala ut ersättning för alla anställda som under sin anställning hos arbetsgivaren får nedsatt arbetsförmåga längre än ett år dvs. de som blir förtidspensionerade.
- Alla arbetsgivare betalar dels en basavgift, dels en differentierad avgift för att täcka kostnaderna för förtidspensionering.

- Basavgiften, som procentuellt är lika för alla arbetsgivare, ska täcka kostnaderna för ersättning till dem som får sin arbetsförmåga nedsatt i mer än fem år.
- Basavgiften är obligatorisk.
- Alla arbetsgivare betalar dessutom en differentierad avgift. Den differentierade avgiften ska täcka kostnaderna för förtidspension under de första fem åren. Avgiften är beroende på hur många av de anställda som under anställning hos arbetsgivaren ifråga får nedsatt arbetsförmåga (helt eller delvis). Det innebär att de arbetsgivare som har en större andel än det nationella riskgenomsnittet dvs. fler än förväntat riksgenomsnitt med nedsatt arbetsförmåga, betalar en högre avgift till försäkringen (förutsatt att arbetsförmågan nedsatts under anställning hos arbetsgivaren). Den arbetsgivare som har färre anställda med nedsatt arbetsförmåga än riksgenomsnittet betalar en lägre avgift.
- Den differentierade avgiften är inte obligatorisk. En arbetsgivare kan välja att bära risken själv. I detta fall måste arbetsgivaren själv, under de första fem åren, stå för kostnaden för den anställde som blir förtidspensionerad. Väljer den enskilde arbetsgivaren att själv bära risken kan han/hon välja att bära risken via en privat försäkring. Bankgaranti krävs i detta fall, som täcker dessa kostnader om företaget eller verksamheten skulle drabbas av konkurs eller liknande. I de företag eller verksamheter som har inrättat s.k. "works council" ska dessa ge sitt samtycke till att arbetsgivaren själv bär risken. Arbetsgivaren kan även välja att betala den differentierade avgiften till en av de fem administrativa sociala försäkringskontoren som nationellt täcker olika delar av arbetsmarknaden.
- Alla arbetsgivare måste vara anslutna till en certifierad företagshälsovård. Företagshälsovården ska ha tillgång till olika typer av experter i arbetsmiljöfrågor. FHV ska ge råd och stöd i arbetsmiljöfrågor och i frågeställningar rörande återgång i arbete för en anställd med nedsatt arbetsförmåga. FHV ska medverka i framtagning av arbetsgivarens rehabiliterings- och sjukfrånvaropolicy; i rådgivning och undersökningar av de anställda som blir sjuka; utföra periodiska hälsoundersökningar; inventera och utvärdera arbetsplatsförhållandena samt undervisa arbetsgivaren i hur man arbetar med personer som drabbats av sjukdom eller fått sin arbetsförmåga mer eller mindre varaktigt nedsatt. FHV ska utgöra en resurs för de anställda och arbetsgivaren, och även garantera att ett informationsutbyte sker mellan FHV och den allmänpraktiserande läkaren och primärvården.
- Alla arbetsgivare måste efter att en anställd varit sjuk i 13 veckor, utveckla en plan för återgång i arbete ("reintegration"). Planen ska innehålla konkreta åtgärder för att möjliggöra att den anställde som

drabbats av nedsatt arbetsförmåga kan återvända till ett arbete i företaget. Åtgärderna kan variera från enkla förändringar på arbetsplatsen till träning och utbildning. En arbetsgivare som anser att han gjort allt han kan för att göra det möjligt för den anställde att återvända till ett arbete hos arbetsgivaren men trots detta misslyckats kan anhålla om hjälp från det social försäkringsorganet ("social insurance agency"). Om arbetsgivaren misslyckas med att visa att han/hon gjort sitt yttersta riskerar att drabbas av en straffavgift på 25 000 guilders dvs. 100 000 kronor.

- Om en arbetsgivare anställer en person med nedsatt arbetsförmåga kan han/hon beviljas en avgiftsnedsättning. Om mer än 5 % av arbetsgivarens totala lönekostnaden går till lön till personer med nedsatt arbetsförmåga behöver arbetsgivaren inte betala basavgiften för täckning av förtidspensionskostnaderna för dessa personer. Arbetsgivaren får även en reduktion av basutgifterna för sina andra anställda – maximalt 15 gånger medelinkomsten per anställd.

En ny lag avseende "återintegrering" (reintegration) är under framtagning. Den ska tillhandahålla enkla och mer effektiva sätt att arbeta med att återföra anställda med nedsatt arbetsförmåga i arbete.

3.4.5 Sjukförsäkring

År 1994 infördes i Holland en sjuklöneperiod på 2 alternativt 6 veckor. Små arbetsgivare med 15 anställda eller färre fick 2 veckors sjuklöneperiod. Större arbetsgivare fick 6 veckor.

Genom en frivillig överenskommelse med staten kunde arbetsgivarna dessutom ta ansvaret för sjuklönen under 1 år, vilket kompenenserades med lägre avgift. Några företag exempelvis flygbolaget KLM gjorde en sådan överenskommelse.

Samtidigt fick arbetsgivarna ansvar för sjukkontroll och rehabilitering. Kravet var dock att dessa uppgifter skulle utföras av en auktoriserad företagshälsovård. Ett kvalitetssäkrings- och auktorisations-system börjades vid denna tidpunkt att byggas upp. Socialministeriet ansvarade för uppbyggnaden av auktorisationssystemet. 1994 var 5 företagshälsovårdsorganisationer auktoriserade och man beräknade då att vid 1995 års utgång skulle ca 100 organisationer ha auktoriserats.

År 1996 infördes en arbetsgivarperiod på 1 år för alla arbetsgivare. Därefter tar det offentliga systemet över ansvaret för utbetalning av ersättning och för rehabiliteringsinsatser.

År 1998 infördes differentierade arbetsgivaravgifter i det offentliga ersättningsystemet. Ju fler av arbetsgivarens anställda som uppbär er-

sättning efter 1 år ju högre avgift får arbetsgivaren betala. Differentieringen avser kostnaderna för ersättning upp till 5 år. Kostnaderna för längre ersättningsperioder finansieras genom en enhetlig arbetsgivaravgift. Arbetsgivarna kan själva ta över utbetalning av ersättning under 5 år och därmed slippa den differentierade avgiften (sjuklöneperioden omfattas inte). En stor försäkringskoncern har hittills ingått ett sådant avtal.

Detta innebär att det inte finns någon offentlig sjukförsäkring för de anställda, utan arbetsgivarna bär själva detta ansvar fullt ut under det första året. Arbetsgivarna kan försäkra sig via privata försäkringsbolag. Cirka 80 % av de arbetsgivare, som har färre än 10 anställda, har en sådan försäkring. Premien för att försäkra sig mot sjuklönekostnader under 1 år är ca 6–7 % av lönesumman. En offentlig försäkring finns för tillfälligt anställda, arbetslösa, gravida kvinnor m.fl., vilka inte kvalificerat sig för sjuklön. Denna administreras av Lisv. Kostnaden för denna försäkring finansieras av staten.

Enligt lag är sjuklönens kompensationsnivå 70 % efter två karensdagar. Sjuklönen utgår under 52 veckor. Normalt finns dock kollektivavtal, som istället ger 100 % kompensation under hela sjuklöneperioden och utan karensdagar.

I den offentliga försäkringen, som träder in efter 52 veckor är ersättningsnivån beroende av: grad av arbetsförmåga, aktuell inkomst och ålder. Efter denna första period med ersättning kan man få fortsatt ersättning. Periodens längd bedöms individuellt. Ersättningsnivån är beroende av ålder, aktuell inkomst och minimilönen i Holland.

3.4.6 Rehabilitering

Arbetsgivaren betalar sjuklön de 52 första veckorna i sjukperioden. Förmånen är enligt lag 70 % av lönen men kollektivavtal ger ofta 90–100 % ersättningsnivå. Sjuklön utges från och med första sjukdagen. Vid tvist om sjuklön kan socialförsäkringskontoret avge konsultativt råd om sjuklön ska utges eller ej. Om arbetsgivaren ändå inte vill betala sjuklön kan tvisten prövas av domstol.

Den arbetstagare som inte kan återgå i arbete inom 52 veckor kan därefter erhålla förtidspension eller arbetslöshetsersättning. Arbetsgivaren finansierar indirekt förtidspensionen i fem år. Om arbetstagaren har restarbetsförmåga men inte kan utföra arbete som avlönas på samma nivå som det ursprungliga arbetet har arbetstagaren rätt till arbetslöshetsersättning beräknad på den nivån. Först efter en längre tids arbetsoförmåga ställs krav på att arbetstagaren ska vara beredd att ta vilket arbete som helst för att rätt till förmåner ska föreligga.

Individer som saknar arbetsgivare kan få sjuklön från socialförsäkringskontoret. Det förekommer problem med provocerade uppsägningar i Holland. En arbetstagare som sagt upp sig själv efter provokationer från arbetsgivaren har inte rätt till sjuklön.

Arbetsgivaren har ett rehabiliteringsansvar från det att rehabiliteringsbehov uppstår fram till det att arbetsgivaren inte längre har reella möjligheter att vidta åtgärder, även om sjuklöneperioden då har passerats.

Detta innebär att tidpunkten när arbetsgivarens ansvar upphör kan inträda tidigare för arbetsgivare med små verksamheter än för arbetsgivare med stora verksamheter.

Bedömningen av arbetsgivarens möjligheter att fortsätta rehabiliteringen görs av socialförsäkringskontoret. Kontoret tar över ansvaret så fort att arbetsgivaren inte längre kan vidta relevanta åtgärder. Socialförsäkringskontoret tar då över den rehabiliteringsplan som arbetsgivaren upprättat.

Arbetsgivarna har mycket långtgående möjligheter att få rehabiliteringsåtgärderna finansierade från de rehabiliteringsfonder som Lisv ansvarar för. Bidrag kan utges för alla typer av åtgärder, även anpassning av arbetsplatsen och utbildning av arbetstagare. I de fall arbetsgivaren nekas offentligt bidrag till rehabiliteringsåtgärder är arbetsgivaren skyldig vid vite att själv bekosta arbetslivsinriktade åtgärder. Arbetsgivare som vidtar förebyggande åtgärder på arbetsplatsen kan få skattereduktion.

Arbetsgivaren ska upprätta en rehabiliteringsplan och inge den till socialförsäkringskontoret som kontrollerar att arbetsgivaren är seriös i rehabiliteringsarbetet. Planen ska inges senast 13 veckor efter att arbetstagaren insjuknade. Vid beräkningen av de 13 veckorna läggs korta men återkommande sjukperioder samman om friskperioderna är kortare än 4 veckor. Rehabiliteringsplanen, som upprättas på en speciell blankett, ska innehålla medicinsk information och upplysningar om arbetsgivarens planerade åtgärder. Om arbetsgivaren underlåter att upprätta eller inge planen kan en bot om cirka 4 000 kronor utdömas. Därtill kommer att de återstående 39 sjuklöneveckorna inte börjar räknas förrän rehabiliteringsplanen upprättats. Efter 8 månader ska en fullständig rehabiliteringsplan upprättas.

I praktiken är det företagshälsovården som upprättar och inger rehabiliteringsplanen. Företagshälsovården gör upp en rehabiliteringsplan med den anställde varefter företagshälsovården tar upp frågan med arbetsgivaren. Företagshälsovården föreslår vilka åtgärder som arbetsgivaren ska vidta i ett enskilt rehabiliteringsfall. Företagshälsovården måste beakta arbetstagarens hela livssituation vid upprättande av reha-

biliteringsplan. Rehabiliteringsåtgärderna i Holland skiljer sig inte från de åtgärder som kan vara aktuella i svenska rehabiliteringsärenden.

Arbetsgivaren är inte tvingad att följa företagshälsovårdens råd.

Om arbetstagaren inte är nöjd med arbetsgivarens hantering kan han eller hon vända sig till socialförsäkringskontoret och klaga. På socialförsäkringskontoren finns rehabiliteringsspecialister vilka vanligtvis har bättre kompetens, än anställda inom företagshälsovården, att bedöma vilka möjligheter en viss arbetsgivare har i ett rehabiliteringsfall. Företagshälsovården utgår i regel mer från arbetsgivarens förutsättningar vid en given tidpunkt än att överväga vilka möjligheter som finns ur ett mer långsiktigt perspektiv.

Arbetsgivaren får inte säga upp arbetstagaren under de två första åren av arbetsoförmåga. Innan arbetsgivaren säger upp måste han er-hålla tillstånd från arbetsförmedlingskontoret. I dylika ärenden samråder arbetsförmedlingskontoret med socialförsäkringskontoret. Tvåårsgränsen gäller även om uppsägningen motiveras med annat än arbetstaga-rens nedsatta arbetsförmåga. Om arbetsgivaren säger upp utan godkännande från arbetsförmedlingskontoret kan uppsägningen komma att bli föremål för prövning vid allmän domstol.

Vid anställning är det förbjudet att efterforska den arbetssökandes hälsotillstånd. Förbudet gäller för läkare. En företagshälsovård som trotsar förbudet riskerar att förlora sitt certifikat. Det är självfallet tillå-tet med läkarundersökningar vid rekrytering till yrken där hälsan är av avgörande betydelse för arbetet t.ex. arbete som pilot. Reglerna uppges ha medfört en viss ökning av tillfälliga anställningar eftersom sådana ger arbetsgivarna möjlighet att testa hur arbetstagaren fungerar under en längre tid. Förbudet att efterforska arbetssökandes hälsa har också medfört långa väntetider – karenstid – vid tecknande av privata försäk-ringar. Ibland anlitar arbetsgivare utländska försäkringsbolag eftersom dessa inte omfattas av förbudet.

3.4.7 Företagshälsovården

Företagshälsovården ses som en väsentlig stödfunktion i det förebyg-gande arbetsmiljöarbetet och i rehabiliteringsarbetet.

Enligt lag är alla arbetsgivare skyldiga att vara anslutna till en kvali-tetssäkrad och auktoriserad företagshälsovård. Systemets uppbyggnad påbörjades 1994 och är 1998 i full gång, vilket stämmer med de urspr-ungliga planerna. Auktorisationen sker inom socialministeriet och kvalitetsarbetet bygger på ISO 9000.

Företagshälsovårdsorganisationer, som avser att söka auktorisation, genomför ett systematiskt kvalitetsarbete i sin organisation. Det under-

lag som härvid arbetas fram lämnas till auktorisationsenheten på socialministeriet. Här sker sedan en genomgång av materialet samtidigt som en nära dialog finns med FHV-organisationen. Det är alltså ett omfattande och kostsamt förfarande för att bli auktoriserad.

År 1994 bedömde man att det fanns ca 600 FHV-organisationer i Holland, varav endast 5 var auktoriserade. Man förväntade sig då att ytterligare 90 enheter skulle auktoriseras under 1995. Bedömningen var att det behövdes ca 40 anställda per enhet för att få lönsamhet i auktorisationen, vilket innebär service till ca 40 000 anställda.

1998 finns cirka 300 auktoriserade företagshälsovårdsorganisationer. FHV-kontrakt saknas för ca 2–4% av arbetsgivarna. I huvudsak är dessa små arbetsgivare och en del av dem är inte heller skyldiga att vara anslutna.

FHV ses som navet i en arbetsmetodik, som bygger på tidig och aktiv sjukfallshantering och rehabilitering samt en nära koppling till förebyggande arbetsmiljöinsatser. FHV förser ansvariga linjechefer med information, kunskap och stödåtgärder. FHV:s sjuksköterskor tar normalt redan första frånvarodagen kontakt med den sjuke. Främst genomförs kontakten i form av en telefonkontakt men också hembesök förekommer. Beräknas sjukfallet pågå under en längre period övergår kontaktansvaret till läkaren, som har ansvaret för att en rehabiliteringsplan upprättas inom 13 veckor.

FHV har ingen sjukvårdande eller behandlande roll. Deras uppgift är att arbeta med förebyggande insatser, sjukskrivningar samt tidig och aktiv rehabilitering, vilket innebär en nära kontakt med behandlande läkare samt i längre sjukfall med det offentliga sjukförsäkringssystemet. Erfarenheterna visar att företagshälsovårdsläkarna ser positivt på sin yrkesroll och upplever inga problem i kompetensutvecklingshänseende trots att ingen sjukvårdande del ingår i arbetsuppgifterna. Undersökningar visar att 70 procent av arbetstagarna arbetar på arbetsplatser där riskbedömning och förebyggande insatser fungerar tillfredställande.

Arbetsgivaren kan fritt avtala med företagshälsovårdsanordnaren om vilka tjänster som ska ingå i överenskommelsen dock måste avtalet innehålla en viss miniminivå på FHV-tjänsterna. Alla måste köpa ett minimipaket av tjänster, som innehåller riskbedömning, förebyggande insatser, rehabilitering och medicinsk rådgivning. Därutöver kan tilläggstjänster köpas.

Kostnaden kan, för den som önskar, hållas på låg nivå genom att de frivilliga tjänster som FHV erbjuder väljs bort. Ett obligatoriskt inslag är *sjukfrånvaropolicy*. Policyn ska bland annat innefatta förhållningsätt och regler för arbetsrehabilitering. FHV ska lära arbetsgivaren hur man hanterar sjuka arbetstagare, hålla kontakt med sjuka, anpassa arbetsplatsen, genomföra träning på arbetsplatsen m.m. Obligatoriskt är

även *hälsokonsultationer*, varvid en bedömning sker av arbetstagarens arbetsförmåga. Likaså ska *periodiska undersökningar* och *arbetsplatsundersökningar* ingå – innefattande inventering och värdering av risker. Företagshälsovården ska samarbeta med socialförsäkringskontoren. Avtalen mellan arbetsgivarna och företagshälsovården kontrolleras av arbetsplatsens samverkansgrupp och inges till socialförsäkringskontoret.

Väsentligt att notera är att den behandlande läkaren inte har någon koppling till företagshälsovården och har inte heller någon rätt att sjukskriva patienten. Försäkringsläkarna, som finns på socialförsäkringskontoren, ombesörjer sjukskrivningar. Företagshälsovårdsläkarna arbetar rådgivande inom området rehabilitering och förebyggande. Dessa sköter 80–90 % av rehabiliteringsarbetet inom företagshälsovården. Företagshälsovården tar vid behov kontakt med behandlande läkare, medicinska specialister och arbetsgivaren. Kontakten med behandlande läkare måste förbättras och det är ett problem som man arbetar med för närvarande.

Företagshälsovården arbetar idag till stor del med socialförsäkringshantering och i liten utsträckning med medicinsk behandling, även om ett mindre inslag av behandlingsverksamhet kan förekomma. Bland annat förekommer korttidsterapi med anledning av konflikter på arbetsplatsen. Behandlingstiden uppgår till ca 5 timmar. Längre tids terapi måste sökas utanför företagshälsovården.

Företagshälsovården arbetar främst med problem som uppstår under sjuklöneperioden. Inom FHV finns rådgivande organ, som bland annat har till sin uppgift att garantera kvalitet på rehabiliteringsarbetet. FHV-läkaren arbetar med frågor rörande långtidssjukdom, upprepade korttidssjukskrivningar, arbetsrelaterad ohälsa, förväntade rehabiliteringsproblem och konflikter på arbetsplatsen.

Rehabiliteringsprocessen startar med en analys av problemet för att se i vad mån problemet är medicinskt-, arbetsplats- eller beteenderelaterat. Därefter upprättar företagshälsovården en rehabiliteringsplan. De verktyg som står till buds är pengar, träning och anpassning av arbetsplatsen. De svårigheter som företagshälsovården påtalar är kötiderna för erhållande av sjukvård, arbetsgivares ovilja att anpassa arbetsplatsen och ängslighet/ovillighet hos arbetstagaren.

Cirka 60 procent av de anställda inom företagshälsovården är läkare. I övrigt är cirka 15 procent sköterskor, cirka 15 procent psykologer, arbetsterapeuter eller sjukgymnaster, och cirka 10 procent administrativ personal.

En koncentration av företagshälsovården till större enheter har skett. Vissa FHV inriktar sin verksamhet mot stora arbetsgivare medan andra FHV inriktar verksamheten mot små arbetsgivare. Stora enheter som

ger service till arbetsplatser med sammanlagt ca 100 000 anställda blir allt vanligare förekommande. FHV har normalt ca 2 anställda per 1 000 arbetstagare. Teamarbete med läkaren som case-manager är en vanlig arbetsmetod. I långa sjukfall tillhandahåller Lisv, dvs. den organisation som sköter det offentliga sjukförsäkringssystemet, långtgående stöd i form av arbetsmarknadsexperter och rehabiliteringsexperter.

FHV ägs normalt av de arbetsgivare som anslutit sig. I några fall finns en knytning till försäkringsbolag. Något som man räknar med ska komma att öka.

3.4.8 Erfarenheter

1997 finns 862 000 förtidspensionerade i Holland, vilket motsvarar 12,8 % av arbetskraften. 640 000 av dessa har arbetsförmågan maximalt nedsatt. Under 1997 har 17 000 förtidspensionerade återanställts. Sjukfrånvaron har halverats under 90-talet, men ligger stilla på cirka 4 % sedan ett år tillbaka.

Bruttonationalprodukten (BNP) ökade under 1996 och 1997 med drygt 3 procent per år. Inflationen låg på 2 procent. Exportindustrin har en god utveckling och överskottet i handelsbalansen uppgick 1997 till cirka 130 miljarder kronor.

Några stora konflikter mellan arbetstagarna och arbetsgivarna verkar inte ha uppstått till följd av de nya lagarna. Däremot finns en diskussion om företagshälsovårdens roll och dess brist på opartiskhet. Allt fler upplever företagshälsovården endast som ett stöd till arbetsgivarna. Fackliga organisationer har därför gått ut med ett upprop om att medlemmarna ska anmäla om de anser sig orätt behandlade av företagshälsovården.

Kostnaderna för arbetsgivarna har generellt sett minskat. Lägre sjukfrånvaro och lägre avgifter är orsakerna till denna utveckling. Arbetsgivarna har blivit mer intresserade av förebyggande åtgärder och aktiva rehabiliteringsinsatser. De har även visat ett ökat intresse av att ta fram statistik och följa sjukfrånvarons utveckling. Anställda som via enkätundersökningar tillfrågats om de nya reglerna har varit positiva. Köer och väntetider inom sjukvården skapar irritation hos arbetsgivarna. Företagshälsovården har inte någon sjukvårdande eller behandlande uppgift.

Selektionsproblemen på arbetsmarknaden anses ha ökat. Trots en god efterfrågan på arbetskraft blir det allt svårare att placera människor med bristande arbetsförmåga. En handikapplagstiftning, liknande den som finns i USA, har införts. Bidrag till att anställa handikappade finns. Hittills har dessa åtgärder inte fått någon större effekt. Det finns

en oro för vad som kommer att hända när konjunkturutvecklingen vänder nedåt. Sjuklönen bedöms ha inneburit att fler och fler tvingas säga upp sig och att allt fler blir tillfälligt anställda.

Sedan i början av 1990-talet, när förändringsarbetet påbörjades, har sjukfrånvaron under sjuklönetid sjunkit. Även frånvaron efter 1 år har sjunkit. Före 1994 och därmed innan sjuklönen infördes låg, enligt den officiella statistiken, sjukfrånvaron på knappt 9 %. Numera är siffran som nämnts cirka 4 %.

Nybeviljade ersättningsfall nådde en topp under 1990 och 1991, då ca 115 000 nya fall beviljades per år. Därefter har antalet successivt sjunkit och 1994 beviljades ca 85 000. Samtidigt har en omfattande omprövning skett av pågående fall. Totalt har detta inneburit att antal pågående långa sjukfall minskat. I början av 1990-talet fanns ca 875 000 fall för att 1993 öka till ca 920 000, vilket motsvarade ca 15 % av arbetskraften. Därefter har antalet sjunkit och 1997 var siffran som nämnts ca 862 000.

Antalet öppet arbetslösa ökade under perioden 1990–1994 från ca 200 000 till ca 400 000, vilket innebär från drygt 3 % till ca 6 %. År 1997 låg arbetslösheten på ungefär samma nivå som 1994.

3.5 Danmark

3.5.1 Inledning

Innehållet i den danska socialförsäkringen skiljer sig inte nämnvärt från den svenska men däremot skiljer sig uppbyggnaden och organisationen. Det danska socialförsäkringssystemet är uppdelat i olika försäkringssystem och på olika administrativa organisationer. Ett särdrag är att i Danmark sköts en betydande del av socialförsäkringssystemet av kommunerna.

Det vi överlåtit på försäkringskassorna har kommunerna hand om i Danmark. Genom kommunreformen 1972 fick kommunerna även ansvar för sjukförsäkring och folkpension. Kommunerna har också ett finansiellt ansvar.

Den andra organisatoriska skillnaden avser arbetsskadeområdet. Arbetsskadorna administreras av försäkringsbolag under stark statlig styrning och övervakning. Arbetssjukdomarna låter sig inte aktuariskt beräknas och kan därför inte försäkras på sedvanligt sätt – en problematik som finns i flertalet nordiska länder. I Danmark har man därför fått genomföra särlösningar vad gäller arbetssjukdomarna.

På arbetsskadeområdet har Sverige en samordning med sjukförsäkringen, medan man i Danmark utger ersättning oberoende av sjukersätt-

ning. Den ersättning som utges utgår ifrån en procentuell bedömning av invaliditet.

2,4 miljoner var 1995 medlemmar i A-kassorna, vilket motsvarar 84 procent av arbetskraften. 1996 var arbetslösheten knappt 9 procent och 4 procent var i arbetsmarknadsåtgärder – totalt motsvarande cirka 346 000 personer.

Arbetslösheten har kraftigt sjunkit under 90-talet medan antalet personer med efterlön ökat. Antalet personer med s.k. sabbatsår ökade kraftigt fram till 1995 och uppgick till 77 000 men har sedan dess minskat till cirka 50 000. Totalt fanns 1997 drygt 500 000 personer med någon form av passiv ersättning.

3.5.2 Socialförsäkringssystemet

Det danska socialförsäkringssystemet innehåller sjuk-, pensions-, arbetslöshets- och arbetsskadeförsäkring.

Sjukförsäkringen innehåller sjukpenning, rehabiliteringsinsatser och föräldrapenning. Den administreras av kommunerna.

Pensionsförsäkringen innehåller folkpension och tilläggspension. Den administreras av kommunerna respektive ATP i Hilleröd.

Arbetslöshetsförsäkringen administreras av arbetslöshetskassorna som är knutna till de fackliga organisationerna. 1996 fanns 38 A-kassor i landet. Riktlinjer och tillsyn av försäkringen sköts av Direktoratet för Arbetslöshetsförsäkringen. Den är en statlig myndighet direkt underställd Arbetsmarknadsministeriet. Direktoratets uppgift är att stödja ministeriet i att utveckla lagstiftningen och att ge ut riktlinjer för försäkringens tillämpning.

Relationen mellan avgifts- och skattefinansiering av arbetslöshetsförsäkringen har under de senaste tio åren i stort sett varit konstant, med undantag av att en viss förskjutning har skett från arbetsgivaravgifter till medlemsavgifter.

Arbetsskadeförsäkringen är lagstadgad och obligatorisk. Den administreras av försäkringsbolag, vars roll är att försäkra arbetsgivarna. De premiesätter och betalar ut ersättning till de skadade. Beslut om rätt till ersättning och ersättningens storlek fattas av Arbetsskadestyrelsen. Staten försäkrar sig inte utan får själv stå för motsvarande kostnader. Kommunerna kan välja mellan att försäkra sig eller att stå för kostnaderna själva. Arbetsskadeförsäkringen är ett komplement till sjuk- och pensionsförsäkringarna.

Arbetsskadebegreppet omfattar olycksfall och sjukdomar. Rätten till ersättning för arbetssjukdom är beroende av om berörd sjukdom finns på en officiell lista för arbetssjukdomar. Man kan få ersättning även för

andra sjukdomar men då ska beslut fattas av "Kommittén för arbets-sjukdomar". Den består av experter från berörda myndigheter.

Det finns ett nära samarbete mellan Arbets-skadestyrelsen och Arbetstillsynet. Anmälan om arbetssjukdomar går från försäkringsbolagen till Arbetstillsynet och sedan till Arbets-skadestyrelsen. Den gemensamma arbets-skadestatistiken utnyttjas i det förebyggande arbetet.

3.5.3 Sjukpenning och ersättningsnivåer

Flertalet omfattas genom kollektivavtal av sjuklön i två veckor. Ersättningen motsvarar 100 procent av lönen och ingen karensdag tillämpas. Sjukpenningen från kommunerna motsvarar 90 procent och ingen karensdag tillämpas. Arbets-skadeförsäkringen ger 100 procents lönetäckning. Arbetslöshetsförsäkringen är 90 procent och ingen karensdag tillämpas. Folk- och tilläggs-pensionen varierar mellan cirka 50 och 80 procent beroende på inkomstnivå.

Efter sjuklöneperioden erhåller den försäkrade sjukpenning. Sjukpenning utgår i princip under maximalt ett år, men den kan förlängas. Ersättningsnivån är 90 procent upp till ett tak på 12 000 Dkr/mån. Ungefär 90 procent av de försäkrade ligger under detta inkomsttak.

Sjukpenningssystemet administreras av kommunerna men finansieras av stat och kommun. Under vecka 3–10, efter sjuklöneperioden, finansierar staten hela sjukpenningkostnaden. Därefter betalar stat och kommun 50 procent vardera. Skillnader i tillämpningen förekommer mellan de 273 kommunerna, till följd av att kommunerna har stor frihet att organisera sitt arbete med sjukpenningen.

Ett skattepliktigt socialbidrag finns för dem som inte kan få sjukpenning. En familjeförsörjare kan få upp till cirka 9 000 Dkr/mån.

3.5.4 Rehabilitering

Rehabiliteringens mål är att möjliggöra att personer återvänder till arbetsmarknaden och försörjer sig på vanlig lön. På nationell nivå sorterar rehabiliteringsarbetet under Socialministeriet. På regional och lokal nivå är kommunerna ansvariga.

Det förebyggande arbetsmiljöarbetet ute på arbetsplatserna betonas allt mer. Likaså fokuseras tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser. Emellertid är det svårt att nå ut till läkarna med information om vikten av tidig och aktiv rehabilitering. Läkarna i primärvården i Danmark är egna företagare och kräver ersättning för att ställa upp på utbildning, informations- och planeringsmöten. Goda exempel finns emellertid där

kommunernas borgmästare engagerat sig i dessa frågor och fått till stånd en stor uppslutning bland läkarna.

För de försäkrade som blir långtidssjuka ska kommunerna enligt lag senast efter 8 veckor sätta igång aktiverings- och utredningsinsatser. Ett läkarutlåtande ska inhämtas för att kunna göra en tremånadersuppföljning. De ska inom samma tid ta fram en rehabiliteringsplan. Detta arbete ska ske samråd med de försäkrade, dennes arbetsgivare och behandlande läkare. Rehabiliteringsplanen innehåller vanligtvis arbetsprövning, arbetsträning och utbildning.

Det åligger på kommunerna att göra utvärderingar var tredje månad av de långtidssjuka, vilket innebär att de ska sätta igång arbetsträning, utbildning m.m. som ett tidigt inslag i rehabiliteringsarbetet. Om förvärvsgraden är nedsatt ska en rehabiliteringsplan utarbetas. En godkänd rehabiliteringsplan är villkoret för att rehabiliteringsersättning ska utgå.

Sjukdagpeng för rehabilitering betalas ut under utredningstid i maximalt 52 veckor. Perioden med sjukdagpeng kan förlängas om det anses troligt att rehabilitering kommer verkställas.

Rehabiliteringsersättning som motsvarar sjukdagpengen 2 625 Dkr /vecka betalas ut när det finns en godkänd rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsersättning kan utbetalas i högst 5 år. Därutöver finns en rad andra bidrag – bostadsbidrag, lönetillskott, utbildningsbidrag, resebidrag, hjälpmedel, arbetsredskap m.fl.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen omfattar olika typer av åtgärder. Här ingår arbetsprövning, arbetsträning, ändrade arbetsuppgifter, omplacering, utbildning, anpassning av arbetsplatsen, ändrade arbetstider, arbetshjälpmedel och lån till att starta eget företag.

Även under tid med socialbidrag ska rehabiliteringsåtgärder vidtas. För att skapa sysselsättningsmöjligheter för personer som har svårt att etablera sig på den öppna arbetsmarknaden finns olika typer av anpassade arbetstillfällen.

En sådan möjlighet är "skyddat arbete" där arbetsgivaren betalar 1/3 av lönekostnaden och staten betalar resterande del. 3 000–4 000 sådana arbeten finns. En annan sådan möjlighet består av "fleksjobb", som är till för arbetslösa. Kommunerna ansvarar för tillskapande av arbetena och staten finansierar dem till 50 procent eller 25 procent. 3 000–4 000 sådana arbeten finns spridda över hela landet. En tredje sådan möjlighet är s.k. "Skona-jobb", som skapas genom kollektivavtal mellan arbetsmarknadens parter. De innehåller inga statliga eller kommunala subventioner. Finns inga rehabiliteringsmöjligheter kan man få förtidspension av medicinska skäl.

4 Utvecklingen på arbetsmarknaden

4.1 Arbetslöshet, höjda trösklar och brist på reträttplatser

Förhållandena på arbetsmarknaden har en stark inverkan på människors välbefinnande, på sjukalet och på utslagningen från arbetslivet. Nyligen genomförda undersökningar inom LO-kollektivet påvisar att som stresskapande faktor intar "oro att förlora jobbet" en topplacering, följt av "hårt uppskruvad arbetstakt". 1997 års arbetsmiljöundersökning av den svenska arbetskraften i dess helhet visar att 68 procent av kvinnorna och 59 procent av männen anser att tempot i arbetet ökat de senaste fem åren¹. I en europeiskt jämförande studie påvisas att svenskarna i arbetslivet är bland de mest stressade och att Sverige hamnar på tredje plats när det gäller högt arbetstempo².

De ekonomiskt ansträngda förhållanden som arbetsgivare, privata som offentliga, lever under medför strukturella och organisatoriska förändringar på arbetsmarknaden. I syfte att förbättra kostnads- och konkurrensläget genomförs inte sällan sammanläggningar av verksamheter och en koncentration sker till kärnverksamheter, vilket innebär att en större eller mindre andel av de anställda blir övertaliga. Det är vanligt att personalnedskärningar utnyttjas som en lösning på uppkomna lönsamhetsproblem och att allt fler insatser krävs av allt färre individer. Produktivitets- och förnyelsekraven kan de anställda och medborgarna avläsa varhelst de befinner sig i det svenska samhället. Inom bl.a. omsorgs- och vårdarbetet kan stora delar av produktionen inte automatiseras, men kraven är trots detta att allt färre anställda ska tillgodose en ökad vårdefterfrågan från allt tyngre vårdkategorier.

Konsekvensen av detta blir att personer som på grund av nedsatt arbetsförmåga måste gå på halvfart får allt svårare att hävda sig på arbetsmarknaden. Därtill är många människor i dag arbetslösa och många lever under hot om uppsägning eller tillhör kategorin övertaliga.

¹ Arbetsmiljöundersökningen 1997, SCB och ASS, 1998.

² European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

Dessa förhållanden återverkar på kostnaderna för socialförsäkringen liksom på behovet av och möjligheterna att bedriva rehabiliteringsarbete i företag och andra verksamheter.

Industrins betydelse i samhällsutvecklingen är stor, men dess roll som sysselsättningskapare har minskat avsevärt – arbetsplatserna automatiseras och sysselsätter allt färre, samtidigt som produktionsvolymen tillväxer. Det är i service- och tjänsteproduktion som allt fler människor har sitt arbete.

Huruvida industrisamhället håller på att ersättas av en tjänsteekonomi kan diskuteras. Vi kan emellertid konstatera att vår ekonomi i ökad grad baseras på produkter och tjänster med större kunskaps- och informationsinnehåll. En del i detta utgörs av att tillverkande företag drar med sig tjänster, att medarbetarbegreppet vinner terräng till följd av att industri- respektive tjänstepräglat arbete närmar sig varandra och att de större tillverkande företagen snabbt ökar sina investeringar i forskning och utveckling, kompetensutveckling samt lednings- och organisationssystem. Dessa investeringar överstiger i flertalet fall de traditionella investeringarna i maskiner och anläggningar. Utifrån detta perspektiv blir en uppdelning i tjänsteproduktion och i industriell verksamhet mindre intressant.

Till stor del präglas dagens arbetsliv av en internationellt utbredd organisationsmodell som bygger på att en kärngrupp fast anställda i huvudverksamheten backas upp av tidsbegränsade anställningar, inhyring av personal, underleverantörer m.fl.³ Tillämpningen av organisationsmodellen initierades inom den privata sektorn, men den har under 90-talet spritts till alla delar av arbetsmarknaden. Den medför i regel att arbetstakten och arbetsbelastningen ökar för de anställda. Det arbete som kan rationaliseras bort övergår i självständiga företag eller läggs ut på kontrakt, entreprenad o.dyl.

Rationaliseringsåtgärderna inriktas i dag vanligtvis mot verksamheter som definieras ligga utanför den egna kärnverksamheten. Stöd- och servicefunktioner, som tidigare utgjort en naturlig del inom ett företag eller en offentlig verksamhet där produktivitetskraven kanske inte varit lika högt satta som i den övriga verksamheten, läggs inte sällan ut på entreprenad. När exempelvis lokalvården övergår till att bli en självständig enhet eller ett eget företag, fokuseras produktivitets- och prestationskraven som vägledande för verksamheten, vilket inte sällan medför minskat utrymme för personer med nedsatt arbetsförmåga.

Tillgången på de enkla arbeten som fanns tidigare, vilka kunde tjäna som övergångs- eller reträttplatser efter sjukdom eller skada utgör en bristvara på 90-talets arbetsmarknad. Okvalificerade arbeten utan krav

³ Blainplain, 1993; Aronsson & Sjöstrand, 1994; Terrick & Barling, 1995, m.fl.

på specifik utbildning har till stora delar försvunnit. Arbete i telefonväxel, reception och enkla kontorsarbeten håller på att försvinna. Lagerarbete betecknades för inte särskilt länge sedan som ett relativt enkelt arbete, men det utgör i dag ett arbete som handlar om datoranvändning, ansvar för värdefull gods- och materialhantering, transport och framförande av fordon. Den kategori av arbeten som tidigare utgjort så kallade reträttplatser för människor med nedsatt arbetsförmåga har till stor del rationaliserats bort. Det gäller inom såväl privat som offentlig sektor.

Vi kan på olika sätt konstatera att arbetsmarknadens trösklar höjs som en följd av att den anställdes arbetsmängd och belastning ökar. Trösklarna höjs även till följd av att kraven ökar när det gäller utbildning och kompetens. Spridningen och utnyttjandet av bl.a. informationsteknologi medför en utveckling av produkter och tjänster med större kunskapsinnehåll. En utveckling som i regel innebär höjda mentala och intellektuella yrkeskrav. Den synliga såväl som den osynliga utstötningen från arbetsmarknaden är inte obetydlig.

Insikten växer emellertid om att de effektivitetsvinster som man eftersträvar genom att lägga ut delar, eller hela verksamheter, på exempelvis kontrakt eller entreprenad inte sällan uteblir. Man kan i dag iaktta att en viss dämpning av denna utveckling sker inom bl.a. banker och kommunala verksamheter, där man till del börjat lägga tillbaka det man tidigare skurit bort från kärnverksamheten. Förhoppningarna om att kortsiktigt kunna behovsstyra kunskapsefterfrågan och personalstyrkan genom underleverantörer, kontrakt- och korttidsanställningar har i mindre utsträckning än planerat kunnat infrias.

Grupporganiserad produktion har, tillsammans med delegerat resultatansvar, fått ett brett genomslag i det svenska arbetslivet under 90-talet. Detta kombineras inte sällan med till arbetsgrupperna knutna ekonomiska bonussystem. För att kunna förverkliga högt ställda produktivitetskrav söker man utveckla verksamheterna med hjälp av organisationsförnyelse, lagarbete och kompetenstillväxt. Vanligt är att funktioner som försäljning, konstruktion, inköp och produktion organiseras och integreras i målstyrda grupper. Grupperna kan anpassa sin kapacitet efter varierande kundbehov genom de anställdas förmåga att klara ett flertal olika arbetsuppgifter. Den nära kontakten med kunder och underleverantörer innebär att problem om möjligt löses direkt i grupperna med stöd av specialiserade enheter. Kraven på kompetens – behovet av generalister såväl som specialister – ökar. Utvecklingen innebär att organisationer i allt mindre utsträckning arbetar efter fasta beslutsstrukturer och i stället präglas av löst sammanhållna nätverk bestående av små, självständiga enheter med egna kundrelationer. Inflytande över

det egna arbetet, möjligheter att ta egna beslut och initiativ, och tillgång till information är nödvändigt i de nya organisationerna.⁴

Under goda betingelser kan gruppen fungera som ett mycket gott stöd och en buffert för höga prestationskrav och belastningar på den enskilde individen. Grupporganiserad produktion med högt uppsatta prestationskrav medför emellertid inte sällan att toleransen och acceptansen för individ- och prestationsavvikelser blir mindre och att utstötningmekanismerna på så sätt förstärks. Lagarbete fungerar bra i många sammanhang men inte alltid.

Rehabilitering av en enskild individ underlättas vanligtvis inte av effektivitetsfokuseringen och de i dag allt mer förekommande grupp- och resultatstyrda produktionsvillkoren. Därtill kommer att det är långt ifrån ovanligt att det finns övertaliga personer i företag och offentliga verksamheter som en följd av omorganisationer och personnedskärningar. Vilken ställning har de medicinska omplaceringsfallen i förhållande till de övertaliga, frågar sig i växande utsträckning de personalansvariga inom olika verksamheter.

4.2 Sysselsättning och företagsstruktur

Arbetslösheten i Sverige är i juni 1998 var 11,7 procent. Den öppna arbetslösheten utgjorde 8,3 procent, och 3,4 procent av arbetskraften deltog i konjunkturanpassade åtgärder. Drygt fyrahundrasextiotusen människor i arbetsför ålder var arbetslösa⁵. Därutöver deltog ca åttiotusen människor i regeringens utbildningssatsning "Kunskapslyftet" som syftar till att höja kompetensnivån i den svenska arbetskraften. De sammanlagda kostnaderna för arbetslösheten har för de senaste åren beräknats uppgå till cirka 150 miljarder kronor/år.

Förhoppningen är att arbetsmarknadsläget ska förbättras genom den pågående saneringen av de offentliga utgifterna och genom bl.a. tillskapande av bättre villkor för småföretagande, entreprenörskap och företagande i allmänhet. Den del av arbetsmarknaden som uppvisar tillväxt i antalet anställda utgörs framför allt av företag och verksamheter som har anknytning till högteknologi och ett högt kunskapsinslag (know-how)⁶.

Sammantaget uppvisar de stora företagen en negativ tillväxt i antalet anställda. De nya arbetstillfällena har under de senaste åren

⁴ Växelverkan – arbete, tillväxt, välfärd, SACO, 1996.

⁵ Arbetsmarknadsstyrelsen, april 1998.

⁶ C. Olofsson, Ultuna Lantbrukshögskola, Uppsala, B. Szymne, EFI, Handelshögskolan, Stockholm.

främst skapats i de mindre företagen. Det statsfinansiella läget gör att den offentliga sektorn inte tillåts växa i någon större utsträckning. Till viss del sker det en överflyttning av offentlig vård och service till den privata sektorn. Behovet av vård- och omsorgstjänster är stort och kan förutses komma att växa ytterligare av bl.a. demografiska skäl.

En minskning med cirka 7 procent av de anställda i staten skedde under perioden 1993–96. Kommuner och landsting minskade med cirka 4 procent under samma period, vilket motsvarar ungefär 40 000 anställda⁷. Kommunförbundet gör i sin rapport "Personal i rörelse" en framskrivning av utvecklingen fram till år 2005, där man uppskattar att en begränsad personalökning kommer ske i förhållande till i dag med cirka 14 000 årsarbetare.

Sverige har ett mycket stort antal småföretag, få medelstora företag och förhållandevis många stora företag. Hälften av de anställda i Sverige uppskattas arbeta i företag med färre än 50 anställda, av vilka merparten är familjeägda. Det finns drygt en halv miljon företag i Sverige. 95 procent av dem är så kallade mikroföretag som har färre än 10 anställda.

Företag med färre än 200 anställda utgör 99,9 procent av samtliga företag. Tillväxtföretagen i Sverige uppskattas vara färre än 1000 till antalet. Mikroföretagen, det vill säga de företag som har färre än 10 anställda, står för cirka 20 procent av sysselsättningen inom den privata sektorn, och företag med under 200 anställda står för drygt 60 procent. Hälften av de företag som finns i Sverige saknar anställda – flertalet är så kallade egenföretagare⁸.

1995 var 3,4 miljoner av Sveriges befolkning i arbete. 1,2 miljoner motsvarande 37 procent arbetade i kommuner, landsting och statliga verksamheter. 2,2 miljoner motsvarande 63 procent arbetade i privata företag, varav 1,4 miljoner i koncernanknutna företag och 0,8 miljoner i övriga privata företag (källa: Centrala företagsregistret och Koncernregistret).

De stora företagen och koncernerna har stor betydelse för Sverige. De har, trots att de är få, stor direkt och indirekt inverkan på den svenska ekonomin och arbetsmarknaden. Dels i egen kraft, dels genom att många mindre företag är koncernanknutna eller utgör underleverantörer till större företag. Koncernanknytning förekommer inte i mikroföretagen. Ett av fyra småföretag med 10–49 anställda är uppskattningsvis koncernanknutna. Flertalet företag med 50–199 anställda är koncernanknutna.

⁷ Staten i omvandling, 1997:15, Statskontoret.

⁸ NUTEK Småföretagaren i Sverige 1997.

Tjänstesektorn står för över 70 procent av den totala sysselsättningen. Det är också inom denna sektor som det aktivaste nyföretagandet för närvarande sker. Industrins roll som värdeskapare och motor i den svenska industriproduktionen är alltså betydande, men som sysselsättningskapare har dess direkta betydelse avsevärt avtagit. Av de drygt 30 000 företag som startades under 1996 var endast 9 procent tillverkande företag.

80 procent av nyföretagandet 1996 skedde inom tjänstesektorn. Inom denna sektor var det främst företag med inriktning på företags-tjänster (33 procent) och varuhandel, reparationer, hotell och restauranger (29 procent) som dominerade. Flertalet småföretag finns således i dag inom tjänstesektorn och då särskilt i de omnämnda tillväxtbranscherna. Därutöver ska noteras att bygg- och transportsektorn alltså är stora. Ser man på könsfördelningen hos företagarna kan noteras att kvinnligt företagande är lågt, men ökande, och förekommer främst inom handeln och tjänstesektorn.

Knappt en femtedel av det som för närvarande produceras i Sverige exporteras. Ser man till företag med färre än 200 anställda utgjorde deras andel 1994 en femtedel av Sveriges totala export (1994). Inom varuhandeln är deras andel över 50 procent och inom byggnadsverksamhet 38 procent.

Den svenska arbetsmarknaden och näringslivsstrukturen skiljer sig regionalt. Landsbygd och stad uppvisar likaså stora skillnader i arbetsmarknadshänseende. Vi har en starkt könssegregerad arbetsmarknad i Sverige. Könssegregationen på arbetsmarknaden medför att det finns stora skillnader i kvinnors och mäns arbetsvillkor, skador och sjukdomar.

I 1998 års budgetproposition räknar man med att sysselsättningen fram till år 2000 kommer att ändras i enlighet med nedanstående tabell. Det relativa arbetskraftstalet är uttryckt i procent av befolkningen i åldern 16–64 år. Antalet sysselsatta är uttryckt i tusental personer. Den öppna arbetslösheten är uttryckt i procent av befolkningen.

År	1997	1998	1999	2000
Relativt arbetskraftstal	76,8	76,3	76,4	76,6
Antal sysselsatta	3922	3961	4020	4098
Privat sektor	2695	2726	2783	2848
Offentlig sektor	1223	1232	1236	1246
Öppen arbetslöshet	8,0	6,7	5,7	4,4
Konjunkturbetonade arbetsmarkn.pol. åtgärder	4,3	4,2	4,0	3,9

I boken "Förnyare, Frustrerade och Fria agenter" 1997⁹, i vilken de arbetslösa själva kommer till tals, anslås ett annat perspektiv på arbetsmarknadsutvecklingen. Boken bygger på ett forskningsprojektet "Den dolda världen" som SIFO genomförde 1994–97, med bidrag från bl.a. Folkhälsoinstitutet, Rådet för arbetslivsforskning, RFV, Allmänna Pensionsfonden m.fl. Projektet sökte utforska hur livet ter sig för de människor som befinner sig utanför den reguljära arbetsmarknaden – vad gör de som inte arbetar, vad gör de arbetslösa, och vad gör och innehåller den "dolda" dvs. den grå/svarta delen av arbetsmarknaden.

Författarna menar att de som står utanför arbetsmarknaden är betydligt fler än de 6–8 procent av arbetskraften som man i enlighet med officiella källor räknar till de öppet arbetslösa, eller den uppräknade med några få procent som man får om man även räknar med de arbetslösa som är i arbetsmarknadsåtgärder. Om man räknar alla dem som vill arbeta men inte kan få ett arbete så utgör dessa 25 procent av arbetskraften menar författarna.

Med utgångspunkt från arbetskraftsundersökningar gjorda av SCB vid årsskiftet 96/97 kan arbetskraften indelas enligt följande. Antalet anställda motsvarar 3 450 000 personer; egenföretagare 400 000; arbetslösa 350 000; i åtgärder 200 000; övriga utan arbete 300 000; studerande 550 000; förtidspensionärer 500 000; övriga 100 000. En korrigering på 300 000 görs för eventuell dubbelräkning.

Denna bild vill författarna komplettera med ett annat alternativt perspektiv på arbetskraften. Arbetskraften delar de i stället in tre grupper. En grupp bildar de som är anställda på arbetsmarknadens villkor, vilka utgör cirka 3,3 miljoner personer, en annan grupp tillhör den dolda världen, vilka utgör cirka 1,1 miljon och en tredje grupp består av egenföretagare, vilka utgör cirka 0,4 miljoner. Gruppen den dolda världen delas in i fyra undergrupper beroende på deras förhållningssätt vad gäller skalan: positiv respektive negativ till förändring och skalan: aktivt respektive passivt arbetssökande. De fyra grupper man får fram benämns "passagerarna", "de frustrerade", "återställarna" och "förnyarna". Författarna menar att förnyarna är nydanare som anvisar vägen till utveckling.

Samhället är inne i en omställning och ett paradigmskifte som är av samma dimension som när jordbrukssamhället övergick i industrisamhället, betonar författarna. Bo Ekman SIFO:s chef, frågar sig i bokens förord "Hur ska de myndigheter, institutioner, försäkrings- och transfereringssystem som formades för en snart gången tids industrialism och konjunkturförlopp förändras för att passa in i det nya samhälle som är under framväxt".

⁹ "Förnyare, Frustrerade och Fria agenter", Jan O. Berg m.fl., City Unverity Press.

4.3 Nya arbets- och anställningsvillkor – osynlig övergång mellan arbets- och privatliv

Utvecklingen på arbetsmarknaden går, som tidigare konstaterats, mot ökad flexibilitet i en rad olika avseenden. Från näringsliv och arbetsgivare hävdas att ökat konkurrenstryck och snabba marknadsförändringar ställer stora krav på företagens och andra verksamheters flexibilitet och kundanpassning. Stor uppmärksamhet ägnas i dag arbetstidsflexibilitet både avseende arbetstidens förläggning och längd.

En annan del i denna utveckling är att inslaget av tillfälliga arbeten, inhyrd arbetskraft, deltidsarbeten, projekt- och tidsbegränsade anställningar på arbetsmarknaden ökar. Det gör att individen i dag är tvungen eller mer benägen att flytta sig mellan olika arbeten och arbetsplatser. Tidsbegränsade arbeten innehas framför allt av unga och kvinnor. Mellan åren 1990 och 1997 har de tidsbegränsade arbetena ökat från 10,1 % till 14,6 %. Under samma tid har tillsvidareanställningar minskat från 89,1 % till 85,4 %. Det är inte i första hand nedgången i ekonomin utan strukturella förändringar på arbetsmarknaden och företagens nya organisationsmönster som medför ökningen av de tidsbegränsade arbetena.

Av TCO:s rapport "Så har vi det på jobbet – tjänstemännens arbetsvillkor"¹⁰ framgår att den fasta anställningsformen är helt dominerande bland TCO:s kvinnor och är än mer så bland TCO:s män. Andelen tidsbegränsade anställningar inom TCO har ökat för både kvinnor och män mellan åren 1989 och 1995. Men andelen med tidsbegränsade anställningar är lägre inom TCO än inom LO och SACO. Det gäller för såväl kvinnor som män. Rapporten bygger på SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU). För kvinnorna har andelen tidsbegränsade anställningar inom TCO gått från 6 procent till 10 procent och för män från 2 procent till 5 procent. 14 procent av LO- och SACO-kvinnorna arbetar tidsbegränsat. För männen inom LO är motsvarande siffra 11 procent och för SACO är siffran 9 procent.

I en delrapport inom LO- projektet "Ökad sysselsättning" har man sökt kartlägga den "totala" flexibiliteten 1997¹¹. Personer med tillfälliga anställningar uppskattas till drygt 500 000 personer och anställda i uthyrningsföretag till 7 000 personer. 350 000 personer arbetar under påtvingad deltid, 250 000 är egenanställda och drygt 40 000 är

¹⁰ "Så har vi det på jobbet" Tjänstemännens arbetsvillkor, TCO, 1997.

¹¹ LO-rapporten "Utan fast kontrakt – Vad händer med anställningskontrakten vid hög arbetslöshet?" A. Karlsson, LO och E. Schantz, Kommunalarbetarförbundet, LO, 1998.

konsulter. De arbetslösa och de i arbetsmarknadspolitiska åtgärder utgör drygt 520 000 personer.

De nya arbetsmarknadsvillkoren innebär att den enskilde i ökad utsträckning rör sig mellan olika arbeten, olika anställningsförhållanden, växlar mellan korttidsanställningar, egenföretagande och arbetslöshet. En del i denna utveckling är att lönearbetets dominans minskar. Dublininstitutets senaste rapport påvisar bl.a. att arbetstiden är betydligt längre för egenföretagare och kontraktsanställda än för de fast anställda¹².

I studien "Osäker framtid"¹³ redovisas att 55 procent 1989 ansåg att de kunde få ett likvärdigt arbete utan att flytta, men att endast 17 procent ansåg detta 1993. En delstudie inom forskningsprogrammet "Arbetslivets flexibilisering"¹⁴ påvisar att bland de fast anställda anser sig 28 procent inte vara i sitt önskade yrke. Brist på arbeten och otrygghet i tidsbegränsade anställningar anser forskarna ligga till grund för denna känsla av "inlåsning". Dessa personer rapporterade signifikant mer huvudvärk och trötthet/håglöshet än personer i jämförelsegrupperna.

Formell utbildning är relativt svagt anknuten till att inte vara i det önskade yrket bland de fast anställda. Åldern har störst betydelse för om en person har det önskade arbetet eller inte. Andelsprocenten i olika åldersintervall skiljer sig emellertid mellan olika anställningsformer. Bland de fast anställda i åldersgruppen under 25 år är det 58 procent som anger att de inte är i det önskade yrket. Motsvarande andel bland de tillfälligt anställda är 66 procent. För åldersgruppen 55–65 år är andelen 11 procent bland de fast anställda och 18 procent bland de tillfälligt anställda.

Utvecklingen på arbetsmarknaden medför att övergången mellan arbetsliv och privatliv blir alltmer överlappande, vilket försvårar ett klarläggande av hur arbetsvillkor och individers och grupper exponering för olika arbetsmiljörisker inverkar på deras hälsa och arbetsförmåga. Industrin med dess tydliga avgränsning mellan arbete och fritid omfattar endast en mindre andel av arbetskraften. Kunskaps-, tjänste- och immateriell produktion tillväxer. Nya anställningsformer utvecklas, projekt och tidsbegränsade anställningarna ökar, liksom egenföretagande och olika former av nätverksorganiserad produktion. Sammantaget minskar lönearbetets dominans och arbetet blir alltmer tidsmässigt och rumsligt oberoende. Ett ökat utnyttjande av datorer är en del i den-

¹² European Foundation "Indicators of Working Conditions in the European Union", 1997.

¹³ ASS & SCB, 1995.

¹⁴ G. Aronsson/S. Göransson, ALI, 1998.

na utveckling och att även distansarbetet som arbetsform ökar, om än hittills marginellt. Det blir således allt svårare att klarlägga orsakerna till nedsatt arbetsförmåga och de därmed sammanhängande ansvarsförhållandena.

Behovet ökar av att anpassa reglerna för socialförsäkringsskyddet till olika grupper i arbetskraften och av att utvidga samarbetet mellan arbetsmiljöförbättrande insatser och allmänt hälso- och livskvalitetsförbättrande insatser.

4.4 Omställningsproblem, IT och en mer komplex produktion

Vi kan konstatera att tekniken har en stor inverkan på den strukturella förnyelse som samhället och arbetsmarknaden genomgår. En utveckling som återverkar på yrkesstrukturer, arbetskraftsrekryteringen, utslagningen och behovet av rehabilitering. Tekniken spelar en viktig roll när det gäller att skapa nya arbetstillfällen, men inte sällan också en avgörande roll för att möjliggöra rationaliseringar och personalnedskärningar.

Inte minst påtagligt är hur genomgripande IT-tekniken förändrar företagets och andra verksamheters produktion och distribution av varor och tjänster, med påföljande förändring av arbetets organisation och innehåll, och de kvalifikationer och krav som ställs på de anställda och arbetsgivaren. Ständiga förändringar med ökad delegering och förnyad arbetsorganisation medför nya krav på arbetsledning och på att skapa möjligheter för de anställda till kontinuerligt lärande i direkt anslutning till arbetet.

Arbetetsvillkor och kvalifikationskrav förändras till följd av vårt ökade internationella beroende och konkurrensutsatthet. En utveckling som inte minst sker till följd av den inverkan som IT-tekniken har på prissättning, konkurrens och marknadsförhållanden. Sveriges export- och utlandsberoende har under mycket lång tid varit stort, men det har blivit mer märkbart genom vårt EU-medlemskap, nya upphandlingsregler och genom de internationella krav som marknaden ställer på företag och verksamheter rörande bland annat kvalitets- och miljösäkring.

De svenska storföretagen arbetar praktiskt taget alla på den internationella marknaden – ett förhållande som även påverkar deras underleverantörer, vilka inte sällan utgörs av småföretag. Som ett led i att stimulera tillväxten i svensk ekonomi görs i dag stora ansträngningar för att uppmuntra de små företagen att öka sin exportorientering.

Den grundläggande principen för världens industrialisering var enkelhet genom utnyttjande av arbetsdelning och specialisering¹⁵. Arbetsdelning är den industriella organisationens kärnbegrepp. Arbetsdelning innebär förenkling. Den blev en nödvändig princip i samhällen som visserligen hade obligatorisk folkskola, men där arbetskraftens genomsnittliga utbildningsnivå sällan översteg tre års studier.

I dag är principen om ständigt växande komplexitet vägledande för produktions- och samhällsutvecklingen – varornas och tjänsternas komplexitet växer. De understryker betydelsen av att receptkomplexiteten växer. Med detta menas att längden på den instruktion som krävs för att kunna åstadkomma en kopia av en given produkt eller tjänst växer och kräver i vissa fall en extremt hög nivå i fråga om formell och informell utbildning vid produktion. Kunskapsinnehållet ökar i produkter och tjänster.

Det nu framväxande kreativt samhället är mindre naturresursberoende och bygger på kommunikation, kreativitet och komplexitet, anser författarna. Betydelsefullt för denna utveckling är receptkomplexiteten i kombination med transport- och informationsnätens växande täthet och mångsidighet. Det inbegriper förflyttning av människor och information, och den långsamma men stabila tillväxten av grundläggande kunskap genom utbildning av arbetskraften i världens utvecklade nationer och regioner.

Den strukturomvandling vi nu står inför kommer att medge en kvalitativ ekonomisk utveckling som på längre sikt sannolikt kommer ge ett mer uthålligt och välfärdsbringande samhälle än det industrisamhälle vi lämnar bakom oss. Ingen stor ekonomisk strukturomvandling har erbjudit ekonomisk jämvikt och social harmoni, utan den har vanligtvis präglats av stora möjligheter och snabb utveckling, men samtidigt av växande sociala och politiska spänningar, menar författarna.

4.5 Framtidstro och eget ansvarstagande utmärker de ungas livssyn

Framtidstron hos den kommande generationen tycks inte ha gått förlo-rad. Den bild som framtonar i Institutet för Framtidsstudiers mångåriga enkätundersökningar av sistaårsgymnasisternas syn på sin egen tillvaro kan tolkas som ett stabilt uttryck för självbestämmande. I den pågående

¹⁵ "Framtidens arbete och liv", 1997, Å. Andersson, Institutet för framtidsstudier, och P. Sylwan, vetenskapsjournalist, DN.

studien "Rapport 90-tal"¹⁶ framtonar en bild av självständiga, flexibla och målmedvetna ungdomar.

Nio av tio unga är positiva till framtiden, och de som är rent generellt positiva till framtiden är också positiva till sin egen framtid. 92 procent anser att de kan påverka sin egen framtid, men endast 39 procent anser att de kan påverka Sveriges framtid. Det finns en tydlig distinktion mellan individuella möjligheter och samhälleliga problem. De flesta anser att närmiljön med familj och relationer går att påverka, men att också arbetssituationen är påverkingsbar. Även om en oro för arbetslöshet uttrycks, är de flesta övertygade om att de kommer att klara sig bra även om många runt omkring dem kommer att drabbas hårt av arbetslöshet.

Stor framtidsoptimism är ofta förenad med en stark tro på den egna förmågan, och också att ansvaret är deras om det inte blir som man tänkt sig. Inställningen till IT är över lag positiv och har ett starkt positivt samband till hur ungdomarna ser på framtiden. 80 procent av de som intervjuats har tillgång till dator – 40 procent har dator hemma medan de övriga har tillgång till dator på skolan eller i arbetet. I genomsnitt använder hälften av dem dator varje vecka, var fjärde av dem använder dator dagligen.

Miljön framhålls av många som den viktigaste frågan inför framtiden. 60 procent anser att miljöförstörelsen är det största hotet mot framtiden. Tilltron till de vuxna är hög, liksom viljan till integration med vuxenvärlden. När det gäller synen på arbete framträder särskilt tydligt de ungas vilja till kommunikation med de äldre och deras beredskap att ta till sig vuxenvärldens ståndpunkter.

Politikerna, medierna och företagen styr utvecklingen menar ungdomarna. Politikerna är det ingen idé att försöka påverka, de ser sig själva som nog och ser inte längre än till nästa valdag. En större öppenhet och påverkbarhet tillmäts medier och företag.

I denna liksom i många andra ungdomsundersökningar har de unga framhållit vikten av sociala kontakter i arbetet och av att arbetet ger

¹⁶ Bi Puranen, Institutet för Framtidsstudier, studien "Rapport 90-tal" bygger på en kombination av djupintervjuer och enkätdata som riktat sig till drygt 1 000 ungdomar mellan 19 och 25 år. De är representativa i den mening att de fördelats med lika stor andel studerande, arbetande, arbetslösa och föräldralediga som i totalbefolkningen i samma ålder.

möjligheter till personlig utveckling. Fast anställning värderas högt, och många betonar betydelsen av att arbetet är miljö- och samhällsnyttigt. Ungdomar är i växande utsträckning positiva till eget företagande och antalet unga som erhållit starta-eget-bidrag ökar.

5 Sjukskrivning och rehabilitering på 90-talet

5.1 Social- och arbetsmarknadspolitik i samspel

Hög arbetslöshet och en omfattande förtidspensionering innebär att allt färre människor måste försörja allt fler. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi framhåller "Det sociala och ekonomiska skifte som innebär att allt färre måste försörja allt fler via sociala transfereringar ändrar fundamentalt förutsättningarna för de offentliga finanserna, den ekonomiska tillväxten och medborgarnas livsvillkor"¹. Denna utveckling tär på de offentliga finanserna och tunnar ut medborgarnas kunskapskapital.

Trots att folkhälsan förbättrats och att arbetsplatserna blivit mindre fysiskt krävande har antalet förtidspensionärer ökat under lång tid både i absoluta tal och som andel av befolkningen i förvärsaktiv ålder. De direkta kostnaderna för arbetslöshet och förtidspensionering är omfattande. Kostnaderna för arbetslöshet och förtidspensionering är emellertid långt större än dessa förluster. Det värde som ligger i arbetslösas och förtidspensionerades kunskaper och färdigheter, förvärvade genom utbildning och yrkesarbete, urholkas snabbt när man inte längre arbetar. Landets kunskapskapital gröps ur, vilket både försvagar vår internationella konkurrenskraft och möjlighet att skapa nya jobb. Detta tillsammans med att de arbetslösas hälsa och livskvalitet riskerar att försämrats.

I Sverige finns en tydlig koppling mellan social- och arbetsmarknadspolitik, både när det gäller individens rättigheter och skyldigheter. Varje vuxen medborgare är skyldig att efter bästa förmåga bidra till sin försörjning och betala skatt. Upprätthållande av den s.k. arbetslinjen är ett centralt element i välfärdssystemet och en viktig utgångspunkt när det gäller rehabilitering.

¹ "Lönar sig arbete", ESO-rapport 1997.

Ett socialförsäkringssystem där man är försäkrad i "befintligt skick" och som omfattar alla, kräver att alla är med och betalar. En förutsättning för att klara systemet är därför att så många som möjligt kan ha en egen försörjning genom förvärvsarbete. I och med rehabiliteringsreformen 1992 förändrades delvis det ansvarsområde arbetsmarknadsorganen har. Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering infördes, ett begrepp som omfattar de insatser som arbetsgivarna och försäkringskassan ansvarar för.

Den utveckling vi ser i dag innebär att individens yrkesverksamma tid på arbetsmarknaden minskar. Inträdet på arbetsmarknaden görs allt senare i livet till följd av allt längre utbildningstider. Utträdet tidigare läggs till följd av omfattande förtidspensionering. Det är nödvändigt att värna om de långsiktiga samhällsekonomiska förutsättningarna för välfärdssystemet. Lika viktigt är att se till att de resurser vi förfogar över används på bästa sätt.

Sett över en längre tidsperiod har antalet förtidspensionärer stadigt ökat. I början av 60-talet var cirka 3 procent av befolkningen, eller 150 000 personer i förvärvsaktiv ålder förtidspensionerade. Då bestod förtidspensionsgruppen av lika många kvinnor som män. Under 90-talet har andelen vuxit till drygt 7 procent. 1996 var kvinnornas andel 55 procent. Drygt 400 000 personer har i dag förtidspension eller sjukbidrag.

Den ekonomiska situationen har medfört att de sociala trygghetsystemen har urholkats under 90-talet. Inom sjukförsäkringen har kompensationsnivån sänkts, karensdag och sjuklöneperiod har införts och kraven på sjukskrivning har skärpts. En restriktivare tillämpning sker av bl.a. möjligheterna att förtidspensionera långtidssjuka. Strukturella skäl accepteras inte längre som skäl för förtidspensionering – strikt medicinska skäl krävs för detta.

De offentliga utgifterna för arbetslöshetsstöd och förtidspension har minskat med ca 5 procent i fasta priser från 1993 till 1996. Av demografiska skäl finns det dock risk att bl.a. de stora årskullarna från 40-talet under de närmaste 10 åren kan komma att medföra avsevärda samhällskostnader till följd av förtidspensionering.

5.2 Arbetslinjen och rehabilitering i fokus

Rehabiliteringsarbetets betydelse har under senare år starkt betonats som ett medel för att få en bättre kontroll över ohälsoutvecklingen och de kostnader som uppstår i anslutning härtill. Genom rehabilitering och samverkan ska fler kunna komma tillbaka i arbetslivet. I årets regleringsbrev har Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Arbetsmarknads-

styrelsen och Arbetarskyddsstyrelsen fått ett gemensamt verksamhetsmål. Myndigheterna ska aktivt samverka inom rehabiliteringsområdet, så att en effektivare användning av tillgängliga resurser kommer till stånd. Syftet är att varje individs arbetsförmåga ska bli tillvaratagen så att det blir möjligt för den enskilde att försörja sig genom eget arbete.

I Sverige ligger sedan 1992 det största ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering på arbetsgivarna med en koppling till arbetsmiljölagen, som ändrades 1991. Även de allmänna försäkringskassorna har en framskjuten ställning i systemet. De har ansvar för samordning av resurserna och det yttersta ansvaret för att de försäkrade i tid ska få den rehabilitering som är lämplig.

I förarbetena till 1992 års rehabiliteringsreform talar man om medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering. Den medicinska avser att återställa eller förbättra grundläggande funktioner, något som landstingen i första hand svarar för. Den sociala omfattar åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter och är främst en fråga för kommunernas socialtjänst. Den yrkesinriktade ligger inom arbetsmarknadsorganens ansvarsområde.

Arbetslivsinriktad rehabilitering ska enligt lagen om allmän försäkring syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Arbetslivsinriktad rehabilitering följer som regel helt eller delvis efter den medicinska rehabiliteringen, alternativt pågår parallellt med denna. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen utgör en individuellt anpassad insats för återgång i arbete. Arbetsgivaren och försäkringskassan samarbetar rörande den arbetslivinriktade rehabiliteringen.

De bakomliggande orsakerna till att rehabiliteringsinsatser behöver sättas in är vanligtvis flera och en växande andel av sjukfallen är diffusa och svårbehandlade. Besvär från rörelseorganen är ett mycket vanligt problem. Vid långtidssjukskrivningar, sjukpensionering och arbetsskador är denna typ av besvär den dominerande orsaken.

Under 80-talet ökade sjukskrivningar och arbetsskador. Ohälsotalet² uppgick 1989 till 46,6 dagar³. Under 90-talet minskade ohälsotalet och uppgick 1996 till 40 dagar. Den minskning som under 90-talets har skett av ohälsotalet tillskrivs ej i första hand förbättrade rehabiliteringsinsatser utan regelförändringar. Arbetsförhållanden, socialförsäkringens

² Ohälsotalet är ett sammanfattande begrepp för den ersatta ohälsufrånvaron. Det omfattar sjukpenning, sjukbidrag, förtidspension och arbetsskadesjukpenning.

³ RFV 1992, 1993.

utformning, ersättningsnivå och tillämpning påverkar starkt sjukfrånvaro m.m.⁴

De totala kostnaderna för sjukskrivning, rehabiliteringsersättning, förtidspension och arbetsskador uppgick under budgetåret 1992/93 till cirka 64 miljarder kronor, 1994/95 till cirka 65 miljarder kronor samt 1997 till cirka 57 miljarder kronor⁵. Enbart produktionsbortfallet för ryggbesvär uppskattas till en kostnad av cirka 30 miljarder kronor årligen⁶.

Genomförd forskning påvisar att insatser för att skapa ökade möjligheter till återgång i arbetet i mindre utsträckning än hittills bör koncentreras på den medicinska diagnosen utan i stället orienteras till motivationshöjande, hälso- och livskvalitetsförbättrande insatser, vilka har visat sig ha bättre prognosvärde för återgången i arbetet⁷. Sjukdomsdiagnosen, dvs. den medicinska orsaken, är i liten utsträckning utslagsgivande för återgången i arbete – åtgärder riktade mot exempelvis ett medicinskt ryggsproblem har inte sällan underordnad betydelse för återgång i arbete efter sjukdom. Mycket talar således för att arbetsförmågan och den självuppskattade livskvaliteten bör tas som utgångspunkt och fokuseras i rehabiliteringsarbetet, i långt större utsträckning än vad som är fallet idag.

5.3 Svaga ekonomiska incitament för arbetslinjen

Det finns många orsaker till varför arbetslösheten och förtidspensioneringen ökar, och andra till varför den består. En viktig faktor är våra drivkrafter att arbeta, framhåller expertgruppen i offentlig ekonomi. Deras rapport "Lönar sig arbete" (Ds 1997:73) innehåller en analys av vilket ekonomiskt skydd dagens socialförsäkringar ger vid arbetslöshet och långvarig sjukdom med hänsyn tagen till skatter, inkomstberoende bidrag och avgifter.

Analysen visar att mer än var tredje förvärvsarbetande skulle förlora högst 10 procent vid en förtidspensionering. Förtidspensionens ersättningsgrad för en genomsnittlig industriarbetare är cirka 84 procent. De

⁴ RFV, 1997 i sin rapport Rygg och Nacke 1 som ingår som en del i "Work incapacity and Reintegration" – ett internationellt samarbetsprojekt mellan försäkringsadministrationerna i sju länder.

⁵ RFV 1996, 1997.

⁶ Riksförsäkringsverket 1996, Socialstyrelsen 1996.

⁷ T. Hansson, Sahlgrenska sjukhuset 1998, I. Jensen, Karolinska Institutet 1998, B. Stenlund m.fl. KI 1998.

arbetstagargrupper på arbetsmarknaden som löper störst risk att förtidspensioneras har minst att förlora ekonomiskt. Personer med hög risk att förtidspensioneras är ofta äldre, kvinnor, deltidsarbetande och de som har en relativt låg lön, och för dem är ersättningsgraden ofta nära 100 procent.

Drivkraften att arbeta är bara en pusselbit i den komplicerade process som bestämmer sysselsättningen, och dess relativa betydelse kan troligen aldrig säkert avgöras. Individens strävan efter att välfärden sammantaget under hela livet ska bli så stor som möjligt. Hur beteendemönstret tar sig uttryck kan bero på inlärd beteenden, sociala normer och institutionella förhållanden. Människans drivkraft att arbeta är djupt nedärvd och invävd i vår kultur.

Arbetet är för många givande i sig, trots inte sällan slitsamma arbetsförhållanden. Genom arbetet får man uppskattning och socialt värde. Arbetsdagen ger stadga och kontinuitet i livet, något som många arbetslösa säger sig sakna. Önskan att arbeta drivs av många faktorer och de flesta är inte ekonomiska. Frihet från enformiga, slitsamma och kanske hälsovådliga arbeten värdesätts inte bara av de ekonomiskt oberoende. Fritid och fritidssysselsättning värderas allt högre av många människor, vilket inte minst avspeglas i den snabbt växande fritidsindustrin.

En nedtrappning av arbetet med åren är inte bara socialt accepterat utan även uppmuntrat genom socialförsäkringen. De äldres drivkrafter att arbeta kan genomsnittligt antas vara lägre än de yngres, vilka vanligtvis har större försörjningsbörd. Emellertid torde nästan alla vara överens om att inkomsten av arbete ska vara högre än vad man kan få i ersättning – det ska löna sig att arbeta även på kort sikt, framhåller ESO-gruppen i sin rapport "Lönar sig arbete".

På samhällsnivå är det klart lönsamt att bedriva rehabiliteringsinsatser. Varje rehabiliteringsfall kostar uppskattningsvis samhället i genomsnitt 225 000 kronor årligen, visar forskning vid bl.a. Stockholms universitet och Växjö Högskola. På företags- och verksamhetsnivå är däremot de ekonomiska incitamenten små. Endast om insatserna sätts in mycket, mycket tidigt är rehabilitering lönsam även på företags- och verksamhetsnivå, påvisar genomförda ekonomiska analyser. De ekonomiska incitamenten att arbeta är i hög utsträckning svaga på individnivå. I ESO:s analys konstateras att de antingen är svaga eller helt saknas för stora grupper av arbetstagare.

Mycket talar således för att tydligare ekonomiska incitament behövs för att stärka arbetslinjen och uppmuntra till rehabiliteringsinsatser. Starkare ekonomiska incitament förefaller att behövas, för arbetsgivare såväl som arbetstagare, för att kunna fullfölja arbetslinjens intentioner.

5.4 Kostnader för rehabilitering

År 1994 uppgick de totala löpande kostnaderna för hälso-och sjukvård i Sverige till ca 116 miljarder kronor – 7,6 procent av bruttonationalprodukten. Kostnaderna för förtidspensionerna inklusive sjukbidrag uppgick 1997 till ca 37 miljarder kronor. Kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning uppgick 1997 till ca 15,9 miljarder kronor, varav sjukpenningen utgör merparten omfattande nära 13,9 miljarder. Arbetskadeförsäkringens kostnader uppgår till ca 6 miljarder kronor.

Den totala rehabiliteringsersättningen utgjorde samma år ca 1,9 miljarder kronor. I den ingår rehabiliteringspenning samt särskilda bidrag för vissa kostnader vid rehabilitering. För 1998 beräknas kostnaderna för sjukpenning och rehabiliteringsersättning uppgå till cirka 17,9 miljarder kronor, varav kostnaderna för sjukpenning beräknas utgöra 15,7 miljarder kronor och rehabiliteringsersättning 2,2 miljarder kronor. Försäkringskassornas arbetslivsinriktade rehabiliteringskostnader har budgeterats till cirka 500 miljoner kronor, men denna budgetram har inte utnyttjats fullt ut, vilket vi senare återkommer till.

Den 1 januari 1998 höjdes ersättningsnivån för sjukpenning, rehabiliteringspenning och närståendepenning från 75 procent till 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenningen beräknas till följd härav öka med cirka 980 miljoner respektive 60 miljoner kronor under 1998. Den 1 april 1998 förkortades tiden för arbetsgivaransvaret för sjuklönekostnaderna från fyra veckor till två veckor. Den förkortade sjuklöneperioden beräknas öka kostnaderna med 890 miljoner kronor för 1998. Demografiska förändringar beräknas medföra att kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning ökar till 90 miljoner respektive 3 miljoner kronor under 1998.

En nedgång kan noteras mellan 1996 och 1997 i antalet dagar som rehabiliteringspenning utbetalades. 1996 utgick ersättning under 3,4 miljoner dagar. Motsvarande siffra för 1997 var 2,6 miljoner dagar.

Av anslagna 500 miljoner kronor för yrkesinriktade rehabiliteringstjänster utnyttjades endast 350 miljoner kronor 1997. Orsakerna till detta är sannolikt flera. En växande andel av sjukfallen är svårbehandlade (se avsnitt 5.6). Vidare vet vi att personalresurserna vid försäkringskassorna, som har till uppgift att handlägga dessa ärenden, är ansträngda. De ändrade kriterierna för rätt till sjukpenning och förtidspension (prop. 1996/97:28) kom i tillämpning från och med januari 1997 tillsammans med "steg-för-steg-modellen". Detta har, menar flera, i praktiken tolkats på sådant sätt att handlingsutrymmet för försäkringshandläggarna minskat, vilket kan ha verkat återhållande på inköp av bland

annat arbetslivsinriktade tjänster. Arbetsmarknadsläget och arbetslösheten bidrar därutöver till att rehabiliteringsarbetet försvåras (se kapitel 4).

Från och med 1 januari 1998 finansieras sjukpenning, rehabilitering och närståendepenning helt med socialavgifter från arbetsgivare och egenföretagare. Tidigare finansiering skedde via arbetsgivaravgiften tillsammans med en allmän sjukförsäkringsavgift från löntagarna. Sjukförsäkringsavgiften utgjorde 4,95 procent 1997 av den försäkrades inkomst av annat förvärvsarbete. Arbetsgivaravgiften till sjukförsäkringen var 4,04 procent av den sammanlagda lönesumman 1997 och utgör 7,9 procent av denna 1998.

För 1998 har Socialdepartementet och Landstingsförbundet överenskommit att till sjukvårdshuvudmännen avsätta 238 miljoner kronor som särskilda medel för rehabiliterings- och behandlingsinsatser. Avsikten är att med dessa medel öka kapaciteten inom området medicinsk rehabilitering för att snabbare återföra människor till arbetslivet eller ett aktivt liv i övrigt. Den medicinska och sociala rehabiliteringen föregår eller sker parallellt med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Operationsköer o.dyl. medför inte sällan att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen fördröjs. Satsningen på arbetslivsinriktad rehabilitering går ut på att den försäkrade så snart som möjligt ska återgå i arbete. De samlade rehabiliteringsansträngningarna – de medicinska, sociala och arbetslivsinriktade – ska sammantaget söka minska socialförsäkringens kostnader i form av sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension. Vikten av ett utvecklat samarbete och ett gemensamt mål är av stor betydelse ur resultat – såväl som kostnads-nyttosynpunkt.

Från och med 1 januari 1997 har, som vi redan tidigare berört, utrymmet för att beakta andra förhållanden än de rent medicinska som underlag vid bedömning av sjukpenning och förtidspension ytterligare begränsats. Den del av regelverket som avser bedömningen av nedsatt arbetsförmåga ska mer uttalat än tidigare utgöra ett skydd för medicinsk grundad nedsättning av arbetsförmågan. Parallellt med detta sker en ökning av antalet personer med diffusa och sammansatta symptom och problem i arbetslivet (se avsnitt 5.6 och kapitel 4).

5.5 Ohälsa, sjukdomsdiagnoser och orsaker till förtidspensionering

Sedan början av 90-talet och med särskild kraft från 1992 har den arbetslivsinriktade rehabiliteringen drivits med intensitet. Syftet har varit att minska sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Så många som möjligt ska kunna försörja sig själva genom arbete. Resultaten är

svåra att avläsa, skriver Statskontoret i sin översyn av effekterna av den yrkesinriktade rehabiliteringen (1997:27). Visserligen har antalet långa sjukfall blivit färre och sjukfallens genomsnittliga längd blivit kortare, men vad detta beror på är svårt avgöra, då vi erfarenhetsmässigt vet att de långa sjukfallen minskar i tider av arbetslöshet. Andelen förtidspensionärer har ökat under 90-talet.

Cirka 40 000 personer är i dag sjukskrivna sedan minst ett år tillbaka. Drygt 40 procent av dem, såväl kvinnor som män, har varit sjukskrivna mer än två år. De flesta sjukfallen beror på sjukdomar i rörelseorganen. Andra vanliga orsaker bland de långa sjukfallen är tumörer, psykiska störningar och hjärt-kärlsjukdomar.

Skälen till att förtidspensioneringarna avsevärt har ökat under de senaste årtiondena är flera. Förändrade regler och praxis har en inte oväsentlig betydelse för antalet nybeviljanden. 1972–1984 förtidspensionerades årligen 40 000–45 000 personer. Därefter har nybeviljandet varierat till följd av regelförändringar och dylikt. De nybeviljade förtidspensioneringarna uppgick 1996 till cirka 40 000 personer. Forskningen har pekat på såväl förhållanden hos den enskilde individen som förhållanden i det omgivande samhället, som orsaker till ökad förtidspensionering.

Professor Staffan Marklund, Umeå universitet, har gjort en analys av vilka faktorer som på samhällsnivå bidragit till förtidspensionering. Perioden som studerats är åren 1980–1993. Han menar att synen på vilka förhållanden som kan betraktas som sjukdom gradvis har utvidgats. Den medicinska vetenskapen har kommit att acceptera allt fler tillstånd som sjukdom, och har också steg för steg accepterat allt fler tillstånd med diffusa symptom. En uppmjukning har även skett beträffande prövningen av i vad mån sjukdomen nedsätter arbetsförmågan. Utvecklingen på arbetsmarknaden har betydelse. Även om arbetslösheten i sig inte nödvändigtvis behöver ge särskilt starka utslag på förtidspensioneringarna, så torde möjligheten att få och behålla ett arbete ha sådana effekter indirekt. Vid sidan av konjunktoreffekterna anses de strukturella förändringarna i produktionsapparaten ha bidragit till en ökad press på förtidspensionssystemet.

Hittillsvarande forskning på området har framförallt arbetat utifrån arbetslivsperspektiv och i mindre utsträckning utforskat andra förhållandens samspel med hälsa och sjukdom. Till följd härav kan en överskattning ha skett av arbetslivsförhållandenas inverkan på hälsa och sjukdomsutveckling⁸ framhåller S. Marklund med flera 1997.

Förtidspensionsutredningen bedömer att när det gäller den fysiska arbetsmiljön, kan man knappast anta att det skett förändringar över tid

⁸ "Risk-frisk faktorer" S. Marklund m.fl., RFV redovisar 1997:6.

som skulle medföra en tendens till ökad förtidspensionering. Däremot finner man det troligt att den psykosociala miljön har försämrats för vissa grupper. Detta till följd av ökat tempo, skärpta lönsamhetskrav och tilltagande kostnadspress som i sin tur inneburit ökad stress och risk för ohälsa och i förlängningen en ökad risk för förtidspensionering.

Åren 1992 och 1993 steg antalet nybeviljade förtidspensioner. 1993 uppgick antalet till 63 000 personer trots att förtidspensioneringar av arbetsmarknadsskäl hade avskaffats. Främsta orsaken till det höga antalet under de här åren var att försäkringskassorna, i samband med att man ökade insatserna på rehabiliteringsområdet, förtidspensionerade ett stort antal personer med pågående långa sjukskrivningar som inte bedömdes vara möjliga att rehabilitera för återgång i arbetslivet. Därefter har nybeviljandet sjunkit. Detta till följd av att nyrekryteringen via långvarig sjukskrivning minskat, men också till följd av en mer restriktiv tillämpning.

Tre diagnosgrupper dominerar bland nybeviljade förtidspensioner. De tre är sjukdomar i rörelseorganen, psykiska störningar respektive sjukdomar i cirkulationsorganen. En jämförelse mellan åren 1985 och 1996 påvisar att nybeviljandet låg på samma nivå, cirka 40 000 personer per år. Jämförelsen visar också på en betydande överensstämmelse avseende fördelningen mellan olika diagnosgrupper. Båda dessa år är den största diagnosgruppen sjukdomar i rörelseorganen. Psykiska sjukdomar har ökat något. Sjukdomar i cirkulationsorganen, hjärt- och kärlsjukdomar, uppvisar en kraftig minskning mellan åren 1985 och 1990, men ligger oförändrade mellan åren 1990 och 1996.

Sjukdomsdiagnoserna skiljer sig mellan kvinnor och män. Sjukdomar i rörelseorganen är betydligt mer frekvent bland kvinnorna. Männen har en större andel psykiska sjukdomar och sjukdomar i cirkulationsorganen. Skillnaderna kan till stor del förklaras av mäns och kvinnors skilda yrkesområden.

Risken att förtidspensioneras är störst bland arbetare. Särskilt uttalad är risken för okvalificerade arbetare inom varuproduktion. Detta gäller både män och kvinnor. Ju högre upp i yrkeshierarkin man befinner sig, och ju bättre utbildning man har, desto lägre är risken att förtidspensioneras. Skillnaderna mellan dessa grupper har emellertid minskat under senare år. Trots detta är förtidspensionärerna i åldersgruppen 55–59 år fortfarande nära fem gånger högre bland arbetare än tjänstemän. I åldersgruppen 60–64 år är den mer än dubbelt så hög.

De flesta sjukdomar blir vanligare med åldern. Andelen nybeviljade förtidspensioner är starkt relaterad till ålder. Vi har en stigande medelålder bland de sysselsatta och bland dem ett stort antal personer som är födda på fyrtiotalet.

Den demografiska utvecklingen med en stigande medelålder i arbetskraften talar för att antalet förtidspensioner sannolikt kommer att öka. I Förtidspensionsutredningen (SOU 1997:166) framhålls att detta i sig inte självklart innebär att en ökning av antalet förtidspensionärer sker. De som är födda på 40-talet är mer välutbildade och i större utsträckning verksamma inom tjänstesektorn, och kan till följd härav undvika att bli förtidspensionerade, många över 60 år har redan lämnat arbetslivet, hälsoläget har inom flera områden förbättrats hos befolkningen i stort och reglerna för rätt till förtidspension har skärpts. Sammantaget anser utredningen att detta har en återhållande effekt på nybeviljandet. I utredningen betonas dock att utvecklingen på arbetsmarknaden har en stor och avgörande betydelse för hur det framtida utfallet kommer bli.

I Finland har man visserligen en något högre andel förtidspensionerade än i Sverige, men värderingen av hur utfallet av förtidspensioneringarna kommer bli under de kommande tio åren skiljer sig avsevärt. Till skillnad mot Sverige uppskattar man i Finland att samhällskostnaden för dessa stora ålderskullar kan riskera att komma att uppgå till mer än 100 miljarder finska mark – om inget radikalt görs⁹.

5.6 Färre men mer varaktigt långtidssjuka

De som har blivit långvarigt sjukskrivna i början av 1990-talet har i jämförelse med slutet på 80-talet betydligt svårare att ta sig ur sjukskrivningen och blir i högre grad varaktigt utslagna från arbetsmarknaden. Det skulle till viss del kunna bero på att det är svårt att bedriva rehabiliteringsarbete när det finns begränsade möjligheter för många långvarigt sjukskrivna att erhålla ett lämpligt arbete efter rehabiliteringen. Hög arbetslöshet bromsar friskskrivningen, men förändringar i de långvarigt sjukskrivnas egenskaper har också stor betydelse för utvecklingen¹⁰.

Under 90-talet har antalet långvarigt sjukskrivna minskat, samtidigt som de i högre utsträckning besitter egenskaper som ger sämre utsikter till rehabilitering. Andelen äldre sjukskrivna har ökat, liksom andelen arbetslösa sjukskrivna och sjukskrivna med psykiska sjukdomar. Skillnaderna ökar mellan de som är i arbete och är friska, och de som är i arbete och är sjukskrivna. Skillnaderna minskar samtidigt mellan sjuk-

⁹ "Satsa på arbetsförmågan" K. Rissa, 1997, Arbetspensionanstalternas Förbund och Arbetarskyddscentralen.

¹⁰ "Risk-frisk faktorer" Professor S. Marklund m.fl., RFV redovisar 1997:6.

skrivna med arbete och sjukskrivna arbetslösa. De långvarigt sjukskrivna har fått allt svårare att ta sig ur sjukskrivningen.

Den tid det tar från första sjukskrivningsdagen fram till att sjukskrivningen avslutas uppvisar en stor variation. Sjävläkningen dominerar. Över 70 procent av de långvariga sjukfallen med sjukskrivning i över 60 dagar avslutas med friskskrivning. 90 procent av dessa avslutas inom ett år. Bland de långa sjukskrivningsfallen som leder till förtidspension avslutas endast 30 procent inom ett år. Den halvering som skett av den av socialförsäkringen ersatta sjukfrånvaron mellan 1988 och 1996, hänförs främst till regeländringar, men även den ökade arbetslösheten anförs som delförklaring.

De svårigheter rehabiliteringsarbetet stött på kan sannolikt i viss mån förklaras av de förhållanden som rått på arbetsmarknaden under 90-talet. Bristen på arbetstillfällen kan i sig ha försvårat rehabiliteringen. Rehabiliteringsarbetets organisation med arbetsgivarna i en central roll har varit avsedd för en situation med full sysselsättning. I slutet av 80-talet när regelsystemet växte fram, hade cirka 85 procent av de långvarigt sjukskrivna en anställning. Detta var ett starkt argument för att i hög grad knyta rehabiliteringsarbetet till arbetsplatserna. Vi kan konstatera att det är betydligt mindre komplicerat att arbeta med rehabilitering när arbetsmarknaden har stort behov av arbetskraft än när det råder stor arbetslöshet. Även de samhällsekonomiska incitamenten för att arbeta med rehabilitering skiljer sig avsevärt i hög- respektive lågkonjunktur.

Sjuk- och arbetsskadekommittén uppmärksammade i sitt slutbetänkande (SOU 1996:113) att arbetsgivarnas ansvar är otillräckligt preciserat och att ansvarsfördelningen mellan arbetsgivarna och försäkringskassa är oklar. Problem i samverkan mellan olika aktörer i rehabiliteringsprocessen uppmärksammades. Framför allt omnämns problem i anslutning till rehabilitering av den allt större skaran av arbetslösa sjukskrivna och andra utsatta grupper av sjukskrivna.

Ohälsa, sjukdomar och nedsatt arbetsförmåga utvecklas i arbetet. Sådana tillstånd utvecklas också till följd av livsstil, levnadsförhållanden och i samverkan med sociala problem och samhällsförhållandena i sin helhet. Orsaksmonstret är komplext och har sin bakgrund i flera olika förhållanden. Behovet av att se till helheten i rehabiliteringsarbetet understyks av de strukturella förändringar som sker på arbetsmarknaden och i anställnings- och arbetsvillkorens förändring (se kapitel 4).

Det växande antalet människor som har diffusa eller sammansatta problem ger därutöver en angivelse om betydelsen av att rehabiliteringsarbetet sker utifrån en helhetssyn och ett interdisciplinärt arbetssätt, dvs. att olika professioner arbetar tillsammans och delar kunskap.

Ett sådant helhetsgrepp förutsätter att ett fortlöpande samarbete sker mellan olika yrkesprofessioner under rehabiliteringsprocessen (se kapitel 7).

Individens egen roll och motivation är till stor del avgörande för vilka resultat som uppnås. Betydelsen av att beakta individens roll och förhållningssätt i rehabiliteringsarbetet uppmärksammas alltmer. Det är viktigt att individens motivation, känslor och synpunkter beaktas för att insatta resurser ska kunna få avsedd effekt och bli av mer bestående värde. Likaså blir det allt viktigare att kunna hantera den mer sammansatta problembild som återfinns hos många av de upprepat eller långvarigt sjukskrivna. För att kunna göra det senare behövs ett ökat utrymme för samutnyttjande av totalt tillgängliga resurser

5.7 Arbetsmiljöns och arbetsplatsens betydelse

Arbetslivet, arbetsplatsen och arbetsgivarna har, vid sidan av individen själv, en nyckelroll när det gäller rehabilitering av människor som drabbas av sjukdom eller sociala svårigheter. Arbetsgivarens och arbetsplatsens betydelse betonades i Rehabiliteringsberedningens betänkande "Tidig och aktiv rehabilitering" (SOU 1988:41). I betänkandet framhölls att samhällets rehabiliteringsinsatser måste ta sig nya uttryck och förstärkas. Ökade insatser på arbetsplatser är en viktig del i utvecklingen. Arbetsmiljökommissionens uppgift var att föreslå åtgärder som minskar den arbetsrelaterade sjukfrånvaron, föreslå åtgärder för att ändra sådana arbetsförhållanden som skapar ohälsa, liksom åtgärder som förebygger att nya hälsorisker i arbetsmiljön uppstår (SOU 1990:49).

Sedan början av 70-talet har Sverige statsat stort på kunskapsutveckling inom arbetslivsområdet. Först genom tillskapande av Arbetsmiljöfonden (AMFO) och senare i början av 90-talet genom Rådet för arbetslivsforskning (RALF). Under de senaste åren har Rådet för arbetslivsforskning gett arbetsmarknadsorienterad forskningsverksamhet, däribland rehabiliteringsfrågorna, en högre prioritet. Arbetslivsfonden var verksam under perioden 1990–1995 och bidrog till utvecklingen inom rehabiliteringsområdet genom att ge ekonomiskt stöd till företag och offentlig förvaltning för framtagning av bl.a. arbetsplatsprogram med inriktning på rehabilitering och organisationsutveckling. Fondens uppgift var att genom aktiva arbetsmiljö- och rehabiliteringspolitiska åtgärder stimulera tillgången på arbetskraft. Tillskapandet av Arbetslivsfonden skedde i en situation då arbetsmarknaden var överhettad, dvs. i en situation som avsevärt skiljer sig från dagens.

Genom stöd till utveckling av arbetsmiljö, arbetsorganisation och rehabilitering skulle Arbetslivsfonden bidra till att minska sjukskrivning och förtidspensionering. Därmed skulle också en ökad produktivitet och förbättrad lönsamhet i svenskt arbetsliv uppnås. Väsentligt var även att rehabiliteringsarbetet utgick från de krav och villkor under vilka arbetsgivarna och företagen arbetar.

Arbetslivsfonden var en av statens, näringslivets och den offentliga sektorns mest omfattande samarbetspolitiska satsningar under hela efterkrigstiden. Fonden skulle initiera och stödja processer på arbetsplatserna i nära samverkan med arbetsmarknadens parter. Den byggdes upp genom en extra löneavgift och tillkom med ett konjunkturpolitiskt bisyfte. Bisyftet var att dämpa den dåvarande ekonomiska aktiviteten i ett överhettat läge och samtidigt genom aktiva arbetsmiljö- och rehabiliteringspolitiska åtgärder stimulera tillgången på arbetskraft. Totalt kom fondens aktiviteter att omfatta 25 000 arbetsplatsprojekt. Fonden fördelade investeringar på totalt ca 30 miljarder kronor, varav drygt en tredjedel kom från löneandel till fonden och resterande del utgjordes av företagens och förvaltningarnas medfinansiering. Projekten orienterades till individuella rehabiliteringsinsatser, utveckling av rehabiliteringssystem och metoder.

Arbetsplatsens betydelse i rehabiliteringsarbetet har dokumenterats i ett flertal rapporter utgivna av bl.a. Arbetslivsfonden. "Behövd på jobbet – hur arbetsledning och arbetsorganisation ger hälsa"¹¹ är ett sådant exempel. Grupp- och arbetsledarrollen är i dag till stora delar en "coaching"-funktion på arbetsplatsnivå som väl stämmer överens med de behov av stöd som kommer till uttryck i rehabiliteringssammanhang.

Det är arbetsgivaren som fattar de beslut som avgör om en rehabiliteringsprocess leder till arbete. Vid sidan av den sjukskrivne själv, är arbetsgivaren nyckelpersonen i rehabiliteringsprocessen. Utan god vilja från dessa båda sidor är de flesta insatser misslyckade. Arbetsgivaren har makt över hur arbetet fördelas och organiseras. Arbetsgivaren har stort inflytande över om särskild hänsyn ska tas till den enskildes svårigheter och vilka uppoffringar som kan begäras av arbetsledningen och arbetskamraterna. Arbetskamraterna och arbetsklimatet har stor betydelse för individens återgång i arbete.

Sjuk- och arbetskadekommittén underströk betydelsen av att företagen och arbetsgivarna anlägger ett personalekonomiskt synsätt på rehabilitering. Arbetslivsfonden hade detta som ett av sina prioriterade programområden. Många har framhållit betydelsen av att den ekono-

¹¹ J. Åberg, T. Engström; Arbetslivsfonden, Samhall Midland, Almega, SALF/Ledarna, LO.

miska motivationen för företag och arbetsgivare bör betonas som drivkraft i rehabiliteringsarbetet.

Mot detta synsätt står uppfattningen att företagen och de enskilda personerna som arbetar med rehabilitering framför allt engagerar sig av omtanke om individerna, eller möjligen för att bidra till företagets anseende som god arbetsgivare, medan de ekonomiska incitamenten har en underordnad betydelse. De indirekta kostnaderna som produktionsstörningar och dylikt medför är viktigare än de direkta kostnaderna.

En slutsats kan vara att företagen är effektivitetsinriktade också när det gäller den här typen av satsningar, däremot inte nödvändigtvis lönsamhetsinriktade. Mycket talar för att huvudfrågan för arbetsgivarna inte är den direkta personalekonomiska kostnadseffektiviteten. Snarare är man orolig för allt som kan leda till komplikationer och konflikter mellan anställda, mellan företaget och facket etc. Inte minst värnar företag och arbetsgivare om ledningens uppmärksamhetsfokus. Företagsledningen måste kunna ägna maximal tid och kraft åt att utveckla kärnverksamheten och affärerna. Allt som innebär en distraktion i förhållande till detta är indirekt en betydligt högre kostnad än vad en personalekonomisk eller annan kostnads-intäktskalkyl kan påvisa. Ur företagets synpunkt har en aktiv rehabiliteringspolicy troligen främst betydelse för arbetsgivarens legitimitet och för de anställdas positiva attityder¹².

Samarbetet mellan arbetsgivare, olika andra aktörer och de myndigheter som har att praktiskt genomföra rehabiliteringsarbetet är en viktig del i att utnyttja givna resurser på ett bra sätt. I regleringsbrev har berörda myndigheter från årsskiftet ett gemensamt mål i rehabiliteringssträvandena. Detta räcker emellertid inte. De direkt inblandade parterna, arbetsgivare och arbetstagare, behöver konkret engagera sig i rehabiliteringsarbetet genom att fastlägga rehabiliteringspolicy, sätta upp konkreta mål m.m. Betydelsen av ett aktivt förhållningssätt påvisas i de praktiska resultat som framkommit av bl.a. Metallgruppens insatser för att få till stånd en utveckling av rehabiliteringsarbetet. Rehabilitering och internkontroll ingår som en del i många upprättade samarbetsavtal mellan arbetsmarknadens parter. Avtal kan ses som en av flera möjliga vägar att utveckla rehabiliteringsarbetet.

De villkor som råder på arbetsplatsen har, tillsammans med individens egna engagemang och motivation, avgörande betydelse för återgång i arbetet. Arbetsförhållandena har stor betydelse för tillfrisknande och rehabiliteringsframgång – att få känna sig efterfrågad och behövd är väsentligt för den enskilde. Vidare är en bra samverkan mellan å ena sidan arbetsgivarrepresentanten för ett företag eller annan verksamhet

¹² C. von Otter, 1996.

och å andra sidan försäkringskassan, som är den samhälleliga representanten och kompensationsverket för att lösa rehabiliteringsärenden, betydelsefullt för att få till stånd ett bra rehabiliteringsarbete.

5.8 Rehabiliteringsbedömningen och utbudet varierar

Endast ett fåtal av alla dem som har rätt till någon form av rehabilitering erhåller en sådan. Stora skillnader har kunnat konstateras i huruvida rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd eller inte. Individens förhållningssätt är avgörande för huruvida rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd eller inte, och hur lyckosamma dessa insatser blir. Vi kan även konstatera att vilken typ av rehabilitering som erbjuds personer med nedsatt arbetsförmåga beror bl.a. på kön, ålder och yrkestillhörighet. En selektering sker vid försäkringskassorna med avseende på om den försäkrade är man eller kvinna, ung eller gammal, arbetare eller tjänsteman, visar av RFV genomförda undersökningar. Vi kan på goda grunder anta att även arbetsgivaren gör en viss selektering bland den del av personalen som får nedsatt arbetsförmåga, på så sätt att nyckelpersoner och den arbetskraft som arbetsgivaren är angelägen om att behålla erbjuds en annan typ av rehabilitering än den som erbjuds övrig personal med nedsatt arbetsförmåga.

Hittillsvarande forskning visar bland annat att personer i högre ålder och invandrare i mindre omfattning genomgår rehabilitering. Dessa grupper får, liksom kvinnorna, mindre omfattande rehabiliteringsåtgärder. Detta är till viss del beroende på de förutsättningar som råder på arbetsmarknaden. Olika grupper uppvisar även olika rehabiliteringsbehov. En analys gjord vid högskolan i Växjö påvisar stora skillnader i rehabiliteringshänseende mellan bl.a. invandrare med goda respektive dåliga kunskaper i svenska. De stora skillnader som hittills kunnat konstateras behöver närmare analyseras och forskningsmässigt belysas utifrån olika perspektiv.

Bedömningen av samma sjukfall varierar stort mellan olika läkare och försäkringshandläggare. Någon samstämmighet kan inte utläsas i bedömningarna, påvisas i en av de pågående delstudier inom forskningsprogrammet "Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering för nacke/rygg-smärta"¹³.

¹³ Professor Å. Nygren, docent I. Jensen m.fl., Karolinska Institutet, Enheten för arbetsskadeprevention, 1998.

I en annan delstudie inom forskningsprogrammet konstateras att mellan 1995 och 1997 har en minskning skett av andelen sjukskrivna individer som fått rehabilitering för nacke/rygg-besvär. Studien som genomförs vid Karolinska Institutet omfattar ett urval av arbetsmarknadsförsäkrade arbetare. Urvalet har skett från Arbetsmarknadsförsäkringars register som totalt omfattar 2,4 miljoner arbetstagare anslutna till LO. Symptomdiagnoser som studerats utgörs av de icke specifika nacke/rygg-besvär som traditionellt kallas belastningsskador. Studien visar att andelen som fått byta arbetsuppgifter har minskat, liksom andelen som fått arbetsredskap och arbetsträning.

Vidare har stora skillnader även kunnat konstateras avseende bl.a. vilken typ av rehabilitering som erbjuds arbetare respektive tjänstemän. En jämförelse mellan tjänstemän och arbetare under 1997 påvisar att 15 procent av tjänstemännen och 10 procent av arbetarna erhållit rehabilitering. Studien baserar sig på ett urval tjänstemän bland de 1,7 miljoner SPP-försäkrade och ett urval arbetare från det tidigare omnämnda AMF-registret.

5 procent av tjänstemännen och 5 procent av arbetarna har fått stöd av AMI, 1 procent av vardera fått stöd av AMU och 7 procent av arbetarna och 1 procent av tjänstemännen har fått hjälp av Samhall. Andelen tjänstemän som fått ta del av olika behandlingsformer – sjukgymnast, psykolog, kurator, sjukhus, akutmottagning, kiropraktiker, akupunktur, alternativ medicin och egen träning – är högre än arbetarnas andel inom samtliga behandlingsformer.

De insatser som görs på arbetet skiljer sig mellan arbetare och tjänstemän. 9 procent av tjänstemännen och 14 procent av arbetarna har fått byta arbetsuppgifter, 11 procent av tjänstemännen och 4 procent av arbetarna har erhållit arbetshjälpmedel, 10 procent av tjänstemännen och 15 procent av arbetarna har fått arbetsträning och 4 procent av tjänstemännen och 4 procent av arbetarna har genomgått omskolning. En betydligt större andel tjänstemän tar kompensationsledigt eller semester i stället för att sjukskriva sig jämfört med andelen arbetare. 36 procent av tjänstemännen och 17 procent av arbetarna gör det.

Mer forskning och utveckling behövs inom rehabiliteringsområdet. Behov föreligger av att bl.a. kvalitativt och kvantitativt närmare kunna belysa de grupp- och individskillnader som hittills kunnat konstateras. En ökad efterfrågan av flexibla utvärderingsmetoder som utgår från en helhetssyn och som tar hänsyn till bl.a. olika individuella värderingar och utgångspunkter i rehabiliteringsarbetet kan förutses. Vidare behövs en fortsatt utveckling av olika typer av mätinstrument för funktionshinder och handikapp.

5.9 Allt fler funktionshindrade – arbetshandikappade

Knappt 1,1 miljoner personer, vilket motsvarar 19 procent av arbetskraften anser sig vara funktionshindrade. Av dessa är ungefär lika många män som kvinnor. Detta framgår av en stor intervjuundersökning som Rådet för Arbetslivsforskning (RALF) lät Statistiska Centralbyrån utföra hösten 1996.

De dominerande funktionshindren är rörelsehinder (39 procent), astma/allergi (21 procent) samt syn- och hörselskada (7 procent). De vanligaste orsakerna till funktionshindren är – arbetsskada (20 procent), medfött funktionshinder (19 procent) och sjukdom (18 procent). I 23 procent av fallen finns mer än en orsak.

328 000 av de funktionshindrade anser sig inte ha nedsatt arbetsförmåga. 62 procent eller 664 000 anser att deras arbetsförmåga var nedsatt till följd av funktionshindret, med referens till den genomförda enkäten 1996. Knappt hälften av de arbetshandikappade är sysselsatta.

De funktionshindrade arbetar inom offentlig respektive privat sektor i lika hög utsträckning som befolkningen totalt. De är överrepresenterade i åldersgruppen 50–64 år, men underrepresenterade i övriga åldersgrupper. Knappt var tionde funktionshindrad är invandrare. En lägre andel av de funktionshindrade (55 procent) är sysselsatt jämfört med befolkningen i dess helhet (71 procent).

Sysselsättningsgraden varierar beroende på typ av funktionshinder. Andelen sysselsatta är hög bland de döva (77 procent) och de med synnedsättning (63 procent). Andelen är låg bland psykiskt funktionshindrade (22 procent) och personer med lungsjukdom (29 procent).

Det finns tydliga tecken på att arbetsmarknadsläget kommer att förbättras under 1998 och 1999. Ett förhållande som kommer att gynna flertalet grupper på arbetsmarknaden. Endast 5 procent av de arbetshandikappade som är anmälda till arbetsförmedlingen har eftergymnasial utbildning. Detta förhållande kommer återverka negativt på gruppen, eftersom arbeten och arbetsuppgifter med låga kompetenskrav har minskat kraftigt. Arbetsgivarna prioriterar yngre vid rekrytering – ett förhållande som även det återverkar negativt på gruppen funktionshindrade.

Den demografiska utvecklingen – allt fler i åldrar över 50 år – leder tillsammans med försäkringskassans mer restriktiva regler för förtidspensionering till att andelen arbetshandikappade ökar under de kommande åren. Trots det kärva läget på arbetsmarknaden under hela 1990-talet har inte antalet personer som är sysselsatta i särskilda åtgärder för arbetshandikappade ökat nämnvärt. Det är inte tillfredsställande efter-

som antalet arbetshandikappade ökat och deras möjligheter på den ordinarie arbetsmarknaden försämrats, framhålls vidare i Arbetslivsfakta 1998.

Var åttonde arbetshandikappad eller 83 000 personer i befolkningen var 1997 arbetssökande. Betydligt fler män än kvinnor är inskrivna vid arbetsförmedlingen trots att två tredjedelar av alla arbetshandikappade är kvinnor. Omkring 35 000 av dem var registrerade som arbetslösa och 30 000 deltog i konjunkturberoende arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Drygt 50 000 arbetshandikappade sysselsätts med hjälp av lönebidrag eller har offentligt skyddad anställning.

71 procent av de funktionshindrade uppgav att de inte hade behov av en anpassad arbetsplats och 28 procent ansåg att de hade behov av en sådan. Totalt 276 000 funktionshindrade uppgav att de hade fått sin arbetsplats anpassad. 300–400 arbetsplatser per år genomgår teknikanpassning finansierad av AMS. Detta till en kostnad av 70 miljoner kronor. Jämför vidare avsnitt 7.5 om arbetstekniska hjälpmedel.

Bland de drygt 400 000 funktionshindrade som står utanför arbetskraften har tre fjärdedelar, ca 315 000 hel förtidspension. Av dem är 53 procent kvinnor. Även bland de sysselsatta och arbetslösa ingår ca 100 000 förtidspensionärer som i allmänhet har partiell förtidspension. Av dem är 65 procent kvinnor. De flesta förtidspensionerade är 55 år eller äldre.

6 Rehabiliteringsarbete i praktiken

6.1 Arbetsgivarens och försäkringskassans rehabiliteringsarbete

6.1.1 Inledning

Någon samlad bild av hur arbetsgivarna har levt upp till sitt rehabiliteringsansvar i praktiken har inte varit möjlig att få fram under den utredningstid som stått till vårt förfogande. Ett flertal arbetsgivarorganisationer har tillfrågats men det finns bara ett begränsat material att tillgå. Den hantering av rehabiliteringsfall som kommer till arbetsgivarorganisationernas kännedom är främst fall då problemen blivit så stora att den enskilde arbetsgivaren sett sig tvingad att söka stöd hos sin organisation.

Det är självfallet så att en mängd rehabiliteringsfall hanteras av arbetsgivarna utan att det lämnar spår hos vare sig intresseorganisationer eller myndigheter. Vi har inte närmare kunnat studera hur arbetsgivarna tar sitt ansvar, men man kan anta att många relevanta åtgärder vidtas för att lösa de problem som drabbar arbetstagare som har fått sin arbetsförmåga nedsatt.

Företrädare för små företag instämmer dock i den allmänt utbredda uppfattningen att arbetsgivare som ansvarar för mindre verksamheter generellt sett har svårare än arbetsgivare med stora verksamheter att leva upp till dagens rehabiliteringsansvar. Små företag har inte i lika hög grad som stora tillgång till experter inom rehabiliteringsområdet, och de har inte alltid tillräckligt med resurser för att kunna köpa den kompetensen när det uppkommer ett behov. Arbetsgivare med små verksamheter har, oavsett associationsform, sällan någon särskild personalfunktion, vilket gör det svårare för arbetsgivaren att arbeta med frågor som inte är rena verksamhetsfrågor.

I vårt uppdrag ingår även att utreda hur gränserna ska dras mellan det ansvar som åligger arbetsgivaren och det som i första hand ankommer på försäkringskassan. Trots att ett stort antal studier har genomförts inom socialförsäkringsområdet – även av mer övergripande natio-

nell karaktär – saknas det nästan helt mer ingående process- eller organisationsstudier av försäkringskassans handläggningsarbete.

För att få reda på hur arbetsgivaren arbetar med rehabilitering i praktiken skulle det krävas en omfattande enkätundersökning. En motsvarande undersökning skulle också behövas för att klargöra försäkringskassans arbete med rehabilitering särskilt med avseende på kontakterna med arbetsgivaren. I avsaknad av sådant material har vi byggt vår beskrivning på ett antal undersökningar som i vissa fall ursprungligen gjorts i annat syfte.

De undersökningar som vi använt som underlag för vår framställning om rehabiliteringsarbetet i praktiken är ett antal av RFV:s rapporter angående bl.a. rehabiliteringsverksamheten (RFV redovisar 1989:12, 1994:5, 1995:20 och 1996:14 samt RFV anser 1998:4), en stickprovsundersökning av RFV angående arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser och Statskontorets rapport, Perspektiv på rehabilitering, (1997:27).

Det finns skäl att redan här särskilt nämna RFV:s s.k. tillsynsrapport (RFV anser 1998:4). I rapporten redovisas relativt ingående försäkringskassornas handläggning under åren 1996 och 1997 av bl.a. rehabiliteringsärenden. I denna belyses även arbetsgivarens initiativ i rehabiliteringshänseende och försäkringskassans samordningsansvar i rehabiliteringsprocessen. Tonvikten i tillsynen har legat på frågor kring ärendehantering och tillämpning av gällande regelverk. I så måtto har den betydelse för oss. Tillsynen har emellertid inte rört effekterna eller utfallet av försäkringarna för de försäkrade eller samhället i stort och inte heller de delar som fungerar väl. En stor begränsning är att redovisningen enbart handlar om avvikelser från normal hantering, och på så sätt enbart omfattar de brister i ärendehantering och tillämpning som RFV har uppmärksammat.

Verket har granskat samtliga 25 försäkringskassor i landet och hur de arbetat med de försäkringar som rör ohälsa. Urvalet har gjorts slumpmässigt och försäkringskassorna har granskat ca 700 ärenden och RFV ca 250 ärenden som rör rehabiliteringsersättning. För att få en uppfattning om kvaliteten i beslutsunderlaget har ca ett trettiotal ärenden granskats av varje försäkringskassa och ett tiotal av RFV. Urvalet och granskningen av ärenden för de olika kassorna är spridda över en period om ca 1,5 år.

I utredningen har vi känt behov av att få fram ett mer rättvisande och utförligt underlag som mer i detalj visar hur arbetsgivaren hanterar rehabilitering i praktiken och samtidigt belyser försäkringskassans rehabiliteringsansvar.

Till viss del har våra önskemål kunnat infrias. RFV har i en undersökning om arbetsförmåga på grund av nack- eller ryggbesvär hämtat in material som bl.a. behandlar arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser

och belyser försäkringskassans rehabiliteringsansvar. Det bör observeras att undersökningen endast avser individer med diagnosen besvär i rygg och nacke, vilket för med sig att materialet har sina begränsningar. Men eftersom diagnosgruppen är den vanligaste vid långvarig sjukskrivning i Sverige och materialet, såvitt vi känner till, är det enda som i viss mån behandlar rehabilitering ur arbetsgivarperspektiv och som vi med kort varsel kan få fram, har vi ändå funnit anledning att ta fram och redovisa det.

Vi har utifrån angivna utgångspunkter fått hjälp av RFV att bearbeta relevanta delar av undersökningsmaterialet och presenterar resultatet i de följande avsnitten om arbetsgivaren respektive försäkringskassan.

Avdelningsdirektör Sisko Bergendorff och byråsekreterare Christina Goede, Utredningsenheten vid RFV, har på vårt uppdrag tagit fram material ur RFV:s undersökning samt haft hand om bearbetningen av materialet.

Följande bör nämnas om RFV:s undersökning.

Undersökningen ingår i ett internationellt projekt, Work Incapacity and Reintegration, som bedrivs gemensamt av socialförsäkringsadministrationen i en rad länder och delvis har publicerats. RFV samarbetar med Yrkesortopediska enheten på Sahlgrenska universitetssjukhuset vid Göteborgs universitet samt med de allmänna försäkringskassorna i Göteborg och Stockholms, Kristianstads, Västmanlands och Väster-norrlands län. Undersökningen har genomförts i de nämnda kassorna och gäller personer i åldrarna 18–59 år som har varit sjukskrivna på heltid i minst 28 dagar för rygg- eller nackbesvär. Gruppen valdes förlöpande ut på försäkringskassornas lokalkontor under perioden november 1994 till oktober 1995. Den undersökta gruppen (ca 2 000 personer) har följts under två år. Arbetslösa och egenföretagare ingår inte i studien. Undersökningen baserar sig på enkäter och gruppen har besvarat fyra enkäter under perioden och handläggarna på försäkringskassans lokalkontor två enkäter. Den enskildes enkäter rör frågor som arbete, sociala och ekonomiska förhållanden, hälsotillstånd, arbetsgivarens insatser och rehabiliteringsåtgärder. Försäkringskassans enkäter innehåller frågor om bl.a. handläggning av sjukfall och rehabiliteringsutredning och planering samt vidtagna åtgärder.

Undersökningen har som sitt främsta syfte att utvärdera effekten av de åtgärder som vidtas för att återgång i arbete ska bli möjligt efter en tids sjukskrivning. Den är således åtgärdsinriktad och inte aktörsinriktad. När det gäller undersökningens urval, det vill säga de som var sjukskrivna längre än fyra veckor, är majoriteten – 57 procent – kvinnor. Kvinnorna är sjukskrivna längre än männen. En fjärdedel av samtliga i undersökningen arbetar på arbetsplatser med färre än 10 anställda. De sjukskrivna fördelas annars jämt mellan tillverkningssektorn, service-

sektorn och offentlig förvaltning, med kommunen som främsta arbetsgivare. När det gäller friskskrivning har 39 procent av de försäkrade blivit helt friskskrivna inom 90 dagar, 75 procent inom ett år och 83 procent inom två år. Äldre friskskrivs senare än yngre och friskskrivning är vanligast på de största arbetsplatserna. Snabbast tillfriskning sker i kommunerna samt i tillverknings- och servicesektorn.

Undersökningen är således i första hand åtgärdsinriktad och inte inriktad på aktörerna. Fram till dag 90 har det dock varit möjligt att särskilja arbetsgivarens åtgärder från de som initieras av försäkringskassan. Med hjälp av dessa uppgifter har det varit möjligt att få en bild av arbetsgivarens vidtagna åtgärder för att underlätta arbetsåtergång för den enskilde. Med uppgifter från försäkringskassan har det varit möjligt att ta fram och belysa kassans egna insatser och insatser i samarbete med andra aktörer under en tvåårig period.

6.1.2 Arbetsgivaren

Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser 1996

RFV genomförde 1997 en enkätundersökning om arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser 1996 (RFV:s utredningsenhet, Christina Goede). RFV:s enkät riktade sig till 1 600 arbetsplatser med fler än 20 anställda. Urvalet av arbetsplatser gjordes ur Statistiska Centralbyråns företagsregister. Arbetsplatserna var spridda över hela riket och representerade privata, kommunala och statliga arbetsgivare. Endast 502 arbetsplatser besvarade enkäten, varför resultatet bör tolkas med stor försiktighet. I samband med enkätundersökningen hade RFV även telefonkontakt med vissa berörda arbetsgivare. De problem som framgick av arbetsgivarnas svar och kommentarer visade att det inte förelåg någon skillnad beroende på inom vilken del av arbetsmarknaden man verkade. Såväl privata som offentliga arbetsgivare uppvisade till exempel samma okunskap i fråga om rehabiliteringsansvarets innehåll.

Det förekom att arbetsgivarna hade vidtagit åtgärder utan att veta om att det var en rehabiliteringsåtgärd som de vidtog, varför det i vissa fall var svårt att besvara enkäten. Arbetsgivarna led stor brist på information om rehabiliteringsansvarets innebörd och först vid kontakten med RFV blev de varse hur olika åtgärder kategoriseras.

Av enkätsvaren kan utläsas att i genomsnitt 85 procent av arbetsgivarna satsade på rehabilitering i någon form under 1996. De arbetsplatser som inte satsat på rehabilitering är främst de med färre än 100 anställda. Av dessa hade dock fyra arbetsplatser av fem ansett sig behöva göra en ekonomisk rehabiliteringsinsats under 1996. Ingen skillnad

förelåg här mellan de minsta arbetsplatserna, med mellan 20 och 49 anställda, och de medelstora, med 50 till 99 anställda. För arbetsplatser med mellan 100 och 200 anställda uppger i stort sett alla arbetsplatser, 97 procent, att de satsat på rehabiliteringsinsatser under 1996. Samtliga arbetsgivare med 200 anställda och uppåt uppger att rehabiliteringsinsatser gjorts under 1996.

Den genomsnittliga rehabiliteringsinsatsen per arbetsplats var 35 000 kronor per år. En uppräknig av enkätens siffror skulle innebära att svenska arbetsplatser med över 20 anställda, sammanlagt under 1996 lade ner över 1,6 miljarder kronor på rehabilitering i olika former. Nära hälften av denna summa avsattes till förebyggande insatser. I beräkningarna nedan av de diagnosfördelade kostnaderna har RFV bortsett från de förebyggande insatserna då den indirekta effekten av dessa åtgärder är svår att beräkna. En mer fullständig uppskattning av de totala kostnaderna framgår av kapitel 9.

Det är dock viktigt att hålla i minnet att arbetsplatserna under tidigare år kan ha gjort betydande rehabiliteringsinsatser vilket kan ha påverkat enkätens resultat. Vid en analys av enkätens resultat bör man också komma ihåg att arbetsgivarna under perioden 1990–1995 kunde söka pengar ur Arbetslivsfonden. Pengarna skulle bland annat stimulera till förändringar av arbetsmiljön och utveckling av rehabiliteringsarbetet.

Tabell 1. Arbetsplatsernas rehabiliteringsinsatser 1996

Antalet anställda (st)	Genomsnittlig insats i kronor/arbetsplats*	Genomsnittlig insats/anställd (avrundat kr)*
20–49	25 000	730
50–99	37 000	500
100–199	116 500	780
200–499	200 000	570
500–	1 500 000	-

*Not. Siffrorna är genomsnittssiffror och säger inget om satsningens storlek på enskilda individer som kan variera kraftigt.

Vilka rehabiliteringsåtgärder valde då arbetsgivaren att satsa på? Som nämnts ovan gick i genomsnitt nära hälften av pengarna, 46 procent, till olika förebyggande åtgärder. Därefter kom anpassningar av arbetsplatsen med 22 procent. Rehabiliteringsutredningar och utbildning på arbetsplatsen var de åtgärder som arbetsgivarna satsade minst på. Dessa åtgärder utgjorde 17 respektive 15 procent av de totala rehabiliteringsutgifterna för arbetsplatsen.

Vissa skillnader i fördelningen mellan åtgärderna kan konstateras i förhållande till arbetsplatsernas storlek. Alla arbetsplatser, förutom de med 500 eller fler anställda, lägger ner mest resurser på förebyggande åtgärder. De största arbetsplatserna har valt att fördela resurserna mer lika mellan rehabiliteringsutredningar och förebyggande åtgärder. Som jämförelse kan påpekas att de stora arbetsplatsernas utlägg på rehabiliteringsutredningar är nästan dubbelt så stort som genomsnittet. Se tabell 2 för en översikt av arbetsplatsernas satsning på rehabiliteringsåtgärder.

Ur tabellen kan utläsas att de mindre arbetsplatserna i första hand försöker anpassa arbetsplatsen innan de prövar andra former av åtgärder. En annan intressant iakttagelse är att de absolut största arbetsplatserna, de med mer än 500 anställda, andelsmässigt satsar minst på förebyggande åtgärder. De är däremot mycket mer aktiva när det gäller rehabiliteringsutredningar än någon annan.

Tabell 2. Arbetsgivarnas resursinsatser fördelade på åtgärder (%)

Form av åtgärd	Antalet anställda på arbetsplatsen				
	20–49	50–99	100–199	200–499	500–
Förebyggande åtgärder	48	45	40	47	33
Rehabiliteringsutredningar	14	18	23	21	34
Utbildning på arbetsplatsen	15	16	13	14	15
Anpassning av arbetsplatsen	23	21	24	18	18
Summa	100	100	100	100	100

Not. Tabellen anger en procentuell fördelning av arbetsgivarnas kostnadsfördelning på olika rehabiliteringsinsatser under 1996.

Enkäten visar också att arbetsgivarna i stort sett fördelar sina rehabiliteringsinsatser i enlighet med den diagnos som de berörda anställda har haft. För att kunna göra en uppräknings till nationell nivå används i undersökningen en diagnosfördelning som framkommit i en av RFV tidigare utförd nationell diagnosstudie; RiksLS-undersökningen, vilken speglar diagnosfördelningen under 1991 till 1994. (RiksLS är en omfattande studie av långvariga sjukskrivningar.)

RFV har beräknat att arbetsgivarna har lagt ner cirka 864 miljoner kronor på rena rehabiliteringsinsatser 1996. Insatserna fördelar sig på följande sätt när de delas upp på diagnoser.

Tabell 3. Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser/diagnos

Diagnos	Satsad summa (mkr)
Muskuloskeletala sjukdomar	407
Psykiska störningar	151
Skador och förgiftningar	112
Cirkulationsorganens sjukdomar	40
Övriga sjukdomar	154
Summa	864

Not. Fördelningen avser 1996. De pengar som arbetsgivarna satsat på förebyggande åtgärder ingår ej. Fördelningen har skett genom att använda proportionerliga genomsnittet av åtgärder/diagnos under perioden 1991-1994

Många arbetsgivare upplever enligt RFV:s undersökning att det är svårt att finna motivation för att betala för rehabiliteringskostnader för skador som inte är arbetsrelaterade. Eller som en arbetsgivare skriver "Vi tar ansvar för det vi kan påverka". Arbetsgivarna, då speciellt vid mindre arbetsplatser, upplever att det är svårt att hantera rehabilitering utan specialkunskaper. Bland annat har de rehabiliteringsansvariga ibland svårt att skilja de olika rehabiliteringsformerna åt.

Det finns också praktiska problem, till exempel att se lämpliga omplaceringsmöjligheter eller att anpassa arbetsuppgifterna efter den sjuks behov. Många nämner att lösningen ofta blir kortsiktig, till exempel att övrig personal får ta över den sjuks arbetsuppgifter utöver sitt eget arbete, vilket skapar påfrestningar.

Resultatet av ytterligare en undersökning har presenterats i RFV:s årsredovisning 1995/96. Den undersökningen var en mätning av i vilken utsträckning arbetsgivarna levde upp till sitt utredningsansvar. Mätningen visade att arbetsgivarna i 60 procent av de sjukfall som motiverade en rehabiliteringsutredning avstod från att göra utredningen.

Tillsynsrapporten om RFV:s ohälsouppföljning

Tillsynsrapporten (RFV Anser 1998:4) tar främst sikte på att granska försäkringskassornas handläggning av bland annat rehabiliteringsfall, men rapporten pekar också på vissa brister i arbetsgivarnas hantering. RFV uppger att arbetsgivarna inte gör rehabiliteringsutredningar i den omfattning som är befogat och inte heller inom den tid som är angiven. I mer än 75 procent av de fall som RFV granskade saknades en rehabiliteringsutredning. I cirka hälften av de granskade fallen fanns ingen

rehabiliteringsutredning gjord trots att arbetslivsinriktad rehabilitering hade startat.

De utredningar som ändock görs är ofta så dåligt ifyllda att det har fört med sig att försäkringskassorna inte bryr sig om att påminna arbetsgivarna om deras skyldigheter. Det lönar sig inte att utkräva det ansvar som arbetsgivarna har enligt lag. Försäkringskassorna tycker att det är bättre att prata med arbetsgivaren och noterar då de uppgifter som framkommer. På så sätt befrias arbetsgivarna från sitt utredningsansvar.

De brister som finns i utredningarna gäller uppgifter om arbetsförhållanden, men i synnerhet de sociala förhållandena. Det saknas beskrivning av arbetstagarens nuvarande arbetsuppgifter och arbetsplats, fakta om tidigare arbeten och utbildning samt uppgifter om bosättning, kommunikationer, familj, barn tillsyn m.m. Flera av dessa uppgifter är lättillgängliga för arbetsgivaren men saknas i alla fall. RFV gör den bedömningen att det troligen är så att det inte fungerar som avsett på arbetsplatsen. Enligt de fall som ligger till underlag för tillsynsrapporten tar arbetsgivaren förmodligen inte kontakt med den anställde under sjukskrivningen för att diskutera återgången i arbete.

RFV:s rygg- och nackeundersökning

Som tidigare nämnts i avsnitt 6.1.1 har Riksförsäkringsverket gjort en undersökning angående arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser, byggd på material från försäkringskassan och enkäter till sjukskrivna med rygg- och nackbesvär. Här följer en kort sammanfattning av de viktigaste resultaten. För att se materialet i sin helhet, inklusive en översikt av genomsnittstider för de olika delarna i rehabiliteringsprocessen, se bilaga 3.

Vad gäller arbetsgivarens agerande vid sjukfall som är längre än 28 dagar, anser 35 procent av de sjukskrivna att arbetsgivaren visar bristande engagemang. Knappt var femte sjukskriven anger att arbetsgivaren initierar den första kontakten mellan arbetsgivare och anställd. Så många som var tionde anger att arbetsgivaren uttrycker misstanke om att de sjukskrivna inte är sjuka. Till arbetsgivarens fördel anses dock att denne, när åtgärd väl vidtas, agerar snabbare än försäkringskassan.

Bland de första åtgärder som vidtas i ett sjukfall efter kontakt är att göra en rehabiliteringsutredning. Mediantiden för en av arbetsgivaren utförd utredning är 76 dagar. Enligt de tillfrågade försäkrade genomförs dock rehabiliteringsutredning endast i hälften av sjukfallen. På basis av den information som är tillgänglig här finns det ingen möjlighet att bedöma om det är obehövligt att göra en utredning i de övriga

sjukfallen. Enligt försäkringskassan är bilden än mer negativ. I endast 40 procent av sjukfallen sker en utredning. I en tredjedel av fallen var en utredning inte aktuell. I vart fjärde fall genomfördes ingen utredning trots att den inte hade noterats som obehövlig av försäkringskassan. RFV:s tolkning av försäkringskassans noteringar i de enskilda ärendena är att behoven av rehabiliteringsutredning inte blir tillfredsställda i en fjärdedel av fallen. När en utredning väl utförs är 80 procent genomförda av arbetsgivaren. I drygt en fjärdedel av arbetsgivarens utredningar måste dock försäkringskassan påminna arbetsgivaren eller be om komplettering. I sju procent av sjukfallen utför försäkringskassan arbetsgivarens åligganden.

Enligt försäkringskassan är andelen kvinnor som behöver en rehabiliteringsutredning, och blir föremål för en sådan, större jämfört med andelen män. Bristen på utförda utredningar är dock lika för män och kvinnor. Rehabiliteringsutredning är aktuell i ungefär lika stor utsträckning i alla åldersgrupper. I de sjukfall där arbetsgivaren bör göra en rehabiliteringsutredning utför arbetsgivaren minst andel utredningar för personer mellan 18 och 29 år. Förklaringen kan vara att de oftare har tillfälliga anställningar än äldre.

Störst andel rehabiliteringsutredningar sker vid arbetsplatser av mellanstorlek med 10–49 anställda, där 40 % av de sjukskrivna erhåller en rehabiliteringsutredning. Detta kan jämföras med de större arbetsplatserna där endast en fjärdedel av de sjukskrivna blir föremål för en rehabiliteringsutredning. När det gäller andelen rehabiliteringsutredningar som inte genomförs trots troligt behov, är de större arbetsplatserna sämst. Trots att troligt behov föreligger har kommunerna den högsta andelen icke utförda rehabiliteringsutredningar. Försäkringskassan tar över 15 procent av rehabiliteringsutredningarna på arbetsplatser med färre än tio anställda. Detta kan jämföras med knappt tio procent av de större arbetsplatsernas utredningar. Försäkringskassan tar över största andelen utredningar från servicesektorn och minst andel från kommunerna.

En femtedel av de sjukskrivna med rygg- och nackbesvär erhåller en rehabiliteringsåtgärd från arbetsgivaren. Fler kvinnor än män anger att arbetsgivaren bör sätta in åtgärder. Trots denna skillnad i behov får ungefär lika stor andel män och kvinnor åtgärd vilket innebär att kvinnor får sina rehabiliteringsbehov tillfredsställda i mindre grad av arbetsgivaren än män. När en rehabiliteringsåtgärd väl sker blir män oftast omplacerade eller får sina arbetsuppgifter förändrade. I andra hand blir arbetsplatsen anpassad. För kvinnor sker det omvända; arbetsplatsen anpassas oftast och omplacering eller förändring av arbetsuppgifter kommer i andra hand. Arbetssträning och arbetsprövning är vanligare hos kvinnor än män. Dessa resultat bör dock tolkas med försiktighet

eftersom relativt få personer har blivit föremål för arbetsgivarens åtgärder.

Av de åtgärder som arbetsgivaren vidtar för att underlätta återgång i arbete sker anpassning av arbetsplatsen i genomsnitt 78 dagar efter sjukskrivningens början. Arbetsprövning eller arbetsträning vidtas något senare, efter 90 dagar. När det gäller ålder och rehabiliteringsåtgärd verkar arbetsgivarna behandla alla åldersgrupper relativt lika. Sjukskrivna under 30 år anser sig dock mer missgynnade eftersom nära en tredjedel av dem, dubbelt så många som i de övriga åldersgrupperna, anger att de behöver rehabiliteringsåtgärder av arbetsgivaren men inte får några. Förklaringen kan vara, som för rehabiliteringsutredningar, att yngre oftare har tillfälliga anställningar än äldre.

Som väntat förekommer åtgärder i större utsträckning på större arbetsplatser än mindre, trots att behovet är lika stort. Otillfredsställda rehabiliteringsbehov anges av var femte på de mindre arbetsplatserna. Bristen på åtgärder är hälften så stor på övriga arbetsplatser. Om arbetsplatserna fördelas efter bransch vidtas rehabiliteringsåtgärd till största andel, 39 procent, inom landstingen. Skillnaden är markant mot övriga sektorer/branscher där åtgärder vidtas i 20–25 procent av sjukfallen.

Om vi koncentrerar oss på de sjukfall där åtgärd inte vidtagits trots behov, visar det sig att behoven på åtgärder från arbetsgivaren är störst i servicesektorn, där var femte anställd inte anser sig ha fått den hjälp de behöver. Detta kan jämföras med 13 procent i tillverkningssektorn. En jämförelse kan här göras med rehabiliteringsutredningar där försäkringskassan får ta över störst andel från just servicesektorn. Förutom kontakter med arbetsgivaren för informationshämtning om de sjukskrivna och deras arbetssituation kan det bli aktuellt för försäkringskassan att ha så kallade flerpartssamtal med arbetsgivaren som en av samtalsparterna. Av försäkringskassans kontakter med arbetsgivaren leder hela 39 procent till ett flerpartssamtal där flera aktörer med hjälp av sin sakkunskap försöker komma fram till en framgångsrik rehabiliteringsåtgärdsplan. Förekomsten av dessa samtal ökar med arbetsplatsens storlek. Däremot finns det ingen större skillnad mellan olika branscher.

Under själva sjukfallet fick de försäkrade beskriva vilka faktorer de uppfattade som nödvändiga förutsättningar för återgång i arbete. De sjukskrivna kvinnorna anger 25 procent fler faktorer än män, vilket tyder på att kvinnor upplever större hjälpbehov än män. Under de första månaderna av sjukfallet är förändringar i arbetssituationen och stöd från arbetsgivaren och arbetskamraterna viktiga. Var tredje sjukskrivna anser att arbetsgivarens hjälp och arbetskamraternas stöd är avgörande för möjligheten att börja arbeta. Efter ett år tror de sjukskrivna inte lika mycket på arbetsgivarens möjligheter att hjälpa dem. Den mest fram-

trädande faktorn, utöver minskade besvär, är dock egen motivation för arbete. Mer än hälften hävdar efter en månads sjukskrivning att deras egen vilja är en avgörande faktor för återgång i arbete. Betydelsen av motivation minskar, inte överraskande, ju längre sjukfallet pågår. Fortfarande efter två års sjukskrivning betraktar dock var fjärde sjukskriven motivationen som en betydelsefull drivkraft. Mer än var tredje anser sig inte ha råd att vara sjukskriven och ser den ekonomiska förlusten som en avgörande faktor under hela första året.

Kartläggning av motivatorer under sjukskrivningen kompletterades genom att ställa samma frågor även till dem som återgått i arbete. Svaren ger ett slags facit för vilka faktorer som var viktiga förutsättningar för arbetsåtergången. På kort sikt nämns den egna viljan och minskade besvär som de mest avgörande faktorerna. Hela 85 procent av dem som återgick i arbete under det första året och över hälften av dem som återgick under det andra året, anser att den egna viljan var av avgörande betydelse. Under första året anser hälften den ekonomiska förlusten under sjukskrivningen vara en av de avgörande faktorerna. Däremot framstår faktorer knutna till arbetsplatsen som viktiga faktorer för många på längre sikt. En tredjedel av dem som återgick i arbete någon gång under andra året hävdade att arbetskamraternas stöd var av betydelse och nästan en fjärdedel åberopade arbetsgivarens hjälp som en viktig faktor. Nytt arbete och olika förändringar i arbetssituationen omnämns av hälften. Däremot var såväl fackets som försäkringskassans insatser av mindre betydelse för dessa långtidssjuka. Sammanfattningsvis antyder svaren att de sjukskrivna förväntar sig mycket hjälp från arbetsgivaren och arbetskamraterna, men förlorar tron på deras insatser på längre sikt. Å andra sidan visar svaren från dem som återgått i arbete att många lösningar växer fram just i samarbete mellan arbetsgivaren och de sjukskrivna, och med bra stöd från arbetskamraterna.

Arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen. 21 arbetsgivare i Västerbotten

En undersökning som berör arbetsgivarnas inställning till arbetet med rehabilitering är rapport 1996:14, *Arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen*, från Centrum för folkhälsovetenskap vid Umeå universitet. Rapporten har tagits fram i samarbete mellan Umeå universitet och Försäkringskassan i Västerbottens län.

Rapporten bygger på intervjuer med 21 arbetsgivare i Västerbottens län under hösten 1995. Arbetsgivarna valdes ut från de två största kommunerna samt vardera en kust- och inlandskommun. De arbetsgivare som ingår i undersökningen är sex med mindre än 50 anställda, sju med

mellan 51 och 200 anställda samt åtta arbetsgivare med mer än 200 anställda. Sexton arbetsgivare är privata, varav elva inom tillverkningsindustrin, ett byggföretag, och tre inom handel och samfärdsl. Fem arbetsgivare återfanns inom offentlig förvaltning. Nio av arbetsgivarna drev verksamhet i glesbygd.

Efter intervjuerna har undersökarna klassificerat arbetsgivarna i fem olika grupper. De olika arbetsgivargrupperna representerade allt från stor okunskap och ointresse i fråga om rehabiliterings- och arbetsmiljöansvaret till synsättet att gällande regler för arbetsmiljö och rehabilitering är en tillgång i verksamheten. Rapporten försöker ge en helhetsorienterad bild av de framgångar och tillkortakommanden som intervjuerna tyckte sig se i respektive arbetsgivargrupp.

Några generella slutsatser som redovisas i rapporten är att arbetsgivarna alltmer har insett betydelsen av rehabilitering, men variationen är stor när det gäller att axla arbetsgivaransvaret. I valet mellan ekonomi och rehabilitering väljer arbetsgivarna ekonomi trots att många uppger att rehabilitering är lönsamt. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar i kombination med effektivisering riskerar att bidra till att vissa grupper slås ut från arbetsmarknaden. Det finns tendenser att arbetsgivare gör sig av med eller undviker att rekrytera personer med låg utbildning och ohälsoproblem.

Personalens möjligheter till såväl vertikal som horisontell rörlighet på arbetsplatsen har stor strukturell betydelse för en fungerande rehabiliteringsprocess. Sjuktal och långtidssjukskrivningar har inget entydigt samband med arbetsgivartyp. Hos vissa av arbetsgivarna har förbättringar i arbetsmiljö och rehabilitering lett till minskad långtidssjukskrivning. Hos andra beror den minskade sjukfrånvaron på utstötning och extremt selektivt urval vid anställning.

Arbetsgivare som ser arbetstagarna som en resurs som man har anledning att vårda klarar sig bra, inte bara i rehabiliteringsprocessen utan även företagsekonomiskt. De framgångsrika arbetsgivarna ser rehabilitering som en process och samordnar förebyggande insatser i arbetsmiljön med direkta rehabiliteringsinsatser för dem som redan är sjuka. Dessa arbetsgivare ser lagstiftningen – främst AML – som ett användbart instrument. Försäkringskassan betraktas som en servicefunktion som man på bästa sätt försöker använda sig av. De väl fungerande arbetsgivarna verkar ha effektiva kontakter med försäkringskassan. Detta kan bero på att försäkringskassan prioriterar dessa arbetsgivare. Rehabiliteringsprocessen har oftast visat sig fungera väl hos de arbetsgivare som har en särskild kontaktperson vid försäkringskassan. Det finns en tendens att de mest aktiva och flexibla arbetsgivarna ligger i större regioner och har många anställda.

De arbetsgivare som är mindre framgångsrika sett ur rehabiliterings-synpunkt är de som har svårigheter att bryta igenom det skrå- och revirtänkande som personalen uttrycker. De mindre framgångsrika arbetsgi-varna fokuserar arbetsmiljöarbetet på förbättringar i den fysiska miljön och tar liten hänsyn till utvecklings- och påverkansmöjligheter för de anställda. Dessa arbetsgivare är inte intresserade av att samverka med övriga aktörer i rehabiliteringsprocessen och flyr sin del av ansvaret. De mindre väl fungerande arbetsgivarna ser lagstiftningen som alltför krävande och betonar den anställdes ansvar för arbetsmiljö och hälsa.

6.1.3 Försäkringskassan

Vi har i det inledande avsnittet till detta kapitel konstaterat att det nästan helt saknas övergripande studier som mer ingående redogör för försäkringskassans handläggningsarbete i rehabiliteringen och kassans arbete i förhållande till arbetsgivaren.

I de övergripande nationella studier som finns saknas i de flesta fall en mer detaljerad information om det arbetslivsinriktade rehabiliteringsarbetets innehåll. Vanligtvis har klassificeringen gjorts i mer grova kategorier. Detsamma gäller de aktiviteter som försäkringskassan ska utföra i rehabiliteringsprocessen. I många fall saknas det kontrollgrupper eller andra jämförelsematerial. Det föreligger även problem att ta ställning till om resultaten är allmängiltiga eller om de är specifika för gruppen som granskas. Det finns många studier som inte kan sägas redovisa allmängiltiga ställningstaganden utan mer är specifika för den grupp som granskas. Här finns en del studier som tar sikte på att behandla arbetsgivarens och försäkringskassans ansvar och kontakter. Många studier har en mer regional/lokal prägel eller använder sig av olika resultatmått, vilket gör det svårt att dra generella slutsatser. Tilläggas bör att studiernas syfte ofta är att användas som stöd i den aktuella verksamheten.

Vi har ändå funnit anledning att närmare redogöra för några mer övergripande studier som rör rehabiliteringsarbetet och som i huvudsak genomförts av RFV, men även en rapport som genomförts av Statskontoret på uppdrag av regeringen. Vi redovisar även resultatet från det framtagna materialet ur RFV:s undersökning om arbetsförmåga på grund av nacke- eller ryggbesvär i de delar som rör försäkringskassans kontakter med arbetsgivaren i rehabiliteringsarbetet.

Riksförsäkringsverkets och Statskontorets rapporter

Bland övergripande studier inom rehabiliteringsområdet kan särskilt nämnas LS-projektet (långvariga sjukskrivningar) som RFV har bedrivit i syfte att öka kunskaperna om vad som leder till långvariga sjukskrivningar och förtidspension samt samhällets åtgärder för att rehabilitera långvarigt sjukskrivna till arbetslivet. Projektet har bedrivits sedan mitten av 1980-talet och har resulterat i flera rapporter.

I RFV:s rapport Långvarig sjukskrivning, rehabilitering och förtidspension – En systemanalys (RFV redovisar 1989:12) gjordes en omfattande översikt över rehabiliteringsverksamheten under början av 80-talet. Förutom en omfattande beskrivning av samhällets organisation kring rehabiliteringen gjordes en analys av försäkringskassans åtgärder i sjukskrivningarna och i rehabiliteringen av den försäkrade. De slutsatser som drogs var att rehabiliteringsverksamheten inte hade utvecklats under perioden trots att man försökt ge den en högre prioritet. Försäkringskassans aktivitet var generellt sett låg under sjukskrivning, relativt få blev rehabiliterade och de åtgärder som sattes in sattes in sent under sjukskrivningen.

Senare uppföljningar av RFV har visat att först under början av 1990-talet förändrade försäkringskassan sin aktivitetsnivå på ett avgörande sätt (se RFV redovisar 1994:5, En studie av rehabiliteringsarbetet på försäkringskassan, och RFV redovisar 1995:20, RIKS-LS - En undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering). Kontakter togs nu i betydligt större utsträckning och snabbare än tidigare. Fler blev också föremål för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser och åtgärderna sattes in betydligt tidigare.

I RFV:s tidigare nämnda tillsynsrapport (RFV anser 1998:4) redovisas försäkringskassornas handläggning under åren 1996 och 1997 av bl.a. rehabiliteringsfallen. Verket har granskat samtliga 25 försäkringskassor i landet och hur de arbetat med de försäkringar som rör ohälsa. Urvalet har gjorts slumpmässigt och när det rör rehabiliteringsersättning har försäkringskassorna granskat 700 ärenden och RFV ca 250 ärenden. För att få en uppfattning om kvaliteten i beslutsunderlaget har man granskat ett mindre antal ärenden.

Rapporten har sina begränsningar. Den är av avvikelsekaraktär och omfattar endast de brister i ärendehantering och tillämpningen som RFV har uppmärksammat. Tonvikten har legat på försäkringskassornas "inre" arbete", på frågor kring ärendehantering och tillämpning av gällande regelverk utifrån förvaltningsrättsliga aspekter. Till övervägande del tar RFV upp förvaltningsrättsliga problem, oklarheter i hur kassan uppfattar sitt uppdrag och samordningsfrågor. Tillsynen har inte rört

effekterna eller utfallet av försäkringarna för de försäkrade eller samhället i stort och inte heller de delar som fungerar väl.

Vi har trots rapportens begränsningar funnit anledning att beröra några av de slutsatser som RFV drar.

I de delar som rör rehabiliteringsarbetet konstaterar RFV att det saknas utredningar i högre utsträckning (drygt 75 procent av fallen) i de ärenden som man har granskat när sjukskrivningen har pågått i 90 dagar. I ungefär hälften av fallen som RFV granskat fanns det inte någon rehabiliteringsutredning gjord trots att arbetslivsinriktad rehabilitering hade startat. RFV:s samlade intryck i rapporten är vidare att arbetsgivarna generellt sett inte gör rehabiliteringsutredningar enligt de regler som gäller och att försäkringskassorna inte heller påminner arbetsgivarna. Det framkommer att kassorna emellanåt själva kontaktar arbetsgivaren och skriver ned de uppgifter som arbetsgivaren då lämnar. I och med att kassan på så sätt tar initiativ och hämtar in uppgifterna övertar de också den utredningsskyldighet som åligger arbetsgivaren. Av rapporten framgår även att försäkringskassorna inte anmäler till berörd Yrkesinspektion/YI vid arbetsgivarens försummelser enligt AML. Däremot förekommer samarbete med YI vid s.k. systemtillsyn hos vissa arbetsgivare och i det sammanhanget kan t.ex. frågor om rehabiliteringsutredningar tas upp. RFV konstaterar också att det ofta saknas uppgifter om den försäkrades arbetsförhållanden och sociala förhållanden i de rehabiliteringsutredningar som görs.

Rapporten har fört med sig att RFV och försäkringskassorna under år 1998 kommer att vidta en rad åtgärder för att förbättra tillämpningen och hanteringen i rehabiliteringsarbetet. RFV anger även att konsensus bör eftersträvas inom socialförsäkringsadministrationen när det gäller rehabiliteringsuppdragets innebörd.

Av rapporten framkommer att i stort sett samtliga kassor åtagit sig att få fram bättre beslutsunderlag och tydligare ställningstagande. Många kassor kommer också att fortsätta att arbeta med kvaliteten i beslutsunderlagen. I stort sett samtliga kassor har också angett att de kommer att se över arbetsmoment med rehabiliteringsplanering.

Statskontoret har i sin rapport, *Perspektiv på rehabilitering*, (1997:27) utifrån en grov teoretisk modell försökt skapa sig en bild av rehabiliteringsprocessen, som den kan framstå från försäkringskassans perspektiv (vi går inte närmare in på modellen i detta sammanhang). Statskontoret drar den slutsatsen att rehabiliteringsprocessen är komplicerad och för att arbetet ska fungera krävs det en aktiv uppföljning av varje fall och alla led. De kritiska momenten i arbetet anser Statskontoret bl.a. vara att arbetsgivaren måste vara väl informerad om de möjligheter som rehabiliteringen erbjuder, om sina skyldigheter och om möjligheterna att få hjälp av olika myndigheter. Statskontoret fram-

håller också vikten av att rehabiliteringsutredningen kommer i gång snabbt. Den enskildes motivation är helt avgörande för en lyckad rehabilitering samt att det hålls en aktiv kontakt med arbetsgivaren under hela rehabiliteringen. Vidare understryker Statskontoret att kvaliteten i rehabiliteringsutredningarna är mycket viktig.

RFV:s undersökning om arbetsförmåga på grund av rygg- eller nackbesvär

Riksförsäkringsverket har även genomfört en utredning om arbetsförmåga och rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär, byggd på material från försäkringskassan och enkäter till sjukskrivna. (Se avsnitt 6.1) Här ges en kort beskrivning av undersökningens resultat med avseende på försäkringskassans rehabiliteringsarbete. För att se materialet i sin helhet, inklusive en översikt av genomsnittstider för de olika delarna i rehabiliteringsprocessen, se bilaga 3.

Vid sjukfall tar försäkringskassan i högre grad kontakt med kvinnor än med män. Skillnaden är markant med 60 procent kontaktade kvinnor mot 40 procent män. Majoriteten av försäkringskassans samtliga kontakter är med den försäkrade. Endast 14 procent av kontakterna är mellan försäkringskassan och arbetsgivare. Försäkringskassan har minst kontakt med arbetsgivare när det gäller personer i åldern 18–29 år och flest kontakter när det gäller personer i åldern 30–39 år. Försäkringskassan har flest kontakter med de mellanstora arbetsplatserna med mellan 10 och 49 anställda. Försäkringskassan kontaktar 16 procent av de stora, respektive 21 procent av de mellanstora arbetsgivarna. Andelen kontakter mellan försäkringskassa och mellanstora arbetsgivare är tre gånger fler än kassans kontakter med arbetsplatser med under 10 anställda.

Andelen där försäkringskassans första kontakt med arbetsgivaren följdes av ett flerpartssamtal var 39 procent. Efter försäkringskassans kontakt med den försäkrade ledde 29 procent till ett flerpartssamtal. Kontakter mellan försäkringskassan och arbetsgivaren som leder till flerpartssamtal är i stort sett lika vanliga i alla åldersgrupper. Flerpartssamtal är dock något ovanligare när det gäller personer i den yngsta åldersgruppen. Efter inledande kontakt mellan försäkringskassa och arbetsgivare är flerpartssamtal vanligare ju större arbetsplatsen är. Undersökningsmaterialet visar ingen större skillnad mellan olika branscher/ sektorer i samhället när det gäller kontakter som leder till flerpartssamtal.

Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning ska försäkringskassan upprätta en rehabili-

teringsplan med bland annat en tidsplan för rehabiliteringen. Andelen individer med rygg- och/eller nackbesvär där rehabiliteringen påbörjas före fastställd rehabiliteringsplan var 23 procent. Det upprättas en större andel rehabiliteringsplaner för kvinnor än för män. Andelen där ingen plan upprättas, trots troligt behov, uppgår för både kvinnor och män till cirka 16 procent. Åldern ser däremot inte ut att ha någon större betydelse för om en rehabiliteringsplan upprättas eller ej. Alternativet att ingen rehabiliteringsplan är aktuell är naturligt nog som störst för den äldsta åldersgruppen, dvs. de mellan 50 och 59 år. Landstinget är den sysselsättningssektor där upprättandet av en rehabiliteringsplan är vanligast. I hela 36 procent av sjukfallen görs en rehabiliteringsplan, vilket kan jämföras med 20 procent i den statliga sektorn. Det kan slutligen konstateras att i genomsnitt fastställs rehabiliteringsplanen först 134 dagar efter att den försäkrade har insjuknat.

6.2 Andra aktörer

6.2.1 Företagshälsovården

Definitioner

Enligt 3 kap 2 § arbetsmiljölagen är arbetsgivaren skyldig att tillhandahålla företagshälsovård om arbetsförhållandena påkallar det, och i den omfattning verksamheten kräver. Regeln tar sikte på arbetsmiljöer där arbetsuppgifterna är förenade med sådana påfrestningar att tillgång till företagshälsovård är en absolut nödvändighet för att förebygga ohälsa och olycksfall. Skyldighet att tillhandahålla företagshälsovård kan också följa av kollektivavtal. En sådan avtalsenlig skyldighet föreligger på några arbetsmarknadssektorer.

Det finns idag ingen definition av begreppet företagshälsovård i arbetsmiljölagen. Begreppet ges dock ett innehåll i förarbetena till kommunalskattelagen. Med ledning av AML, AFL och dess förarbeten beskrivs företagshälsovård på följande sätt i prop. 1994/95:182, Beskattning av hälso- och sjukvård samt vissa andra förmåner. Med företagshälsovård avses en professionell och oberoende rådgivare för såväl arbetsgivare som arbetstagare. Företagshälsovården har till uppgift att arbeta på ett sådant sätt att ändamålet med arbetsmiljölagen uppfylls. Företagshälsovården arbetar med förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering. Företagshälsovårdens verksamhet är baserad på en bred kompetens inom ämnesområden som medicin, teknik, beteendevetenskap, arbetsorganisation och rehabiliteringsmetodik. Företagshälsovården identifierar och beskriver samband

mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Företagshälsovårdens uppgift är att lämna förslag till åtgärder och aktivt verka för att dessa genomförs. Denna beskrivning av företagshälsovårdsbegreppet strider inte mot de beskrivningar av företagshälsovård som förekommer i kollektivavtal.

Nuvarande verksamhet och finansiering

En bärande idé inom företagshälsovården är att arbeta mångdisciplinärt och tvärvetenskapligt. Verksamheten är uppbyggd av olika professioner som utifrån en helhetssyn arbetar tillsammans med kundernas problem. Dock har de försämrade ekonomiska villkoren under 1990-talet medfört att samarbetet mellan yrkesgrupperna minskat jämfört med tidigare och att man allt oftare arbetar ensam gentemot de anslutna arbetsplatserna. Kundernas efterfrågan på tjänster styr i högre grad än tidigare företagshälsovårdens utbud. Fördelen med detta är att företagshälsovården bättre kan anpassas efter kundens behov, men nackdelen är att en åtstramad ekonomi kan utarma företagshälsovårdens innehåll. Ett sådant exempel är att kundföretagen visar ett begränsat intresse av att betala för återföring av resultatet från de insatser som företagshälsovården genomfört. En ökning av efterfrågan har skett inom de psykosociala och arbetsorganisatoriska områdena.

Den kompetens som är vanlig inom företagshälsovården bärs upp av beteendevetare, ergonomer/sjukgymnaster, läkare, sjuksköterskor och skydds- eller arbetsmiljöingenjörer. Beteendevetarna arbetar med psykologiska och sociala frågor såsom psykosociala arbetsplats- och organisationsanalyser, kris- och konflikthantering och stress- och utbrändhetsproblem. Ergonomer/sjukgymnaster arbetar med arbetsplatsutformning, produktrådgivning, arbetsteknik och avspänning, behandling samt rehabiliteringsutredningar. Arbetet är inriktat på såväl individer som grupper och kan vara förebyggande, akut eller efterhjälpande. Läkarna arbetar medicinskt med sjukdomar kring arbetet, oftast i relation till individer. Läkarna arbetar med rehabiliteringsfall, sjukvård och hälsoundersökningar. Sköterskorna arbetar med provtagning, hälsoundersökningar och vaccinationer. Ibland arbetar sköterskorna också med rehabiliteringsfrågor, stressproblematik, alkoholfrågor och krissamtal. Sköterskorna har ofta en samordnande roll inom företagshälsovården. Skydds- eller arbetsmiljöingenjörerna arbetar med utredningar kring inomhusklimat och ventilation, bullerproblem, koldioxidmätningar, kemiska frågor, elöverkänslighet och ritningsgranskning. För samtliga kategorier av anställda kan förekomma inslag av utbildning och infor-

mationsverksamhet riktade till de arbetsplatser som är anslutna till företagshälsovården.

En modell för kvalitetssäkring av företagshälsovård har tagits fram och används sedan 1995. Modellen bygger i stort på den ovan angivna beskrivningen av begreppet företagshälsovård. Kvalitetssäkring är en utvärderingsprocess som innebär att man systematiskt och kontinuerligt beskriver, mäter och värderar kvaliteten i verksamheten i relation till de mål som är fastställda. Processen är avsedd att leda till certifiering enligt ISO 9000. Av cirka 700 företagshälsovårdsenheter är 3 certifierade första kvartalet 1998. Kvalitetssäkringen har inriktning mot att uppnå likformighet inom de olika yrkeskategorierna i fråga om hur olika arbetsprocesser utförs.

Fram till den 1 januari 1993 utbetalades generellt statsbidrag till företagshälsovården. Bidragssystemet hade genom ändring 1986 fått inriktningen att stimulera förebyggande arbetsmiljöarbete på bekostnad av andelen sjukvård i verksamheten. När statsbidraget till företagshälsovården togs bort utgjorde det drygt 25 procent av den totala kostnaden för verksamheten. Efter 1992 har den traditionella företagshälsovården minskat i omfattning. Personalen har minskat med 25 procent och kundunderlaget med 10 procent. Såväl centrala arbetsmiljöavtal som anställda som omfattades av företagshälsovård har sagts upp. Visserligen har nya arbetsmiljöavtal slutits, men de innebär sällan en förpliktelse för arbetsgivaren att tillhandahålla företagshälsovård. En ökad tendens att köpa stycketjänster har noterats och en koncentration mot allt större företagshälsovårdsenheter pågår. Borttagandet av statsbidragen är inte enbart negativt. Företagshälsovård utan statsbidrag för med sig en ökad kostnadsmedvetenhet och högre förväntningar i fråga om de tjänster som erbjuds.

Nu finansieras företagshälsovården i huvudsak genom avgifter från de arbetsgivare som slutit avtal med berörd företagshälsovårdscentral. Detta gör att verksamheten är känsligare för förändringar i kundunderlaget. Prissättningen av företagshälsovårdens tjänster har anpassats till variationer i kundefterfrågan. Systemet för avgifter har utvecklats från en ordning med totalutbud till fast avgift, över en ordning med basutbud med möjlighet till tilläggstjänster, till ett fritt val av stycketjänster. Stycketjänstförsäljningen medför dock att den professionella kompetensen utarmas och en rimlig planering av verksamheten i hög grad försvåras, varför ordningen för avgifter nu utvecklas mot modulsystem.

I viss mån finansieras företagshälsovårdens verksamhet genom att läkare och sjukgymnaster uppbär ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik. Ersättningen utges för den sjukvård som läkaren respektive sjukgymnasten ger till enskild. En arbetsgrupp inom Arbetsmarknadsdepartementet har i en

utredning om företagshälsovården bland annat analyserat konsekvenserna av detta sätt att delfinansiera företagshälsovård. I departementspromemorian Företagshälsovård – En resurs i samhället (Ds 1998:17) förslås att denna finansieringsmöjlighet ska tas bort eftersom de nuvarande reglerna snedvrider konkurrensen mellan företagshälsovårdsenheterna. Ett sätt att ändå till viss del finansiera företagshälsovård med allmänna medel är att landstingen sluter vårdavtal med företagshälsovården.

Värmlandsmodellen

Landstinget i Värmland har sedan 1994 tecknat avtal med företagshälsovårdsenheterna inom hela länet. Bakgrunden till detta var att man ville öka kunnandet inom områdena arbetsmedicin och förebyggande arbetsmiljöarbete. Avtalet bygger på lokal samverkan mellan primärvården, företagshälsovården och försäkringskassan. Syftet med det lokala samarbetet är att ge företagshälsovården förutsättningar att behålla och utveckla sin kompetens inom arbetsmedicin och arbetslivsinriktad rehabilitering. De lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna tecknar avtal med respektive företagshälsovårdsenhet. Landstinget betalar en begränsad ersättning till företagshälsovården för hälso- och sjukvårdstjänster. Ersättningen utgör cirka 10–20 procent av företagshälsovårdens totala omsättning. Alla företagshälsovårdsenheter har rätt att teckna avtal efter granskning och godkännande av en kvalitetsutvecklingsgrupp. I denna grupp ingår representanter för de tre berörda verksamheterna.

Företagshälsovården ges rätt att bedriva sjukvård i viss omfattning och får remittera till specialister, laboratorier och röntgen. Primärvården kan remittera patienter som saknar tillgång till egen företagshälsovård till en avtalstecknande företagshälsovårdsenhet för arbetsmedicinska bedömningar och åtgärder. Detta medför att personer som annars inte har tillgång till den expertis som finns inom företagshälsovården ändå kan komma i åtnjutande av denna typ av tjänster. 75 procent av de individer som företagshälsovården i Värmland arbetar med har en anställning.

Samarbetet i Värmland innehåller även ett samarbete mellan företagshälsovården och försäkringskassan. Handläggare vid försäkringskassan genomför ibland arbetsplatsbesök gemensamt med företagshälsovården. Försäkringskassan köper även tjänster av företagshälsovården i fråga om intyg gällande utredning och behandling av företagshälsovårdens patienter.

Vid årsskiftet 1997/98 pågick överläggningar inom ytterligare några landsting om avtal med företagshälsovården.

Tillgång till företagshälsovård

Tillgången till företagshälsovård varierar beroende på vilken typ av verksamhet arbetsgivaren bedriver och arbetsplatsens storlek. Enligt en undersökning om förhållandena 1995 (Statskontoret 1997:2) hade 73 procent av alla anställda tillgång till företagshälsovård. Ju färre anställda en verksamhet hade, ju lägre var tillgången till företagshälsovård. För verksamheter med högst 4 anställda var tillgången 36 procent. För verksamheter med 500 eller fler anställda var tillgången 94 procent. Inom vissa områden har alla anställda tillgång till företagshälsovård oavsett storleken på arbetsgivarens verksamhet. Ett sådant exempel är den statliga sektorn där varje myndighet oavsett antal anställda har avtal med företagshälsovården. Tillgången till företagshälsovård är, enligt Statskontorets rapport, störst inom sektorerna tillverkning och utvinning, finansiell verksamhet, utbildning, vård och omsorg samt offentlig förvaltning. Det kan dock inom varje sektor finnas stora skillnader.

Förslag enligt Ds 1998:17

Departementspromemorian Ds 1998:17 innehåller dels förslag om ändringar av de regler som direkt eller indirekt styr företagshälsovårdens verksamhet, dels förslag om ändring av arbetssätt och arbetsuppgifter. Förslaget innebär bland annat ändring av arbetsmiljölagen (1977:1160), lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

Förslaget till ändringen i 3 kap 2 § AML innebär att arbetsgivaren ska anordna den företagshälsovård som påkallas av arbetsförhållandena. Detta innebär en skärpning av kraven. Företagshälsovård ska inte endast anordnas när det förekommer speciellt farliga arbetsuppgifter på arbetsplatsen. Skyldighet att anordna företagshälsovård föreslås föreligga även till följd av andra omständigheter som påverkar de anställdas hälsa på arbetsplatsen och som framkommer under internkontrollarbetet.

Ytterligare en förändring av 2 § förslås genom att det införs en definition av begreppet företagshälsovård. Med företagshälsovård avses, enligt arbetsgruppens förslag, en expertresurs som verkar inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering, med kompetens att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatsen. Företagshälsovården ska vara professionell med kompetens att identifiera och beskriva samband mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Detta ställer krav på kompetens inom områden som beteendevetenskap, arbetsorganisation, teknik, ergonomi samt medicin och rehabilitering. Företagshälso-

vården ska vara en oberoende resurs för sina uppdragsgivare och kunna lämna förslag till åtgärder och aktivt medverka till att förslagen genomförs.

De ändringar som föreslås i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik innebär att sådan ersättning inte ska lämnas till läkare respektive sjukgymnast som är verksam inom företagshälsovården. Tanken bakom förslaget är inte att helt avskilja sjukvård från företagshälsovården. Ett visst inslag av sjukvård anses vara nödvändigt att behålla för att företagshälsovården ska kunna fullgöra sin uppgift inom området arbetsrelaterad ohälsa och tidig rehabilitering. Dagens ersättning för sjukvård kan endast erhållas av privatpraktiserande läkare med annan specialistkompetens än företagshälsovård. Specialistutbildning inom företagshälsovård omfattas inte av ersättningssystemet eftersom kostnader som ankommer på arbetsgivarna inte ska belasta landstingen. Detta medför bristande konkurrensneutralitet mellan företagshälsovårdsenheter som har, respektive inte har, läkare med annan specialistutbildning än företagshälsovård.

Arbetsgruppen anser därtill att sjukvård inom företagshälsovården måste få en avgränsning mot övrig privat och offentlig sjukvård. Ett lämpligt sätt att göra denna avgränsning är, enligt arbetsgruppen, att sjukvårdshuvudmännen tar till vara möjligheten att sluta vårdavtal med företagshälsovårdsenheterna. Avtalen kan omfatta även andra tjänster än sjukvård. Sådana avtal möjliggör för företagshälsovården att utöva viss sjukvård och därigenom bibehålla full kompetens inom området förebyggande arbetsmiljöarbete, rehabilitering och arbetsrelaterad sjukvård. Arbetsgruppen framhåller även värdet av en systematisk samverkan mellan den offentliga sjukvården, företagshälsovården och försäkringskassan. Båda dessa komponenter – systematisk samverkan och sjukvård inom ramen för företagshälsovård – återfinns i den så kallade Värmlandsmodellen som beskrivits ovan.

Samtliga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 1999.

Som framgått ovan är tillgången till företagshälsovård väsentligt mindre när arbetsgivaren driver en mindre verksamhet. Det är samtidigt så att det inom små verksamheter, generellt sett, finns bristande kunskaper om arbetsgivarens ansvar i fråga om arbetsmiljö och rehabilitering. Ofta saknas insikt om nyttan av en god arbetsmiljö. Även på arbetsplatser där man insett värdet av en bra arbetsmiljö kan steget mellan tanke och handling vara långt. De mindre företagen har ofta dålig kännedom om vad företagshälsovården kan hjälpa till med. Brister i marknadsföringen är en faktor som påtalas av de små företagen (se Strategier för arbetsmiljöarbete, rapport från Mitthögskolan).

Små företag upplever att de är ställda på undantag i fråga om intresse och service från företagshälsovården jämfört med stora företag.

Problemet förstärks i glesbygd där det ofta är långa avstånd mellan arbetsplats och företagshälsovård. Företagshälsovården har små, för att inte säga obefintliga möjligheter att få ett ekonomiskt överskott genom anslutningen av små företag till sin verksamhet. Såvitt framkommit nekade dock inte de små företagen avtal med företagshälsovården. Arbetsgruppen inom Arbetsmarknadsdepartementet anser att företagshälsovården måste anpassa sitt arbetssätt för att bättre passa de små företagen. Företagshälsovården måste underlätta för småföretagare att bilda nätverk. Vidare anser arbetsgruppen att de yrkesmedicinska klinikerna bör stödja företagshälsovården aktivt i arbetet med de små företagen.

Departementspromemorian innehåller även förslag om att Arbetstillsynsinstitutet ska ges i uppdrag att ansvara för att grundutbildning och fortbildning av företagshälsovårdens personal organiseras, anordnas och bedrivs. Förslag ges också om att det ska inrättas en särskild delegation som ska arbeta med utveckling och konsolidering av företagshälsovården.

6.2.2 Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen

Inledning

Som framkommit tidigare utgör anpassning av arbetssituationen en väsentlig del av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Det kan därför finnas anledning att något beröra hur Yrkesinspektionen och Arbetarskyddsstyrelsen arbetar med anpassningsfrågorna. Den del av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar som kan bli föremål för tillsyn från Yrkesinspektionens sida är dels anpassning av arbetssituationen, dels organiserandet av anpassningsverksamheten och rehabiliteringsverksamheten. I fråga om anpassning utövas tillsyn i individärenden. När det gäller rehabilitering utövas tillsynen endast avseende organiserandet av lämpliga rutiner.

I Arbetarskyddsverkets verksamhetsprogram 1997–99 framhålls vikten av ett effektivt samarbete med andra myndigheter. Som ett viktigt exempel anges samarbete med försäkringskassorna i rehabiliteringsfrågor. I regleringsbrevet för 1998 anges att ASS aktivt ska samverka med AMS, SoS och RFV så att en effektivare användning av tillgängliga resurser uppnås inom rehabiliteringsområdet.

Samverkansavtal mellan yrkesinspektionen och försäkringskassan

Under perioden juli 1994 till och med december 1996 pågick ett projekt angående arbetsgivarens organisation av arbetsanpassning och rehabilitering. Projektet var centralt samordnat av ASS som drev det tillsammans med nio yrkesinspektionsdistrikt. Vi kommer i den fortsatta framställningen att redogöra för utvärderingen av projektet. En av utgångspunkterna var att öka samverkan med försäkringskassan och att utarbeta bra samverkansavtal mellan yrkesinspektionen och försäkringskassan. Sådana avtal finns nu inom de flesta yrkesinspektionsdistrikt. Avtalen behandlar mål och motiv för samverkan, olika samverkansformer i fråga om möjlighet att få tillgång till erforderlig statistik och frågor om tillsyn av arbetsgivarnas anpassnings- och rehabiliteringsansvar.

Någon heltäckande utredning om hur samverkansavtalen fungerar i praktiken har vi inte haft möjlighet att göra. Vad vi kan säga är att utvecklingen av samverkan har hunnit mycket långt inom vissa yrkesinspektionsdistrikt, medan andra distrikt brottas med betydande problem. Ett samverkansavtal som förefaller ha stor betydelse för ett väl fungerande samarbete mellan yrkesinspektionen och försäkringskassan är avtalet mellan Yrkesinspektionen respektive Försäkringskassan i Stockholm. Båda parter är mycket nöjda med samarbetet och satsar, så långt resurserna tillåter, på vidareutveckling. Yrkesinspektionen i Stockholm har liknande avtal med försäkringskassan i Uppsala och på Gotland. Även där fungerar samverkan väl.

Överenskommelsen mellan Yrkesinspektionen och Försäkringskassan i Stockholm sluts för ett år i taget. Därefter utvärderas samarbetet och en ny plan för samverkan upprättas. Utfallet av samverkan rapporteras till ledningen för respektive myndighet. Syftet med samverkan är att få arbetsgivarna att bedriva sitt arbete med arbetsanpassning och rehabilitering på ett effektivt sätt, för att så långt möjligt förhindra att anställda slås ut från arbetslivet. Från försäkringskassans sida har man tydligt från centralkontoret angivit för lokalkontoren att samverkan ska genomföras enligt överenskommelsen. Men såväl inom försäkringskassan som yrkesinspektionen har man varit noga med att införa samverkansmodellen successivt och lagt ner stor möda på det interna förankringsarbetet.

Målet för samverkan 1998 är att den konkreta samverkan ska fortsätta genom gemensamma arbetsplatsbesök och att minst tre arbetsplatsbesök genomförs inom varje lokalkontorsområde. De förutsättningar som anges i överenskommelsen är att samverkan ska ske med bibehållna myndighetsroller, att samverkansmodellen har acceptans inom de båda myndigheterna, att samverkan bygger på dialog mellan och

respekt för deras respektive verksamhets- och ansvarsområden och att alla rehabiliteringshandläggare och yrkesinspektörer har kunskap om samverkansmodellen.

Under 1998 genomförs gemensamma besök/inspektioner under tiden mars–november. Det totala antalet besök för länet ska uppgå till 48 stycken under året. Före besöken ges information till handläggarna och yrkesinspektörerna om respektive samverkansparts myndighet. Besöken avser problemarbetsställen respektive riskarbetsställen. Besöken ska huvudsakligen ske utifrån förslag från försäkringskassan. Ansvarig inspektör för förslaget arbetsställe bedömer om det är lämpligt att göra inspektion. Före arbetsplatsbesöket träffas yrkesinspektören och rehabiliteringshandläggaren och går igenom roller och arbetsuppgifter.

Under arbetsplatsbesöket leder yrkesinspektören inspektionen och påtalar eventuella brister. När brister konstateras erbjuder rehabiliteringshandläggaren från försäkringskassan råd och stöd till arbetsgivaren och informerar om de olika lösningar som står till buds. På så sätt kompletterar de två myndigheterna varandra genom att dels tydliggöra problemen för arbetsgivaren, dels erbjuda arbetsgivaren handledning vid lösandet av problemet. Ordningen med gemensamma arbetsplatsbesök har utvärderats genom en enkät till berörda arbetsgivare. 83 procent av arbetsgivarna uppfattade de gemensamma besöken som klart positivt. För arbetsgivare som erhållit kontaktperson hos försäkringskassan har förändringsarbetet löpt väsentligt bättre än hos andra arbetsgivare.

Förutom gemensamma arbetsplatsbesök omfattar samverkansavtalet mellan försäkringskassan och yrkesinspektionen rådgivning, medverkan vid utbildning, medverkan vid information till företag och utbyte av skriftlig information om till exempel uppgifter om sjukfrånvaro eller arbetsskadestatistik för företag.

Liknande samverkansavtal som det som finns i Stockholm finns även i andra regioner och samarbetet fungerar i huvudsak bra. Det förekommer dock vissa problem. Av de uppgifter som framkommit vid samtal med några yrkesinspektörer kan man dra den slutsatsen att det är viktigt att ledningen för berörda myndigheter tydligt anger att samverkan ska prioriteras och att berörda handläggare ges det stöd som krävs för att upprätthålla en tydlig inriktning i rehabiliteringsfrågorna gentemot arbetsgivarna.

Projekt inom Arbetarskyddsverket

Som tidigare nämnts startade ASS 1994 ett centralt samordnat projekt angående arbetsgivarens organisation av arbetsanpassning och rehabili-

tering. Projektet finns redovisat i Arbetarskyddsstyrelsens rapport 1997:8, Arbetsanpassning och rehabilitering. Arbetarskyddsverkets projekt pågick i 2,5 år. Under den tiden genomfördes 960 inspektioner som ledde till att 781 olika krav ställdes på arbetsgivarna i fråga om arbetsanpassning och rehabilitering. Kraven avser en tidsperiod om cirka ett år. Inspektionsbesöken var av tre slag; inspektion enligt ordinarie urval, inspektion på grund av anmälan och inspektion i samverkan med försäkringskassan. Arbetsgivare i de flesta branscher besöktes, såväl privat som offentlig sektor. Besöken gjordes hos både stora och små företag, men som regel besöktes inget företag med mindre än tio anställda.

218 av inspektionerna planerades och genomfördes tillsammans med försäkringskassorna. Samtliga yrkesinspektionsdistrikt ansåg att samverkan med försäkringskassan var en positiv erfarenhet. Ett värdefullt inslag i samverkan var att de båda myndigheterna kunde komplettera varandras roller i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet. Yrkesinspektionen kan för att kunna fullgöra sin tillsynsuppgift även generellt behöva inhämta underlag från försäkringskassan, till exempel i fråga om sjukfrånvaron hos en viss arbetsgivare. Det finns dock ett hinder för ett bra informationsutbyte. Försäkringskassan sorterar ofta sina ärenden efter de försäkrades födelsedatum medan Yrkesinspektionen sorterar efter arbetsställe. Detta försvårar avsevärt Yrkesinspektionens tillgång till snabb information om arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser inför en inspektion.

De vanligast förekommande bristerna hos arbetsgivarna var avsaknad av erforderliga rutiner för arbetsanpassning och rehabilitering, brister i fråga om fördelning av befogenheter, resurser, kunskap och kompetens för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten samt avsaknad av handlingsprogram för missbrukssituationer. Krav på anpassning av arbetssituationen utgjorde endast 2 procent av det totala antalet krav riktade mot arbetsgivarna. Kraven med anledning av brister har inte alltid redovisats på ett likartat sätt. Detta har medfört att krav beträffande anpassning och rehabilitering i en del distrikt redovisats som internkontrollkrav varför mängden anpassningskrav i Yrkesinspektionens redovisning blir något missvisande. 54 procent av inspektörerna uppger att ASS föreskrifter om anpassning och rehabilitering sällan finns tillgängliga på arbetsställena.

Projektet medförde att yrkesinspektörernas kunskap i fråga om arbetsanpassning och rehabilitering förbättrades. En ökning av uppmärksamheten att påtala brister vid inspektioner inom detta område kunde också noteras.

Utvärderingen av projektet visade att 89 procent av inspektörerna tycker att arbetsanpassning och rehabilitering är viktigt i det totala

tillsynsarbetet. 70 procent av inspektörerna uppmärksammar och påtalar ofta eller mycket ofta de brister i fråga om arbetsanpassning och rehabilitering som framkommer vid inspektioner. Manliga inspektörer uppmärksammar i mindre utsträckning problem relaterade till anpassning och rehabilitering. Av männen är det 35 procent som sällan eller aldrig aktivt uppmärksammar och påtalar brister i detta avseende. Bland kvinnor är det 10 procent som sällan eller aldrig påtalar brister i fråga om anpassning och rehabilitering. 41 procent av inspektörerna tycker att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsfrågorna har fått för stort utrymme i förhållande till andra arbetsmiljöfaktorer. Detta är en ökning med 7 procent jämfört med två år tidigare.

Majoriteten av yrkesinspektörer – 55 procent – anser att de endast i någon mån har tillräcklig kunskap och utbildning för tillsynsarbete inom området arbetsanpassning och rehabilitering. 31 procent anser att han eller hon har kunskap och utbildning som i hög grad räcker till för tillsynsarbetet. Drygt 14 procent anser att de knappast har tillräcklig kunskap.

Den andel av inspektörerna som har tagit kontakt med försäkringskassan i många ärenden under tillsynsarbetet uppgår till 14 procent. Denna grupp har på två år ökat från att tidigare utgjort 6 procent. Majoriteten – 55 procent – har tagit kontakt med försäkringskassan i några tillsynsärenden. Det är inte så vanligt att inspektörerna tar kontakt med ett arbetsställe med anledning av förfrågan om arbetsanpassning och rehabilitering från försäkringskassan. Endast 4 procent har gjort det vid flera tillfällen, 53 procent har gjort det några gånger medan 28 procent aldrig har tagit kontakt på grund av förfrågan. Dock har 20 procent av inspektörerna aldrig fått någon förfrågan från försäkringskassan.

Handikappombudsmannens undersökning

På initiativ av Handikappombudsmannen genomfördes 1996/97 en undersökning av funktionshindrades sysselsättningsförhållanden. Av alla arbetstagare med funktionshinder och med behov av arbetshjälpmedel eller annan anpassning, har 43 procent inte fått sådan hjälp på initiativ av berörd arbetsgivare. Handikappombudsmannen har studerat Yrkesinspektionens arbete med anpassningsfrågor. Enligt Handikappombudsmannen genomförde Yrkesinspektionen under 1996 totalt 38 546 besök på arbetsställena och vid 2 538 besök togs frågor om rehabilitering och anpassning upp.

Handikappombudsmannen begärde att få in förelägganden, förbud och inspektionsmeddelanden som utfärdats med stöd av reglerna om arbetsanpassning. Samtliga yrkesinspektionsdistrikt hörsammade begä-

ran, men endast 16 ärenden rapporterades till Handikappombudsmannen. En rad omständigheter angavs av inspektörerna som förklaring till den låga andel ärenden angående individuell arbetsanpassning. De orsaker som här redovisas är inte graderade inbördes efter betydelse. Den huvudorsak som angivits varierar mellan yrkesinspektionerna.

Några yrkesinspektörer anger att arbetsgivaren i många fall löser arbetsmiljöproblem på egen hand utan inblandning av yrkesinspektionen. Det är svårt att vid en inspektion se brister i fråga om individuell anpassning, om man inte på förhand har kännedom om vilka anställda som har en funktionsnedsättning. Yrkesinspektionen uppges ha en tradition att rikta in sig på verksamheten som sådan och inte på individuella fall. Organisatoriska frågor prioriteras till exempel hur arbetsgivaren lever upp till kraven på internkontroll. De anställda vid yrkesinspektionen har i många fall en professionell bakgrund inom teknikområdet och prioriterar därför andra områden än de funktionshindrades arbetsmiljö.

Ytterligare orsaker som lyftes fram är att en del av arbetsanpassningen sker med stöd av andra föreskrifter än de som handlar om individuell arbetsanpassning. Vidare tycker en del att det är svårt att skilja mellan individuell arbetsanpassning och individuell rehabilitering, och i fråga om individuell rehabilitering har yrkesinspektionen inte något tillsynsansvar. En del inspektörer tycker att de inte kan agera i frågor om individuell arbetsanpassning innan de fått en signal från försäkringskassan om missförhållanden. Slutligen anges att den svåra situationen på arbetsmarknaden medfört att allt färre vågar anmäla arbetsmiljöproblem.

Av de 16 inspektionsmeddelanden som skickades till Handikappombudsmannen härrörde alla utom ett från åren 1994–1997 trots att någon begränsning i tid inte angivits av Handikappombudsmannen. Inspektionsmeddelandena rörde krav inom olika områden bland annat krav på arbetsorganisatoriska åtgärder till exempel lämpliga arbetsuppgifter eller arbetsuppgifter i tillräckligt hög omfattning, anskaffning av teknisk utrustning och annan anpassning av arbetslokalerna. Flera av yrkesinspektionsdistrikten har dock inte redovisat några ärenden alls.

6.2.3 Arbetsgivningar och andra former av arbetsgivarsamverkan

Inledning

Det primära ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering av anställda åligger arbetsgivarna.

Arbetsplatsen har viktiga egenskaper i rehabiliteringshänseende som de flesta andra miljöer saknar. Genom arbetet får vi status och social identitet, vi ingår i en social gemenskap och skaffar oss erfarenheter som delas av andra, arbetet ger oss en tidsstruktur och vi kan överblicka konsekvenserna av våra handlingar. Arbetet kan också till skillnad från de flesta andra miljöer på ett systematiskt sätt anpassas till individens förutsättningar. På arbetsplatsen förväntas man vara aktiv och produktiv. Som sjukskriven är risken för passivisering överhängande genom att man går in i en sjukroll och blir patienten som överlämnar sig till experter. Individens roll som subjekt och initiativtagare är mycket viktig för en framgångsrik rehabilitering och för att han/hon ska kunna fatta rätt beslut om sin livsplanering och om sitt eget hjälpbehov.¹

I utvärderingar av rehabiliteringsinsatser i företag framkommer vanligtvis följande brister;² otydlighet från ledningen och låg kompetens hos arbetsledarna, dåliga rutiner och verktyg för kontroll och uppföljning, inga samverkansrutiner med berörda myndigheter, dyra professionella insatser i ett för tidigt skede och utan tillräcklig urskiljning samt brist på omplaceringsmöjligheter. Behovet av särskilda insatser och metoder för de mindre företagen betonas. Vid en genomgång av framgångsrika projekt sammanfattades följande faktorer som bidrar till en lyckad rehabilitering (Brunnberg m.fl. 1996); företagsledningens och arbetsledarnas engagemang, projektledarens trovärdighet, delegerat ansvarstagande, tidiga och behovsrelaterade insatser och organisatorisk helhetssyn. Den i särklass viktigaste faktorn för ett lyckat resultat var företags- och arbetsledningens engagemang.

Bristerna i både försäkringskassans och arbetsgivarnas insatser för de långtidssjuka låg till grund för den ansvarslagstiftning rörande rehabilitering som trädde i kraft 1992. Inte sällan var de långtidssjuka mer eller mindre helt bortglömda av arbetsgivarna och myndigheternas

¹ Åberg, 1992, Rydén & Stenström, 1994, Westerberg m.fl., 1994, Rantakyrö, 1997.

² Scandinavian Medicare, 1994, Brunnberg, Hagberg m.fl., 1996, von Otter, 1997.

åtgärder, när de ofta med stor fördröjning sattes in, var onödigt dyra och medicinskt avancerade. Det förelåg en risk för en omotiverad professionalisering och medikalisering av verksamheter som syftade till att återföra de långtidssjuka i arbete, medan de närliggande och viktiga lekmannainsatserna från arbetsledning och kamrater kom i bakgrunden³. Genom förändringar i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring förtydligades arbetsgivarnas ansvar för rehabilitering av anställda och försäkringskassans roll som samordnare av rehabiliteringsinsatser.

Arbetsgivarens ökade rehabiliteringsansvar tillsammans med förekomsten av utvecklingsresurser via Arbetslivsfonden medverkade till försöksverksamheter med arbetsgivarripar. Genom att ge ekonomiskt stöd till företag och offentlig förvaltning för utveckling av arbetsmiljö, organisation och rehabilitering skulle fonden medverka till att minska sjukskrivning och förtidspensionering (se avsnitt 5.7). I genomförda utvärderingar av fondens verksamhet dokumenteras många goda exempel på hur arbetsgivare medverkat till positiva resultat i rehabiliteringshänseende.

Till följd av ökad konkurrens på marknaden och besparingar i den offentliga sektorn, skärps kraven på att arbetskraften ska vara till nytta för organisationen (se kap. 4). Risken finns att detta leder till att arbetsgivare i första hand satsar på den friska delen av arbetsstyrkan och söker möjligheter att via samhällets sociala skyddsnät avveckla personal med nedsatt arbetsförmåga. Att avhända sig problemet genom att låta staten eller någon annan ta över ansvaret kan ses som ett uttryck för "fripassagerar (free rider) -syndromet".⁴

Risker förknippade med "fripassagerar-syndromet" är särskilt uttalade i en arbetsmarknadssituation med hög arbetslöshet och höjda prestations- och kompetenskrav. "Fripassagerar-syndromet", som innebär att någon åker snålskjuts på andras bekostnad, tar sig olika uttryck på arbetsmarknaden. Problemet är aktuellt i rehabiliteringssammanhang. En arbetsgivare kan avstå från att utbilda den personal han behöver i förvisning om att andra företag kommer att göra det och han kan värva personal från dem. Ett annat exempel är att man inte bär de fulla kostnaderna av sina beslut utan överför en del av dem på andra som tvingas vara med och betala för något de är oskyldiga till. Arbetsgivarripar kan bidra till att risken för "fripassagerar-syndromet" minskar.

³ "Rehabilitering i samarbete – en analys av en arbetsgivarripar i Karlskrona", C. von Otter, M. Widman, 1997.

⁴ Lindqvist, 1995, von Otter & Widman, 1997, Rantakyro, 1998.

En modell för frivilligt samarbete i rehabiliteringsfrågor

Arbetsgivarripar utgör ett samarbete mellan flera arbetsgivare i rehabiliteringsfrågor. Försäkringskassan ingår vanligtvis som aktiv part i ringen och är inte sällan även initiativtagare till samverkansorganisationen. Det är heller inte ovanligt att också arbetsförmedlingen, arbetslivstjänsten och företagshälsovården deltar i samarbetet.

Vanligtvis är arbetsgivarna i arbetsgivarriparn verksamma inom olika branscher och arbetsmarknadssektorer- offentliga såväl som privata. De arbetsgivarripar som finns arbetar på olika sätt. Arbetsgivarripar som har initierats och byggts upp av försäkringskassan har i vissa fall valt att lämna kassan när de övergått från försöksverksamhet till mer permanent verksamhet. Ett sådant exempel är arbetsgivarriparn i Karlskrona, som numera drivs som aktiebolag. Initiativet till arbetsgivarriparn i Katrineholm togs av försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialförvaltningen, primärvården och företagshälsovården. Ringen knöts fysiskt till en av de två medverkande företagshälsovårdscentralerna, där den även efter att försöksverksamheten avslutats fortfarande är kvar.

Arbetsgivarripar medverkar till att ökade möjligheter ges för en anställd person att arbetspröva hos annan arbetsgivare eller företag – inom eller utanför ringen. Samarbetet i en arbetsgivarripar handlar främst om individuella rehabiliteringsinsatser, framför allt arbetsutbildning. Därutöver ingår vanligtvis att förebygga och minska sjukfrånvaro och utslagning, kompetensutveckling inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet, att utveckla bättre rehabiliteringsmetoder och att medverka till ett ökat utbyte av personella resurser. Det är inte ovanligt att arbetsgivarripar även ägnar sig åt andra uppgifter, exempelvis organisationsutveckling, långsiktigt personalpolitiskt samarbete, "benchmarking" o.dyl. I de företagsringar där försäkringskassan är initiativtagare eller aktiv part ingår även målsättningen att via arbetsgivarriparn utveckla försäkringskassans samordningsansvar för rehabilitering.

I landet finns ett tjugotal arbetsgivarripar. Flertalet av dessa samarbetar sedan 1996 i en riksring⁵. Riksringen utgör ett nationellt nätverk och intresseförening för kunskaps- och erfarenhetsutbyte, för att stärka lokala ringar i långsiktig utveckling och överlevnad, stödja metodutveckling för vidareutveckling på lokal nivå, bevaka allmänna nationella frågor samt samverka med olika organ rörande forskning och utveckling med inriktning på arbetsmiljö- och rehabilitering.

⁵ C. von Otter, M. Widman "Rehabilitering i samarbete – analys av arbetsgivarriparn i Karlskrona, Arbetslivsinstitutet, 1997.

Försöksverksamhet med arbetsgivarrieringar

Arbetsgivarrieringen i *Karlskrona* har på eget uppdrag utvärderats⁶. Sex medlemsföretag i *Karlskrona* ingick i arbetsgivarrieringen, tillsammans med fyra olika företagshälsor.

I samband med det utökade arbetsgivaransvaret noterade försäkringskassan, som arbetade företagsanpassat med en utsedd kontaktperson för varje företag, att företagen saknade tillräcklig erfarenhet för att arbeta med det utökade ansvaret. Personalcheferna på de större företagen upplevde behov av ökat samarbete på rehabiliteringsområdet. Försäkringskassan inbjöd därför ett antal företag för att efterhöra intresset för att starta en arbetsgivarriering. Inga pengar fanns för detta, men man utgick ifrån att verksamheten kunde basera sig på avgifter från företagen. Intresset från företagen var så stort att beslut togs om att starta en ring, som en i princip fristående enhet under försäkringskassan. Bidrag om nära en miljon kronor erhöles för de två första åren. Arbetslivsfonden bidrog med drygt 500 000 kronor, försäkringskassan bidrog med 200 000 kronor och medlemsföretagen med 180 000 kronor.

Sex större företag ingick i arbetsgivarrieringen. Senare har ytterligare ett företag och landstinget anslutit sig. En stor mängd belastningsskador utgjorde det främsta skälet till att företagen anslöt sig.

Arbetsgivarrieringens syfte var att utveckla samarbetet mellan arbetsgivare, företagshälsa, försäkringskassa och den enskilde; att förebygga och minska korta och långa sjukskrivningar; att hjälpa anställda att finna nya arbetsuppgifter i de fall de hade svårt att klara av sina nuvarande eller tidigare uppgifter; att öka möjligheterna till omplacering och att förhindra utslagning.

För att uppnå målen konkretiserades verksamheten. Bland annat angavs att en anställd som inte kan återgå till ordinarie arbete ska erbjudas arbetsprövning, vanligen under 4 till 6 månader. Rehabiliteringsersättning betalas av försäkringskassan och lön av ordinarie arbetsgivare. Aktiveringskurser för de anställda och chefs- och arbetsledarkurser var andra inslag i verksamheten. De största förväntningarna knöts initialt till arbetsprövning. Senare erfarenheter påvisade den betydelse ringens samordnande resurs hade. De två kontaktpersonerna visade sig vara mycket betydelsefulla för de resultat som uppnåddes av ringen. De hade befriats från myndighetsstämpeln – var "medmänniskor" som höll kontakt och "brydde sig". Varje deltagare ägnades cirka 30 timmar. Beroendet till de samordnande resurserna visade sig således vara stort.

⁶ "Rehabilitering i samarbete – analys av arbetsgivarrieringen i *Karlskrona*", C. von Otter, ALI, M. Widman, RFV, 1997.

Vid resultatmätningen hade tretton aktiveringskurser genomförts och arbetsprovning hade erbjudits i två år. Drygt var tredje deltagare var under 40 år och kvinnor hade deltagit i större utsträckning än män.

Vid starten var 79 personer hel- eller deltidssjukskrivna, efteråt var de 52 personer. Före kursen var 46 personer i arbete jämfört med 73 efter kursen. Totala sjukskrivningar uppgick före kursen till 71 årsarbetare och efter kursen till 41 årsarbetare. 27 personer bland de hel- och deltidssjukskrivna var inte längre sjukskrivna – något fler män (41 %) än kvinnor (29 %).

Arbetsgivarringen i Karlskrona drivs numera som ett aktiebolag.

Den utvärdering som genomförts av arbetsgivarringen i *Boden* har finansierats av RFV och genomförts av Luleå Tekniska Universitet⁷. Ringen initierades av försäkringskassan våren 1995. En projektledare tillsattes i slutet av året för att marknadsföra idéerna om en arbetsgivar-ring hos arbetsgivare på orten, fackliga organisationer, företagshälsor, arbetsförmedling m.fl.

Syftet med arbetsgivarringen har varit att utveckla försäkringskassans samordningsroll i förebyggande och rehabiliterande verksamhet, att genom samverkan med arbetsgivare effektivisera rehabiliteringen och att utveckla arbetsgivarnas kompetens inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet.

Som mest har 18 arbetsgivare varit anslutna och i dagsläget består ringen av 15 arbetsgivare, varav 9 offentliga. 2 arbetsgivare har under första halvåret lämnat ringen p.g.a. organisationsförändringar inom den egna organisationen. Totalt omfattas 7 000 anställda.

Arbetsgivarringen finansieras av de anslutna arbetsgivarna dels genom ekonomiskt bidrag från de större offentliga arbetsgivarna, nämligen kommunen, landstinget och försvaret, dels genom en diffrentierad årsavgift från övriga arbetsgivare.

Kostnaden för arbetsträning belastar de anställdas ordinarie arbetsgivare och delfinansieras på sedvanligt sätt genom bl.a. rehabiliteringsersättning till den som arbetsprövar.

Projektet leds av en styrgrupp. Varje till ringen ansluten arbetsgivare har utsett en eller flera kontaktpersoner, vanligtvis personal som handlägger personalfrågor och rehabiliteringsärenden. I de mindre företagen är i regel företagsledaren kontaktperson. Kontaktpersonerna deltar i de aktiviteter som rör kompetensutveckling. De är även informationsmottagare.

⁷ "Arbetsgivarringen i Boden – ett försök att utveckla försäkringskassans samordningsroll", L. Rantakyro, Inst. för Arbetsvetenskap, Luleå Tekniska Universitet, 1997.

Projektledarens roll är att administrera och samordna utvecklingsinsatser och att fungera som arbetsgivarnas rådgivare i rehabiliteringsfrågor. En beredningsgrupp finns knuten till projektledaren. Projektledarrollen är ett mellanting mellan rehabiliteringshandläggare och administratör. I detta ligger bl.a. att inventera intresse och motivation hos den enskilde arbetstagaren, sprida information och att förmedla, inventera och vid behov samordna, följa upp och avsluta arbetsträningaktiviteter. Handläggningen av rehabiliteringsärenden ligger formellt kvar på försäkringskassans ordinarie rehabiliteringshandläggare.

En central slutsats är att det har tagit lång tid att komma igång med rehabiliteringsverksamheten, trots att man tidigt tog fram riktlinjer för hur detta skulle samordnas. En anledning kan vara att rehabiliteringsproblematiken inte kommunicerades tillräckligt inom ringen. En annan anledning kan vara att arbetsgivarnas villkor i rehabiliteringsverksamheten inte var tillräckligt kända av försäkringskassan, vilket kan ligga till grund för diskrepans som uppstod mellan ringens riktlinjer och förutsättningarna för att praktiskt förverkliga dessa ute på arbetsplatserna. Av de intervjuer som gjorts i anknytning till utvärderingen framgår att tid behövs för att skapa ömsesidig förståelse för varandras förhållnings- och arbetssätt.

Resultatet av rehabiliteringsverksamheten är relativt svagt. Noteras bör samtidigt att utvärderingen gjordes redan efter ca ett års verksamhet. Åtta arbetsprövningar har igångsatts och hos hälften av de som har genomgått arbetsprövning har inte åtgärden förändrat sjukskrivningsbilden. I intervjuer med dessa kvinnor framkommer att de har negativa erfarenheter av arbetsgivarens attityder och förhållningssätt. De intervjuade kvinnorna skönjer en önskan hos arbetsgivaren att bli av med dem (jmf. "fripassagerar-syndromet"). Möjligtvis finns en övertalighet i organisationen. Om så är fallet är det vanligtvis lätt att ersätta arbetskraft som är sjukfrånvarande och om frånvaron blir långvarig kan sjukskrivna som återgår i arbetet leda till organisatoriska problem.

Erfarenheterna visar att problem med kommunikation och information ofta förekommer inom företag och verksamheter, vilket är viktigt att respektive arbetsgivare uppmärksammar och söker lösa. Arbetsgivarlingen kan söka underlätta detta genom att bidra med utbildningar i kommunikation. Kompetensutvecklingen inom ringen har medfört att kommunikationen inom ringen förbättrats – man har kommit närmare varandra och haft lättare att samtala och förstå varandras språkbruk och förhållningssätt. Ett ökat lärande och erfarenhetsutbyte har medverkat till att attityder, värderingar och förhållningssätt har utvecklats inom ringen.

Kompetensutvecklingen inom ringen har berört områden som internkontroll, personalekonomi, förebyggande arbetsmiljöarbete och

ledarskap och personalutveckling. Arbetsledarna har rehabiliteringsansvaret delegerat till sig och har också det operativa ansvaret hos de större arbetsgivarna. De har uttryckliga behov av utbildningsdagar och tematräffar med inriktning på rehabiliteringsfrågor.

Flertalet av de intervjuade arbetsgivarna menar att kontakterna mellan berörda parter varit bra och att handläggningen av ärendena gått snabbare men inte på annat sätt varit annorlunda än tidigare. Arbetsledarna spelar en central roll i de större företagens utbyte med arbetsgivarringen. Vid arbetsprövning är det arbetsledarna som håller i kontakterna med de tillfälliga arbetsgivarna. Arbetsgivarringar förefaller vara ett bra komplement och verktyg i rehabiliteringsarbetet. Om arbetsgivarringens uppgift skulle renodlas till att omfatta arbetsträning i synnerhet och rehabiliteringsstöd i allmänhet skulle antalet arbetsgivare kunna vara i det närmaste obegränsade, menar många av de intervjuade arbetsgivarna. Blandningen av privata och offentliga arbetsgivare upplevs av dem som en styrka.

Sammanfattande erfarenheter av arbetsgivarringar

Det finns inga generella lösningar för att nå framgång i rehabiliteringsprocesser. Väsentligt är emellertid att hänsyn tas till de motiv och förutsättningar som vägleder centrala aktörer i processen. I den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har arbetsgivarna, vid sidan av individen, en nyckelroll. För att nå framgång i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen måste, förutom hänsynstagande till individens förutsättningar och motivation, beaktas under vilka villkor företagen och organisationerna arbetar.

Arbetsgivarringar är ett experiment med nya roller och samarbetsformer för företag och förvaltning rörande i första hand rehabiliteringsfrågor. Det positiva med arbetsgivarringar är att man etablerat ett nätverk mellan företag som är villiga att "poola" sina rehabiliteringsproblem och sina resurser. Nätverket utsätter medlemmarna för ett frivilligt och lagom tryck för att lösa en gemensam uppgift. Behov av en samordnande resurs för arbetsgivarringen föreligger. Ett nätverk är en flexibel organisationsform, men även en sådan ställer krav på ansvar, rutiner och resurser. Nätverksorganisationer kan ha olika struktur, men oftast finns en ledaraktör som spindeln i nätet.

Kompetensutveckling behövs inom försäkringskassan för att på ett bra sätt klara av sitt samordningsansvar. I utvärderingen framkommer att särskilt väsentligt är härvid att rehabiliteringshandläggarna får kunskap om de villkor och förutsättningar som arbetsgivarna arbetar under, där ingår även behov av ökad omvärldskunskap. På sikt bör det vara

möjligt för rehabiliteringshandläggarna på försäkringskassan att söka utveckla sitt arbete med arbetsgivare inom ett geografiskt avgränsat område och söka dra nytta av att en samverkan rörande rehabilitering sker dem emellan.

En annan viktig del i handläggarnas kompetensutveckling avser hur de ska kunna hantera de motstridiga krav som ställs på dem. Försäkringskassans personal har fått en utvidgad och motstridig roll. Samtidigt som man ska arbeta tillsammans med arbetsgivaren ska man ta tillvara individens intressen av skydd och rättvisa. Samtidigt som man ska ge varje individ service ska man följa byråkratiska regelverk och tillgodose dess krav på effektivitet. Samtidigt som man arbetar med arbetslinjen, vilket avser att ta fasta på det som är friskt hos människan ska man arbeta med rehabilitering grundad på medicinska bedömningar (jmf. Linqvist 1995, RFV, AGRA, kap.7).

Den arbetslivinriktade rehabiliteringsprocessen innehåller två viktiga steg. Det ena handlar om att göra den enskilde individen så frisk och motiverad som omständigheterna medger. Det andra handlar om att individen åter ska kunna försörja sig genom arbete. Framgång i det senare avseendet handlar i stor utsträckning om att minska arbetsgivarens risk. En extern aktör som arbetsförmedlingen, försäkringskassan eller ringen kan minska risken för att arbetsgivaren och företaget ska åsamkas ovälkomna kostnader eller besvär. En arbetsgivarvård bygger på att man inom ringen lyckas utveckla förtroende och ett förbättrat kunskaps- och informationsutbyte, som för arbetsgivaren och den anställde medför minskad risk för att problem och besvär ska uppstå.

Mycket talar för att huvudfrågan för arbetsgivarna inte är den direkta personalekonomiska kostnadseffektiviteten. Snarare är man orolig för allt som kan leda till komplikationer och konflikter mellan anställda, mellan företaget och facket etc. Inte minst värnar företag och arbetsgivare om ledningens uppmärksamhetsfokus. Företagsledningen måste kunna ägna maximal tid och kraft åt att utveckla kärnverksamheten och affärerna. Allt som innebär en distraktion i förhållande till detta medför indirekt en betydligt högre kostnad än vad en snäv personalekonomisk eller annan kostnads-intäktskalkyl kan visa (von Otter, 1996).

Fördelarna med en samordning av intressen i en arbetsgivarvård har analyserats av von Otter, som menar att nyckelbegrepp är samordningskostnader samtidigt som mindre risk föreligger för "fripassagerar-

problem"⁸. I modern organisationsteori talar man om begreppet samordningskostnader, även kallat transaktionskostnader. Om man reglerar för lite uppstår kostnader, antingen i form av att olika aktörer kan försöka åka snålskjuts på andras insatser, eller att problem inte blir åtgärdade därför att alla avvaktar någon annans initiativ. Ingen vill göra nödvändiga investeringar i gemensamma angelägenheter, utan hoppas kunna åka snålskjuts på andras insatser. Bristen på samordning leder till att resurser förslösas.

Reglerad verksamhet, å andra sidan, har samordningskostnader av ett annat slag, t.ex. byråkrati, fusk, okänslighet för verkliga behov och andra trögheter som motverkar innovativa lösningar. Samordning leder ofta till att särskilda professioner utvecklas med höga kunskaper men också särintressen och egna perspektiv.⁹

Olika sätt att åstadkomma samordning, via frivilliga överenskommelser på en marknad, statlig reglering och mellanformer som nätverk, har olika för- och nackdelar och passar bra i olika sammanhang. Alltmer har organisationsforskningen kommit att betona system med relativt öppna gränser, där ingen blir sig själv nog, utan bevarar en lyhörddhet för omgivningens krav, framhåller Otter.

En arbetsgivarriktad arbetar i hög utsträckning på omgivningens villkor, vilket bl.a. innebär att; arbetsgivaren fortsätter äga problemet, företagarens egna problemlösningssressurser mobiliseras, företagen organiserar sig så att deras roll som "beställare" tydliggörs, ringens ställning vid sidan av myndigheterna gör att den kan fungera flexibelt och obyråkratiskt, samtidigt som den har nära tillgång till deras resurser och organisationsformen gör det relativt lätt att mobilisera resurser även utanför medlemskretsen – t.ex. för att få till stånd platser för arbetsprövning och expertstöd. Det sistnämnda sker till följd av att medlemsföretagen sammantaget har en bra förhandlingsposition, som vare sig de flesta företag för sig eller en myndighet skulle ha.

De viktigaste utvecklingsprojekten idag är de som är gränsöverskridande, vilka på ett fritt och konstruktivt sätt kan mobilisera resurser och engagemang där de finns. Inom området arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetsgivarriktad ett sådant viktigt projekt. Arbetsgivarriktad kan ses som en ny modell för att öka kontaktytan och effektiviteten i utbytet mellan den offentliga sektorn och näringslivet. En ar-

⁸ C. von Otter, "Låt företaget ta ansvaret!", DN Debatt, 1995; "Employment Pools: A Common Resource Approach to the Labour Market", *Economic and Industrial Democracy*, vol. 16, 1995.

⁹ Clarke & McGuinness, 1987.

betsgivarering som omsluter 15 000–20 000 arbetstillfällen kan utgöra ett lämpligt underlag för utveckling av detta utbyte.¹⁰

I princip lönar det sig att på ett eller annat sätt "gör sig av med" en arbetshandikappad person, om det finns en fullt arbetsförmögen person att sätta i stället. Staten roll är att inte bara tar hand om försörjningsansvaret utan vanligtvis även att hjälpa till att betala eventuell utbildning av en ersättare. Professor Casten von Otter framhåller att detta inte är en långsiktigt hållbar modell i ett samhälle som ska effektivisera resursutnyttjandet och minska de offentliga utgifterna.

Andra former av företags- och arbetsgivarsamverkan

Vid sidan av arbetsgivareringar finns även andra former av företags-samverkan i rehabiliteringsfrågor. Galaxen utgör ett annat exempel på företagssamverkan. Galaxen AB ägs av de fem största byggföretagen i Sverige. Även byggentreprenörerna, byggnadsarbetarförbundet, SEKO och Ledarna medverkar idag i samarbetet.

Galaxen är ett förmedlings- och rehabiliteringsorgan inom byggbranschen. Det bildades 1986 av Byggförbundet och de riksbyggande storföretagen med syfte att ordna anpassat arbete och rehabilitering för arbetshandikappade byggnadsarbetare. Detta skedde med stöd av ett avtal mellan staten och en grupp av de största byggföretagen i landet. Galaxen består av moderbolaget, som finns i Stockholm, och ett dotterbolag i vart och ett av de övriga 23 länen. CentralGalaxen har till uppgift att samordna och utveckla verksamheten i LänsGalaxbolagen. Byggbranschen har under lång tid haft en hög andel arbetsskador, främst belastningsskador (rygg-, arm-, nackbesvär o.dyl.). Tillsvidareanställningar är sedan länge vanligt förekommande.

I varje län finns en lokal anpassningsgrupp. I länsanpassningsgruppen, som har beslutsmandat, finns representanter från lokala arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer, företagshälsovården (Previa), länsarbetsnämnden (AMI eller Af) och försäkringskassan. Beslut rörande lönebidragen tas av försäkringskassan och länsarbetsnämnden. Previa medverkar till att fastställa en individuell handlingsplan. Beslutsfunktionen möjliggör snabba beslut och att förhållning av behandlingen av rehabiliteringsärendena undviks. I varje län finns en "uppföljare" som utgörs av en erfaren branschrepresentant vilken har till uppgift att leta fram arbeten, se till att rehabiliteringsarbetet funge-

¹⁰ C. von Otter, M. Widman "Rehabilitering i samarbete – en analys av arbetsgivarering i Karlskrona", Arbetslivsinstitutet, 1997.

rar och att ha "tillsynsansvar" över verksamheten. En kvalitetssäkring av verksamheten har inletts. Skånebolaget är i dag kvalitetssäkrat.

LänsGalaxbolagen anställer med hjälp av statligt lönebidrag de byggnads-, anläggnings- och vägarbetare som anpassningsgruppen anvisar. Länsbolagen ser sedan till att varje individ placeras ut på ett företag där arbetsuppgifterna ordnas på det sätt som den individuella handlingsplanen anger, vilken länsgruppen fortlöpande följer upp. Anställningen omprövas varje år och kan i normalfallet förlängas till max fyra år.

En viktig del i dagens arbete är att bl.a. utveckla informations-spridningen till arbetsledare rörande rehabilitering och förebyggande. Fem erfarna byggnadsarbetare har med stöd av Trygghetsrådet rest runt till arbetsplatser och visat upp "det goda verktyget" dvs. verktyg och metoder som är produktivitetsbefrämjande och som fungerar väl ergonomiskt eller på annat sätt. Denna försöksverksamhet har senare utvecklats med ekonomiskt stöd från EU och Arbetsmarknadsförsäkringar. Därutöver har vissa Dagmarmedel tillskjutits verksamheten.

Verksamheten har utvärderats. Ungefär hälften av de som kommer till Galaxen är sjukskrivna med en medelsjukskrivningstid på sex månader. Besvär i rygg, armar och leder är de vanligaste orskerna. Drygt tre tusen personer har sedan starten deltagit i rehabiliteringsverksamheten. Fler än 500 personer har återvänt till ett ordinärt arbete utan lönestöd. Därutöver har nära femhundra personer förlängt sitt yrkesverksamma liv med i genomsnitt tre års anställning. Endast ett fåtal har blivit långtidssjukskrivna. En s.k. cost-benefit-analys av Galaxverksamheten visar att det samhällsekonomiska resultatet uppgår till ca 90 miljoner kronor eller 78 000 kronor per anställd.

Andra intressanta satsningar för att inom en bransch och arbetsgivarorganisation utveckla det förebyggande och rehabiliterande arbetet på företags- och arbetsplatsnivå har skett inom bl.a. Metallgruppen och inom skogsindustrin genom Stiftelsen Centralfonden. Metallgruppen har satt som mål att alla medlemsföretag genom förebyggande och rehabiliterande åtgärder ska söka bibehålla sin personal med god hälsa fram till pensionsåldern. Utvecklingen och genomförande av rehabiliteringsprogrammen sker i nära samverkan med kvalitetssäkrade rehabiliteringsaktörer, däribland Rygginstitutet. På företagsnivå har arbetet lett fram till för rehabiliteringsarbetet intressanta lokala avtal inkluderande bl.a. rehabiliteringspolicy och konkreta mål för rehabiliteringsarbetet.

En intressant försöksverksamhet pågår regionalt i Sörmland, där man genom uppsökande verksamhet i form av företags- och arbetsplatsbesök söker förebygga och utveckla arbetsmiljöarbetet. Projektet finansieras av Arbetsmarknadsförsäkringar och genomförs i samarbete med Arbetsmarknadsnämnden. Hur arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

kan utvecklas i lokala och regionala rehabiliteringsverksamheter bör vara möjliga att pröva i liknande försöksverksamheter.

6.2.4 Försäkringsbolag

De svenska försäkringsbolagen arbetar i varierande utsträckning med frågor som anknyter till försäkringstagarnas hälsobefrämjande och rehabiliterande arbete. I det följande har vi valt att som ett sådant exempel främst presentera SPP:s verksamhet på området.

Karolinska Institutets projekt "Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering" finansieras av AMF Sjukförsäkring och SPP. Projektet omfattar ett stort urval försäkrade kvinnor och män, arbetare och tjänstemän, försäkrade inom AMF respektive SPP som 1995 var långtids-sjuka och sjukpensionerade med nacke/rygg-besvär. En nyligen publicerad delrapport påvisar att ett fåtal av dem fått någon form av rehabilitering. 16 procent av kvinnorna respektive 13 procent av männen har erhållit rehabilitering. Stora skillnader konstaterades även beträffande vilken typ av rehabilitering som kvinnor respektive män erhåller. Spridningen mellan "goda" företag som aktivt arbetar med rehabiliteringsfrågor respektive de som inte gör någonting alls kan antas vara stor.

Arbetsmarknadsförsäkringar – AMF-Sjukförsäkring och TFA – har under en följd av år finansierat forskning och utvecklingsprojekt inom områden med anknytning till olycksfallsförebyggande, hälsa och arbete. Många av projekten kan karakteriseras som forskningsprogram och handlar om långsiktig kunskapsuppbyggnad och internationellt kunskapsutbyte. Andra bedrivs som praktisk försöksverksamhet ute på arbetsplatser och företag.

SPP är Sveriges näst största sjukförsäkringsbolag efter AMF sjukförsäkring, som av tradition har varit starkt inriktad på ålderspension. SPP ITP betalar årligen ut cirka 760 miljoner kronor från sjukförsäkringen och 430 miljoner från premiebefrielseförsäkringen. I dag anser man att det ligger en stor outnyttjad potential i att medverka till att deras försäkrade blir friskare, något som alla har att vinna på – samhället, näringslivet och varje enskild individ och dennes närmaste krets av anhöriga.

Inom SPP:s Affärsområde Hälsa har man inlett projektverksamheter för att på olika sätt utveckla kunskap om hur man kan stödja företag och arbetsgivare i rehabilitering av anställda och förebyggande av ohälsa. I utvecklingsarbetet ingår bl.a. en utvärdering av de olika typer av rehabilitering som erbjuds. För att kvalitetssäkra verksamheten kartläggs 90 rehabiliteringscenter. Bedömningen sker utifrån en helhetssyn

och rehabiliteringscentren kommer ingå i ett register som ska utnyttjas i SPP:s rådgivning till företag och försäkringskassor när upphandling av rehabilitering blir aktuell.

Även individuellt inriktat arbete ingår som ett led i kunskapsuppbyggnaden. I samarbete med arbetsgivare, försäkringskassan och den enskilde har individuella rehabiliteringsprogram tagits fram. Fyra diagnosgrupper är prioriterade: rygg och nacke, hjärt och kärlsjukdomar, astma och allergi, utbrändhet och depression. 100 personer har erbjudits att delta i sådana rehabiliteringsprogram.

SPP anser sig ha starka ekonomiska incitament för att arbeta förebyggande. Detta illustreras med ett exempel; Bertil – 40 år med en månadslön på drygt 20 000 kronor – kostar som förtidspensionär försäkringskassan drygt 3,5 miljoner kronor och SPP drygt 1,3 miljoner kronor. SPP har erfarenhet att ju tidigare rehabiliteringsinsatserna kommer in desto mer är att vinna hälsomässigt och ekonomiskt. En svårighet för SPP är att man kommer in först efter 90 dagars sjukdom, dvs. då försäkringen börjar gälla. Svårigheten att fånga upp tidig sjukdom ligger till grund för att man nu satsar aktivt för att utveckla hela sjukförsäkringsrörelsen. SPP har totalt 600 000 försäkrade, varav cirka 30 000 är registrerade som sjuka eller har förtidspension. En studie av dem som hade någon form av förändring av sin sjukskrivning under 1996 visar att 88 procent av dem fått förtidspension. SPP anser att bland dessa fanns sannolikt många som med tidig och rätt rehabilitering hade kunnat återgå i sitt arbete.

Många förändringar har skett inom socialförsäkringssystemet som ställer stora krav på arbetsgivarna bl.a. vad avser rehabilitering av anställda som blir sjuka. Detta tillsammans med att personer med komplicerade och diffusa symptom ökar. Neddragningar inom sjukvården har medfört att eftervård, rehabilitering och förebyggande hälsovård kommer i kläm till följd av krympande resurser. Försäkringskassan har fått neddragna resurser samtidigt som man fått helt nya arbetsuppgifter. SPP menar att detta måste sammantaget beaktas och att de har mycket att vinna på att medverka till att de resurser som finns utnyttjas på bästa sätt.

Privat försäkring är ett komplement till det skydd som erbjuds av det offentliga välfärdssystemet. Försäkringsbolagen har under de senaste åren påtagligt ökat sitt engagemang i rehabiliteringsfrågor. I sjukfall som pågår längre tid än 90 dagar träder vanligtvis avtalsförsäkringar och privata försäkringar in och täcker kostnader som uppstår till följd av att den försäkrade inte kunnat återgå i arbete. De kostnader som uppkommer till följd av att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen misslyckats är avsevärda. Dessa kostnader uppskattas till sammanlagt cirka 5 miljarder kronor.

Försäkringsbolagens intresse av att rehabilitera de skadade har en direkt koppling till den ersättning för inkomstförlust som bolagen har att utge. Om ansvaret och kostnaderna ligger på samma part är deras bedömning att kostnaderna torde bli lägre än idag. Ett samlat ansvar ger på sikt lägre premier och sänkt kostnad för samhället i stort menar Försäkringsförbundet. Förbundets utgångspunkt är att konkurrensutsatta system har bättre förutsättningar att aktivera förebyggande insatser. Kostnadsmedvetenheten är stor till följd av strikt tillämpade krav på kostnadstäckning. Vanligt är att man gör jämförelser till trafikskadeområdet och de försäkringskonstruktioner som finns inom detta. WASA/Länsförsäkringar anser sig ha särskilt goda förutsättningar att hjälpa företag, inte minst då de små företagen och arbetsgivarna, genom sin regionala förankring och framväxt. Under 1997 inledde Länsförsäkringar ett samarbete med Samhall Resurs rörande en ny försäkringsprodukt som, likt SPP:s ambitioner, handlar om att hjälpa företagare att lösa frågor runt sjukfrånvaro och rehabilitering. Försäkringspaketet inkluderar rådgivning och rehabiliteringsutredningar, att ge ökad service och erbjuda helhetslösningar till sina företagskunder. Sammantaget anser sig försäkringsbranschen ha god kompetens att ta ett större ansvar på rehabiliteringsområdet.

Företagsförsäkringar som innehåller försäkringsskydd för kostnader för rehabiliteringsutredningar och rehabiliteringsåtgärder har inte mött något större gensvar från marknaden. En dylik försäkring inom t.ex. Skandia har tecknats av totalt cirka 100 företag. Företagen anser att de inte behöver någon försäkring utan klarar rehabiliteringsarbetet tillsammans med försäkringskassan.

6.3 Arbetshjälpmedel

I det följande redogör vi närmare för de medel som försäkringskassorna m.fl. disponerar för arbetshjälpmedel för att därefter – utifrån den begränsade tid vi har haft att disponera – närmare granska hur bidraget används i praktiken.

6.3.1 Budgeterade medel m.m.

I RFV:s budgetunderlag för år 1997 framkommer att begärda medel för försäkringskassorna avseende posten arbetshjälpmedel stadigt har ökat. År 1996 uppgick de budgeterade medlen till 94 miljoner kronor och för år 1997 ökade medelstilledningen till 105 miljoner kronor. Vid efterhörande med RFV visar det sig att försäkringskassornas använda medel

uppgick till ca 128 miljoner för budgetåret 1995/96 och för år 1997 till 75 miljoner. Det framgår att 5 miljoner kronor disponeras av RFV under 1997 för projekt inom området.

RFV uppskattar kostnader för bl.a. arbetshjälpmedel för budgetåret 1998 till 116 miljoner kronor och för budgetår 2000 till 143 miljoner kronor. Observera att fr.o.m. budgetåret 1998 särredovisas inte längre arbetstekniska arbetshjälpmedel, utan medlen som ställs till försäkringskassornas förfogande har sammanlagts med posterna arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, läkarutlåtanden, läkarundersökningar, särskilt bidrag och resor till och från arbetet i stället för sjukpenning. Regeringen har angett att avsikten med sammanläggningen är att försäkringskassorna nu ges möjlighet att inom ramen för dessa medel bedriva olika projekt, bl.a. i syfte att uppnå samverkansvinster.

Enligt inhämtade uppgifter från RFV fattade försäkringskassan beslut i totalt 3 565 ärenden under 1997. Försäkringskassorna beviljade i 3 185 fall bidrag för arbetshjälpmedel, medan 380 ansökningar om hjälpmedel avslogs.

RFV disponerar sedan några år särskilda medel för att tillsammans med Arbetsmarknadsstyrelsen utveckla angelägna projekt inom arbetshjälpmedelsområdet. För budgetåret 1998 disponerar RFV 5 miljoner kronor för ändamålet. För AMS del förfogar man över 10 miljoner kronor per år. Medlen ska användas för att utveckla hjälpmedel inom områden där det saknas fungerande lösningar och det är bl.a. viktigt att utvecklingen sker inom områden som har stor generalitet så att den kan komma att användas av många handikappade. Kan utvecklingen leda till att handikappade kommer in på ett helt nytt yrkesområde bedöms det som särskilt intressant. Vanligtvis sker utvecklingsarbetet på lokal nivå, vid behov upphandlas tekniska konsulter. Hittills har medlen främst använts till att framställa IT-baserad teknik av olika slag för att ge funktionshinderade stöd i sin arbetssituation.

Som exempel på intressanta projekt och samprojekt som är på gång kan nämnas följande,

- Robotarmprojektet – utveckling av robotsystem för anpassning till elektrisk rullstol och stationär drift,
- Flera dyslexiprojekt med kompensatorisk teknik på arbetsplatsen.
- Fjärrtolkning för döva, som bl.a. innehåller snabb åtkomst av tecken-tolkning direkt på arbetsplatsen,
- Projektet Storsal innefattar framtagandet av utrustning för hörsel-skadade som deltar i konferenser med upp till 200 deltagare och
- Vida-projektet (videokommunikation för döva personer i arbetslivet).

6.3.2 Samverkansavtal mellan Yrkesinspektionen och försäkringskassan – omfattas även arbets- hjälpmedlen?

Arbetsarkyddsstyrelsen beslutade i början av 1990-talet att initiera ett centralt samordnat projekt för arbetsgivarens organisation av arbetsanpassning och rehabilitering tillsammans med nio yrkesinspektionsdistrikt. Samarbetet m.m. redovisas närmare i avsnitt 6.2.2. Här anges endast kortfattat att inriktningen och målsättningen med projektet var dels att undersöka hur arbetsgivarens organisation av arbetsanpassning och rehabilitering fungerade, dels att finna bra samverkansmetoder med försäkringskassan.

Under projekttiden har ett flertal samverkansavtal kommit till stånd mellan respektive försäkringskassa och yrkesinspektion inom distriktet. Avtalen innehåller t.ex. mål och motiv för samverkan, olika samverkansformer beträffande möjligheten att få fram erforderlig statistik, och frågor beträffande tillsynen av arbetsgivarens anpassnings- och rehabiliteringsansvar enligt AFL respektive AML. I dag är samverkansavtalen i princip rikstäckande.

I Arbetsarkyddsstyrelsens rapport 1997:8, Arbetsanpassning och rehabilitering redovisas och utvärderas effekterna av projektet. I rapportens bilaga 5 finns samarbetsavtalen medtagna. Vi vill särskilt lyfta fram avtalet mellan Malmöhus läns allmänna försäkringskassa och Yrkesinspektionen i Malmö distrikt samt i avtalet mellan Kristianstads läns allmänna försäkringskassa och Yrkesinspektionen i Malmö distrikt. I dessa finns uttryckliga riktlinjer som berör arbetshjälpmedlen. I avtalen anges att i de fall försäkringskassan behöver hjälp med att bedöma arbetsgivarens skyldigheter enligt gällande lagstiftning att anskaffa arbetshjälpmedel och eller anpassa arbetsplatsen till en anställd kan yttrande inhämtas från Yrkesinspektionen. Denna möjlighet bör, enligt vad som anges, dock tillgripas i sista hand, efter att andra förekommande lämpliga expertorgan har utnyttjats såsom länsarbetsnämnden, företagshälsovård m.m.

6.3.3 Hur hanterar försäkringskassorna ärenden som rör arbetshjälpmedel?

I en undersökning under 1993 efterhörde RFV hur försäkringskassorna hanterade bidragsformen. RFV har i en sammanställning konstaterat bl.a. följande.

Ansökan initierades i 10 procent av fallen av försäkringskassan, i 64 procent av den försäkrade själv (anställda och företagare), i 14 procent av arbetsgivaren och 13 procent av fallen av annan. I 95 procent av fallen avsåg beslutet arbetshjälpmedel för personligt bruk och i 5 procent kunde det klassificeras som anordning. I mer än hälften av ärendena uppbar den anställde/företagaren inte någon socialförsäkringsförmån vid ansökningstillfället. Flertalet sökande fanns inom kontorsområdet (38 %) och inom lantbruk/skogsbruket (15 %). Typiska funktionshinder utgjorde diskbräck och ryggvärkssyndrom samt övriga sjukdomar i rörelseorganen. Därefter utgjorde hörselskada och synskada huvudsakliga anledningen till ansökan om bidrag. I de flesta fall beviljades bidraget för specialmöbler, hörselhjälpmedel samt som ADB-stöd för synskadade och som tillbehör till fordon.

Vi har i utredningen varit i kontakt med ett antal försäkringskassor angående handläggningen av ärendeslaget. I övrigt har vi inhämtat lokala uppföljningar från två försäkringskassor. Vid efterhörande med ett antal försäkringskassor framkommer att RFV redovisade resultat från 1993 fortfarande kan sägas gälla i allt väsentligt. I det följande redovisas vad som framkommit i kontakterna med försäkringskassorna och vad som kan utläsas ur kassornas uppföljningar.

Försäkringskassorna bekräftar att i de flesta fall lämnar den anställde/företagaren själv eller med hjälp av någon in ansökan om bidrag till arbetshjälpmedel. Oftast föranleds ansökan inte av någon sjukskrivning, utan den som söker är i arbete. Troligen får den anställde/företagaren kännedom om bidragsformen genom läkare, handikapporganisationer, i kontakt med företagshälsovården eller från kommunen i samband med annan information om social service m.m. Närmare uppgifter om informationsvägarna kan inte försäkringskassorna ange. I de fall den anställde blir sjuk lämnar många försäkringskassor som rutin information om bidragsmöjligheten. Arbetshjälpmedlen finns också medtagna i försäkringskassornas informationsbroschyr "Rehabilitering" och i en särskild broschyr.

Hur får arbetsgivaren då kännedom om bidragsmöjligheten? Försäkringskassorna har inte som rutin att sända ut information till arbetsgivarna integrerat med annan information eller särskilt rörande möjligheten till bidrag för arbetshjälpmedel. I många får arbetsgivaren troligen del av information genom kontakter med företagshälsovården. En del kassor tror att sådant som arbetsgivaren upplever som positivt är lättare att ta till sig och vara intresserad av. Informationen kan även tas emot på mer okonventionellt sätt, kanske i kontakt med andra företag.

Samtliga tillfrågade försäkringskassor är överens om att det inte finns några klara regler för vad som kan betraktas som arbetshjälpmedel. I mer tveksamma fall vänder sig många försäkringskassorna till

Yrkesinspektionen för bedömning vad som kan anses ligga inom arbetsgivarens ansvarsområde enligt AML. Långt i från alla försäkringskassor har emellertid upparbetade samarbetsavtal som också omfattar arbetshjälpmedlen eller närmare kontakter avseende detta med Yrkesinspektionen och resultatet av detta utmynnar i att försäkringskassorna löser mer tveksamma ärenden direkt vid diskussioner alternativt förhandlingar med arbetsgivaren. Övervägande antalet tillfrågade kassor anger att de även inhämtar yttrande från andra expertmyndigheter t.ex. av lantbruksenheten vid länsstyrelsen för att utröna jordbrukares rätt till utrustning i sin verksamhet. AML reglerar visserligen vad arbetsgivaren ska tillhandahålla, men riskerar den funktionshindrade anställde att bli arbetslös anger flera kassor att de lämnar bidrag till den enskilde ändå och oavsett att arbetsgivaren egentligen skulle stå för kostnaden. I de flesta fall gäller det då ofta personliga hjälpmedel och arbetsgivaren är en organisationer, föreningar eller mycket små företag med knappa resurser.

I många fall anger försäkringskassorna att de vänder sig till t.ex. företagshälsovården för att klarlägga den anställdes behov av särskilt arbetshjälpmedel. Några kassor köper utredningen av arbetslivstjänster med vilka de ändå har ett tecknat allmänt avtal om köp av tjänst.

Endast i ett fåtal fall gör försäkringskassorna arbetsplatsbesök med Yrkesinspektionen under handläggningens gång.

En del försäkringskassor har påpekat att de ser det som allt svårare att under året förutse och beräkna kommande behov av arbetshjälpmedel. I bland har man redan tidigt under året höga kostnader för framför allt avancerad och dyr datautrustning, vilket har fört med sig att de budgeterade medlen inte räcker till mot slutet av året.

6.4 Samverkansformer

6.4.1 Inledning

De samverkansformer av finansiell natur som vi kommer att redogöra för i det följande är de riksomfattande modellerna DAGMAR, FINSAM och SOCSAM. Generellt kan anges att försöksverksamheterna FINSAM och SOCSAM ställer högre krav på gemensamma beslut och därmed organiserad samverkan än den s.k. DAGMAR-modellen.

Efter att försöksverksamheterna har varit i gång några år har regeringen nu gett klartecken till större regionala försöksverksamheter, fyrtio partssamverkan och mer frivillig samverkan mellan myndigheterna utifrån lokala förutsättningar och behov. Tanken är att samverkan ska fördjupas och bli ett permanent inslag i verksamheterna. Som skäl anges

att en fördjupad samverkan underlättar uppnåendet av samsyn i vissa frågor som är nödvändiga i och med det nya synsättet med renodling av trygghetssystemen.

6.4.2 Dagmar-modellen

DAGMAR kom till år 1991 och innebär att staten och landstingsförbundet destinerar en del av de ersättningar (Dagarmedel), som staten betalar till sjukvårdshuvudmannen, för särskilda behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Målet är att sänka socialförsäkringens kostnader i åtminstone samma omfattning som de specialdestinerade medlen.

Medlen härrör från sjukvården men betalas inte ut från försäkringskassan förrän en överenskommelse träffats mellan kassan och sjukvårdshuvudmannen om hur medlen ska användas. Respektive landsting får sin andel av det totala beloppet. Sjukvårdshuvudmannen är redovisningsskyldig till försäkringskassan med avseende på medelsförbrukning, resultat m.m.

Beslut om medel enligt DAGMAR fattas i samband med överläggningar mellan staten och Landstingsförbundet som företrädare för sjukvårdshuvudmannen.

Särskilda medel inom ramen för ersättningarna från sjukförsäringen har sedan 1991 avsatts för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården. Första året, verksamhetsåret 1991, avsattes 400 miljoner kronor som fördelades till de olika landstingsområdena. För år 1996 avsattes 435 Mkr och för 1997 avsattes 250 Mkr.

År 1993 kunde man definiera 1 073 olika satsningar med stöd av Dagarmedel, år 1994 rörde det sig om 1 176 och år 1996 om 1054.

Det övergripande målet med de särskilda medlen har varit att öka kapaciteten inom området medicinsk rehabilitering för att snabbare återföra människor i arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt. I den överenskommelse som träffats mellan Landstingsförbundet och staten för 1996 påtalades att medlen i större omfattning skulle inriktas mot rehabilitering av människor med psykiska störningar samt, med hänvisning till önskemålet om allmänt förbättrade rehabiliteringsinsatser för de äldre, att en jämnare fördelning av projektmedlen skulle ske mot olika åldersgrupper. Även könsperspektivet skulle uppmärksammas.

Uppföljningen på riksnivå av hur de särskilda medlen använts avseende inriktning m.m. görs årligen. Den senaste uppföljningen gäller år 1996 och har publicerats i RFV redovisar 1998:3. Uppföljningen visar att en högre andel av 1996 års särskilda medel har avsatts till projekt som vänder sig till hela befolkningen; 44 procent i jämförelse med 33 procent för 1995. En oförändrad andel, 29 procent, av medlen har av-

satts till projekt med inriktning att förbättra den psykiska ohälsan. Projekt med målet att förbättra hälsan/livskvaliteten har ökat sin andel från 16 procent till 20 procent år 1996.

Riksförsäkringsverket har i RFV:s Årsredovisning för socialförsäkringen Budgetåret 1997 s. 36 bl.a. dragit den slutsatsen att försäkringskassan i alltför ringa grad har utnyttjat möjligheten som Dagmarmedlen ger att stödja socialförsäkringens behov av projekt och insatser.

6.4.3 Finsam- och Socsam-modellerna

FINSAM och SOCSAM bygger på att delar av försäkringsanslaget får användas till insatser inom hälso- och sjukvården i syfte att sänka försäkringskostnaderna. De ingående parterna får ett gemensamt ansvar för det disponibla beloppet för socialförsäkringen samt för det av hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten budgeterade beloppet för hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I motsats till Dagmarmodellen tillförs inga medel "utifrån".

Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvården, FINSAM-projekt har bedrivits i tolv kommuner (fem län) under perioden 1993–1997. Sedan 1994 pågår även en liknande försöksverksamhet SOCSAM, där även socialtjänsten ingår som en part. Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen svarar gemensamt för utvärdering på nationell nivå.

6.4.4 Bakgrund till Finsam

I mars 1991 inbjöd socialdepartementet samtliga sjukvårdshuvudmän, försäkringskassor och primärkommuner att anmäla sitt intresse av att delta i en försöksverksamhet med syfte att skapa en bättre finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården, socialförsäkringssystemet och socialtjänsten. Tanken var att om man sammanförde resurser från de båda områdena skulle det skapas incitament för samordnade bedömningar och åtgärder som skulle bidra till förbättrad hälsa och minskad belastning på samhällsekonomin. Intresset för den aviserade försöksverksamheten visade sig vara stort. Under hösten 1991 förde företrädare för socialdepartementet fördjupade diskussioner med vissa huvudmän som bedömdes vara intressanta. Efter bearbetning fann socialdepartementet skäl att förorda en enhetlig grundmodell med vissa generella regler som måste följas för att försöksverksamhet skulle kunna medges.

I proposition 1991/92:105 föreslogs ökade möjligheter att genomföra lokala försök med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvården. De lokala försöken skulle bygga på vissa gemensamma förutsättningar. Utifrån dessa skulle berörda parter i avtal reglera hur det enskilda försöksprojektet skulle bedrivas, hur var och en skulle utöva inflytande över försöksverksamheten och de närmare formerna för ett gemensamt beslutsfattande. Försöksverksamheten skulle regleras i en särskild lag.

Försöken skulle innebära att sjukvårdshuvudmannen utöver ansvaret för hälso- och sjukvård gavs ett delansvar för utgifter för sjukpenning och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring m.m. Förutsättningar skulle skapas för en mer flexibel medelsanvändning för åtgärder i syfte att åstadkomma en förbättrad rehabilitering och begränsa socialförsäkringskostnaderna genom att medel för den allmänna sjukförsäkringen ställdes till förfogande.

För att möjliggöra för försöksparter som så önskade att inrätta en lokal nämnd för hälso- och sjukvården inom ett försöksområde föreslogs att avsteg var möjliga från kommunallagens bestämmelser om proportionella val.

Försöksverksamheten föreslogs efter regeringens tillstånd få bedrivas under åren 1993–1995 i högst tio områden i landet. En förutsättning för försöken var att uppföljning och utvärdering genomfördes på lokal och nationell nivå. Sådan uppföljning och utvärdering av försöken skulle handhas gemensamt av Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen.

Regeringens förslag antogs av riksdagen och lagen (1992:863) om lokala försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård trädde i kraft den 1 januari 1993 med tidsbegränsning till den 1 januari 1995 (Finsamlagen). Lagen har där efter getts fortsatt giltighet i flera omgångar och gällde till utgången av 1997.

6.4.5 Bakgrund till Socsam

I januari 1993 startade med regeringens medgivande lokala försök med finansiell samordning mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvård. Under arbetets gång med den utformningen aktualiserades även förutsättningar för en utvidgad samverkan, i vilken också ingick kommunens socialtjänst. Under beredningen av propositionen till Finsam inbjöds även samtliga sjukvårdshuvudmän, kommuner och försäkringskassor att anmäla intresse av att delta i en försöksverksamhet med syfte att skapa en bättre finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och socialförsäkringssystemet. Syftet var att inventera

alternativ och idéer för att åstadkomma en finansiell samordning mellan de tre sektorerna, men också att undersöka i vilken utsträckning det fanns intresse hos berörda huvudmän att bedriva en sådan försöksverksamhet. Intresset för försöksverksamheten visade sig vara stort.

En arbetsgrupp inom socialdepartementet arbetade sedan vidare med de idéer som framkom under arbetets gång och övervägde hur ett regelsystem för lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan de tre berörda samhällssektorerna skulle kunna utformas. Arbetsgruppens förslag har redovisats i rapporten *Hur tre blir ett – finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst* (Ds 1994:15).

I propositionen 1993/94:205 lade regeringen fram förslag till lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Enligt förslaget skulle en allmän försäkringskassa, ett landsting och en kommun kunna komma överens om att föra samman ekonomiska resurser för berörda sektors verksamhet till en gemensam s.k. finansiell ram. Den som ansvarade för försöksverksamheten ansvarade också för kostnaderna för de delar av berörda sektorer som skulle ingå i försöksverksamheten. Vilka områden som skulle ingå i försöksverksamheten föreslogs parterna själva få komma överens om inom en angiven ram.

Enligt regeringen skulle försöksverksamheten i första hand handhas av en från parterna fristående organisation. Denna kunde vara ett av landstinget och kommunen bildat kommunalförbund som träffar avtal om samverkan med den i alla i försöket ingående parter gemensamt fristående ledningsorgan, en ny organisation kallad beställarförbund. Under vissa förutsättningar föreslogs den kommun som deltog i försöksverksamheten få handha ledningen av verksamheten. Ledningsorganet skulle, inom ramen för gällande lagstiftning och utifrån ett befolkningsansvar, ha den övergripande uppgiften att besluta om mål och riktlinjer för de i försöket ingående verksamheterna samt planera, prioritera, upphandla och finansiera dessa. Ledningsorganet föreslogs däremot inte ha uppgifter som i s.k. beställarutförandemodeller brukar beskrivas som utförande. Uppgifter och beslut som direkt berörde enskilda, bl.a. innefattande myndighetsutövning, skulle ligga kvar hos respektive huvudman.

Antalet försöksverksamheter skulle begränsas till tio stycken. Ärenden om medgivande till försöksverksamhet kunde beredas under medverkan av Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket, som även skulle svara för övrig central administration av verksamheten. Resurserna respektive part tillfördes fastställdes av parterna efter samråd med Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket. Detsamma gällde fördelning av

över- och underskott. Försäkringskassans andel av över- och underskott föreslogs fördelas mellan staten och försäkringskassan.

Reglerna för försöksverksamheten samt bestämmelser om bildande av beställarförbund och hur det ska arbeta m.m. har förts in i lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socsam-lagen), som trädde i kraft fr.o.m. den 1 juli 1994 och gäller efter förlängning t.o.m. utgången av år 2000.

Regeringen har i proposition 1997/98:41 föreslagit att det inom försöksverksamhetens ram även borde ges utrymme för en större regional försöksverksamhet, där inte endast befolkningsunderlaget och relativt lokala förhållanden var av intresse utan även i stor utsträckning de geografiska förutsättningarna. Det borde därför finnas möjlighet för en försäkringskassa och ett landsting, att tillsammans med flera kommuner inom samma landsting bedriva en gemensam försöksverksamhet. Förslaget antogs av riksdagen och fr.o.m. april 1998 har införts i lagen att en försäkringskassa och ett landsting tillsammans med flera kommuner inom samma landsting får bedriva en gemensam försöksverksamhet.

Regeringen har i nuläget beslutat att medge i igångsättande av försöksverksamhet för Socsam för sex kommuner. Ytterligare ett antal ansökningar är under beredning.

6.4.6 Rapporter och utvärderingar av Finsam och Socsam

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har lämnat flera lägesrapporter för FINSAM (RFV redovisar 1994:7 och 1995:1).

En utvärdering av FINSAM med inriktning på de tre första åren presenteras i rapporten FINSAM – en slutrapport, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, finansiell samordning, 1997:1. I rapporten anges bl.a. att den finansiella samordningen mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvården har lett till vissa besparingar i försöksområdena för perioden 1993–1995, samt att ohälsotalet minskade med 2,5 dagar i försöksområdena jämfört med rikssiffran som ökade med 2,1 dagar. Samarbetet mellan parterna har också utvecklats och förbättrats inom ramen för försöken. Viktiga insatser har även kunnat göras i försöket att skapa insikt och medvetenhet om vilka fördelar som kan utvinnas för den enskilde av gemensamma insatser.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har i en lägesrapport lämnat en översikt och analys av de utvärderingar som utförts för SOCSAM inom försöksområdet Stenungsund (Finansiell samordning 1997:2).

6.4.7 Fortsatt utveckling av samverkansformer

I betänkande 1994/95:SfU17 tog socialförsäkringsutskottet bl.a. upp frågan om *fyrpartssamverkan*. Utskottet fann att var dags för att ta ytterligare ett steg i utvidgningen av försöksverksamheten med finansiell samordning mellan socialtjänsten, försäkringskassan och hälso- och sjukvården och inlemma även arbetsmarknadsmyndigheterna i försöken. Regeringen beredde frågan och lämnade ett förslag till riksdagen, som följde förslaget. En arbetsmarknadspolitisk försöksverksamhet håller nu på att byggas upp i ett stort antal kommuner. Syftet är att finna former för lokal samverkan inom det arbetsmarknadspolitiska området mellan staten – i form av arbetsförmedlingar – och kommuner för att effektivisera användningen av offentliga medel.

I propositionen 1996/97:63, Samverkan, socialförsäkringens nivåer och administration m.m., framhöll regeringen att det fanns stort behov av att mer effektivt utnyttja samhällets samlade resurser för att bättre kunna tillgodose enskilda människors behov av stödåtgärder. Regeringen konstaterade att det fanns skäl att vidareutveckla bra och ändamålsenliga samverkansmodeller som ger bättre förutsättningar för rehabiliteringsarbetet. Det var nu dags att införa en möjlighet till *frivillig samverkan* för berörda myndigheter i syfte att stödja alla som är i behov av särskilda insatser. Den samverkan som bedrevs i form av projekt på många håll borde övergå och utvidgas till att ingå i den ordinarie verksamheten i hela landet. Tvärsektoriell samverkan ansågs nödvändig för att effektivare få personer med mer komplexa problem till egen försörjning. Framtida lokala samverkansprojekt skulle inte behöva något särskilt godkännande av regeringen eller riksdagen. I propositionen föreslogs vidare vissa riktlinjer för samverkan inom rehabiliteringsområdet.

I budgetpropositionen för 1998 (prop. 1997/98:1) återkom regeringen med en rad förslag som möjliggör frivillig samverkan mellan myndigheter. Förslagen innebär att försäkringskassan ska få träffa överenskommelser med kommun, landsting och länsarbetsnämnd om att delta i gemensamma projekt i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Vidare ska kommuner och landsting få sluta avtal med varandra samt med försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att, inom ramen för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvårdens områden, delta i och bidra till finansieringen av gemensamma projekt. En förutsättning för denna form av samverkan är att kommuner och landsting som medverkar i projektet också bidrar till finansieringen. Medlen bör stå i proportion till de inblandade parternas ansvar för åtgärder för den grupp som samverkansprojektet riktar sig till. Det bör däremot inte vara nödvändigt att alla parter bidrar med lika stora ande-

lar. En effektivare användning av respektive parts tillgängliga medel bör kunna uppnås på några års sikt. Det är tänkt att Riksrevisionsverket ska ha att granska verksamheten som bedrivs i samverkan mellan försäkringskassorna, arbetsmarknadsmyndigheterna samt med kommun och landsting. Riksrevisionsverket ska även ha rätt att ta del av kommunens redovisning avseende sådan verksamhet som bedrivs och delvis finansieras i samverkan med försäkringskassan och länsarbetsnämnden.

I betänkandet 1997/98 SfU:1 till propositionen anger socialförsäkringsutskottet bl.a. följande som är av särskilt intresse.

"Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har initierat ett arbete tillsammans med kommunförbundet och Landstingsförbundet i syfte att stimulera de lokala och regionala aktörerna till fördjupad samverkan utifrån en helhetssyn på människan. Arbetet med att formulera gemensamma mål, verksamhets- och handlingsplaner liksom program för utbildning har påbörjats. Fyra regionala konferenser har genomförts under oktober/november 1997 med de berörda länscheferna och företrädare för den nationella nivån med inriktning att klargöra förväntningar och underlätta den fortsatta planeringen på lokal nivå. Genom regeringens förslag utvidgas möjligheterna till en fördjupad samverkan till att omfatta fyra parter. Det finns dock inget som hindrar att samverkan bedrivs mellan två eller tre parter. En samverkan mellan t.ex. kommunens socialtjänst och arbetsförmedlingen i syfte att hjälpa personer till arbete är således fullt tänkbar. En fördjupad samverkan gör det möjligt att utnyttja de samlade resurserna bättre, både kvalitativt och kvantitativt. Det är angeläget att de redovisade insikterna om förbättrad metodutveckling och effektivare administration från FINSAM-försöken tas till vara och får genomslag i det utvecklade samverkansarbetet. Genom en fördjupad samverkan mellan flera parter skapas möjligheter som tar hänsyn till helheten i individens situation. Samtidigt kan enskilda besparas olägenheter med att i onödan slussas från den ena myndigheten till den andra och problem för individen minskas som annars kan uppstå vid övergång från en myndighet till en annan. Därmed kan man undvika att det uppstår svårigheter för en person att försörja sig av det skälet att handläggningen av ärendet drar ut på tiden eller att han eller hon förlorar motivationen att återvända till ett aktivt liv på grund av långa väntetider för att få t.ex. en rehabiliteringsåtgärd. En fördjupad samverkan kommer att underlätta för individen att komma tillbaka till ett aktivt liv. Från myndighetsperspektiv kommer – bortsett från effektivitetsvinsterna – en fördjupad samverkan att underlätta uppnåendet av en sådan samsyn i vissa frågor som är nödvändiga i

och med det nya synsättet med en renodling av trygghetssystemen, som bl.a. kommit till uttryck i de nya reglerna för bedömning av när en person ska anses som arbetsför. Vissa personer har en så komplicerad situation, medicinskt, socialt och arbetsmarknadsmässigt, att det är helt nödvändigt med samverkan mellan flera myndigheter " .

Mot den bakgrunden, fortsätter utskottet, är det angeläget att det generellt införs en möjlighet till samverkan mellan berörda parter utifrån lokala förutsättningar och behov. Denna samverkan, som inte ska vara begränsad till en specifik sektor, kommer därmed att bli ett permanent inslag i verksamheterna. Det är viktigt att det fastställs ett gemensamt mål om samverkan för de berörda myndigheterna. För att slå fast att det handlar om en permanent och långsiktig verksamhet anser utskottet att regeringens föreslagna lagtexter bör justeras så att detta klart framgår. Det är även nödvändigt att vissa medel kan disponeras av de samverkande parterna i syfte att få i gång en fungerande verksamhet. Regeringen har föreslagit att för budgetåret 1998 särskilda medel ska ställas till försäkringskassornas förfogande genom en sammanslagning av vissa rehabiliteringsmedel i syfte att uppnå samverkansvinster. Utskottet anser i enlighet med sitt yttrande till finansutskottet (1997/98:SfU1y) att ytterligare 100 miljoner kronor av medlen för rehabilitering ska få användas på angivet sätt för att samverkansåtgärderna ska få en snabb effekt. De särskilda medlen kommer därmed att uppgå till 814 miljoner, varav 200 miljoner kronor får användas för försäkringskassans administration.

Regeringens förslag med de av utskottet föreslagna ändringarna har antagits av riksdagen och fr.o.m. den 1 april 1998 har AFL kompletterats med en bestämmelse som ger försäkringskassan möjlighet att träffa överenskommelse med kommunen, landsting och länsarbetsnämnd om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser (fr.o.m. den 1 juli 1998 i 18 kap. 2 § andra stycket AFL).

För kommunens och landstingets medverkan i gemensamma projekt av det här slaget har socialtjänstlagen (1980:620) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kompletterats med likartade bestämmelser som innebär att kommunen och landstinget inom ramen för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvårdsområdet får träffa överenskommelser med varandra, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

6.4.8 Regeringens regleringsbrev för myndigheterna budgetåret 1998

I regeringens regleringsbrev för budgetåret 1998 för Riksförsäkringsverket/RFV, Socialstyrelsen/SoS, Arbetskyddsstyrelsen/ASS och Arbetsmarknadsverket/AMV anges både myndighetsspecifika och myndighetsgemensamma mål, uppdrag och redovisningskrav. Av regleringsbrevens framgår även att myndigheternas resultatuppföljning bör ske gemensamt.

I regleringsbrevens för nämnda myndigheter anges att myndigheterna ska ha som gemensamt mål att samverka så att en effektiv användning av tillgängliga resurser uppnås inom rehabiliteringsområdet. Syftet är att varje individs arbetsförmåga blir tillvaratagen så att det blir möjligt för den enskilde att försörja sig genom eget arbete. Myndigheterna ska i samverkan utveckla program för gemensamma utbildningsinsatser såvitt gäller samverkan inom rehabiliteringsområdet. Programmen ska redovisas senast den 2 juni 1998.

I regleringsbrevet för SoS anges särskilt att myndigheten i samverkan med AMS, ASS och RFV ska utvärdera effekterna av samverkan inom rehabiliteringsområdet. Redovisningen ska ske av i vilka former samverkan har bedrivits. Redovisning ska vidare ske av syfte, målgrupp, vilka aktörer som ingått i samverkan och deras respektive andel av kostnaden samt hur stor del av medlen som har använts för utvärdering/kvalitetssäkring. I den slutliga redovisningen ska en utvärdering göras av resultaten av genomförda insatser. Resultaten ska löpande redovisas varje halvår, med början den 1 juli 1998 och att slutlig redovisning ska göras senast den 1 juli 2000.

I regleringsbrevet för RFV anges att försäkringskassorna för budgetåret 1998 tillförs 814 miljoner kronor som särskilda medel. I summan inberäknas även 5 miljoner kronor för RFV:s utveckling av arbetshjälpmedel. Av den totala summan utgör 200 miljoner kronor administrationskostnader. Försäkringskassan ska inom ramen för de särskilda medlen bedriva olika projekt bl.a. i syfte att uppnå samverkansvinster. Villkoren för användning av de särskilda medlen anges närmare i regleringsbrevet; bl.a. ska även övriga parter som deltar i ett samverkansprojekt bidra till projektets finansiering.

6.5 Slutsatser om problemen

6.5.1 Arbetsgivarna

De undersökningar som gjorts visar att kunskaper om rehabiliteringsansvaret och dess innehåll inte har fått allmän spridning bland arbetsgivarna. Allt fler människor är anställda inom små företag där kunskaper om annat än rena verksamhetsfrågor stundom saknas helt. Inom stora arbetsplatser delegeras personalansvaret till en nivå där det inte alltid är självklart att man upparbetar eller bibehåller kompetens i personalvårdsfrågor. Djupintervjuer med ett urval av arbetsgivare visar att även sådana arbetsgivare som anser att rehabilitering är lönsamt i ett längre perspektiv ändock väljer de kortsiktigt lönsamma alternativen.

Av de undersökningar som gjorts går det inte att dra några generella slutsatser om arbetsgivarna i hög eller låg grad genomfört rehabiliteringsutredningar i sådana fall behov av utredning funnits. De undersökningar som gjorts ger dock indikationer om att det finns problem. RFV:s undersökning, Rygg och Nacke, visar att arbetsgivarna i 60 procent av sjukfallen underlåtit att göra en rehabiliteringsutredning. När utredningar väl utförs är 80 procent genomförda av arbetsgivarna. I de fall utredning faktiskt görs är många utredningar så ofullständiga att de inte kan ligga till grund för bedömningar av rehabiliteringsbehov. Inte ens sådana uppgifter som är lätt tillgängliga för arbetsgivaren finns alltid med i utredningarna. I drygt en fjärdedel av de fall där arbetsgivaren gjort utredningen har, enligt Rygg och Nackeundersökningen, försäkringskassan varit tvungen att påminna arbetsgivaren eller be om kompletteringar.

Utvecklingen har gått mot att det finns allt mindre utrymme för omplacering eller möjligheter att på annat sätt erbjuda mindre belastande arbetsuppgifter för arbetstagare med behov av detta. Detta problem påtalas av arbetsgivare oavsett storlek på verksamheten. I många verksamheter finns därutöver inte sällan övertaliga personer.

Erfarenheter från företagssamverkan inom bl a byggbranschen påvisar att det är väsentligt att till arbetsledare sprida kunskap och information rörande rehabilitering och förebyggande arbetsmiljöarbete.

Arbetsgivarringar är ett experiment med nya roller och samarbetsformer för företag och förvaltning rörande i första hand rehabiliteringsfrågor. Det positiva med arbetsgivarringar är att man etablerat ett nätverk mellan företag som är villiga att "poola" sina rehabiliteringsproblem och sina resurser. Erfarenheterna visar att även sådana ställer krav på ansvar, rutiner och resurser. Arbetsgivarringar kan ha olika struktur, men oftast finns en ledaraktör som spindeln i nätet. Således föreligger

behov av en samordnande och initiativtagande resurs även inom en arbetsgivarring.

Mycket talar för att huvudfrågan rörande arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser inte är den direkta personalekonomiska kostnadseffektiviteten. Snarare är man orolig för allt som kan leda till komplikationer och konflikter mellan anställda, mellan företaget och facket etc. Inte minst värnar företag och arbetsgivare om ledningens uppmärksamhetsfokus. Företagsledningen måste kunna ägna maximal tid och kraft åt att utveckla kärnverksamheten och affärerna. Allt som innebär en distraktion i förhållande till detta är indirekt en betydligt högre kostnad än vad en snäv personalekonomisk eller annan kostnads-intäktskalkyl kan visa. En viktig fråga är därför att information rörande rehabiliteringsansvaret kommuniceras ut till arbetsgivarna. Enkel information behövs således som klargör vad arbetsgivarens rehabiliteringsansvar innebär och hur de kan samverka med försäkringskassan.

6.5.2 Försäkringskassan och rehabiliteringsverksamheten

Efter vad som har framkommit utvecklades inte försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet under 1980-talet trots att man försökte ge den en högre prioritet. Försäkringskassans aktivitet var generellt sett låg under sjukskrivning, relativt få blev rehabiliterade och de åtgärder som sattes in sattes in sent under sjukskrivningen. Först under början av 1990-talet förändrade försäkringskassan sin aktivitetsnivå på ett avgörande sätt. Kontakter togs nu i betydligt större utsträckning och snabbare än tidigare. Fler blev också föremål för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser och åtgärderna sattes in betydligt tidigare. Vad har då hänt med rehabiliteringsverksamheten under 1990-talet?

Sedan början av 1990-talet har regeringen genom olika försöksverksamheter verkat för ökad finansiell samverkan mellan områden som socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Dagmar, Finsam, Socsam). Syftet med verksamheterna är att se om rehabiliteringen förbättras och samhällets totala kostnader minskas genom ett gemensamt kostnadsansvar. Efter att försöksverksamheterna har varit i gång har regeringen nu ansett att tiden är mogen för större regionala försöksverksamheter, fyrtippssamverkan (även arbetsmarknadsmyndigheterna ska kunna ingå i samverkansformen), och mer frivillig samverkan mellan myndigheter utifrån lokala förutsättningar och behov. Tanken är att samverkan ska fördjupas och bli ett permanent inslag i verksamheterna. En fördjupad samverkan underlättar att man når samsyn i vissa frågor

som är nödvändiga i och med det nya synsättet med renodling av trygghetssystemen.

Det kan konstateras att många försäkringskassor hittat mer eller mindre egna lösningar för att utvecklat rehabiliteringsarbetet. Det kan i sig – som RFV också anger i tillsynsrapporten – ha medfört att rehabiliteringsarbetet kommit att hanteras olika i landets försäkringskassor. Det har saknats ett samlat grepp om verksamheten. RFV har i sin tillsynsrapport angett att konsensus bör eftersträvas inom socialförsäkringsadministrationen när det gäller rehabiliteringsuppdragets innebörd. Det finns även andra aspekter, t.ex. den enskildes rätts-säkerhet, som talar för en likformig tillämpning i hanteringen av ärenden om rehabilitering. Tillsynsrapporten har fört med sig att RFV och försäkringskassorna under år 1998 kommer att vidta en rad åtgärder för att förbättra bl.a. ärendehantering.

Även om RFV:s tillsynsrapport har sin begränsningar genom att den främst syftar till att undersöka brister i ärendehantering och tillämpningen har den ändå en del att tillföra när det gäller att i viss mån visa på vad som inte fungerar i rehabiliteringsarbetet.

Det framkommer bl.a. att det saknas rehabiliteringsutredningar i hög utsträckning (drygt 75 procent av fallen) i de ärenden som man har granskat när sjukskrivningen har pågått i 90 dagar. I ungefär hälften av fallen som RFV granskat fanns det inte någon rehabiliteringsutredning gjord trots att den försäkrade hade startat en arbetslivsinriktad rehabilitering. Generellt sett gör inte arbetsgivarna rehabiliteringsutredningar enligt de regler som gäller och försäkringskassorna påminner inte heller arbetsgivarna i den utsträckning som behövs.

Försäkringskassorna anmäler inte till berörd Yrkesinspektion/YI vid arbetsgivarens försummelser enligt AML. Däremot förekommer det ett samarbete med YI vid s.k. systemtillsyn hos vissa arbetsgivare och i det sammanhanget kan t.ex. frågor om rehabiliteringsutredningar tas upp.

Det sagda stämmer med vad RFV har konstaterat i det material från rygg- och nackundersökningen som tagits fram på vår begäran. Av materialet framgår även att försäkringskassan har flest kontakter med de medelstora företagen, överlag relativt få flerpartssamtal och att rehabiliteringsplanen fastställs i genomsnitt fyra månader efter att den försäkrade har påbörjat sin sjukskrivning.

Det kan konstateras att försäkringskassorna ännu inte har funnit en tillräckligt bra form för sitt rehabiliteringsarbete. De undersökningar som har gjorts av RFV och Statskontoret visar att det finns stora brister i verksamheten. Även för kassorna behövs det tydligare regler som kan bidra till större enhetlighet och kanske också ett mer aktivt arbete på rehabiliteringsområdet.

Det finns inga generella lösningar för att få framgång i rehabiliteringsprocesser. Väsentligt är emellertid att hänsyn tas till de motiv och förutsättningar som vägleder centrala aktörer i processen. I den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har arbetsgivarna, vid sidan av individen, en nyckelroll. För att nå framgång i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen måste, förutom hänsynstagande till individens förutsättningar och motivation, beaktas under vilka villkor företagen och organisationerna arbetar.

Försäkringskassan behöver investera i utbildning och kompetensutveckling för att på ett bra sätt klara av sitt samordningsansvar. Särskilt väsentligt är härvid att rehabiliteringshandläggarna får kunskap om de villkor och förutsättningar arbetsgivarna arbetar under, där ingår även behov av ökad omvärldskunskap. På sikt bör mot bakgrund av erfarenheter från arbetsgivarringars verksamhet även prövas om rehabiliteringshandläggarna på försäkringskassan kan utveckla sitt arbete med arbetsgivare inom ett geografiskt avgränsat område och söka dra nytta av kontakter för att få till stånd resurser och engagemang där de finns.

En annan del i handläggarnas roll och kompetensutveckling avser hur de ska kunna hantera de ofta motstridiga krav som ställs på dem. Försäkringskassans personal har fått utvidgade arbetsuppgifter samtidigt som deras resurser skurits ned. Samtidigt som man ska upprätthålla arbetslinjen, vilket avser att ta fasta på det som är friskt hos människan (avmedikalisering) ska man arbeta med rehabilitering grundad på medicinska bedömningar (medikalisering), se Linqvist 1995, RFV, AGRA, kap.7. Man samarbetar med arbetsgivaren samtidigt som man ska företräda individen och ta tillvara individens intressen av skydd och rättvisa.

6.5.3 Företagshälsovården och specialiserade rehabiliteringsaktörer

Företagshälsovård är en funktion som i dag är frivillig för arbetsgivaren, så länge arbetsgivarens verksamhet inte är förenad med sådana påfrestningar att tillgång till företagshälsovård är en absolut nödvändighet för att förebygga ohälsa och olycksfall. Tillgången till företagshälsovård varierar kraftigt och är minst för anställda inom små verksamheter. Som redan nämnts är det också inom de mindre verksamheterna som arbetsgivarens egen kompetens inte alltid når upp till den nivå som kan krävas i lite mer komplicerade rehabiliteringsärenden. Den lag – AML – som ställer krav på företagshälsovård i den nu beskrivna situationen anger inte vad begreppet företagshälsovård består av. De ändringar som föreslås i Ds 1998:17 bidrar i någon mån till att skapa en stabilare ord-

ning för företagshälsovård. Bland annat föreslås att en definition av begreppet ska föras in i AML, vilket skulle kunna bidra till en mer fullständig kompetens hos den framtida företagshälsovården.

Vidare föreslås en viss skärpning av kraven i fråga om när en arbetsgivare ska anses skyldig att ha företagshälsovård. Förslaget innebär dock inte att arbetsgivaren i alla lägen kommer att ha en företagshälsovård att tillgå vid genomförandet av rehabiliteringsutredningar eller anpassning av arbetsförhållandena. Om arbetsgivaren under internkontrollarbetet inte kan identifiera omständigheter som påverkar de anställdas hälsa på arbetsplatsen men en arbetstagare ändå drabbas av nedsatt arbetsförmåga, kan den situationen uppstå att arbetsgivaren har ett ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering, utan att för den skull ha tillgång till företagshälsovård. Om det i stället hade funnits en ordning som gjorde företagshälsovård eller motsvarande resurs obligatorisk för alla arbetsgivare, hade såväl arbetsgivaren som försäkringskassan haft en kompetent samarbetspartner vid utredning, bedömning och åtgärdande av rehabiliteringsfallet i fråga.

Arbetsgivarnas möjlighet att uppbåda rehabiliteringskompetens ligger i att antingen ha en väl utbyggd personalvård, underställd personalavdelning och/eller egen företagshälsovård eller att köpa de aktuella tjänsterna från en extern företagshälsovårdscentral eller specialiserad rehabiliteringsaktör. Begränsningarna i dagens företagshälsovård är att den av tradition lägger för stor del av initiativet hos specialister med sjukvårdsbakgrund och är underbemannad beträffande kvalificerade generalister.

De specialiserade rehabiliteringsaktörer som finns att tillgå på marknaden representerar en stor spännvidd beträffande personalkompetens, metodik och kvalitet. Vissa aktörer har byggt sitt erbjudande kring en speciell teknik, exempelvis vid ryggbehandling. Andra företräder ett holistiskt synsätt, med stor plats för psykologiska och sociala bedömningar/åtgärder. I dag finns påtagliga svårigheter för försäkringskassor och arbetsgivare att välja rätt ur skaran av privata rehabiliteringsorgan. Lösningen torde ligga i att utveckla bättre metoder för kvalitetsdeklaration, kvalitetssäkring, uppföljning och utvärdering. Detta borde vara ett åliggande för de aktörer som har för avsikt att bli kvar på marknaden. Med den relativt stora efterfrågan som finns i dag, kan möjligen tillräckliga incitament saknas, varför myndigheter bör gå i spetsen för att kräva kvalitetsdeklarationer och seriösa utvärderingar som villkor för att utnyttja rehabiliteringsaktörer.

6.5.4 Yrkesinspektionen

Yrkesinspektionen har genom det utvecklingsarbete som bedrivs, ökat såväl sitt intresse som sina kunskaper om anpassnings- och rehabiliteringsfrågorna. Om man ska döma utifrån yrkesinspektörernas egna bedömningar saknas dock fortfarande mycket kompetens inom detta ansvarsområde. Yrkesinspektionen har inte heller, oavsett kompetensfrågorna, resurser att utöva tillsyn i samtliga individärenden i fråga om anpassning av arbetssituationen. Samarbetet med försäkringskassan är under utveckling och det är viktigt att det utvecklas ytterligare för att rehabiliterings- och anpassningsärenden ska kanaliseras till YI. Ett stöd för detta kan vara att i AFL reglera en skyldighet för försäkringskassan att anmäla missförhållanden som kommer till kassans kännedom.

6.5.5 Arbetshjälpmedel

I våra kontakter med försäkringskassorna framkommer att det finns gränsdragningsproblem och oklarheter i förordningen om arbetshjälpmedel. Det finns också en påtaglig risk för att hjälpmedlen inte utnyttjas i tillräcklig utsträckning. Det framgår av kontakter som vi har haft med RFV, YI, Handu AB m.fl. Problem, som vi ser det, är att hjälpmedlen lever ett ganska undanskymt liv och att de borde lyftas fram av försäkringskassan, både i det tidiga rehabiliteringsarbetet och i rehabiliteringen av den försäkrade. En anledning till det kan vara att arbetshjälpmedlen ses mer som ett handikappstöd och har getts en allt för snäv inriktning. Ett annan förklaring kan vara att bidragsmöjligheten lagts i en egen förordning vid sidan om rehabiliteringsreglerna och att andra tjänstemän vid kassorna än rehabiliteringshandläggare ofta sköter handläggningen.

6.5.6 Behov av forskning och utveckling

Av genomförd forskning och utvecklingsverksamhet på rehabiliteringsområdet framkommer vikten av att utifrån en helhetssyn skärskåda strategier och programupplägg rörande rehabilitering. Ett sådant synsätt ställer krav på bl.a. specialutbildade forskare som kan arbeta interdisciplinärt för att systematiskt söka tillvarata människors sammantagna möjligheter och inte enbart reducera deras svårigheter i ett visst speciellt avseende. Mycket talar för att även andra, exempelvis rehabiliteringshandläggare inom försäkringskassan och andra rehabiliteringsaktörer, har mycket att vinna på att öka sin kunskap i detta avseende.

Inte minst försäkringskassans ansvar för samordning av rehabiliteringsinsatserna ställer krav på ökad generalistkompetens. Ur internationella trender i rehabiliteringens teoriutveckling och praxis kan vi lära oss att man kan vinna effektivitet och spara kostnader genom att göra samarbetet mellan rehabiliteringsaktörer mer systematiskt under samordning av en generalist.

En utveckling av enkla skattningsinstrument för att bedöma rehabiliteringsprocessens riktning och fart behövs, bl.a. utifrån kriterier som yrkesmässig situation, livsföring/livskvalitet, socialt nätverk, grad av "självgående" och välbefinnande.

Till följd av de strukturella förändringar som sker på arbetsmarknaden och i anställningsvillkor och anställningsformer ökar även behovet av samordning mellan arbetsmiljö- och allmänt hälso- och livskvalitetsförbättrade insatser.

De inom området föreliggande forskningsbehoven har bl.a. redovisats i Forskning och forskningsbehov inom socialförsäkringsområdet (RFV, SFR, 1997). Se även kap. 5, 6 och 7.

7 Rehabiliteringsteorier och rehabiliteringsprinciper under åttio- och nittiotalet

De trender som man kan se inom rehabiliteringsområdet är till stor del beroende av historiska, sociala och ekonomiska förhållanden. I USA är rehabilitering kostsam för individen, eftersom samhället inte ger ekonomiskt stöd av det slag som är regel i Europa. Däremot stöder samhället forskning och metodutveckling inom rehabiliteringsområdet, vilket resulterat i en ständig utveckling av rehabiliteringens teori och praktik.

Forsknings- och utvecklingsarbete från USA har haft stort inflytande på hela världens rehabiliteringssatsningar. USA har stark ställning inom internationella organ som WHO och FN, vilka gett spridning åt rehabiliteringsprinciper som härrör från amerikanska universitet och amerikanska klientorganisationer. Vid en internationell jämförelse är klientorganisationerna i USA mycket starka, dels som följd av att man tidigt hade organisationer av välorganiserade krigsveteraner, dels som följd av de politiska strömningar i USA som följde på 1960-talets Civil Rights-rörelse för medborgerliga rättigheter. Denna kamp fortsatte genom allt flera och allt bättre organiserade grupper av underprivilegierade. Inom den epokgörande Independent Living-rörelsen på sjuttioalet, drevs rätten till delaktighet i samhället i stället för institutionsvård.

De teoretiska och principiella överväganden som följer ur rehabilitering av personer med långvariga handikapp gäller i princip också för personer i mer vardagliga rehabiliteringssituationer som tillfrisknande-processer efter sjukskrivningsperioder. Detta har i de europeiska länderna bl.a. tagit sig uttryck i att samhällena garanterar rehabiliteringsersättningar genom organ som det tyska "Rentenversicherung", den finska "Folkpensionsanstalten" och den svenska "Allmänna Försäkringskassan".

Standardverket "Total Rehabilitation" som utkom i sin första upplaga i USA 1980 definierar rehabilitering som en stödprocess som möjliggör för en person med ett handikapp att bli nyttig och uppnå tillfredsställelse i livet (Wright -80). Boken har en mycket vid definition av handikapp som något som kan ha orsakats av medfödda skador,

sjukdom, arbetsskador eller trafikskador, påfrestningar av krig, arbete eller det dagliga livet. Handikapp kan också vara kulturellt betingat, t.ex. socialt, ekonomiskt eller utbildningsmässigt. Med denna definition täcks även sådana rehabiliteringsärenden som exempelvis den svenska försäkringskassan hanterar i stor omfattning i sin dagliga verksamhet och sådana situationer där arbetsgivare i lag har ett rehabiliteringsansvar.

Medicine doktor Jonas Åberg tar sin utgångspunkt i detta standardverk i den till utredningen bilagda genomgången av teorier och rehabiliteringsprinciper som varit vägledande under åttio- och nittioalet. Åberg framhåller sammanfattningsvis betydelsen av ett vidgat synsätt i rehabiliteringsarbetet, att samarbetet mellan olika yrkesgrupper utvecklas till ett teamarbete som har en interdisciplinär arbetsform och av att en kvalitetssäkring sker av rehabiliteringsarbetet. Vidare framhålls betydelsen av delaktighet – att individen, den försäkrade, mer än vad som är fallet idag blir subjekt i processen och att samordningen av rehabiliteringsarbetet handhas av en person med generalistkompetens.

Detta kapitel utgör en sammanfattning av den till utredningen bilagda teoriöversikten.

7.1 Vägledande principer och modeller för rehabiliteringsarbetet

De rehabiliteringsprinciper som Wright fastslår i standardverket "Total Rehabilitation" har på olika sätt förstärkts i internationella trender under åttio- och nittioalet. Rehabilitering är en process, inte ett antal lösruckta åtgärder. Rehabilitering verkar över tiden där klienten, den försäkrade, så långt det är möjligt bör möta samma handläggare. Processen bör utvärderas och kvalitetssäkras utifrån ett antal olika kriterier. Rehabilitering, som till sin karaktär är multidimensionell, bör baseras på interdisciplinärt teamarbete. Generalistkompetens och generalistrollen som sammanhållande resurs i rehabiliteringsprocessen behöver utvecklas.

Rätten till delaktighet och likvärdighet är centrala begrepp i rehabiliteringsarbetet och är frågor som klientorganisationer runt om i världen och deras paraplyorgan drivit sedan tidigt åttiotal. De har utvecklats till att under nittioalet omfatta rätten till delaktighet i det sociala livet och tillträde till yrkeslivet.

Synen på sjukt och friskt håller på att ändas som en del i denna utveckling. Intresset för sjukdomar håller på att övergå i ett intresse för hälsa och vad som skapar friskhet. Sverige ligger långt framme i detta

tänkande tack vare förgrundsgestalter som Lennart Levi, Aaron Antonowsky, Töres Theorell och Kristoffer Konarski.

Så gott som samtliga komponenter som behövs för hälsa, exempelvis känslan av eget värde, känslan av att vara nyttig, upplevelsen av ett socialt sammanhang etc. går att återfinna på en bra arbetsplats (Levi –95). En begynnande insikt bland arbetsgivare om att klimatet på arbetsplatsen inte bara påverkar sjukskrivning och personalomsättning utan även ger direkt ekonomisk utdelning har gjort arbetsgivarna till en intressant rehabiliteringsresurs.

Satsningar på att ha arbete som rehabiliteringsmål och att arbeta för att släppa in funktionshindrade personer på arbetsmarknaden är trender som är tydliga i såväl de fattiga länderna som USA, Australien och Nya Zeeland. Dessa trender har inte fått samma genomslag i Europa, trots att sådana ambitioner sedan länge funnits här och stötts av lagstiftning och politiska principdeklarationer. Europas klientorganisationer har inte haft tillnärmelsevis den förändringskraft som deras motsvarigheter i USA haft och har. Följaktligen har rehabilitering i Europa kvar mycket av den traditionella uppläggningsform som den haft under större delen av innevarande sekel, där Tyskland utgör ett tydligt sådant exempel.

De europeiska länderna intar i rehabiliteringshänseende en särskild ställning genom att de har en stor del av rehabiliteringsansvaret knutet till primärkommunerna. Tillgången på stora sjukhus inom bekväm räckvidd för de flesta medborgare är globalt sett tämligen unikt för Europa. Detta faktum liksom det förhållandet att sjukvård och rehabilitering är starkt skattefinansierat i Europa har gjort att den kliniska rehabiliteringen har behållit sin framträdande ställning. Den mesta forskningen kring rehabilitering i Europa har bedrivits i anslutning till kliniker. Den kliniska modellen är i stor utsträckning diagnosrelaterad och inriktad på mätning av funktioner hos individen, vilket innebär ett betonde av de fysiska aspekterna, skadan och funktionshindret. Modellen har kritiserats, framför allt från klienthåll, där man påpekat att den ger klienten en roll som passiv mottagare av behandlingsinsatser.

Den internationella trenden med helhetssyn på rehabiliteringsprocessen och ökad fokusering på livskvalitetsaspekten, självbestämmandeaspekten och rätten att bli fullt respekterad utan att vara högpresterande har emellertid under de allra senaste åren fått ett ökat inflytande på rehabiliteringsarbetet i Europa. En del i denna utveckling är att filosofiska och värderingsmässiga frågor lyfts fram som viktiga, och att man förutom att mäta funktionshinder måste mäta livskvalitet och allmänt hälsoläge.

Ett sådant synsätt skapar behov av bl.a. specialutbildade forskare som kan arbeta interdisciplinärt och som systematiskt kan söka tillvarata människors möjligheter och inte bara reducera deras

svårigheter. Den sociala funktionen och det subjektiva välbefinnandet går inte att på ett enkelt sätt härleda ur vare sig skadan/sjukdomen eller det definierade funktionshindret eftersom det avgörande är vilka kompensatoriska mekanismer som finns och hur individens och omgivningens starka sidor kan tas i anspråk. Hur bra det går för en person med nedsatt syn beror bl.a. på hur övriga sinnen fungerar. Förmågan att gå i en trappa påverkas inte bara av muskelfunktion utan även av balans och sinnesfunktioner samt motivation.

Betydelsen av samordning och kontinuitet betonas. Angelägenheten av att utbilda särskilda rehabiliteringskonsulenter som kan verka som generalister framhölls redan på åttiotalet. Syftet var att konsumenten skulle arbeta som "patientombudsman" eller "case-manager" utifrån ett klart definierat mål – att ge klienten sådan uppbackning att han/hon kommer i yrkesverksamhet. En över tiden fungerande relation mellan "handledare/handläggare" och klient gör att framgång i arbetsmarknadsledet betydligt lättare uppnås. Försäkringskassan på Nya Zeeland har genomgripande förändrat handläggarnas yrkesroll 1992 och därvid starkt betonat deras generalistroll genom att bl.a. genomföra det som de kallar "one-to-one-relation" dvs. att kunden alltid ska möta samma handläggare.

7.2 Behov av utvärdering, kvalitetssäkring och etiska riktlinjer

Kvalitetsaspekterna i rehabilitering har tacklats på olika sätt. Australien och Nya Zeeland har provat att använda kvalitetssäkring av ISO-typ.

Kvalitetssäkring som avser rehabilitering och rehabiliteringsprocessen är till vissa delar av annan natur än vid traditionell kommersiell varu- och tjänsteproduktion. "Varan", rehabiliteringsinsatsen, kan inte "tillverkas" enligt en standardiserad process, vari man kan kontrollera moment för moment på det sätt som kvalitetsmätningarna inom bl.a. tillverkningsindustrier förutsätter. Själva det individuella upplägget av varje rehabilitering är i sig ett kvalitetskriterium, vilket framgått av studier över "kund"/klient-önskemål i samband med rehabilitering (Materson -97).

Under nittioalet har helhetssynen fått ett ökat genomslag i utvecklingen av utvärderingsinstrument och utvärderingsmetoder inom rehabiliteringsområdet. Tidigare rehabiliteringsmodeller "utgick från uppfattningen att det finns lineära samband mellan sjukdom och funktionshinder och fokuserade i fråga om mål på att uppehålla och förbättra individens funktionella status" under det att "senare modeller tenderar

att utgå från ett angreppssätt som bygger på komplexa samspel mellan orsaker och effekter av funktionshinder, vilket också tar hänsyn till livscykeln. Rehabilitering ses som en process med syftet att öka livskvaliteten för den funktionshindrade personen" (Biefang –95).

En tydlig trend i rehabiliteringsutvärdering under nittioalet är att bl.a. större vikt tillmäts aspekter som livskvalitet och delaktighet i samhället. Åttiotalets framsteg för klientrörelsernas krav har medfört kvalitetstänkande även kring sådant som ligger långt från själva behandlingsområdet, t.ex. återinträde i samhälle och yrkesliv. Det som för en person medverkar till delaktighet och livskvalitet gör det kanske inte för en annan person, vilket gör det svårt att använda tekniskt processrelaterade instrument som ISO 9000. Det går däremot att med sådana instrument konstatera kvalitetskriterier som personalens yrkesmässiga kompetens, ianspråkstagande av rätt träningsredskap, hjälpmedel och behandlingar samt kriterier i fråga om den fysiska miljön.

Betydelsen av att fastlägga etiska principer för det teoretiska och praktiska rehabiliteringsarbetet har i uppmärksamrats många länder. Fem etiska principer bör enligt Rubin (–92) vara vägledande för rehabiliteringsåtgärder. De ska vara till nytta för patienten, ska inte göra skada, vägledas av självbestämmande, rättvisa och ärlighet. Sverige tillämpar inte samma enhetliga etiska regler vid rehabilitering som vid sjukvård, bl.a. beroende på att olika rehabiliteringsaktörer arbetar under olika yrkesetiska regler och sekretesskrav.

I standardverket "Total Rehabilitation" formuleras tolv rehabiliteringsprinciper (B Wright 1959), vilka senare omarbetats av DiMichael (1969). Riktlinjer för det praktiska arbetet inkluderande etiska principer har sammanförts i ett antal regler som genom att de är mera konkreta ligger närmare den vardag som handläggarna arbetar i (Wright –80).

7.3 Avslutning

Av internationella trender i rehabiliteringens teoriutveckling och praxis kan vi lära oss att man kan vinna effektivitet och spara kostnader genom att göra samarbetet mellan rehabiliteringsaktörer mer systematiskt under samordning av en generalist. En generalist, exempelvis en handläggare vid försäkringskassa, ett kommunalt vårdbiträde eller någon i en specialiserad rehabiliteringsorganisation eller företagshälsovård, behöver enkla skattningsinstrument för att bedöma rehabiliteringsprocessens riktning och fart. Detta kan lämpligen ske utifrån bl.a. följande fem kriterier; yrkesmässig situation, livsföring/livskvalitet, socialt nätverk, grad av "självgående" och välbefinnande. Till de etiska principer

som bör gälla hör att aldrig "köra över" klienten, utan att konsekvent bland tänkbara rehabiliteringsåtgärder prioritera sådana som den aktuella klienten är motiverad för. Det fordrar av en rehabiliteringssamordnare en förmåga till individualisering, kommunikation, inlevelse och helhetssyn.

I ett allt mer mångkulturellt samhälle är det viktigt att observera att olika värderingssystem kan finnas mellan en klient och professionella aktörer. Stora diskrepanser kan leda till att en rehabiliteringsprocess bromsas upp. Fenomenet har belysts i samband med sjukvård, och i rehabiliteringssammanhang av bl.a. Banja (-96). Insikt om värdegrundens betydelse och nödvändigheten att inte konfrontera klienters kulturella värderingar i onödan är en viktig del av rehabiliteringsgeneralistens skolning.

Av teoretiska överväganden utifrån befintlig facklitteratur och praktiska erfarenheter från bl.a. Norge följer att en rehabiliteringssamordnare bör vara en generalist och inte en specialist. Detta gör att högt specialiserad vårdpersonal som läkare och sjuksköterskor är mindre intressanta i rollen än exempelvis en försäkringskassehandläggare, en arbetsterapeut eller en personalkonsulent. Rehabiliteringssamordnaren skulle kunna återfinnas inom försäkringskassan, hos en arbetsgivare, företagshälsovården eller hos en specialiserad rehabiliteringsenhet, privat eller offentlig, som åtar sig uppdrag för försäkringskassans eller en arbetsgivares del. Var och en av dessa lösningar har fördelar och begränsningar.

Arbetsgivarnas möjlighet att uppståda rehabiliteringsgeneralister ligger i att antingen ha en väl utbyggd personalvård, underställd personalavdelning och/eller egen företagshälsovård eller att köpa de aktuella tjänsterna från en extern företagshälsovårdscentral eller en specialiserad rehabiliteringsorganisation.

Begränsningarna i dagens företagshälsovård är att den av tradition lägger för stor del av initiativet hos specialister med sjukvårdsbakgrund och är underbemannad beträffande kvalificerade generalister. Man skulle behöva utbilda exempelvis kuratorer, beteendevetare, ergonomer och arbetsterapeuter inom företagshälsovården till att kvalificeras för ett seriöst "case managementuppdrag". Detta skulle flytta fram arbetsgivarnas positioner som rehabiliteringsaktörer och säkerligen öka dessas motivation och känsla av att ha en verklig betydelse i rehabilitering, inte bara ett antal formella förpliktelser.

Beträffande specialiserade rehabiliteringsaktörer måste observeras den stora spännvidden som i dag föreligger avseende personalkompetens, metodik och kvalitet överhuvudtaget. Vissa aktörer har byggt sina rehabiliteringstjänster och produkter kring en speciell teknik, exempelvis vid ryggbehandling. Andra har ett holistiskt synsätt, med stor plats

för psykologiska och sociala bedömningar/åtgärder. I dag finns påtagliga svårigheter för försäkringskassor och arbetsgivare att välja rätt ur skaran av privata rehabiliteringsorgan. Lösningen torde ligga i att utveckla bättre metoder för kvalitetsdeklaration, kvalitetssäkring, uppföljning och utvärdering. Detta borde vara ett åliggande för de aktörer som har för avsikt att bli kvar på marknaden. Med den relativt stora efterfrågan som finns i dag, kan möjligen tillräckliga incitament saknas, varför myndigheter bör gå i spetsen för att kräva kvalitetsdeklarationer och seriösa utvärderingar som villkor för att utnyttja rehabiliteringsaktörer.

Aktuell forskning (Himmelstein & Pransky, Baldwin & Johnson & Butler) visar på risken av att forcera en återgång i arbete och ger samtidigt en fingervisning om de vinster som skulle kunna uppnås av att låta rehabiliteringshandläggare, vid exempelvis vår försäkringskassa, stå kvar i kontakt med en klient under en tid efter återgången i arbete. Detta skulle dels kunna förebygga förnyad sjukskrivning, dels skulle det kunna möjliggöra att klienten vid förnyat stödbehov är garanterad att få tillbaks samma handläggare (ett ofta framfört kundkrav i de länder där detta studerats). Vidare skulle handläggarna få fördjupade erfarenheter av hur klienter klarar sig efter rehabiliteringsinsatser och vad som eventuellt skulle behöva justeras i handläggningen.

Se vidare bilaga 2:

"Rehabiliteringsteorier och rehabiliteringsprinciper under åttio- och nittioalet" inkl litteraturreferenser. Författare: Med dr Jonas Åberg.

Del II

Överväganden

8 Förslag om rehabiliteringsansvaret i framtiden

8.1 Inledning

Sjuk- och arbetsskadekommittén konstaterade i sitt slutbetänkande (SOU 1996:113) En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering att rehabiliteringsreformens intentioner hade fått alltför litet genomslag. Kommittén framhöll bl.a. att arbetsgivaransvaret inte är tillräckligt preciserat, att den ekonomiska ansvarsfördelningen mellan arbetsgivaren och försäkringskassan är oklar och att det råder oklarheter i regelverket när det gäller ansvaret för rehabiliteringsutredningarna.

Åläggandet att göra en rehabiliteringsutredning upplevs inte som meningsfullt av arbetsgivaren, eftersom denne inte tycker sig ha nytta av utredningen. Trots skärpta krav, effektivare tillsyn och intensifierat partssamarbete har man enligt kommittén inte lyckats att få ett tillräckligt genomslag för ett integrerat arbetsmiljö- och rehabiliterings-tänkande på arbetsplatserna. Genomgående tema är vidare att små och stora företag har skilda förutsättningar att uppfylla rehabiliteringsansvaret.

Kommittén underströk emellertid samtidigt att det av kartläggning och probleminventering framgår att dagens problem bara till en mindre del har sin grund i ett behov av regeländringar. Det huvudsakliga problemet tycks enligt kommittén vara att det saknas en mera konsekvent genomförd metodik i rehabiliteringsarbetet.

Kommittén presenterade härefter olika förslag som bl.a. rörde arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar samt försäkringskassans roll och ansvar.

Vid remissbehandlingen av kommitténs betänkande instämde flertalet av remissinstanserna i att arbetsgivarens ansvar måste förtydligas men ansåg att kommitténs förslag inte bidrog till att undanröja nuvarande gränsdragningsproblematik.

Regeringen framhöll i proposition 1996/97:63 att den kunde instämma i flertalet av kommitténs slutsatser när det gäller problematiken med nuvarande regelverk. Kommitténs förslag bidrog emellertid enligt

regeringens mening inte till att undanröja nuvarande oklarheter i fråga om bl.a. gränsdragningsproblematiken mellan arbetsgivare och försäkringskassa.

I direktiven till vår utredning konstaterar Regeringen att trots att rehabiliteringsarbetet länge inriktats mot att få till stånd rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt, har detta inte skett i praktiken. En bidragande orsak är enligt direktiven att arbetsgivaransvaret inte är tillräckligt preciserat. Vidare är ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare och försäkringskassa oklar, inte minst i fråga om kostnaderna.

Direktiven understryker att det inte finns någon klar gräns för när en arbetsgivare ska anses ha fullgjort sina skyldigheter. Det har ansetts att så skett när arbetsgivarens resurser bedöms vara uttömda, dvs. när arbetsgivaren inte kan vidta ytterligare åtgärder. Arbetsgivaransvaret, såsom det är formulerat, rymmer således olika tolkningsmöjligheter och tolkas i praktiken också olika.

Slutligen sägs det i direktiven att den oklara ansvarsfördelningen vållar problem och intressekonflikter i fråga om hur långt arbetsgivaransvaret ska sträcka sig och vilka resurser arbetsgivaren rimligen ska ställa till förfogande. Det kan heller inte uteslutas att ett oklart ansvar kan motverka att rehabiliteringsinsatserna kommer till stånd i ett tidigt skede.

8.2 Allmänna förutsättningar

8.2.1 Vårt uppdrag

I Sverige har vi inte minst under 1990-talet lagt ned mycket arbete och stora resurser på att söka åstadkomma förbättringar i arbetslivet.

Arbetsmiljökommissionen redovisade i rapporten *Arbeten utsatta* för särskilda hälsorisker en rad fakta som senare låg till grund för överväganden och förslag som presenterades i betänkandet (SOU 1990:49) *Arbete och hälsa*. Förslagen syftade bl.a. till att åstadkomma en insikt om problemens omfattning och kostnad samt ett samlat nytänkande i det praktiska arbetslivet kring dessa frågor.

Arbetslivsfonden verkade under åren 1990–1995. Fonden, som finansierades med en särskild arbetsmiljöavgift, lämnade under sin verksamhet sammanlagt stora bidrag till arbetsgivare för åtgärder för en förbättrad arbetsmiljö, förändrad arbetsorganisation samt tidig och aktiv rehabilitering.

Rehabiliteringsreformen 1992 kom till under en tid av utpräglad högkonjunktur. På den svenska arbetsmarknaden rådde överhettning, och det överskuggande problemet på arbetsmarknaden var att få

arbetskraften att räcka till på alla områden. Som vi strax återkommer till förändrade den konjunkturomsvängning som sedan inträffade kraftigt förutsättningarna att få ordentligt genomslag för reformen.

Bestämmelserna i 22 kapitlet lagen om allmän försäkring handlar främst om arbetsgivarens ansvar, den försäkrades eget ansvar och rätt till rehabiliteringsersättning samt försäkringskassans roll som samordnare av rehabiliteringsinsatserna. Det uppdrag vi har fått är att utreda arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar och hur gränsen ska dras mellan det rehabiliteringsansvar som åligger arbetsgivaren och det som ankommer på i första hand försäkringskassan men även övriga berörda aktörer.

Lagens nuvarande utformning och uppdragets innehåll innebär till en början att dels arbetslösa och andra som inte har ett förvärvsarbete och dels egenföretagare i det stora hela inte berörs av det regelsystem vi har satts att utreda.

Vidare är uppdraget inriktat på arbetsgivarens roll och inte på att närmare undersöka försäkringskassans arbetsuppgifter. Ännu mindre har vi att närmare pröva exempelvis sjukvårdshuvudmännens, socialtjänstens eller arbetsmarknadsmyndigheternas ansvar på rehabiliteringsområdet. Reglerna om sjuklön har också en viss betydelse, men även de ligger utanför vårt uppdrag.

Det sagda innebär väsentliga inskränkningar i vårt arbete. Vi har under arbetets gång på olika sätt kunnat konstatera att en mer förutsättningslös utredning av alla aktörers roller men också av ersättningsystemet för arbetstagarens försörjning hade gett oss större möjligheter att med nuvarande erfarenheter som grund utforma en lagstiftning som gav en bättre helhetssyn på det viktiga rehabiliteringsområdet. Men det hade å andra sidan fordrat ett betydligt mer omfattande utredningsarbete än det som har varit möjligt att utföra under den korta tid vi haft till vårt förfogande.

Man kan också hävda att en lagstiftning av det här slaget bör få längre tid på sig att finna sina praktiska tillämpningar, och att man bör vara försiktig med att redan nu omreglera eller detaljreglera rehabiliteringsområdet allt för mycket. I det praktiska vardagsarbetet bör de olika aktörerna ges möjligheter att utveckla rehabiliteringsinsatserna efter sina skilda behov och förutsättningar.

8.2.2 Bristerna i dagens lagstiftning

Bristerna i tillämpningen av lagstiftningen på rehabiliteringsområdet bekräftas i det material som Riksförsäkringsverket har samlat in från landets försäkringskassor om hur rehabiliteringsarbetet bedrivs i prak-

tiken. Av detta material framgår bl.a. att en rehabiliteringsutredning saknades i drygt 75 procent av de fall RFV granskade när sjukskrivningen pågått i 90 dagar. Här avses då en utredning av mer omfattande karaktär för att belysa behovet av rehabilitering – vare sig den var gjord av försäkringskassan eller arbetsgivaren.

Vidare brast arbetsgivarna i att anmäla sjukfall som pågick längre än sjuklöneperioden – små arbetsgivare tycktes helt missa denna lagstadgade anmälningsplikt och arbetsgivare av alla kategorier dröjde med anmälan. En rehabiliteringsplan saknades i närmare hälften av de granskade ärenden där det pågick en arbetslivsinriktad rehabilitering och rehabiliteringsersättning betalades ut.

Sjuk- och arbetsskadekommittén påpekade som nämnts att dagens problem bara till en mindre del har sin grund i ett behov av regeländringar. Att det saknas en mera konsekvent genomförd metodik i rehabiliteringsarbetet tycktes vara det huvudsakliga problemet. Vi kan för vår del instämma i denna förmodan. Den är rimlig inte minst med tanke på att rehabiliteringsreformen trädde i kraft så pass sent som 1992. En reform av denna storlek och komplexitet med en rad olika aktörer inblandade kan inte väntas få genomslag förrän efter hand.

För att de nya reglerna ska få en bra tillämpning krävs det mycket information och mycket arbete från de ansvariga myndigheternas sida, i synnerhet som de omedelbara ekonomiska incitamenten för att följa den nya lagstiftningen är svaga. Stickprovsundersökningar som Riksförsäkringsverket har gjort visar också att arbetsgivarna har dåliga kunskaper om vilka skyldigheter de har enligt lagen.

Rehabiliteringsreformen har genomförts under en tid av kris i inte minst de offentliga finanserna. Att åtstramningarna begränsat myndigheternas möjligheter att satsa resurser på att få reformen ordentligt förankrad i arbetslivet är uppenbart. Detta gäller såväl de centrala myndigheternas (i första hand Riksförsäkringsverkets och Arbetarskyddsstyrelsens) insatser för att föra ut reformen på bred front som inte minst försäkringskassornas arbete på att själva bedriva ett genomtänkt arbete med att i första hand samordna verksamheten och på att förmå arbetsgivarna att leva upp till sitt ansvar.

Ytterligare vill vi peka på att den ekonomiska utvecklingen efter 1992 haft en stor inverkan på möjligheterna att föra ut reformen i praktiken. I kapitel 4 har vi beskrivit en rad faktorer som har haft betydelse. Hit hör den för svenska förhållanden omfattande arbetslösheten och den press som både myndigheter och företag har haft på sig att strama åt sitt arbetsområde och så långt möjligt koncentrera detta till kärnverksamheten. Det är tydligt att dessa förhållanden missgynnade förutsättningarna att förankra reformen på ett bra sätt.

Men när detta väl är sagt finns det all anledning att ta kritiken för otydligheter i regelverket på stort allvar och överväga vilka preciseringar som kan vara möjliga och lämpliga framför allt när det gäller arbetsgivarnas ansvar. Det är som vi tidigare betonat också främst det som är vårt uppdrag, även om vi samtidigt något vill beskriva det innehåll som rehabiliteringsinsatserna hos de olika aktörerna, främst arbetsgivarna och försäkringskassorna, bör ha och de arbetsätt som vi menar bör prägla arbetet (se kapitel 7).

8.2.3 Några utgångspunkter

Det är viktigt att gränserna för arbetsgivaransvaret tydligt framgår av lagen.

Reglerna bör vara lika för stora och små arbetsgivare. Inte heller finns det skäl att ha olika regler för privata och offentliga arbetsgivare.

Alla arbetsgivare har, även bortsett från alla andra värden, ett direkt ekonomiskt intresse av att ha en fungerande rehabiliteringsverksamhet. Men det beror på arbetstagaren själv om rehabiliteringsåtgärderna ska lyckas.

Ett sätt att skapa preciseringar kan vara att införa ytterligare tidsbestämningar för när ansvaret ska inträda respektive upphöra för de olika aktörerna, liksom att noggrant ange vem som ska bära kostnaden i olika skeden för olika rehabiliteringsinsatser.

Nackdelen med sådana preciseringar är att lagstiftningen kan bli trubbig och att den i värsta fall kan hindra att uppgifterna löses på ett enkelt och praktiskt sätt av den som har de bästa förutsättningarna att göra detta. Uppenbarligen kan också en alltför långt driven uppdelning av ansvaret i bl.a. olika tidsskeden locka till manipulation eller till att ansvaret inte alltid infrias med önskvärd kraft.

Det finns i och för sig stora fördelar med att vara tydlig och sätta bestämda gränser för ansvaret. Särskilt som det här är fråga om ett område där det annars kan vara svårt för en lekman att upprätthålla en tillräcklig insikt i de intentioner som regelverket innehåller och de förväntningar som ställs på de olika aktörerna. Det nu sagda gäller inte minst arbetsgivarna i mindre företag och myndigheter, hos vilka gott och väl hälften av alla arbetstagare i landet har sin anställning. Vi tror därför att det kan finnas goda skäl att så långt möjligt dra upp bestämda

gränser för hur långt det lagenliga ansvaret för rehabiliteringen av den anställda ska sträcka sig för arbetsgivaren, för vad ansvaret ska innebära och för vilka rehabiliteringskostnader som arbetsgivaren ska svara.

En viktig fråga i sammanhanget är om det ska finnas olika regler för små och stora arbetsgivare. Det förhåller sig ju tveklöst så att förutsättningarna för att leva upp till ett kanske omfattande rehabiliteringsansvar är långt större för det stora företaget med tusentals anställda än för det lilla med kanske bara någon handfull anställda. Om man väljer att ha identiska regler finns det risk för att ribban i regelverket – ambitionen – sätts för lågt. Det finns också exempel på att man i andra länders lagstiftning av liknande slag av sådana skäl har valt att kräva ett betydligt större ansvar av de större företagen.

I den svenska lagstiftningen är dock grundprincipen att små och stora företag ska behandlas lika. Varken i socialförsäkringslagstiftningen eller i den arbetsrättsliga lagstiftningen finner man några exempel på särregler för de små företagen.

Det är också svårt att finna tillfredsställande mått på när ett företag eller en offentlig verksamhet ska räknas till större eller mindre. Ett teknikutvecklat företag kan exempelvis ha ett fåtal anställda men en förhållandevis hög omsättning och därmed ha i vart fall ekonomiska resurser att klara också omfattande rehabiliteringsinsatser. Olika regler kan också i större omfattning än annars komma att skapa ökade svårigheter för vissa grupper, exempelvis dem med funktionshinder, att få anställning på den reguljära arbetsmarknaden.

Ett annat tydligt problem med att i regelhänseende skilja mellan stora och små företag är de gränsdragningsproblem som oundvikligen uppkommer. Man kan i denna fråga också göra gällande att vi bör undvika regler som kan snedvrída konkurrensen. Särregler som beror på företagsstorleken kan i värsta fall ha tillväxthämmande effekter. Även av det skälet bör vi så långt det är möjligt ha samma regler för alla företag. I stället bör vi överväga om det finns sätt att praktiskt stödja de små företagen när det gäller att uppfylla rehabiliteringsansvaret för de anställda.

En fråga som också hör till utgångspunkterna för våra överväganden är om det finns anledning att skilja mellan olika arbetsgivare beroende på om de är offentliga eller privata. Man skulle kunna hävda att den offentliga arbetsgivaren borde finnas i frontlinjen när det gäller arbetsmiljö och personalvårdande insatser.

Varken den arbetsrättsliga eller sociala lagstiftningen i vid mening har emellertid hittills gjort skillnad på offentliga och privata arbetsgivare. Det pågår också en viss överflyttning av offentlig vård och service till den privata sidan, och olika regler för i övrigt kanske identiskt lika verksamheter skulle kunna få icke önskvärda effekter eller upple-

vas som orättvisa. Inte sällan brister också de ekonomiska incitamenten för de offentliga arbetsgivarna att satsa tillräckligt på arbetsmiljö och personalvård.

Det finns anledning att understryka att alla arbetsgivare, de må vara stora eller små, offentliga eller privata, även bortsett från alla andra värden har ett direkt ekonomiskt intresse av att ha en fungerande rehabiliteringsverksamhet på sitt företag eller sin myndighet. Den arbetsgivare som tar dåligt hand om sina anställda drabbas i det långa loppet av kostnader exempelvis till följd av avbräck i verksamheten eller tvungna nyrekryteringar som kan stå arbetsgivaren långt dyrare.

Samtidigt ska sägas att det givetvis beror på arbetstagaren själv om rehabiliteringsåtgärderna ska leda till framgång. Hans eller hennes engagemang och delaktighet såväl när det gäller utredning och planering som genomförande är helt avgörande för hur åtgärderna ska lyckas.

Regeringen har våren 1998 föreslagit en ny lag om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder (prop. 1997/98:179). Lagförslaget är en arbetsrättslig lagstiftning, och den ska gälla på hela arbetsmarknaden. Enligt förslaget får en arbetsgivare inte missgynna en arbetssökande eller en arbetstagare med funktionshinder genom att behandla honom eller henne mindre förmånligt än arbetsgivaren behandlar eller skulle ha behandlat personer utan sådant funktionshinder i en likartad situation, om inte arbetsgivaren visar att missgynnandet saknar samband med funktionshindret.

Vidare föreslås bl.a. att förbudet mot direkt diskriminering ska gälla även då en arbetsgivare vid anställning, befordran eller utbildning för befordran genom att vidta stöd- och anpassningsåtgärder kan skapa en situation för en person med funktionshinder som är likartad med den för personer utan sådana funktionshinder och det skäligen kan krävas att arbetsgivaren vidtar sådana åtgärder.

Den föreslagna nya lagen understryker det ansvar som statsmakterna anser att arbetsgivarna ska ha för att bereda människor med nedsatt arbetsförmåga möjlighet att klara ett förvärvsarbete.

8.3 När bör arbetsgivarens ansvar inträda?

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bör gälla från första anställningsdagen och utan skilda regler för olika typer av anställning.

Enligt direktiven ska vi föreslå vid vilken tidpunkt arbetsgivarens ansvar ska inträda. Som framgår av kapitel 2 gäller i dag att arbetsgivarens ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering tar sin början i och med att en person blir anställd i arbetsgivarens verksamhet.

Skulle behovet av rehabilitering visa sig alldeles i anställningens början, inställer sig frågan om arbetsgivarens ansvar ska avse hur kortvariga anställningar som helst. Frågan är också om samma regler ska gälla för arbetstagare med tidsbegränsade anställningar.

Som har framgått av kapitel 4 har de tidsbegränsade anställningarna under senare år ökat mellan 1990 och 1997 från 10,1 procent till 14,6 procent, medan tillsvidareanställningar under samma period minskat från 89,1 procent till 85,4 procent. Möjligheten enligt lagen (1982:80) om anställningsskydd, LAS, att tidsbegränsa anställningar har utvidgats under senare år.

Bland de tidsbegränsade anställningarna kan nämnas avtal för viss tid, viss säsong eller visst arbete om det föranleds av arbetets särskilda beskaffenhet, avtal för viss tid som avser vikariat, praktikarbete eller feriearbete, avtal för viss tid, dock sammanlagt högst sex månader under två år, om det föranleds av tillfällig arbetsanhopning, avtal om överenskommen visstidsanställning, om avtalet beträffande en och samma arbetstagare omfattar högst tolv månader under tre år och ingen avtalsperiod är kortare än en månad, och avtal om provanställning om prøvotiden är högst sex månader.

Därutöver finns det bl.a. möjlighet att tidsbegränsa anställning med stöd av kollektivavtal och, för vissa arbetsmarknadsområden, med stöd av bestämmelser i förordning.

Tidsbegränsade anställningar är således vanliga i dag, och vi kan inte vänta oss att de ska minska under överskådlig tid. Det är möjligt att detta kan föra med sig olägenheter i rehabiliteringssammanhang för både arbetsgivaren och arbetstagaren. Det finns därför skäl att överväga om det behövs en gränsdragning mellan arbetsgivaren och försäkringskassan när det gäller rehabiliteringsansvaret för de kortaste anställningsförhållandena.

En tänkbar gränsdragning är att följa den modell som gäller för rätt till sjuklön från arbetsgivaren. Regeln i 3 § lagen (1991:1047) om sjuklön utformades med beaktande av den reglering av anställnings-

avtalen som då förekom i lag om anställningsskydd. LAS har därefter ändrats, men detta har inte påverkat utformningen av 3 §.

Enligt 3 § sjuklönelagen har arbetstagaren rätt till sjuklön från och med den första dagen av anställningstiden. Undantag från regeln om rätt till sjuklön görs dock för mycket korta anställningsförhållanden. Om den avtalade anställningstiden är kortare än en månad, har arbetstagaren rätt till sjuklön endast om han tillträtt anställningen och därefter varit anställd fjorton kalenderdagar i följd. Vissa kompletterande bestämmelser gäller för frånvaro under denna tid och för arbetstagare med återkommande kortvariga anställningar hos samme arbetsgivare.

Andra exempel på gränsdragningar finner vi i föräldraledighetslagen (1995:584) och lagen (1974:981) om arbetstagares rätt till ledighet för utbildning. Båda lagarna har en kvalifikationstid på sex månader eller sammanlagt minst tolv månader under de senaste två åren.

Vi har övervägt möjligheterna att låta de nämnda lagarna helt eller delvis bilda mönster för bestämmelserna om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Vi har dock stannat för att föreslå att ansvaret ska gälla från första anställningsdagen och utan skilda regler för olika typer av anställning. Skälen till detta är flera.

Till att börja med vill vi fästa uppmärksamheten på att bestämmelserna i arbetsmiljölagen, AML, gäller fullt ut från arbetstagarens första anställningsdag. Och eftersom AML:s bestämmelser delvis överlappar bestämmelserna i 22 kapitlet lagen om allmän försäkring, AFL, i fråga om arbetsgivarens ansvar, skulle en gränsdragning i AFL kunna vålla oklarheter i tillämpningen. Det finns också en risk för att reglerna om anställningsskydd i LAS skulle urholkas om man införde en kvalifikationstid innan arbetsgivarens ansvar för rehabilitering trädde in.

Sjuklönelagen och de nämnda ledighetslagarna har var för sig motiv för de kvalifikationstider som har ställts upp, motiv som inte utan vidare gäller för rehabiliteringsansvaret. Inför vi en regel om gränsdragning också för rehabiliteringsansvaret, finns det också en risk för att den för med sig fler problem än den löser.

Men framför allt ställer vi oss frågan om det verkligen finns skäl att acceptera ett sämre skydd i rehabiliteringshänseende bara därför att anställningen har en begränsad längd. Erfarenheten visar t.ex. att olyckor i arbetet ofta inträffar tidigt under anställningen. Och motiven för att ha ett mer begränsat skydd än det som finns i AML och i LAS förefaller knappast bärande.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar kan visserligen föra med sig betydande kostnader, låt vara att vi i avsnitt 8.10 förslår en rätt för arbetsgivaren att få en stor del av dem ersatta genom en utvidgad sjukförsäkring. I det enskilda fallet när det är fråga om en anställning som bara varat en kort tid är det dock svårt att tro att de kostnader som

följer med arbetsgivarens rehabiliteringsansvar blir särskilt höga. Och är det fråga om en tidsbegränsad anställning får arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser ofta ett naturligt, kortvarigt förlopp.

Gäller det kortvariga anställningar är det viktigt att försäkringskassan kommer in tidigt och om möjligt redan innan anställningen upphör. Kassan kan då ta över ansvaret för att den försäkrade får fortsatta rehabiliteringsinsatser som kan leda till ett nytt arbete någon annanstans.

8.4 Tidig rehabilitering

Ur både den enskildes och arbetsgivarens synpunkt är det bäst om ohälsoproblemen kan uppmärksammas innan ett sjukfall har uppstått.

Om arbetstagaren blir långvarigt sjuk har, utöver den enskildes egen motivation, arbetskamraterna och arbetsledningen störst betydelse för en återgång i arbetet. Utsikterna till en framgångsrik rehabilitering minskar snabbt om insatserna kommer in först sedan arbetstagaren har varit borta länge från sin arbetsplats.

Helst bör åtgärder sättas in så tidigt att de förebygger ohälsa och sjukskrivning. Den arbetslinje som alltmer karakteriserar socialförsäkringens understryker starkt betydelsen av det förebyggande arbetet i arbetslivet. Som Sjuk- och arbetsskadekommittén framhöll i sitt slutbetänkande är det naturligtvis det bästa och effektivaste ur såväl individens som arbetsgivarens synpunkt om ohälsoproblemen kan uppmärksammas innan ett sjukfall har uppstått. Då är det sannolikt enklare och mindre resurskrävande åtgärder som behövs.

Man kan på goda grunder anta att det ofta görs betydande insatser tidigt för att på arbetsplatsen underlätta arbetet för en arbetstagare som har fått eller är på väg att få en nedsatt arbetsförmåga eller som på något annat sätt inte fungerar fullt ut. Det är här fråga om ett tidigt rehabiliteringsarbete som äger rum på arbetsplatsen innan frågan om rehabilitering når fram till de myndigheter som har till uppgift att arbeta med rehabilitering. Det handlar om rehabiliteringsinsatser fastän de vanligen inte rubriceras som sådana. Från de studier som gjorts om vad som är viktigt för en återgång i arbetet vet vi att utöver den enskildes egen motivation så har arbetskamraterna och arbetsledningen störst betydelse.

När någon drabbas av ohälsa och tvingas vara borta från sitt arbete också efter den mer akuta fasen är det viktigt att rehabiliteringen sätter in tidigt. Detta har betonats allt sedan rehabiliteringsreformen genomfördes 1992. När ett sjukfall uppstått finns det möjlighet till en naturlig första kontakt när den anställda sjukanmäler sig. Senare undersökningar visar också att utsikterna till en framgångsrik rehabilitering minskar snabbt om insatserna kommer in först sedan den försäkrade varit borta en längre tid från sin arbetsplats.

Senare tids forskning har vidare allt tydligare indikerat att det är genom att snarast återgå, helt eller delvis, i arbete som en rad sjukdomar i exempelvis rygg och leder kan övervinnas bäst och snabbast. Det är också övertygande visat att de största möjligheterna till en framgångsrik rehabilitering nästan alltid finns på den försäkrades arbetsplats. Det är här han eller hon har sitt kontaktnät och är bekant med inte bara arbetskamrater och arbetsledare utan med arbetsförhållandena i stort. Det är här som man känner den försäkrades starka och svaga sidor bäst. Och det är här som den enskilde kan uppleva att han eller hon är behövd och att tillvaron blir meningsfull.

Arbetstagarens närmaste chef har en särskilt viktig stödfunktion. Han eller hon har ofta möjligheter att vidta åtgärder som förbättrar den anställdes förutsättningar att återkomma till arbetet. Man har också pekat på att arbetsledare och högre chefer även med handlingar och uttalanden verkar normerande i arbetsgruppen, och de har därigenom betydelse för om arbetskamraterna tillåter sig att fortsätta ge den sjuke stöd.

Det finns vidare anledning att stryka under att det för arbetsgivarens del även rent företagsekonomiskt är mycket lönsamt att satsa på en tidig rehabilitering. Det visar vetenskapliga utvärderingar som har gjorts.

Om det inte skett redan tidigare så kan det senare i sjukfallet bli aktuellt att diskutera behovet av åtgärder på arbetsplatsen. Det kan röra sig om en kontakt med företagshälsovården eller någon annan arbetsmiljö- och rehabiliteringskompetens, som arbetsgivaren har till förfogande. Också behovet av kompletterande utbildningsinsatser kan prövas under sjukskrivningstiden.

Redan tidigt under sjukskrivningen kan det vidare vara värdefullt att överväga om arbetstagaren kan ges alternativa arbetsuppgifter så att arbetstagarens arbetsförmåga kan tas till vara. Det kan ibland också vara en väg att undvika mera långvariga sjukfall.

8.5 Utredningsansvaret

Vi föreslår att arbetsgivaren i stället för det fullständiga utredningsansvar som gäller i dag ska ha ett något mer begränsat ansvar att söka klarlägga arbetstagarens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för att återgå i eller behålla arbetet inom den egna verksamheten. Det ska vara en frivillig uppgift för arbetsgivaren att även undersöka ett eventuellt behov av medicinsk eller social rehabilitering.

Arbetsgivaren bör följa en åtgärdslista, där han på ett enkelt sätt kan se vad som krävs i undersökningsavseende. Åtgärdslistan bör fastställas av Riksförsäkringsverket efter samråd med Arbetarskyddsstyrelsen och arbetsmarknadens parter. Försäkringskassan ska underrättas om arbetsgivarens undersökning inom sex veckor.

Försäkringskassan ska vid behov komplettera arbetsgivarens undersökning enligt åtgärdslistan med uppgifter som ligger utanför arbetsgivarens direkta vetskap. Visar arbetsgivarens undersökning eller kassans kompletterande utredning att den försäkrade behöver särskilda rehabiliteringsåtgärder, ska kassan inom 14 dagar upprätta en plan för detta. Rehabiliteringsplanen ska följas upp kontinuerligt och omprövas minst en gång var sjätte månad.

Enligt nuvarande regler är arbetsgivaren skyldig att påbörja en rehabiliteringsutredning när den försäkrade varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom längre än fyra veckor, när arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller när den försäkrade själv begär det. Rehabiliteringsutredningen ska tillställas försäkringskassan inom åtta veckor. Men om det finns skäl till det, ska försäkringskassan ta över ansvaret för rehabiliteringsutredningen.

Av Riksförsäkringsverkets tillsynsrapport Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna (RFV ANSER 1998:4) framgår att det finns brister i arbetsgivarnas sätt att göra rehabiliteringsutredning för sina anställda. Det innebär att försäkringskassorna får lägga ned arbete på att påminna, och ytterst också att göra utredningar, som arbetsgivaren skulle ha gjort.

Det innebär, sägs det i rapporten, troligen också att det inte fungerar på arbetsplatsen som det var tänkt, dvs. att arbetsgivaren (närmaste chef) tar kontakt med den anställda under sjukskrivningen för att diskutera återgången i arbetet och hur det lämpligen kan ske. Inte heller kassorna har enligt rapporten uppfattat värdet av att ansvaret ligger på

arbetsgivaren, vilket gör att kassan i det dagliga arbetet inte lägger tonvikt på arbetsgivarens rehabiliteringsutredning i rehabiliteringsarbetet.

Även andra undersökningar och erfarenheter visar att många arbetsgivare har haft svårt att leva upp till sitt rehabiliteringsansvar. Ett exempel på det är den undersökning av arbetsförmåga på grund av nack- eller ryggbesvär som Riksförsäkringsverket gjort i samarbete med Sahlgrenska universitetssjukhuset och som vi redovisat i kapitel 6. Ett annat är Statskontorets rapport (1997:27) Perspektiv på rehabilitering som nämns i samma kapitel.

En erfarenhet som har gjorts av de hittillsvarande reglerna är att arbetsgivarna tillämpat bestämmelserna olika och inte sällan på ett otillfredsställande sätt. En anledning till det är säkerligen okunskap. Samtidigt ska sägas att det inte minst i dag finns arbetsgivare som sköter sina rehabiliteringsåligganden på ett alldeles utmärkt sätt. Trots allt fullgör också arbetsgivarna i många fall sitt ansvar för rehabiliteringsutredningarna på ett tillfredsställande sätt.

Som har framgått av tidigare avsnitt anser vi att arbetsgivaren bör svara för att det tas en tidig kontakt med den sjukskrivne och att man söker klarlägga om det behövs särskilda insatser för att få honom eller henne tillbaka till arbetet. Vidare bör arbetsgivaren som hittills se till att dokumentationen över vidtagna åtgärder översänds till försäkringskassan. Arbetsgivaren bör även – som hittills – svara för de tidiga insatser som kan bli aktuella och för att börja planera för de ytterligare som behövs. Det sagda gäller också när det är fråga om upprepad korttidsfrånvaro.

Så länge kravet på utredning gäller förhållandena på arbetsplatsen i vid mening är det naturligt att ansvaret är lagt på arbetsgivaren och inte på någon utomstående. Har företaget eller myndigheten en fungerande företagshälsovård knuten till sig, finns det i denna en expertresurs som även kan bedöma andra rehabiliteringsbehov än sådana som sammanhänger mera direkt med arbetsplatsen, t.ex. behovet av medicinsk eller social rehabilitering.

Många arbetsgivare har emellertid inte satsat tillräckligt på företagshälsovård eller någon annan liknande resurs, och för dem kan kravet på en rehabiliteringsutredning av mer fullständigt slag te sig betydligt svårare eller rent av omöjligt att uppfylla.

Vi ställer oss mot den bakgrunden – liksom Sjuk- och arbetsskadekommittén – frågan om det finns anledning att behålla det nuvarande utredningsansvaret för arbetsgivaren, i varje fall i nuvarande omfattning. Krävs det en mer ingående utredning med olika aktörer inblandade, är sällan arbetsgivarna rustade för att klara en så omfattande utredningsskyldighet. Detta gäller i första hand de små arbetsgivarna,

men även de större kan behöva ett sådant stöd från försäkringskassan att utredningsansvaret endast blir en formalitet utan reellt innehåll.

Vi anser emellertid att det även i fortsättningen bör vara arbetsgivarens ansvar att söka klarlägga arbetstagarens behov av rehabilitering. Ansvaret bör då gälla behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering för att återgå i eller behålla arbetet inom den egna verksamheten. Har arbetsgivaren en företagshälsovård eller annan liknande resurs, är det naturligt att den också klarlägger eventuellt behov av medicinsk eller social rehabilitering. Men det bör då vara fråga om en frivillig uppgift för arbetsgivaren.

Vi bör således inte längre kräva av arbetsgivarna att de ska kunna klara uppgiften att åstadkomma en fullständig rehabiliteringsutredning i formell mening. I varje fall bör vi inte kräva detta så länge företagshälsovården är så ofullständigt utbyggd som den är i dag. Samtidigt ska sägas att arbetsgivaren ofta måste veta vilka medicinska begränsningar som arbetstagaren har för att kunna bedöma vilka åtgärder som han ska vidta som arbetsgivare. Lider arbetstagaren exempelvis av allergi mot ett visst ämne som förekommer i arbetsmiljön, kan det givetvis ha avgörande betydelse att få detta klarlagt innan arbetsgivaren planerar för särskilda åtgärder på arbetsplatsen.

Det är således en stor fördel om arbetsgivaren med hjälp av företagshälsovården eller annan liknande expertresurs klarar att göra sin undersökning så fullständig att försäkringskassan kan ha den som underlag för sin rehabiliteringsplan utan någon komplettering. Men försäkringskassan bör ha ett ansvar att vid behov komplettera arbetsgivarens undersökning med en utredning om den försäkrades behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för arbete hos annan arbetsgivare än den egne eller av någon annan form av rehabilitering, t.ex. medicinsk, social eller yrkesinriktad rehabilitering som siktar till ett arbete inom ett annat yrke.

Genom att på detta sätt överge kravet på att arbetsgivaren ska verkställa en allsidig rehabiliteringsutredning undviker man konsekvenserna av den nuvarande lagkonstruktionen, som innebär att kassan ska ta över uppgiften att göra utredning om arbetsgivaren av något skäl inte uppfyller sitt ansvar. Den typ av fakultativt ansvar som kassan har i dag skapar lätt osäkerhet om kassans roll och en osäkerhet för handläggarna.

Till detta vill vi lägga att det många gånger av rena integritets- och sekretesskäl ter sig riktigare att en utomstående – försäkringskassan – får utredningsansvaret inte minst när det gäller frågor som ligger utanför förhållandena på den egna arbetsplatsen.

Vi föreslår följaktligen att arbetsgivarna ska åläggas att söka klarlägga den anställdes behov av arbetslivsinriktad rehabilitering på den

egna arbetsplatsen, men att de ska befrias från det formella ansvaret för en rehabiliteringsutredning i andra avseenden. Försäkringskassan ska i stället åläggas att vid behov komplettera arbetsgivarens undersökning med uppgifter som ligger utanför arbetsgivarens direkta vetskap. Men självfallet ska arbetsgivaren, som ofta känner den sjukes förhållanden bäst, medverka aktivt i den kompletterande utredningen med alla de upplysningar som kan behövas.

Vi anser att Riksförsäkringsverket bör tillhandagå arbetsgivarna med en åtgärdslista där arbetsgivaren på ett enkelt sätt kan läsa sig till vad som krävs av honom i undersökningsavseende. Enligt åtgärdslistan bör arbetsgivaren upplysa om vilka kontakter arbetsgivaren haft med den försäkrade under sjukperioden, vilka rehabiliteringsinsatser som arbetsgivaren vidtagit eller planerat och skälen till att planerade åtgärder ännu inte vidtagits. På listan bör arbetsgivaren även vid behov kunna ange vilka kontakter som har tagits med andra möjliga aktörer som sjukvården, socialtjänsten, AMI m.fl. Detta är dock en frivillig uppgift, eftersom sådana kontakter faller utanför det lagfästa ansvaret.

Åtgärdslistan bör fastställas av Riksförsäkringsverket efter samråd med Arbetarskyddsstyrelsen och arbetsmarknadens parter. Vi anser att Riksförsäkringsverkets nuvarande blankett för arbetsgivarens rehabiliteringsutredning efter viss bearbetning bör kunna användas som blankett för åtgärdslistan.

Arbetsgivarna har enligt dagens lagstiftning åtta veckor på sig att komma in med den färdiga rehabiliteringsutredningen till försäkringskassan. Med de lägre krav på undersökning av den anställdes rehabiliteringsbehov som vi nu föreslår anser vi att tiden för att komma in med undersökningen bör kunna kortas till sex veckor.

I de fall arbetsgivarens undersökning och kassans eventuella kompletterande utredning visar att den försäkrade behöver särskilda rehabiliteringsåtgärder, bör kassan upprätta en plan för detta. Planen kan givetvis också gälla ytterligare arbetsprövning eller annan särskild utredning, exempelvis av Arbetsmarknadsinstitutet. Erfarenheterna från den nuvarande tillämpningen visar att försäkringskassan inte sällan dröjer med att upprätta en formell rehabiliteringsplan. Ibland kommer en sådan inte till stånd förrän olika rehabiliteringsåtgärder redan har påbörjats. Detta är naturligtvis inte tillfredsställande. Vi anser därför att det i lagen bör anges att rehabiliteringsplanen ska vara upprättad inom 14 dagar från det att arbetsgivarens undersökning kom in till försäkringskassan eller den kompletterande utredningen avslutades.

Det är viktigt att fastställda rehabiliteringsplaner följs upp kontinuerligt. Förtidspensionsutredningen har i betänkandet (SOU 1997:166) Ohälsöförsäkringen. Trygghet och aktivitet föreslagit att rehabiliteringsplanerna ska följas upp med jämna mellanrum. En rimlig utgångs-

punkt bör enligt Förtidspensionsutredningen vara att en rehabiliteringsbedömning inte får vara äldre än sex månader utan att den omprövas. Vi delar denna uppfattning och föreslår därför att det i lagen ska anges att rehabiliteringsplanen ska följas upp kontinuerligt och omprövas minst en gång var sjätte månad.

8.6 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Arbetsgivaren ska svara för att de arbetslivsinriktade åtgärder vidtas som behövs för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren eller behålla arbetet hos denne. Vi anser att arbetsgivaren ska ha kvar sitt ansvar så länge anställningen varar.

Som framgått tidigare innebär rehabiliteringsansvaret att arbetsgivarna ska svara för att de åtgärder vidtas för en arbetslivsinriktad rehabilitering som behövs för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren eller behålla arbetet hos denne. Vi ger i avsnitt 8.10 om arbetsgivarens kostnadsansvar exempel på vilka olika slag av arbetslivsinriktade åtgärder som kan förekomma. Dessa har också något beskrivits i redogörelsen för nuvarande regler i avsnitt 2.3.1.

Arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsinsatser är i nuvarande lag inte begränsat i tiden. Den anställde behåller givetvis ofta banden till sin gamla arbetsplats, även om sjukskrivningen skulle vara länge. Det är under lång tid den gamla arbetsplatsen som är den naturliga kopplingen till arbetslivet. Och det är som vi tidigare har framhållit här man ofta bäst känner både den enskildes förutsättningar och möjligheterna att anpassa det gamla arbetet med hänsyn till funktionshinder e.d. eller att finna alternativa arbetsuppgifter för den anställde.

Rimligen blir emellertid banden allt svagare ju längre den anställde har varit borta från arbetet, och därmed blir också arbetsgivarens ansvar allt mer uttunnat. Som vi har betonat i avsnitt 8.2.4 finns det emellertid ett behov av att kunna slå fast när det lagenliga ansvaret upphör rent formellt. Var gränsen än sätts kommer den att uppfattas som för långt borta i en del fall och för nära i andra.

Vi har övervägt att föreslå en ettårsgräns för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar räknat från det första sjukfallet. Vi skulle då få en mycket enkel och klar gräns. En sådan gräns framstår dock som tämligen konstlad och riskerar att komma i konflikt med det ansvar arbetsgivaren har för den anställde enligt lagen (1982:80) om anställningsskydd.

Som framgår av vår redogörelse i avsnitt 2.4.1 för rättsläget när det gäller sjukdom som uppsägningsgrund kan uppsägning endast ske i de

fall då arbetstagarens arbetsförmåga på grund av sjukdomen blivit varaktigt nedsatt i sådan mån att han inte längre kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Och så länge anställningen varar har arbetsgivaren enligt 3 kap. 3 § andra stycket arbetsmiljölagen en skyldighet att genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Detta ansvar enligt arbetsmiljölagen överlappar redan i dag till en del det rehabiliteringsansvar som arbetsgivaren har enligt 22 kap. lagen om allmän försäkring.

Vi har därför stannat för att i stället föreslå att arbetsgivaren ska ha kvar sitt ansvar för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder så länge anställningen varar. Ansvaret gäller då sådana åtgärder som behövs för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren eller behålla arbetet hos denne. Detta bör tydligt slås fast i lagen om allmän försäkring.

I första hand ska givetvis arbetsgivarens insatser avse rehabiliteringsåtgärder på den gamla arbetsplatsen eller på annan plats i den egna verksamheten. Men om det behövs rehabiliteringsinsatser utanför den egna verksamheten, t.ex. arbetsträning eller kortare utbildning, bör arbetsgivaransvaret avse även dessa, förutsatt att insatserna avser en återgång till ett arbete på den gamla arbetsplatsen.

Det är emellertid viktigt att konsekvenserna i kostnadshänseende av ett ansvar för arbetsgivaren att svara för rehabiliteringsinsatser så länge anställningen pågår blir möjliga att bära inte minst för de små arbetsgivarna. I avsnitt 8.10 ska vi därför närmare behandla möjligheterna att ersätta den enskilde arbetsgivaren för kostnader under den tid det formella rehabiliteringsansvaret finns kvar.

8.7 Försäkringskassans ansvar

Försäkringskassornas arbete på rehabiliteringsområdet visar enligt undersökningar av Riksförsäkringsverket och Statskontoret på stora brister.

Vi föreslår nya och ändrade bestämmelser i 22 kap. AFL också för kassorna. Med dessa vill vi bidra till en större enhetlighet och kanske också ett mer aktivt arbete på rehabiliteringsområdet.

I anslutning till arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar vill vi även kortfattat nämna hur vi ser på försäkringskassans uppgifter för försäkrade som en arbetsgivare har ett rehabiliteringsansvar för. Försäkringskassan

har enligt gällande bestämmelser i 22 kap. AFL ett ansvar för att samordna rehabiliteringen, för att utarbeta en rehabiliteringsplan i de fall en försäkrad behöver en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringsersättning kan utges och för att betala ut sjukpenning eller rehabiliteringsersättning m.m.

Försäkringskassan kan också sägas ha till uppgift att vid behov företräda den försäkrade och vara hans eller hennes ombud. Det är visserligen sant att detta kan vara en svår uppgift, eftersom kassan samtidigt har att se till att den försäkrade fullgör vad som ankommer på honom eller henne t.ex. för att få ut sjukpenning eller rehabiliteringsersättning. Men eftersom det inte finns någon annan helt oberoende expertinstans som den försäkrade kan vända sig till för att få råd och stöd om hur han eller hon ska få hjälp med sin rehabilitering hos olika aktörer, ligger det i kassans samordningsuppgift att vid behov uppträda som ombud för den försäkrade.

I försäkringskassans ansvar för den samordnade rehabiliteringen ingår att ha uppsikt över de samlade rehabiliteringsinsatser som behövs och samordna den medicinska, sociala och arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Försäkringskassan ska, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med bl.a. hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda. Försäkringskassan har också till uppgift att verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av de försäkrade.

Försäkringskassan har inga maktmedel över de andra aktörerna på rehabiliteringsområdet utan får vid behov söka påverka dessa utifrån sin samlade sakkunskap på området. Vi anser därför att det nuvarande begreppet utöva tillsyn i 22 kap. 5 § bör bytas ut mot hålla uppsikt i den nya lagtexten.

För medicinsk behandling och medicinsk rehabilitering ska sjukvårdshuvudmannen stå kostnaderna. Det finns emellertid ett gränsområde mot arbetslivsinriktad rehabilitering när den försäkrade behöver exempelvis medicinsk rehabilitering i form av träning för att kunna eliminera eller minska sin funktionsnedsättning och kunna återuppta sitt arbete. I dessa fall förekommer det att en del försäkringskassor använder tilldelade medel för köp av tjänster för arbetslivsinriktad rehabilitering till att betala också för det som nogta taget är en ren medicinsk rehabilitering. Ibland träffar kassorna i dessa fall – utan stöd av lagregler – även avtal med arbetsgivaren om att han eller hon ska stå för halva kostnaden.

Vi kan inte se att det tillhör vårt uppdrag att föreslå regler om det kostnadsansvar som bör vila på sjukvårdshuvudmännen, men i avsnitt 8.10 föreslår vi nya regler om ersättning från sjukförsäkringen till

arbetsgivarna för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och om hur kostnaderna i olika hänseenden ska fördelas mellan sjukförsäkringen och arbetsgivarna. Det blir därmed också möjligt att skapa ökad klarhet och enhetlighet när det gäller de nämnda kostnaderna i gränsområdet till den medicinska rehabiliteringen.

Av vår redogörelse i kapitel 6 om rehabiliteringsarbetet i praktiken framgår att försäkringkassorna har utvecklat sitt arbete inom rehabiliteringsområdet mycket olika. Det är också upp till varje kassa att själv avgöra hur verksamheten ska bedrivas inom de ramar som lagen ger. Vi har dock fått många vittnesbörd om att kassorna ännu inte har funnit en tillräckligt bra form för sitt rehabiliteringsarbete. De undersökningar som gjorts av Riksförsäkringsverket och Statskontoret och som vi redovisat i kapitel 6 visar också på stora brister i verksamheten.

Vi är medvetna om att kassorna har till uppgift att utforma sin verksamhet själva utan alltför många detaljbestämmelser som reglerar deras verksamhet. Ändå innehåller vårt förslag till ändrad lydelse av 22 kap. AFL flera nya och ändrade regler också för kassorna. Vi vill med dessa söka bidra till en större enhetlighet och kanske också ett mer aktivt arbete på det viktiga rehabiliteringsområdet. Vi är givetvis också medvetna om att ett högt kvalitetsutvecklat rehabiliteringsarbete kräver en hög kompetens hos kassans handläggare.

8.8 Arbetsgivaren behöver stöd i sin rehabiliteringsverksamhet

Arbetsgivarna bör själva se till att skaffa sig ett stöd av företagshälsovården eller annan liknande expertresurs om de ska kunna infria sitt ansvar för arbetsmiljön enligt AML och för arbetslivsinriktad rehabilitering enligt AFL.

Arbetsgivarringar är verksamheter som kan få stor betydelse för att hjälpa arbetsgivarna med rehabiliteringen av anställda som inte längre klarar samma arbete som tidigare.

Vi föreslår att socialförsäkringsadministrationen och arbetarskyddsverket ska få 10 miljoner kronor vardera för att intensifiera sin upplysningsverksamhet och rådgivning i samband med att nya regler införs på rehabiliteringsområdet.

Vi föreslår en ny bestämmelse i lagen som ger arbetsgivarna rätt att begära en särskild kontaktperson på kassan som de kan vända sig till för att få stöd att klara sina åligganden inom rehabiliteringsverksamheten.

Svårigheterna för arbetsgivarna att leva upp till de skyldigheter och förväntningar som ställs på dem enligt nuvarande regler är uppenbara. Detta har också belysts i de olika rapporter där förhållandena har granskats. Ett exempel är Riksrevisionsverkets rapport Samverkan med förhinder – den statliga tillsynen över arbetsgivarnas ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering (RRV 1996:40). Ett annat är Riksförsäkringsverkets tidigare nämnda tillsynsrapport Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna (RFV ANSER 1998:4), som också behandlar erfarenheter av arbetsgivarnas insatser på rehabiliteringsområdet.

Arbetsgivarna svarar genom sina avgifter till sjukförsäkringen för finansieringen av den statliga rehabiliteringsverksamheten och kan därigenom, om man så vill, ses som försäkringstagare. De borde därmed vara måna om att försäkringen används på ett riktigt sätt och att de försäkrade – de anställda – får bästa möjliga valuta för försäkringsavgifterna. För att detta ska bli verklighet fordras också att arbetsgivaren gör vad som ankommer på honom eller henne för att den anställde ska återfå sin arbetsförmåga.

Vi bör också hålla i minnet att arbetsmiljölagstiftningens bestämmelser om internkontroll i sig ställer stora krav på arbetsgivarna att systematiskt planera, genomföra och följa upp verksamheten så att arbetsmiljökraven uppfylls. Dessa krav är allmänna och gäller med samma styrka små och stora företag.

Åtskilligt kan säkert göras av arbetsgivarna själva för att förbättra rehabiliteringsverksamheten på arbetsplatserna. Men det är också tydligt att arbetsgivarna, och särskilt de små arbetsgivarna, både i den offentliga och privata verksamheten behöver stöd för att klara sina uppgifter på ett bra sätt. För företag och myndigheter som har en fungerande företagshälsovård är denna en resurs som i detta sammanhang kan betyda mycket för att med sina expertkunskaper hjälpa arbetsgivarna med rehabiliteringsverksamheten.

Förslagen i den interdepartementala arbetsgruppens rapport (Ds 1998:17) Företagshälsovård – en resurs i samhället innebär om de genomförs en viss förstärkning av företagshälsovårdens ställning. Förslagen syftar till att integrera företagshälsovården i arbetsmiljöarbetet på den enskilda arbetsplatsen och att ta till vara dess resurser ur ett samhälleligt perspektiv.

Enligt vår mening krävs det dock ytterligare åtgärder för att företagshälsovården ska få en sådan omfattning och organisation att den kan bli en allmän resurs för landets alla företag och myndigheter. Det gäller också för landets alla arbetsgivare att de själva ser till att skaffa sig ett stöd av företagshälsovården eller annan liknande expertresurs om de ska kunna infria sitt ansvar för arbetsmiljön enligt AML och för arbetslivsinriktad rehabilitering enligt AFL.

Arbetsgivarripar (se avsnitt 6.2.3) är andra verksamheter som kan få stor betydelse för att hjälpa den enskilde arbetsgivaren med rehabiliteringen av anställda som inte längre klarar samma arbete som tidigare. Genom arbetsgivarripar skapas ökade möjligheter att arbetspröva på annat företag – inom eller utanför ringen – att förebygga och minska sjukskrivning och utslagning samt att utveckla bättre rehabiliteringsmetoder.

Inte sällan kan också arbetsmarknadens parter spela en viktig roll när det gäller att hjälpa och stödja arbetsgivaren i hans eller hennes rehabiliteringsverksamhet. Som ett exempel på en väl utvecklad verksamhet i detta avseende kan vi nämna den som bedrivs av Metallgruppen, som är en förbundsgrupp inom SAF för arbetsgivarorganisationerna Gruvornas Arbetsgivareförbund, Stål- och Metallförbundet och Svets Mekaniska Arbetsgivareförbundet.

Som vi ser det behöver dock arbetsgivarna också mer stöd av myndigheterna från både centralt och lokalt håll, än vad de får i dag. Yrkesinspektionen har i sin tillsynsverksamhet mer än tidigare lagt vikt vid

frågor om rehabilitering och anpassning. Tillsynsverksamheten når dock endast ett mindre antal arbetsgivare. Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna respektive Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen borde enligt vår uppfattning kunna intensifiera sin upplysningsverksamhet och sin rådgivning till landets arbetsgivare när det gäller rehabiliteringsverksamhetens innehåll och utformning.

Vårt förslag är att de ges särskilda medel till en intensifierad verksamhet i dessa avseenden i samband med att de nya regler som vi föreslår ska genomföras. Förslagsvis bör socialförsäkringsadministrationen och arbetarskyddsverket få 10 miljoner kronor vardera för detta ändamål. En särskilt viktig uppgift blir att informera arbetsgivarna om det nya ersättningsystem som vi föreslår, se avsnitt 8.10–11.

Ett annat exempel på myndighetsstöd är att skattemyndigheterna i sin informationsverksamhet påminner om att kostnader för rehabiliteringsverksamhet är avdragsgilla kostnader i rörelsen för privata företag.

Även försäkringskassorna borde kunna utveckla sitt samarbete med arbetsgivarna på olika sätt. Svårigheterna är emellertid uppenbara. Arbetsplatserna är för många och för ojämnt fördelade för att den enskilda kassan med sina nuvarande resurser överallt ska kunna inleda ett kontinuerligt samarbete med varje arbetsgivare. Man kan t.ex. jämföra den relativt lilla bruksorten som domineras av ett enda stort företag med storstaden som har hundratusentals olika arbetsgivare och arbetsplatser och som hämtar sina anställda från de mest skilda håll i regionen för att förstå att samarbetsfrågorna måste lösas på olika sätt.

Arbetsgivarnas behov av att ha en nära kontakt med försäkringskassan i sin rehabiliteringsverksamhet skiftar vidare mycket. Det lilla företaget eller den lilla myndigheten med begränsade administrativa resurser har ofta ett större behov än de större företagen och myndigheterna med goda egna administrativa resurser och en väl fungerande företagshälsovård. Men det är också så att de arbetsgivare som har den bäst uppbyggda organisationen för att kunna bedriva en bra rehabiliteringsverksamhet på företaget samtidigt ofta även är de som är mest angelägna om att ha ett väl uppbyggt samarbete med försäkringskassan.

Försäkringskassorna har etablerat skilda slag av samarbete med arbetsgivarna i rehabiliteringsfrågor. Vi kan som exempel nämna Stockholms läns allmänna försäkringskassa. Denna har tagit initiativ till att erbjuda en kontaktperson eller andra lämpliga insatser åt vad kassan kallar riskarbetsgivarna i lokalkontorsområdet, dvs. arbetsgivare hos vilka det förekommer många sjukskrivningar. Försäkringskassan har fastställt riktlinjer för kontaktpersonernas samarbete med arbetsgivarna. Inom varje lokalkontorsområde ska det även finnas en företagsjour. Den ska inrikta sitt arbete på små och medelstora företag

och kunna informera om bl.a. sjuklön, rehabilitering, arbetshjälpmedel och sjukpenning i vissa fall för att förebygga sjukdom. Även SAF:s branschorganisationer och kommunerna eller stadsdelsnämnderna ska erbjudas kontaktpersoner för samverkan med försäkringskassan.

Vi anser att det bör införas en möjlighet att låta de arbetsgivare som begär det få en särskild kontaktperson på kassan som de kan vända sig till för att få stöd att klara sina åligganden inom rehabiliteringsverksamheten. Kontaktpersonen ska kunna vara ett stöd både när det gäller arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet generellt och i enskilda rehabiliteringsfall.

Riksrevisionsverket har i sin tidigare nämnda rapport gett Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna vissa rekommendationer om hur lokalkontoren bör organisera rehabiliteringsverksamheten. Man säger i rekommendationerna bl.a. att lokalkontorens fördelning av rehabiliteringsärenden bör baseras på en indelningsprincip som underlättar för kassan att få en helhetsbild av sjukfallsmönstret hos de olika arbetsgivarna och av deras arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Ett system med kontaktpersoner skulle enligt vår mening kunna medverka till en sådan helhetsbild som Riksrevisionsverket efterlyser, låt vara att kontaktpersonen bara skulle utses i de fall arbetsgivarna begär det.

Det är i och för sig tänkbart att inrätta kontaktpersoner på försäkringskassorna åt alla arbetsgivare antingen de begär det eller inte. Vi tror dock inte att behovet av ett sådant stöd är allmänt. Det skulle därmed kunna bli en vidlyftig byråkrati utan tillräckligt innehåll på många ställen. Det skulle också sannolikt kräva kraftigt ökade personella resurser på försäkringskassorna.

Vi föreslår sålunda en bestämmelse i lagen om allmän försäkring som ger arbetsgivarna rätt att begära en särskild kontaktperson på kassan.

8.9 Frågan om sanktioner

Försäkringskassan är ett utpräglat serviceorgan, vilket gör det svårt att också uppträda som en repressiv instans. För att inte riskera det goda samarbete som samverkan med arbetsgivarna förutsätter föreslår vi att kassan inte heller i fortsättningen ska ha några egna sanktionsmöjligheter.

Däremot bör samarbetet utvecklas med Yrkesinspektionen som har möjlighet att meddela föreläggande och sätta ut vite mot arbetsgivare som försummar sina skyldigheter enligt arbetsmiljölagen. Vi föreslår att försäkringskassan ska anmäla sina iakttagelser till Yrkesinspektionen när den finner att det föreligger allvarliga brister i en arbetsgivares sätt att fullgöra skyldigheterna.

Vi föreslår också (i avsnitt 8.10) ett system med ersättning till arbetsgivare för kostnader för rehabilitering, där det ska finnas en möjlighet att minska ersättningen när arbetsgivaren i vissa avseenden inte levt upp till sitt ansvar.

Enligt våra direktiv ska vi överväga frågan om sanktionsmöjligheter mot en arbetsgivare som inte uppfyller sitt rehabiliteringsansvar.

Som vi har framhållit tidigare visar flera undersökningar att det på många håll finns stora brister i det sätt varpå arbetsgivaren lever upp till sitt rehabiliteringsansvar. Vi har samtidigt pekat på att många arbetsgivare, och särskilt små sådana med begränsade eller inga egna administrativa resurser, för att kunna klara sina uppgifter inom rehabiliteringsverksamheten borde ha betydligt bättre stöd bl.a. i form av företagshälsovård men säkerligen också från myndigheterna när det gäller information och rådgivning.

Det kan mot den bakgrunden ifrågasättas om det är möjligt och lämpligt att föreskriva sanktioner mot arbetsgivare som bryter mot bestämmelserna om arbetsgivares rehabiliteringsansvar. En framgångsrik rehabiliteringsverksamhet förutsätter dessutom mycket ofta ett nära samarbete mellan försäkringskassan, arbetsgivarna och andra myndigheter, ett samarbete som bygger på att de olika aktörerna visar respekt för varandras kunskaper och möjligheter. I ett sådant system kan förekomsten av sanktionsmöjligheter äventyra möjligheterna till ett gott samarbete.

Efter vad vi har förstått förekommer det emellertid i dag att arbetsgivare avsiktligt bryter mot bestämmelserna och helt överlämnar åt andra, dvs. i det här fallet i första hand försäkringskassan, att utreda

anställdas rehabiliteringsbehov. I dessa fall skulle det kunna finnas skäl att se annorlunda på lämpligheten av sanktionsåtgärder.

År 1994 infördes i 8 kap. 5 § arbetsmiljölagen möjligheter för regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetarskyddsstyrelsen att föreskriva att en särskild avgift ska betalas om överträdelse har skett av en föreskrift som har meddelats stöd av ett bemyndigande i något avseende som anges i vissa lagrum i arbetsmiljölagen. Avgiften ska betalas även om överträdelsen inte skett uppsåtligt eller av oaktsamhet. Fråga om att påföra sanktionsavgift prövas av länsrätten efter ansökan av Yrkesinspektionen eller Arbetarskyddsstyrelsen. Avsikten är att Arbetarskyddsstyrelsen genom föreskrifter efter hand ska pröva om det är lämpligt att införa sanktionsavgifter på angivna områden.

Vi har övervägt möjligheten att på samma sätt som det således nu finns möjlighet att föreskriva sanktioner för den som bryter mot en föreskrift inom arbetsmiljölagstiftningen föreskriva sanktioner för det fall arbetsgivaren helt uppenbart uraktlåter att följa vissa bestämmelser i lagen om allmän försäkring om rehabilitering. Riksförsäkringsverket skulle i så fall bemyndigas att föreskriva sådana sanktionsavgifter.

Det finns emellertid flera skäl som talar mot att införa en liknande sanktionsavgift på den allmänna försäkringens område. Försäkringskassan är ett utpräglat serviceorgan, vilket gör det svårt att också uppträda som en repressiv instans. Kassan riskerar att förlora det goda samarbete som samverkan med arbetsgivarna förutsätter. Och även om en bestämmelse om sanktionsavgift skulle användas endast i flagranta fall, förutsätter den ett byråkratiskt system som knappast står i proportion till vad vi vill uppnå.

En bättre väg att gå är att utveckla samarbetet med Yrkesinspektionen, som också har möjlighet att meddela föreläggande och sätta ut vite mot arbetsgivare som försummar sina skyldigheter enligt arbetsmiljölagen bl.a. när det gäller att på lämpligt sätt organisera en arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Vi anser att det i stället för regler om sanktionsavgift bör införas en bestämmelse i lagen om allmän försäkring om att försäkringskassan ska anmäla sina iakttagelser till Yrkesinspektionen när den finner att det föreligger allvarliga brister i en arbetsgivares sätt att fullgöra de nämnda skyldigheterna.

Till detta kommer att vi i det följande avsnittet om arbetsgivarens kostnadsansvar föreslår ett system med ersättning till arbetsgivare för kostnader för rehabilitering, där det ska finnas en möjlighet att minska ersättningen när arbetsgivaren i vissa avseenden inte har levt upp till sitt ansvar enligt lagen.

8.10 Arbetsgivarens kostnadsansvar

Det bör slås fast i lagen att arbetsgivaren ska bekosta de rehabiliteringsåtgärder som följer av ansvaret.

Vi föreslår att arbetsgivaren ska kunna få halva kostnaden ersatt av den allmänna sjukförsäkringen. Eftersom denna betalas genom arbetsgivaravgifter innebär det nya systemet att alla arbetsgivare får betala en andel av arbetsgivarnas samlade insatser för rehabilitering. Arbetsgivarens ersättning ska bestämmas av försäkringskassan samtidigt som rehabiliteringsplanen fastställs. Ersättningsbeslutet ska kunna överklagas.

Till de påtalade otydligheterna i dagens lagstiftning hör arbetsgivarens ansvar för de kostnader som rehabiliteringsinsatserna för med sig. Det är som vi ser det naturligt att knyta ett kostnadsansvar till ansvaret för att det vidtas rehabiliteringsåtgärder. I annat fall riskerar rehabiliteringsansvaret att antingen bli alltför svagt reellt sett eller leda till att olika aktörer hamnar i skilda ställningstaganden om de insatser som behöver sättas in.

Vi föreslår att det ska slås fast i lagen att arbetsgivaren ska bekosta de rehabiliteringsåtgärder som följer av ansvaret. En viktig fråga blir emellertid då vilka möjligheter arbetsgivaren har att i sin tur kompensera sig för rehabiliteringskostnaderna. Kan man finna vägar att ersätta arbetsgivaren för kostnader som han eller hon har för sin rehabiliteringsverksamhet, kan detta naturligtvis stimulera till insatser som måhända annars inte skulle kommit till stånd hur välmotiverade de än är såväl för den anställde och arbetsgivaren som samhället i stort. Det skulle självklart också kunna få stor betydelse för att öka möjligheterna för arbetshandikappades och andra resurssvaga gruppers möjligheter att konkurrera på arbetsmarknaden om det fanns möjligheter att ersätta arbetsgivarna för åtminstone en del av rehabiliteringskostnaderna.

Till en början vill vi framhålla att de nuvarande bestämmelserna om rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag innebär stora möjligheter att låta den anställde genomgå rehabiliteringsinsatser också på den egna arbetsplatsen utan att arbetsgivaren behöver svara för lön åt den anställde under rehabiliteringstiden. I dag utförs också i realiteten större delen av rehabiliteringsinsatserna på den försäkrades gamla arbetsplats. Rehabiliteringsersättning kan vidare utges under den tid den försäkrade genomgår längre utbildningar – f.n.

upp till ett år – för att kunna återgå i arbete hos den gamle arbetsgivaren eller hos en annan arbetsgivare.

Vidare bekostar sjukförsäkringen också utgifter för sådana särskilda individanpassade arbetshjälpmedel som går utöver det grundläggande ansvaret för hur arbetsmiljön ska vara utformad enligt arbetsmiljölagens krav. Det är här fråga om tekniska hjälpmedel eller särskilda arbetsredskap.

Till bilden hör också att försäkringskassan har särskilda medel för köp av tjänster för arbetslivsinriktad rehabilitering. De tjänster som kassan köper gäller främst olika slag av utredningstjänster, inbegripet social aktivering, samt arbetsträning.

Gäller det däremot arbetsträning eller mera kortvarig utbildning på eller utanför den egna arbetsplatsen som medför kostnader för lärare och undervisningsmateriel och som inte bekostas genom rehabiliteringsersättning, uppstår frågan om hur kostnaderna för dessa ska betalas. Det kan också gälla exempelvis extra utrustning eller särskild personlig assistans som behövs för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete. Det kan vidare vara fråga om att den försäkrade under rehabiliteringen bara delvis fullgör arbetsinsatser i förhållande till lönen. Andra exempel är de merkostnader som kan uppkomma av att rehabiliteringen av den försäkrade kräver en förändrad arbetsorganisation. Till detta kommer de kostnader som arbetsgivaren kan ha för undersökningen av den försäkrades rehabiliteringsbehov.

Vi har granskat ett förslag om att inrätta en särskild, fristående rehabiliteringsförsäkring för arbetsgivare. Som vi ser det medför dock en sådan försäkring en risk för en onödigt ökad administration. En annan och smidigare lösning skulle kunna vara att vidga den allmänna sjukförsäkringens uppgifter till att också ersätta kostnader för arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet. Den allmänna sjukförsäkringen finansieras ju redan av arbetsgivarna kollektivt genom en sjukförsäkringsavgift.

I stället för att som nu låta arbetsgivaren i det enskilda fallet helt bära kostnaderna för sin rehabiliteringsverksamhet, föreslår vi att kostnaderna i framtiden ska fördelas så att alla arbetsgivare genom sjukförsäkringsavgiften får betala en andel av arbetsgivarnas samlade insatser för arbetslivsinriktad rehabilitering. Den allmänna sjukförsäkringen kommer därmed att omfördela arbetsgivarnas rehabiliteringskostnader över tid och också mellan arbetsplatser. Detta kan som vi redan antytt stimulera verksamheten men också ge möjlighet att fördela kostnaden efter bärkraft.

Genom att socialförsäkringen går in och tar ett större ansvar för olika slag av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder blir sambandet mellan kostnaderna för dessa och kostnader för sjukpenning och reha-

biliteringsersättning tydligare. Arbetslinjen förstärks, samtidigt som vi ser början till en brygga mellan socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken.

Riksdagen har för Riksförsäkringsverkets och försäkringskassornas verksamhet budgetåret 1998 anslagit sammanlagt 17 881 miljoner kronor för Sjukpenning och rehabilitering, m.m. Av anslaget avser 2 279 miljoner kronor delposten rehabilitering. Denna omfattar utgifter för bl.a. rehabiliteringspenning och särskilt bidrag, ersättning vid köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, bidrag till arbetshjälpmedel, särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser (s.k. Dagmarmedel), olika slag av undersökningar samt finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

På samma sätt kan särskilda medel avsättas av det framtida anslaget för sjukpenning och rehabilitering till att ersätta arbetsgivarna för sådana särskilda rehabiliteringskostnader som vi har gett exempel på tidigare. Dessa medel bör med andra ord öronmärkas för att ersätta rehabiliteringskostnader för försäkrade som har en anställning. I varje fall de medel som nu används för köp av tjänst när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering av anställda försäkrade bör avsättas till en pott som är gemensam med dem vi nu föreslår.

Denna del av sjukförsäkringen ska givetvis också administreras av de allmänna försäkringskassorna. Vi anser det vara lämpligt att ersättningen bestäms vid en fördelning som kassan gör när den efter samråd med främst den försäkrade och arbetsgivaren fastställer en rehabiliteringsplan. Har arbetsgivaren haft kostnader för rehabilitering utan att det gått så långt att det behövs en rehabiliteringsplan för framtida åtgärder, bör arbetsgivaren ha möjlighet att få sina kostnader godkända i en retroaktiv rehabiliteringsplan.

Det kan också bli aktuellt för kassan att samråda med Yrkesinspektionen om vilka kostnader som följer av arbetsmiljöansvaret och därför bör belasta arbetsgivaren helt och med sjukvårdshuvudmannen för att få klarhet i vilka kostnader som ska bäras av hälso- och sjukvården när det gäller medicinsk rehabilitering. Arbetsgivaren får då samtidigt klart för sig vilka andra aktörer som går in och bekostar rehabiliteringsåtgärder. Här råder det i dag ofta en stor okunskap bland arbetsgivarna, och försäkringskassorna hanterar ibland också ersättningsfrågorna olika sinsemellan. Det föreslagna nya systemet kan därmed också bidra till en större enhetlighet i tillämpningen.

Givetvis bör arbetsgivaren ha möjlighet att klaga på kassans beslut om ersättning för viss rehabiliteringsåtgärd som arbetsgivaren bekostat eller vill bekosta. Det är emellertid viktigt att rehabiliteringsåtgärderna enligt den fastställda rehabiliteringsplanen sätts i gång utan att man

väntar på utgången av klagomålet. Kassans beslut bör därför gälla omedelbart.

Vi tror att det bör vara möjligt att på detta sätt åstadkomma ett smidigt försäkringssystem. Det är givetvis viktigt att systemet inte blir så komplicerat att det fördröjer rehabiliteringsåtgärderna. Försäkringskassan ska ses som en skadereglerare i förhållande till arbetsgivarna-försäkringstagarna inom denna del av sjukförsäkringen. Det bör ankomma på Regeringen att i särskild förordning meddela föreskrifter om arbetsgivarnas rätt till ersättning för rehabiliteringskostnader. Riksförsäkringsverket får därefter utfärda föreskrifter eller ge ut allmänna råd till ledning för kassornas prövning men också för att ge arbetsgivarna kunskaper om de ersättningsmöjligheter som föreligger.

8.11 Närmare om det föreslagna ersättningssystemet

Det föreslagna ersättningssystemet behöver utredas ytterligare. Vi föreslår dock att ersättning ska lämnas för kostnader som hänför sig direkt till den enskilde försäkrades behov, men att man till denna behovsbedömning ska lägga en bedömning av hur arbetsgivaren allmänt arbetar med rehabilitering. Mindre företag bör också kunna få en högre andel ersatta än större företag.

Så långt möjligt bör ersättningen bestämmas efter en schablonberäkning. Vi ger exempel på hur en sådan skulle kunna se ut.

Om förslaget vinner bifall, förutsätter det en viss ytterligare utredning. Vi kan för vår del tänka oss att ersättning betalas ut för dels undersökningskostnader, dels rehabiliteringsinsatser som angetts i försäkringskassans rehabiliteringsplan. En given utgångspunkt är att ersättning ska ges ut för att täcka kostnader som hänför sig direkt till den enskilde försäkrades situation – hans eller hennes behov och möjligheter. Däremot skulle som nämnts någon kompensation inte lämnas för åtgärder som behövs för att uppnå en normal arbetsmiljöstandard. I vårt utkast nedan till schabloniserad bedömning av arbetsgivarens rätt till ersättning ger vi exempel på rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren bör kunna få ersättning för.

Men det bör också vara möjligt att till denna behovsbedömning lägga en bedömning av hur arbetsgivaren allmänt arbetar med rehabilitering och förebyggande insatser. Man kan här väga in att arbetsgivaren har en planerad verksamhet på området som innebär att eventuella

rehabiliteringsbehov hos personalen kartläggs tidigt. Tidiga insatser, t.ex. i form av arbetsträning, som sätts i gång innan kassan har hunnit kopplas in kan också tillgodoräknas arbetsgivaren. Kompetens- och organisationsutveckling på det förebyggande området kan premieras. Kostnader för företagshälsovård som arbetsgivaren är ansluten till kan vidare ersättas.

Underlåter å andra sidan arbetsgivaren att fullgöra sina skyldigheter när det gäller att kartlägga den anställdes rehabiliteringsbehov så att försäkringskassan eller annan myndighet (Yrkesinspektionen) tvingas gå in med särskilda insatser, ska detta kunna inverka på fördelningen av kostnaderna så att arbetsgivaren får en mindre del av de samlade kostnaderna i ersättning.

Det bör också vara möjligt att låta mindre arbetsgivare få en större andel i ersättning än de större arbetsgivarna. Gränsen kunde gå för privata företag med en årlig lönesumma som motsvarar färre än 10 heltidsanställda (ca 3 miljoner kronor inklusive lönekostnadspålägg). Är det fråga om små företag med osedvanligt hög lönsamhet kan man tänka sig att de efter särskild prövning får räknas till kategorin större företag.

I så stor utsträckning som möjligt bör ersättning betalas ut efter schabloner. Det gäller givetvis i synnerhet de delar som grundar sig på en bedömning av arbetsgivarens allmänna verksamhet på rehabiliteringsområdet och det förebyggande området.

En viktig fråga är naturligtvis hur stor andel av arbetsgivarens rehabiliteringskostnader som på detta sätt skulle ersättas av sjukförsäkringen. Enligt vår mening skulle det föra för långt att låta hela kostnaden betalas av försäkringen. Arbetslivsfonden hade på sin tid regler, som innebar att fonden svarade för halva den godkända kostnaden för åtgärder för en förbättrad arbetsbetsmiljö eller rehabilitering, medan arbetsgivarna svarade för den andra hälften av kostnaden.

Vi anser att denna fördelningsprincip som har god hävd på arbetsmiljöområdet och är välbekant för både arbetsgivare och försäkringskassor alltsedan Arbetslivsfondens tid bör komma till användning även i detta sammanhang och bilda en utgångspunkt vid kassans beräkning av ersättning till arbetsgivaren. I vårt utkast nedan till schabloniserad bedömning av arbetsgivarens rätt till ersättning ger vi ett exempel på hur kostnaderna skulle kunna beräknas och ersättningen till arbetsgivaren bestämmas i ett tänkt fall.

Vi har beräknat att de sammanlagda kostnaderna för det föreslagna nya ersättningssystemet kommer att uppgå till ca 2,15 miljarder kronor. I kapitel 9 kommer vi att redogöra närmare för rehabiliteringens ekonomiska förutsättningar och konsekvenser och då också för de beräkningar som ligger till grund för uppskattningen av de kostnader för

sjukförsäkringen som är förbundna med vårt förslag om ersättning till arbetsgivare för rehabiliteringsåtgärder.

Det finns emellertid anledning att redan här påminna om att – utöver de stora mänskliga värden som det ligger i att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen på detta sätt skulle vinna i omfattning och effektivitet – kostnaderna för den skisserade rehabiliteringsformen till stora delar kan uppvägas av de besparingar som rehabiliteringen medför för arbetsgivarna genom minskade kostnader för löner och nyrekrytering m.m. och för det allmänna genom minskade kostnader för sjukförsäkringen och förtidspensioneringen.

Av försäkringskassans redovisning bör framgå till vilka arbetsgivare som sjukförsäkringen betalat ut ersättning och på vilka grunder. Redovisningen kan bli ett värdefullt underlag i kassans dialog med Yrkesinspektionen. Om redovisningen ger anledning till det kan Yrkesinspektionen tänkas gripa in med olika insatser.

Schabloniserad bedömning av arbetsgivarens rätt till ersättning

Enligt vårt förslag ska arbetsgivare få ersättning för kostnader som uppstått när han vidtagit arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder för att möjliggöra för arbetstagare att återgå till eller behålla arbete hos arbetsgivaren. I försäkringskassans rehabiliteringsplan fastställs de aktuella rehabiliteringsåtgärderna och ersättningsbara kostnaderna. Som vi tidigare nämnt ska kostnader för åtgärder som innebär att arbetsplatsen uppnår normal arbetsmiljöstandard inte ersättas och ingår därför inte i underlaget för kostnadsberäkningen.

De åtgärder som kan generera kostnader som arbetsgivaren kan få ersättning för sammanfaller i stort med de åtgärder som arbetsgivaren är skyldig att vidta för att rehabilitera en arbetstagare. På en punkt finns dock en skillnad. Arbetsgivaren är enligt vårt förslag skyldig att klarlägga arbetstagarens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det finns enligt förslaget ingen skyldighet för arbetsgivaren att klarlägga behov av medicinsk eller social rehabilitering. Det är dock önskvärt att arbetsgivaren så långt det är möjligt och lämpligt även klarlägger behov av andra åtgärder än arbetslivsinriktade. Vi anser därför att det ska finnas en ekonomisk stimulans för arbetsgivaren att klarlägga även behov av sådana rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren i och för sig inte är skyldig att vidta.

De åtgärder som man kan överväga om de ska generera ersättningsbara kostnader är följande.

1. Undersökning av behov av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder men också undersökning av behov av medicinsk och social rehabilitering. Kostnader för undersökning kan även vara kostnad för utredning hos företagshälsovården eller motsvarande expertfunktion.
2. Anskaffning av tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap och i övrigt ändringar av den fysiska arbetsmiljön. I fråga om arbetstekniska hjälpmedel ska kostnader som ersätts enligt särskilda bestämmelser inte beaktas i detta sammanhang.
3. Förändring av arbetsorganisationen, arbetsmetoderna, arbetsfördelningen, arbetstiderna eller arbetsuppgifterna samt omplacering.
4. Förändring av psykologiska och sociala förhållanden.
5. Tillhandahållande av personella stödinsatser.
6. Genomförande av arbetsträning, arbetsprovning, kortare utbildning och särskilda informationsinsatser. I fråga om arbetsträning avses här sådan träning som det inte ankommer på sjukvårdshuvudmannen att ansvara för.

Kostnader utöver direkta kostnader för en viss åtgärd kan vara att arbetstagaren under en period har lägre kapacitet än tidigare och därför inte utför arbete i relation till den lön som utbetalas.

Förutom en schabloniserad bedömning av arbetsgivarens rätt till ersättning kan man även tänka sig att ha en schabloniserad beräkning av arbetsgivarens kostnader. Detta skulle kunna göras genom att alla åtgärder i förväg ges ett bestämt värde. En undersökning skulle ges värdet x kronor, arbetsträning y kronor per vecka o.s.v. Fördelen med schabloniserad kostnadsberäkning är att administrationen förenklas. Nackdelen är att en schabloniserad kostnadsberäkning kan få effekter i blindo. Till exempel kan förändring av arbetstiderna hos en arbetsgivare medföra höga kostnader medan förändring av arbetstiderna hos en annan arbetsgivare inte medför någon mätbar kostnad. Med schablonberäkning av kostnaderna får båda arbetsgivarna ersättning för arbetstidsförändringen.

Exemplet Pelle:

Pelle har fått rehabiliteringsåtgärder i form av arbetsträning på arbetsplatsen, vissa ändringar i den fysiska arbetsmiljön, personella stödinsatser och en kortare utbildning av arbetsgivaren. De totala kostnaderna för arbetsgivaren för dessa åtgärder och undersökningen uppgår till 100 000 kronor. Pelles behov av åtgärder var svåra att bedöma. Kostnadens storlek har fastställts i rehabiliteringsplanen som försäkringskassan upprättat. Arbetsgivaren ska alltid betala hälften av rehabiliteringskostnaderna – i detta exempel 50 000 kronor – av egna

medel vilket gör att försäkringskassan ska pröva rätt till ersättning i fråga om de återstående 50 000.

Försäkringskassan kan ersätta arbetsgivaren med högst 50 000 kronor i fallet Pelle. Detta belopp kan minskas under vissa omständigheter. Minskning av ersättningsbeloppet sker om arbetsgivaren inte lever upp till vissa krav. Beloppet ska även minskas om arbetsgivaren har en årslönesumma över ett visst belopp eller bra ekonomiska förutsättningar att betala för åtgärderna.

Nedan ges exempel på faktorer som ska beaktas vid bedömningen men ytterligare faktorer bör övervägas i det fortsatta utredningsarbetet. Den utredningen bör ske i samarbete med ASS och RFV. I det arbetet ska också slås fast det värde som varje faktor ska ha. I vårt exempel har vi för enkelhetens skull gett faktorerna lika värde men det är förmodligen bättre att de ges olika värde beroende på varje faktors betydelse för rehabiliteringen och uppkomsten av rehabiliteringsbehov.

1. Har arbetsgivaren bra rutiner som innebär att rehabiliteringsbehov kartläggs tidigt? (rutiner i enlighet med ASS föreskrifter)	Ja	Ersättningen minskar inte
	Nej	Ersättningen minskar med 20 %
2. Har tidiga åtgärder vidtagits i aktuellt ärende? (i normalfallet redan innan försäkringskassan kopplas in)	Ja	Ersättningen minskar inte
	Nej	Ersättningen minskar med 20 %
3. Finns det påtagliga brister i arbetsmiljön enligt uppgift från YI?	Ja	Ersättningen minskar med 20 %
	Nej	Ersättningen minskar inte
4. Har företagshälsovård enligt vedertagen begrepps- bildning eller motsvarande expertfunktion anlitats i aktuellt ärende?	Ja/behov saknades	Ersättningen minskar inte
	Nej, trots behov	Ersättningen minskar med 20 %
5. Har företaget en årlönesumma över 3 miljoner kronor eller har företaget ändå möjlighet att bekosta rehabiliteringsåtgärderna?	Ja	Ersättningen minskar med 20 %
	Nej	Ersättningen minskar inte.
		Maximal minskning av ersättningen 100 %

Pelles arbetsgivare (ag) bedömdes på följande sätt:

Ag:s ersättningsbara rehabkostnader	50 000
Ag hade bra rutiner	- 0
Ag hade inte vidtagit åtgärder tidigt	- 10 000
Ag hade inte påtagliga brister i arbetsmiljön	- 0
Ag hade inte anlitat företagshälsovård/motsvarande	- 10 000
Ag är ett litet företag med dålig betalningsförmåga	- 0

Ersättning från försäkringskassan	30 000

8.12 Rehabiliteringspenningen

Enligt 3 § förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning får för en utbildning som finansieras med studiemedel rehabiliteringspenning endast lämnas om utbildningen omfattar högst 40 studieveckor. Ytterligare villkor är att utbildningen inte är en fortsättning eller en avslutning på en tidigare påbörjad eftergymnasial utbildning och inte heller är en del av en längre sammanhållen utbildning.

Det här betyder att den som behöver gå en längre utbildning i rehabiliteringssyfte är helt hänvisad till de allmänna studiefinansieringsreglerna.

Förtidspensionsutredningen har i betänkandet (1997:166) Ohälsöförsäkringen. Trygghet och aktivitet föreslagit att reglerna ska ändras så att den försäkrade om utbildningen bedöms nödvändig ur rehabiliteringssynpunkt ska kunna påbörja en sådan utbildning även om den beräknas pågå över ett år. Förtidspensionsutredningen framhåller bl.a. att regeln om maximalt ett års utbildning ter sig otidsenlig. I dagens samhälle ställs allt större krav från arbetsgivarnas sida på den enskildes utbildningsnivå och kompetens. Utbildning utgör en av de absolut viktigaste faktorerna för möjligheterna att få en anställning och alltfler arbeten kräver högskolestudier eller annan längre utbildning.

Villkoren för att få rehabiliteringsersättning ligger vid sidan av vårt utredningsuppdrag. Men vi kan konstatera att rehabiliteringsersättningen har stor betydelse också när det gäller arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar. Kan rehabiliteringen få en bra start genom rehabiliteringsersättning är detta positivt för hela frågan om att rehabilitera den försäkrade. Frågorna kan inte skiljas åt.

Av den anledningen vill vi för vår del ansluta oss till Förtidspensionsutredningens bedömning och föreslår således att det görs

ändringar på det sätt Förtidspensionsutredningen föreslagit i detta sammanhang när det gäller ersättning under utbildningstid. Men vi vill tillägga att motsvarande möjlighet även bör gälla vid exempelvis träning i reell miljö som sammantaget varar mer än ett år. Avgörande bör här vara vad försäkringskassan efter samråd med de berörda kommit fram till i rehabiliteringsplanen för den försäkrade.

8.13 Arbetshjälpmedlen

Vi föreslår att det ska göras en översyn av förordningen om arbetshjälpmedel för att få mer tidsenliga och lättanvändbara regler.

Vi föreslår nu att försäkringskassan i ökad utsträckning ska verka aktivt för att lyfta fram bidragsmöjligheten såväl i tidigt rehabiliteringsarbete genom ökad information till arbetsgivare och anställda m.fl. som i rehabiliteringsarbetet med de försäkrade.

8.13.1 Bakgrund

Som vi har nämnt tidigare i avsnitt 2.3.3 lämnar försäkringskassan bidrag till arbetshjälpmedel som ett led i rehabiliteringen av den förvärvsarbetande försäkrade. I förarbetena anges att bidraget ska kunna lämnas för arbetshjälpmedel när sådana kan medföra att en längre tids sjukskrivning kan brytas och att den anställde kan återgå i arbete (prop. 1990/91:141 s 709). Men även för den som förvärvsarbetar och har en funktionsnedsättning som kan ge upphov till handikapp i arbetet har försäkringskassan ansvar för bidrag till arbetshjälpmedel och anpassning av arbetsplatsen, i den mån inte arbetsgivaren ansvarar för detta enligt arbetsmiljölagen. Det förutsätter att arbetshjälpmedlet bedöms nödvändigt för att den försäkrade ska kunna utföra sina arbetsuppgifter. Arbetshjälpmedel söks antingen av den anställde själv eller av arbetsgivaren.

Det är således tänkt att arbetshjälpmedlen ska fylla en viktig roll i rehabiliteringsverksamheten, såväl genom information ute på arbetsplatsen som i rehabiliteringen av den förvärvsarbetande.

Vi har inte haft möjlighet att göra annat än en översiktlig genomgång av hur förordningen om arbetshjälpmedel fungerar i praktiken. I våra kontakter med kassorna kommer det fram att det finns gränsdragningproblem och oklarheter i förordningen. Det har uttryckts önskemål om att förordningen i sin helhet ska omarbetas för att få en mer

tidsenlig och klarare framtoning samt bli lättare att använda för försäkringskassorna. Det bör i sammanhanget observeras att regelsystemet i sin helhet flyttades över till socialförsäkringssystemet efter att tidigare ha administrerats av arbetsmarknadsmyndigheterna. I samband härmed gjordes inte några större bearbetningar av reglernas utformning.

8.13.2 Överväganden

Det finns mycket som talar för att förordningen skulle vinna på att omarbetas för att få en klarare framtoning specifikt för försäkringskassorna. Särskilt mot bakgrund av att bidragsformen nu har funnits ett par år inom socialförsäkringen och att erfarenheter från den praktiska tillämpningen skulle kunna visa på rimliga lösningar som man skulle kunna ta till vara. Vi har emellertid funnit att denna fråga förutsätter en mer ingående utredning än den vi har haft möjlighet att göra med den tid vi har till vårt förfogande. Vi föreslår därför att det ska göras en översyn av förordningen för att få mer tidsenliga och klarare regler.

Från en allmän utgångspunkt vill vi dock peka på en del förbättringar som skulle kunna göras i tillämpningen redan nu.

Vid underhandskontakter som vi haft med bl.a. RFV och Yrkesinspektionen har det kommit fram att det finns en risk för att bidragen till arbetshjälpmedel inte utnyttjas i tillräcklig utsträckning. Enligt en undersökning av RFV föranleds i de flesta fall ansökan inte av någon sjukskrivning, utan den sökande är i arbete. Oftast ansöker den anställde själv eller med hjälp av någon om bidrag till arbetshjälpmedel. Trogen får den anställde/arbetsgivaren i de flesta fall reda på sina möjligheter av andra aktörer/personer än försäkringskassan.

Ett grundläggande problem kan vara att arbetshjälpmedlens inriktning alltför syns vara personer med avsevärd funktionsnedsättning. Detta kommer till uttryck i de projekt som har bedrivits på området.

Som vi har nämnt tidigare disponerar RFV sedan några år särskilda medel för att tillsammans med Arbetsmarknadsstyrelsen utveckla angelägna projekt inom det tekniska arbetshjälpmedelsområdet (se avsnitt 6.3). För budgetåret 1998 disponerar RFV 5 miljoner kronor för ändamålet. För AMS del förfogar man över 10 miljoner kronor per år.

Medlen ska användas för att utveckla hjälpmedel inom områden där det saknas fungerande lösningar. Det är bl.a. viktigt att utvecklingen sker inom områden där de kan komma att användas av många handikappade. Kan utvecklingen leda till att handikappade kommer in på ett helt nytt yrkesområde, bedöms det som särskilt intressant. Vanligtvis sker utvecklingsarbetet på lokal nivå, och vid behov upphandlas tekniska konsulter. Hittills har medlen främst använts till att framställa

IT-baserad teknik av olika slag för att ge funktionshindrade stöd i deras arbetssituation.

Enligt vår mening bör bidragsformen ges ett bredare anslag och en vidgad inriktning. En grundläggande utgångspunkt i sjukförsäkringen är betoningen på en tidig, aktiv och samordnad rehabilitering samt andra tidiga åtgärder för att förhindra en permanent arbetsoförmåga. Samma utgångspunkt anser vi bör gälla i arbetet med arbets-hjälpmedlen.

Arbetshjälpmedlen bör fylla en viktig roll såväl i det förebyggande arbetet ute på arbetsplatserna som utgöra ett led i rehabiliteringen av förvärvsarbetande. Som vi nämnde tidigare kan ett grundläggande problem vara att arbetshjälpmedlen alltfjämt synes inriktade på personer med avsevärd funktionsnedsättning. Vi anser att den som förvärvsarbetar och har en funktionsnedsättning som kan ge upphov till handikapp i arbetet ska ha möjlighet att få bidrag. Men bidrag bör också kunna ges i andra fall då bidraget medför att en längre tids sjukskrivning kan brytas och den anställde kan återgå i arbete.

Som vi ser det finns det ekonomiska möjligheter att ge bidragsformen ett bredare anslag och vidga inriktningen. Fr.o.m. budgetåret 1998 särredovisas inte längre anslaget för arbetshjälpmedel, utan detta har lagts samman med posterna arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, läkarutlåtanden, läkarundersökningar, särskilt bidrag och resor till och från arbetet i stället för sjukpenning. Regeringen har angett att avsikten med sammanläggningen är att försäkringskassorna nu ska ha möjlighet att inom ramen för dessa medel bedriva olika projekt bl.a. i syfte att uppnå samverkansvinster.

Vi anser att försäkringskassan bör lyfta fram möjligheten att få bidrag till arbetshjälpmedel i det tidiga rehabiliteringsarbetet. Det kan ske genom ökad information till arbetsgivare och anställda. En möjlighet att nå ut är att försäkringskassan utvecklar samverkansmodeller med Yrkesinspektionen och att arbetshjälpmedlen finns med som en naturlig del i arbetet. Det ligger även allmänt sett stora värden i att försäkringskassan samverkar med Yrkesinspektionen, och att dessa myndigheter utvecklar sina kompletterande "roller" i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet.

När försäkringskassan och Yrkesinspektionen i distriktet gör en saminspektion, finns det också möjlighet att mer direkt informera arbetsgivare om bidragsmöjligheten, samtidigt som arbetsgivaren ges information om arbetsanpassning och rehabilitering i stort. Härigenom kan man nå en del arbetsgivare, men långt ifrån alla.

Genom tecknade samarbetsavtal mellan försäkringskassan och Yrkesinspektionen håller man på flera håll i landet på att skapa rutiner för samverkan även om avtalen än så länge är av varierande

omfattning. Det bör vara möjligt att skapa rutiner även för samverkan när det gäller arbetshjälpmedlen. Ett exempel på det är avtalsförbindelser som har upprättats av försäkringskassorna i Malmöhus län och Kristianstad län med Yrkesinspektionen i distriktet (se avsnitt 6.3).

Många försäkringskassor har som rutin att informera den försäkrade och arbetsgivaren om bidragsmöjligheterna i de fall den anställda blir sjukskriven. Informationen sker då som ett led i rehabiliteringsarbetet. Efter vad vi erfarit varierar emellertid hanteringen av bidragen. I en del kassor handläggs ärendegruppen av andra tjänstemän än rehabiliteringshandläggare. Enligt vår mening är det att föredra att arbetshjälpmedlen finns med som ett led i rehabiliteringsarbetet av den försäkrade. Även i kontakten med arbetsgivaren bör arbetshjälpmedlen finnas med som en av möjliga åtgärder för att åstadkomma en snabb återgång i arbete för arbetstagaren.

Enligt vår mening kan det i många fall vara en fördel om försäkringskassan gör arbetsplatsbesök under handläggningens gång. Det kan ofta vara så att den försäkrades situation kan lösas direkt på arbetsplatsen kanske med hjälp av ett särskilt anskaffat arbetshjälpmedel. Sådana besök bör vid behov göras tillsammans med Yrkesinspektionen, som kan vara ett stöd vid bedömningen av vilken anpassning som arbetsgivaren har att ansvara för enligt AML.

I våra kontakter med försäkringskassorna har det kommit fram att det ibland är svårt att bedöma vad som kan anses ligga inom arbetsgivarens ansvarsområde i detta hänseende. Varken förordningen eller RFV:s allmänna råd 1991:8 Arbetshjälpmedel ger någon mer utförlig vägledning. I mer tveksamma fall vänder sig därför många försäkringskassor till Yrkesinspektionen för att få en bedömning av vad som kan anses ligga inom arbetsgivarens ansvarsområde enligt AML. En sådan ordning rekommenderar även RFV i sina allmänna råd. Långt ifrån alla försäkringskassor har emellertid upparbetade samarbetsavtal eller närmare kontakter med Yrkesinspektionen, vilket leder till att försäkringskassorna löser mer tveksamma ärenden direkt vid diskussioner eller förhandlingar med arbetsgivaren. Enligt vår mening vore det till fördel i kassans praktiska arbete om man i handläggningen i större utsträckning använde sig av Yrkesinspektionens kompetens för att få hjälp att klarlägga vad arbetsgivarens ansvarar för enligt AML.

Arbetshjälpmedlen har således en nära koppling till rehabiliteringsverksamheten. I sammanhanget kan nämnas att RFV avser att omarbete sina allmänna råd om rehabilitering och infoga ett avsnitt om arbetshjälpmedel. I dag behandlas arbetshjälpmedlen i ett särskilt allmänt råd (RFV:s allmänna råd 1991:8).

I syfte att öka användningen av bidragsformen föreslår vi att det i 22 kap. AFL ska anges att det till arbetshjälpmedel lämnas bidrag från sjukförsäkringen enligt särskilda bestämmelser.

8.14 Resor till och från arbetet under sjuklöneperioden

Vi föreslår att det ska föreskrivas i sjuklönelagen att arbetsgivaren i stället för sjuklön får ersätta arbetstagare, som drabbas av sjukdom, för resor till och från arbetet, om arbetstagaren kan förvärvsarbeta men inte använda sig av ordinarie färdmedel.

Vi föreslår att ersättningen ska göras skattefri för arbetstagaren.

Vi har under utredningen funnit anledning att särskilt ta upp en fråga som gäller beskattningen av betalda resor till och från arbetet i samband med sjukdom.

8.14.1 Nuvarande regler

För att underlätta återgång till arbete i anslutning till ett sjukdomsfall får enligt 3 kap. 7 a § AFL i stället för sjukpenning som annars skulle ha utgetts skälig ersättning utges för den försäkrades merutgifter för resor till och från arbetet. Merutgifterna ska ha uppkommit på grund av att den försäkrades hälsotillstånd inte tillåter honom eller henne att utnyttja det färd sätt som han eller hon normalt använder för sådan resor.

Sådan ersättning har undantagits från skatteplikt för den försäkrade (19 § kommunalskattelagen, 1928:370). Det innebär att ersättningen inte ska tas upp i självdeklarationen och att avdrag heller inte medges för kostnaderna.

Några motsvarande bestämmelser har inte införts för den inledande period då en arbetstagare har rätt till sjuklön. Arbetstagaren har visserligen i praktiken möjlighet att få sina resor betalda av arbetsgivaren, om han eller hon kan förvärvsarbeta trots sjukdomen men däremot inte kan använda ordinarie färdmedel för resor till och från arbetet.

Arbetsgivarens utlägg för detta ses emellertid av skattemyndigheterna som en löneförmån som utges till följd av tjänsten och arbetstagaren beskattas därför för förmånen som inkomst av tjänst.

8.14.2 Skattepliktig ersättning

För den ersättning som arbetsgivaren utger på grund av sjuklönelagen är således de vanliga bestämmelserna för lön och lönefordran i allmänhet tillämpliga (prop. 1990/91:181 s. 67). Sjuklönen är därmed skattepliktig samt avgifts- och pensionsgrundande. Sjuklönen likställs vidare med annan lön vid tillämpning av LAS, statlig lönegaranti vid konkurs och i fråga om utmätning av och införsel av lön samt i fråga om arbetsgivares kvittningsrätt.

Skattefriheten för ersättningen enligt AFL behandlades av skatteutskottet i 1989/90:SkU32 s. 285–286. Utskottet konstaterade att enligt de principer som gäller för statliga och kommunala reseersättningar fr.o.m. den 1 januari 1990 är dessa ersättningar skattepliktiga med avdragsrätt för kostnader på samma sätt som redan tidigare gällt vad avser ersättning från privata arbetsgivare. Utskottet anförde vidare att den ifrågavarande ersättningen, som i vissa fall ska utges i samband med rehabilitering, har en speciell karaktär och är avsedd endast för en begränsad tid. Enligt utskottet talade främst sociala skäl och skäl att verka för förenklat skattesystem för att det föreslagna undantaget från beskattning kunde godtas.

Någon motsvarande regel om skattefrihet när det gäller arbetsgivarens ersättning för resor till anställd under sjuklöneperiod som gäller under sjukpenningtid infördes alltså inte. Någon närmare motivering till detta eller diskussion rörande en eventuell skattefrihet fördes inte. Ersättningen betraktas som lön för arbetstagaren, är belagd med arbetsgivaravgift och skattepliktig för arbetstagaren. Avdrag för resor till och från arbetet kan visserligen medges, men kostnaderna för dessa ska tillsammans med andra kostnader av liknande slag överstiga en viss nivå för att vara avdragsgilla. För inkomståret 1998 finns det möjlighet att göra avdrag för kostnader som uppkommer i samband med inkomst av tjänst, om dessa sammantaget överstiger 7 000 kronor.

8.14.3 Överväganden

Vi vet inte hur ofta det förekommer att arbetstagaren under sjuklöneperioden i den beskrivna situationen får sina resor betalda av arbetsgivaren i stället för att gå sjukskriven. Men att det förekommer är känt.

Det är givetvis ett starkt önskemål att skattereglerna är desamma som när försäkringskassan på motsvarande sätt betalar resor till arbetet i stället för att utge sjukpenning. Oavsett när under sjukdomen resorna företas görs de i syfte att den enskilde så snabbt som möjligt ska komma tillbaka till förvärsarbete och bör därmed kunna ses som ett led i

rehabiliteringen. Syftet är hela tiden detsamma oavsett om resorna företas under arbetsgivarens eller försäkringskassans ansvarsperiod.

Enligt nuvarande regler ses arbetsgivarens ersättning för sådana resor således som en löneförmån för den enskilde som utges till följd av tjänsten. Genom att förmånen anses skattepliktiga blir den också pensionsgrundande. Arbetsgivaren måste då också betala sociala avgifter. Arbetstagaren beskattas för förmånen under inkomst av tjänst och har om resekostnaderna överstiger viss grundnivå möjlighet att göra avdrag med visade kostnader.

En väg att närma systemen vore att låta kostnaderna bli fullt avdragsgilla i deklarationen. Mot en sådan lösning talar dock målsättningen inom skattesystemet att förenkla och förbättra skattesystemet samt att skapa bättre förutsättningar för en rättvis och likformig beskattning. En sådan lösning skulle också föra med sig en omfattande och krånglig administration för skattemyndigheterna. Vi anser därför att detta inte är en lämplig väg att gå.

Om arbetstagarens reseersättning i stället skulle undantas helt från skatteplikt, kan man tänka sig olika alternativa lösningar.

Ett alternativ som leder till skattefrihet är att arbetstagaren ges rätt till ersättning under sjuklöneperioden i form av bidrag enligt AFL. I sådant fall kan konstruktionen bygga på samma principer som sådan ersättning i form av merutgifter för resor som i dag utges i stället för sjukpenning enligt 3 kap. 7 a § AFL.

Ett sådant alternativ kommer emellertid enligt vår mening att leda till orättvisor och möjlighet att utnyttja socialförsäkringssystemet på ett felaktigt sätt. Lösningen gynnar arbetsgivare som kan skaffa fram arbete till arbetstagaren, men missgynnar mindre företag med få anställda och små resurser. Dessutom kan ett sådant system leda till att arbetsgivarna i många fall hänvisar arbetstagaren till försäkringskassan för att i första hand ansöka om reseersättning och på så sätt inte behöver betala sjuklön.

En annan fråga i sammanhanget är om bidragsmöjligheten ska ges en frivillig eller tvingande form. Reglerna i 3 kap. 7 a § AFL är tvingande till sin karaktär på så sätt att det är en uppgift för försäkringskassan att pröva om förutsättningarna för rätt till ersättning är uppfyllda. Ett ytterligare problem är att lösningen skulle föra med sig avsevärda försäkringskostnader och ett omfattande administrativt arbete för försäkringskassorna. Försäkringskassorna skulle även behöva pröva fler sjukfallsärenden och redan från första dagarna i ett sjukfall under sjuklöneperioden.

Enligt RFV:s uppskattningar skulle lösningen föra med sig ökade försäkringskostnader med ca 2–3,6 miljarder kronor och administrativa kostnader om ca 500 000–600 000 kronor. RFV uppger att de beräk-

nade kostnaderna kan minskas något med beaktande av att en del ärenden ändå hanteras av kassan i dag under sjukpenningtid och endast kommer att få handläggas i ett tidigare skede än i dag.

En annan och bättre lösning vore att föreskriva i sjuklönelagen att arbetsgivaren i stället för sjuklön får ersätta arbetstagare, som drabbas av sjukdom och kan förvärvsarbeta men inte kan använda sig av ordinarie färdmedel, för resor till och från arbetet och att ersättningen görs skattefri för arbetstagaren. Vi skulle då få samma regler om skattefrihet som gäller i dag för ersättning för resor som utges under sjukpenningtid av försäkringskassan enligt 3 kap. 7 a § AFL.

Resersättningen skulle kunna ses som ett alternativ till sjuklön och utgöra en ersättning som liksom sjuklönen är avsedd att vara en begränsad tid. Resersättningen bör i sammanhanget kunna ses som ett led i arbetsgivarens rehabiliteringsarbete.

All rehabilitering bör sättas in så tidigt som möjligt för att få lägre sjukfrånvaro och i förlängningen minska utslagningen i arbetslivet. Till arbetsgivarens ansvar hör att upptäcka tecken på skador och ohälsa på arbetsplatsen. Om arbetsgivaren ska uppmuntras att ta ett större rehabiliteringsansvar, får denna strävan inte motverkas av att den anställda beskattas. En möjlig effekt av ett förslag att göra ersättningen för resorna skattefria för arbetstagaren är att arbetsgivarna mer aktivt ger arbetstagaren möjlighet att få reseersättning och på så sätt minskar sjukfrånvaron bland sina anställda.

En annan fördel är att ett problem som RFV pekat på skulle kunna lösas på ett smidigt sätt. RFV har i sin rapport 1996:5 angett att sjuklönelagen behöver ändras så att dagar då arbetsgivaren väljer att utge reseersättning i stället för sjuklön inräknas i sjuklöneperioden för att inte motverka arbetsgivarens intresse att utge ersättning för sådana arbetsresor. I dag räknas ersatta dagar för nämnda arbetsresor inte in i sjuklöneperioden. RFV har vid försäkringskassebesök blivit uppmärksammat på att vissa arbetsgivare drar sig för att erbjuda ett annat arbete på grund av risken för att stå för ytterligare en sjukperiod fast det rör sig om ett och samma sjukdomsfall.

Förändringen skulle troligen inte föra med sig någon ökad administration för arbetsgivarna.

I och med att ersättningen undantas från skatteplikt för den enskilde undantas den också från arbetsgivaravgifter, vilket är positivt för arbetsgivarna. Arbetsgivaren får liksom tidigare göra avdrag för kostnader till följd av resorna. Vi föreslår således inte någon avdragsbegränsning för arbetsgivaren.

8.14.4 Närmare om ersättningens förutsättningar och form

De förutsättningar som skulle gälla för reseersättning till och från arbetet under sjuklöneperioden hör naturligen hemma i lagen om sjuklön. Förutsättningarna bör vara desamma som när försäkringskassan betalar ut ersättning enligt AFL. Det bör vara en uppgift för arbetsgivaren att pröva när det föreligger förutsättningar för byte av sjuklön mot reseersättning. I många fall kan lönsamhetsaspekter tänkas inverka på om arbetsgivaren ska gå med på att betala för den anställdes resor. I realiteten kommer arbetstagarens möjligheter att utnyttja situationen i många fall att bygga på en överenskommelse mellan arbetsgivaren och arbetstagaren.

Den anställda ska givetvis uppfylla förutsättningarna för att få sjuklön enligt lagen och perioden för att utge reseersättningen ska sammanfalla med sjuklöneperioden. Efter att sjuklöneperioden har gått till ända, blir det liksom nu en fråga för försäkringskassan att ta ställning till den anställdes ersättning enligt AFL. En förutsättning bör vara att arbetstagaren är sjukanmäld i vanlig ordning. Det ska t.ex. inte vara möjligt att under en ansträngande arbetsperiod med mycket övertid få fria taxiresor mellan bostad och arbete.

Det bör ankomma på arbetsgivaren att ta ställning till ersättningens nivå. Vi anser att det inte finns skäl att närmare reglera ersättningsnivån. I många fall kanske det är ekonomiskt tänkbart för arbetsgivaren att betala arbetstagarens resor om beloppet inte överstiger den sjuklön som annars skulle utgått för samma tid. I andra fall kanske det är andra faktorer som avgör.

Om arbetstagaren anser att han eller hon har rätt att få sina resekostnader betalda av arbetsgivaren och tvist uppkommer om rätt till reseersättning, ska detta handläggas enligt lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister på samma sätt som när det gäller sjuklön. Den allmänna försäkringskassan ska också på begäran yttra sig över huruvida arbetstagarens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom eller om nedsättningens omfattning.

I de fall det blir tvist om arbetstagarens rätt till sjuklön, och tvisten gäller huruvida arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom eller nedsättningens omfattning eller huruvida arbetstagarförhållande föreligger, kan försäkringskassan enligt gällande regler lämna ersättning till arbetstagaren från sjukförsäkringen enligt AFL. Detta förfarande anser vi bör vara förbehållet försäkringskassan i nu nämnda situationer. Vi anser inte att försäkringskassan ska kunna gå in i stället för arbetsgivaren och besluta om att ersättning för tid som den omtvistade reseersättningen avser ska utges från sjukförsäkringen enligt 3 kap. 7 a § AFL.

Som vi har framhållit tidigare bör det helt och hållet ankomma på arbetsgivaren att pröva förutsättningarna för byte av sjuklön mot reseersättning och att betala för sådana resor.

Eftersom arbetsgivaren enligt vårt förslag ska ges rätt att byta ut sjuklönen mot att betala arbetstagaren för resor till och från arbetet och sådan ersättning ska inberäknas i sjuklöneperioden, bör arbetsgivarens anmälnings- och uppgiftsskyldighet till den allmänna försäkringskassan och i vissa fall till Riksförsäkringsverket även avse dessa situationer. Arbetsgivaren bör således åläggas samma skyldigheter i detta avseende som när det gäller sjuklön i allmänhet.

8.15 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

En proposition på grundval av våra förslag kan inte väntas före årsskiftet 1998/99. Ett riksdagsbeslut kan därefter fattas tidigast våren 1999. Vårt förslag om ett nytt ersättningssystem fordrar en del ytterligare utredningsarbete om det vinner gehör. I övrigt torde våra förslag inte kräva någon längre förberedelsestid för att kunna genomföras.

Vi föreslår därför att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2000.

Några särskilda övergångsregler lär inte behövas när det gäller lagändringarna i stort. Så kan exempelvis den något mer begränsade skyldigheten att undersöka den anställdes rehabiliteringsbehov gälla utan särskilda övergångsregler i de fall arbetsgivaren ska lämna under rättelse till försäkringskassan efter den 1 januari 2000.

När det däremot gäller arbetsgivarens rätt till ersättning enligt det föreslagna nya ersättningssystemet kan det behöva sägas ut i en särskild övergångsbestämmelse att ersättningen ska avse kostnader för rehabiliteringsåtgärder som har vidtagits efter den 1 januari 2000. Det bör också särskilt anges att skattefriheten för arbetstagarens ersättning för resor med annat än ordinarie färdmedel ska avse sjukperioder efter detta datum.

9 Ekonomiska förutsättningar och konsekvenser

Våra förslag innebär totalt att sjukförsäkringens kostnader skulle öka med 2,15 miljarder kronor. Detta motsvarar en ökning av de sociala avgifterna med 0,33 procentenheter. De ökade kostnaderna för sjukförsäkring är dock ingalunda nettokostnader. Positiva effekter är minskade utgifter för sjuklön och sjukpenning samt större skatteintäkter som en följd av minskat produktionsbortfall.

Alla led i den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen bör följas upp. En utvärdering, och en eventuell kalibrering av finansieringen, bör göras av det framlagda förslaget inom tre år, eftersom underlaget beträffande arbetsgivarnas satsningar på arbetslivsinriktad rehabilitering troligen är överskattat.

9.1 Ersättningen till arbetsgivare för rehabiliteringsåtgärder

Sjukdom och rehabilitering kostar årligen staten, arbetsgivarna och de enskilda stora belopp. Det av riksdagen fastställda anslaget för den allmänna sjukförsäkring riktat till sjukpenning och rehabilitering uppgick 1998 till 17,8 miljarder. Av detta utgör anslaget för sjukpenning 15,5 miljarder och anslaget för rehabilitering 2,3 miljarder. Härtill kommer kostnader för arbetslöshet som har sin grund i sjukdom och arbetshandikapp.

Grundmaterialet till de följande beräkningarna har till stora delar hämtats från Kronobergs läns allmänna försäkringskassas verksamhet. Beräkningarna grundar sig på anställda som faktiskt genomgår någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering till följd av ett initialt sjukdomsfall. Arbetslivsinriktad rehabilitering som förebyggande arbete eller annan sådan rehabilitering som kommer till stånd utan att den anställda (ännu) drabbats av sjukdom som lett till sjukskrivning ligger

m.a.o. utanför beräkningarna. Beräkningarna och antaganden för beräkningarna finns presenterade i Bilaga 4 till betänkandet.

Av beräkningarna framgår att arbetsgivarna i Sverige årligen satsar 4,3 miljarder kronor på arbetslivsinriktad rehabilitering. Utslaget per anställd person som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering och dag motsvarar detta 738,6 kronor. I samband med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen uppstår ett produktionsbortfall hos arbetsgivarna. Värdet av detta produktionsbortfall, vid antagande om 100 procents frånvaro under rehabiliteringstiden, uppgår till ca 863 kronor. Om man till detta lägger utbetalningarna från försäkringskassan blir den totala samhällsekonomiska kostnaden 13,9 miljarder kronor.

De offentligt finansiella kostnaderna i form av direkta kostnader för staten, minskade inkomster till följd av minskade skatteintäkter, minskade sociala avgifter samt minskade momsintäkter beräknas till 6,7 miljarder.

Vi har (i avsnitt 8.10) föreslagit att hälften av vad arbetsgivarna i dag satsar på arbetslivsinriktad rehabilitering utanför socialförsäkrings-systemet, dvs. 2,15 miljarder, ska finansieras via den allmänna sjukförsäkringen. Den andra halvan ska finansieras av arbetsgivaren. Till detta kommer försäkringskassornas kostnader för att administrera de nya ersättningarna. Dessa kostnader får beräknas i samband med den utredning vi föreslår ska tillsättas för att utforma det föreslagna systemet närmare.

9.2 Övriga förslag

Vi har föreslagit att Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna resp. Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen ska intensifiera sin upplysningsverksamhet och sin rådgivning till landets arbetsgivare när det gäller rehabiliteringsverksamhetens innehåll och utformning (avsnitt 8.8). Som en engångsåtgärd har vi föreslagit att socialförsäkringsadministrationen och Arbetarskyddsverket ska få 10 miljoner kronor vardera för detta ändamål.

I avsnitt 8.12 har vi anslutit oss till Förtidspensionsutredningens förslag att mjuka upp reglerna för rehabiliteringsersättning under längre utbildning. Vi finner inte anledning att göra några egna beräkningar av kostnaderna utan hänvisar till Förtidspensionsutredningen.

Beträffande de arbetstekniska hjälpmedlen har vi i avsnitt 8.13 bl.a. föreslagit att försäkringskassorna i ökad utsträckning ska lyfta fram bidragsmöjligheterna i rehabiliteringsarbetet. Vi kan inte se att förslaget i sig medför några merkostnader som ska redovisas i detta sammanhang.

I avsnitt 8.14 har vi föreslagit att arbetsgivarnas bidrag för att täcka de anställdas resor med annat än ordinarie färdmedel under sjukdom ska befrias från skatteplikt hos de anställda. Med hänsyn till att arbetsgivaren i stället för sjuklön betalar ut lön och reseersättning kan kostnaderna i form av minskade skatteintäkter beräknas bli i det närmaste försumbara eller ca 120 000 kronor. Bl.a. den ökade produktionen hos arbetsgivarna som kan väntas av förslaget leder emellertid förmodligen i stället till positiva skatteeffekter för statsverket.

9.3 Finansiering

Våra förslag innebär totalt att sjukförsäkringens kostnader skulle öka med 2,15 miljarder kronor. Detta motsvarar 0,33 procent av det underlag som arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgift är beräknad på, dvs. en ökning av de sociala avgifterna med 0,33 procentenheter.

I allt väsentligt är finansieringen en fråga om en omfördelning mellan arbetsgivare. I fortsättningen går den allmänna sjukförsäkringen in och fördelar i princip halva kostnaden efter arbetsgivarnas förutsättningar och behov. Det betyder ett system där alla arbetsgivare är med och finansierar de arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatserna. I dag är det bara arbetsgivare som har rehabiliteringsfall på sitt arbetsställe som betalar.

Förslaget innebär i och för sig en omfördelning från staten till arbetsgivarna via sjukförsäkringen med ett avsevärt belopp. Vi vill dock understryka att de ökade kostnaderna för sjukförsäkringen ingalunda är nettokostnader. Det finns all anledning att tro att en förbättrad och intensifierad rehabiliteringsverksamhet på någon sikt kommer att ha positiva effekter dels i form av minskade utgifter för sjuklön och sjukpenning, dels att arbetsgivarnas kostnader för produktionsbortfall på grund av sjukdom kommer att minska och effektiviteten öka med större skatteintäkter för stat och kommun som följd.

9.4 Uppföljning och utvärdering

Arbetsgivarna och staten lägger årligen ned stora resurser på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Som har framgått bl.a. av kapitel 6 Rehabiliteringsarbetet i praktiken är emellertid okunskapen stor om utfallet av dessa stora satsningar. De undersökningar som gjorts av Riksförsäkringsverket har närmast siktat till att belysa på vilket sätt försäkringskassorna kan förbättra sin handläggning och sitt beslutsunderlag (RFV anser 1998:4) eller att undersöka begränsade delar av

verksamheten (RFV:s undersökning tillsammans med Sahlgrenska universitetssjukhuset om arbetsförmåga på grund av rygg- eller nackbesvär).

Statskontoret har i sin rapport (1997:27) Perspektiv på rehabilitering föreslagit att regeringen ska formulera övergripande verksamhetsmål för arbetslivsinriktad rehabilitering och samordnade verksamhetsmål för de kritiska momenten i denna rehabilitering. Riksförsäkringsverket bör vidare enligt Statskontorets förslag utarbeta ett uppföljningssystem per rehabiliteringsfall så att det kronologiskt går att följa de åtgärder som vidtas och de effekter som uppnås.

Statskontoret framhåller vidare att uppföljning förbättrar kunskaperna om rehabiliteringsprocessen men räcker inte för att svara på frågor om de anslagna medlen gör nytta, var de gör bäst nytta eller om man får ut största möjliga nytta. Därför behövs utvärderingar av alla led i den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen. I sitt remissyttrande över Arbetskadetredningens betänkande (SOU 1998:37) Den framtida arbetskadeförsäkringen erinrar Statskontoret om den betydelse man fäster vid ett nationellt uppföljningssystem över rehabiliteringen.

I detta betänkande föreslår vi att den allmänna sjukförsäkringen ska ersätta hälften av arbetsgivarnas kostnader för arbetslivsinriktad rehabilitering. Det redan stora offentliga åtagandet blir därmed vida större, och enbart detta gör det givetvis mer angeläget att vi får ett system för uppföljning som kan tillgodose de behov som Statskontoret har pekat på.

När det gäller det framlagda förslaget är det rimligt att en utvärdering, och en eventuell kalibrering av finansieringen görs inom tre år, eftersom underlaget beträffande arbetsgivarnas satsningar på arbetslivsinriktad rehabilitering troligen är överskattat.

Det är som vi ser det naturligt att uppdraget om utvärdering och eventuell kalibrering ges åt Riksförsäkringsverket.

10 Särskilda frågor

10.1 Inledning

Enligt våra direktiv ska vi beakta regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124) och regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50), pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23) och att redovisa konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

I direktiven om offentliga åtaganden anges bl.a. att varje utredning och kommitté ska visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar för staten ska finansieras. Vi har i kap. 9 redovisat de ekonomiska konsekvenserna av vårt förslag, varför kostnadsaspekten endast berörs i begränsad omfattning i detta kapitel.

10.2 Jämställdhetspolitiska konsekvenser

Enligt direktiven om jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124) ska de förslag vi lägger fram föregås av bl.a. en analys och innehålla en redovisning av hur förslagen kan förväntas påverka, direkt eller indirekt, kvinnors respektive mäns villkor och därmed förutsättningar för jämställdhet mellan könen.

De regler som finns för den tidiga rehabiliteringsverksamheten är lika för kvinnor och män. Även reglerna om rehabilitering är lika för kvinnor och män.

10.2.1 Utredningar och rapporter

Av RFV redovisar (1997:10), Vem får arbetslivinriktad rehabilitering, framkommer att kvinnorna som genomgår rehabilitering har mindre frihet i arbetsuppgifterna, men färre stora och motstridiga krav på sig. Kvinnorna befinner sig ofta, trots en lika hög eller högre utbildning än männen, i större omfattning bland de okvalificerade arbetarna och lägre

tjänstemännen. Den sociala stämningen visar sig vara sämre på kvinnornas arbetsplatser än på männens. RFV drar även den slutsatsen att kvinnor i många fall har en svagare position på arbetsmarknaden än männen, och därmed inte i samma utsträckning försvarar sin position i arbetslivet. Kanske driver de inte förslag om rehabilitering på samma sätt som männen. Det kan vara så att de inte anses ha så mycket att förlora på att återgå till samma arbete. Det kan också vara så att man inte tar hänsyn till deras önskemål.

Om man granskar innehållet i rehabiliteringsåtgärderna fanns det stora skillnader mellan män och kvinnor under åren 1986–1991. Män fick mer utbildning och arbetslivsinriktad rehabilitering, och kvinnor fick i betydligt högre utsträckning än män träning i den egna arbetsmiljön. Under perioden 1991–1994 kom männens rehabilitering emellertid allt mer att likna kvinnornas (RFV redovisar 1997:6 Riskfriskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige, och RFV redovisar 1998:1 En socialförsäkring för kvinnor och män – en kartläggning ur ett genderperspektiv).

Av RFV:s och SoS slutrapport Finansiell samverkan 1997:1 om lokal samverkan mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård framgår dock att kvinors sjukskrivning har ökat kraftigt under senare år. Könssambandet verkar även vara starkare i kommuner med hög sjukskrivning. Vidare visar det sig att rehabiliteringens effekter är mindre påtagliga för kvinnor än för män.

Det finns också studier som visar att kvinnors och mäns förhållningssätt till sjukdom och ohälsa ofta skiljer sig åt.

Av inhämtade uppgifter från RFV:s rygg- och nackeundersökning framkommer att andelen kvinnor som behöver och genomgår en rehabiliteringsutredning är större än andelen män. Bristen på utförda utredningar är dock lika för män och kvinnor. Fler kvinnor än män anger att arbetsgivaren bör sätta in rehabiliteringsåtgärder. Trots behovet får ungefär lika stor andel män som kvinnor en åtgärd, vilket innebär att kvinnor får sina önskemål om rehabilitering tillfredsställda i mindre utsträckning än män. När en rehabiliteringsåtgärd väl genomförs blir män oftare omplacerade eller får sina arbetsuppgifter förändrade, medan kvinnor i första hand får arbetsplatsen anpassad. Av RFV:s utredning framkommer också att det upprättas en större andel rehabiliteringsplaner för kvinnor än för män. Kvinnor är även sjukskrivna längre tid än män.

10.2.2 Genderperspektivet i arbetsgivarens arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete

Grunden för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att den ska utformas utifrån varje individs behov och förutsättningar. Arbetslivet är emellertid på många sätt utformat utifrån manliga förutsättningar och vi kan anta att de flesta rehabiliteringsåtgärder har sin utgångspunkt i de problem som drabbar män.

Kvinnor har i stor utsträckning mindre kvalificerade yrken med lägre krav på kompetens än männen, och de är även mindre benägna att själva vara aktiva och bevaka sin position. Kvinnorna har allmänt sett en svagare position på arbetsmarknaden än männen. Fler kvinnor visar också missnöje med arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser eller brist på insatser, och studier tyder på att arbetsgivaren inte hör samman kvinnors behov på samma sätt som när det gäller män.

Även om vi kan konstatera att arbetsgivaren tar ett större rehabiliteringsansvar än tidigare och erbjuder de anställda rehabiliteringsåtgärder på den egna arbetsplatsen, så finns det behov av ökad kunskap om orsaker till ohälsa hos kvinnor och om vad som möjliggör en effektiv rehabilitering för dem.

Helst bör rehabiliteringsåtgärderna sättas in så tidigt att de förebygger ohälsa och sjukskrivning. Det är i första hand arbetsgivaren som ska ansvara för att vidta åtgärder för att den anställda ska kunna återgå i arbete. Arbetsgivaren har också ett ansvar för att bekosta olika rehabiliteringsåtgärder.

Vi har i kap 8. föreslagit att arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar ska förtydligas på en rad punkter. Arbetsgivaren har ett ansvar, så länge anställningen pågår, att klarlägga den anställdes behov av rehabilitering på den egna arbetsplatsen och att vidta arbetslivsinriktade åtgärder som siktar till att arbetstagaren ska åter i arbete hos arbetsgivaren eller behålla arbetet. Förhoppningsvis kommer de förtydliganden vi föreslår att öka arbetsgivarens intresse för rehabilitering och ha en positiv betydelse för rehabiliteringsarbetet som sådant. Om det kommer att ha någon större betydelse speciellt för jämställdheten är mer osäkert. Vi vill dock i detta sammanhang föreslå vissa åtgärder som skulle kunna få genderperspektivet att utvecklas såväl i arbetsmiljöarbetet som i rehabiliteringsarbetet.

Betydelsen av kvinnors och mäns skilda förhållanden bör finnas med som en naturlig del på arbetsplatsen. En viktig förutsättning för att nå framgång anser vi är att jämställdhetsaspekterna lyfts fram. Om det finns kunskap om kvinnors och mäns resurser och behov, så kan risken för långvarig arbetsoförmåga i förlängningen minskas.

När kvinnor dominerar till antalet bland de anställda har de ofta underordnad position. På högsta nivå finns i de flesta fall män. Viljan att driva jämställdhetsfrågor är ofta helt beroende av chefers kunskaper och intresse. Det sagda gäller i lika hög grad på myndigheter som i företag.

För att utveckla jämställdhetsarbetet i arbetsgivarens arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete krävs det i första hand kompetensutveckling. Det bör vara naturligt att könsperspektivet finns med i utbildningar. En viktig del i det framtida arbetet bör också vara att låta könsperspektivet utgöra en naturlig del i verksamheten. Ett steg i den riktningen kan vara att utse ett särskilt "jämställdhetsombud" på varje arbetsplats, som granskar och bevakar frågor om jämställdhet inom myndigheter och i företag.

Vi har i kap. 8 angett att rehabiliteringsansvaret ställer höga krav på arbetsgivaren. Som det ser ut i dag har många arbetsgivare svårt att leva upp till de skyldigheter och förväntningar som ställs på dem. Vi har vidare konstaterat att de behöver stöd för att klara sina åtaganden.

Vi har pekat på att företagshälsovården bör få en sådan omfattning och organisation att den blir en mer allmän resurs för bl.a. företag och myndigheter. Inom företagshälsovården bör det finnas särskild kompetens och kunskap för att hjälpa arbetsgivare att leva upp till de krav som ställs på klarläggande av rehabiliteringsbehovet. Vi anser också att arbetsgivaren bör ha möjlighet att vända sig till en särskild kontaktperson på försäkringskassan för att få stöd att klara sina åligganden inom rehabiliteringsverksamheten (generellt och i enskilda rehabiliteringsfall). Även denna kontaktperson anser vi bör ha särskild kunskap i könsperspektivet. Från andra länder har vi erfarenhet att det kan vara värdefullt om kontaktpersonen även finns med och följer upp effekterna av genomgången rehabilitering, kanske genom någon form av uppföljning.

Vi föreslår vidare att försäkringskassan när det behövs ska komplettera arbetsgivarens klagörande av den enskildes rehabiliteringsbehov och att den enskildes rehabiliteringsbehov ska fastställas i en plan utformad av kassan. För att den enskilde ska komma i gång med rehabiliteringen så snabbt som möjligt, föreslår vi att kassans handläggning tidsbestäms. I försäkringskassornas ansvar ingår även att samordna rehabiliteringen och ha uppsikt över de samlade rehabiliteringsinsatser som behövs och att samordna den medicinska, sociala och arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Vid ärendehandläggningen i försäkringskassan är det angeläget att ta till vara både mäns och kvinnors värderingar och livserfarenhet. I kassorna är handläggarna i mycket stor utsträckning kvinnor. Vi anser att det ligger ett värde i att det finns både manliga och kvinnliga hand-

läggare, som kan diskutera och analysera fakta och problemställningar utifrån sina perspektiv.

Vi anser även att det vore värdefullt för det fortsatta arbetet med jämställdheten om RFV bl.a. i sina allmänna råd om rehabilitering till försäkringskassorna pekar på vikten av att rehabiliteringsarbetet bedrivs utifrån mäns och kvinnors skilda behov.

Vi vill i sammanhanget peka på att det bör finnas förutsättningar att anlägga ett genderperspektiv på rehabilitering i olika samverkansformer. Finner man åtgärder som är mer ändamålsenliga utifrån kvinnors och mäns olika önskemål, möjligheter, behov och förutsättningar, bör det även leda till att samverkan förbättras. Att det finns förutsättningar att anlägga ett genderperspektiv på rehabiliteringen i samverkansformer framhåller även regeringen i proposition 1996/97:63 (s. 58–59). Sådana projekt torde kunna bedrivas inom ramen för den samverkan som i dag sker mellan myndigheterna. Även i olika former av företagssamverkan bör det finnas sådana förutsättningar, t.ex. i arbetsgivarringar.

10.3 Regionalpolitiska konsekvenser

Enligt direktiven (dir. 1992:50) rörande beaktandet av regionalpolitiska konsekvenser bör kommittéer och särskilda utredare belysa regionalpolitiska konsekvenser av sina förslag. Därvid ska särskilt beaktas hur förslagen påverkar sysselsättningen och den offentliga servicen i olika delar av landet. Vidare ska beaktas hur planerade förändringar av taxor, avgifter, skatter och bidrag påverkar de ekonomiska förutsättningarna för kommunerna, näringslivet och privatpersoner i olika delar av landet.

Det finns mycket som talar för att arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser kommer att öka genom de förslag vi lägger fram.

Rent allmänt kan våra förslag på sikt väntas föra med sig att antalet friska personer i produktionen ökar. Sjukskrivning medför avsevärda produktionsbortfall för företagen och i många fall även rehabiliteringskostnader vid längre sjukfall.

Korta sjukfall och snabbt tillfrisknande samt tidiga rehabiliteringsinsatser innebär minskade produktionsbortfall och avsevärda samhälls-ekonomiska vinster som gynnar välfärden.

På sikt kan sysselsättningen komma att påverkas om fler individer förblir friska och i arbete. Våra förslag kan komma att tydliggöra de regionala skillnaderna. Rehabiliteringsinsatserna kan komma att koncentreras till regioner där det finns behov av åtgärder. Det går emellertid inte att förutse hur utfallet kommer att fördela sig i landet.

Förslaget om ersättning från sjukförsäkringen för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder innebär en omfördelning av arbetsgivarens reha-

biliteringskostnader till och också mellan arbetsplatser. Det kan stimulera verksamheten och också ge möjligheter att fördela kostnader efter bärkraft.

Vi lämnar inte några förslag till omorganisation av rehabiliteringsverksamheten.

10.4 Offentliga åtaganden

Enligt direktivet om offentliga åtaganden ska vi förutsättningslöst pröva om det offentliga åtagandet som är föremål för vårt uppdrag bör vara en offentlig angelägenhet. Om prövningen av åtagandet leder till bedömningen att det får anses vara en offentlig angelägenhet ska lämplig nivå för verksamheten (t.ex. statlig eller kommunal) anges. Enligt dessa direktiv ska vi också, om förslagen innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar för staten, visa hur dessa ska finansieras samt analysera möjligheter till besparingar och effektiviseringar. Frågor rörande kostnader och finansiering har vi redan behandlat i kap. 9.

Det är en allmän uppfattning att socialförsäkringen, som är obligatorisk för flertalet förmåner enligt nuvarande ordning, ska handhas som en offentlig angelägenhet på statlig nivå. Eftersom svensk socialförsäkring har stora inslag av fördelningspolitiska åtgärder talar mycket för att den ska vara ett offentligt åtagande också i framtiden.

Arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet finansieras till stor del av arbetsgivarna själva. En del av verksamheten finansieras med socialavgifter, allmänna egenavgifter och statsmedel. Vi ser det inte som vårt uppdrag att överväga en ny ordning för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, utan det ska även i framtiden i första hand ankomma på arbetsgivaren att ta ansvar för anställdas behov av rehabilitering.

Som vi ser det är det också rimligt att låta ansvaret för rehabiliteringsverksamheten vara uppdelat på olika aktörer, men låta det övergripande ansvaret för individen ligga kvar i statlig regi.

10.5 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

I direktiven (dir. 1996:49) om konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet anges att alla förslag som läggs fram av kommittéer eller utredare ska föregås av en analys och innehålla en redovisning av effekterna för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet. Det gäller bl.a. förslag som rör den sociala välfärden.

Om det bedöms att en sådan analys och redovisning inte kan göras på ett meningsfullt sätt till följd av utredningsuppdraget eller ämnets karaktär, ska detta anges och särskilt motiveras.

Vårt uppdrag är att utreda och förtydliga arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering samt att belysa arbetsgivares skilda förutsättningar att fullgöra ett rehabiliteringsansvar. Förslagen ska även omfatta överväganden om sanktionsmöjligheter mot en arbetsgivare som inte uppfyller sitt ansvar. Slutligen ska utredas hur gränsen ska dras mellan rehabiliteringsansvaret som åligger arbetsgivaren och det som i första hand ankommer på försäkringskassan, men även på andra berörda aktörer.

Vi kan inte se att vårt förslag kan få några direkta konsekvenser för brottsligheten. Indirekt kan det komma att leda till ökade förväntningar på försäkringen från både arbetsgivare och arbetstagare samt i positiv bemärkelse leda till att fler blir rehabiliterade. Möjligheten av att otillbörligt uppbära förmåner eller tillskansa sig täckning för rehabiliteringskostnader kan föranleda ett straffrättsligt ansvar.

Vårt förslag ska leda till en mer förutsägbar försäkring och att arbetsgivarens ansvar tydliggörs.

Förordningen om arbetsgivarens rätt till ersättning för rehabiliteringskostnader bör särskilt utformas så att risken för missbruk minimeras.

11 Författningskommentarer

11.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL

22 kap. Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning

För att öka tydligheten och få en klarare struktur har kapitlet redigerats om och försetts med underrubriker. Efter inledande bestämmelser, som bl.a. innehåller vissa definitioner, beskrivs rehabiliteringens syfte under en särskild rubrik. Sedan följer, också under särskilda rubriker, de föreslagna bestämmelserna när det gäller den försäkrades eget ansvar, arbetsgivarens ansvar och försäkringskassans ansvar för den försäkrades rehabilitering. Kapitlet avslutas under särskild rubrik av bestämmelserna om rehabiliteringsersättning. Dessa har lämnats helt orubbade i vårt förslag.

1 §

Paragrafen innebär i allt väsentligt en omredigering av nuvarande 1 §.

I *andra stycket* har tillagts att bestämmelserna gäller försäkrad som har fått eller riskerar att få sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom. I allmänhet aktualiseras frågan om rehabilitering av ett längre eller upprepade korta sjukfall, men den försäkrade kan också av arbetsgivaren begära en undersökning av sitt rehabiliteringsbehov om han eller hon – utöver pågående sjukskrivning eller upprepade korta sjukfall – lider av vissa sjukdomsbesvär eller har svårigheter att klara sitt nuvarande arbete, jfr bestämmelserna i 5 § som i detta avseende i sina huvuddrag är hämtade från nuvarande 3 §.

2 §

Bestämmelserna i detta kapitel avser när det gäller arbetsgivares ansvar i första hand arbetslivsinriktad rehabilitering. I *första stycket* av denna paragraf ges därför en definition av vad som avses med detta begrepp. Definitionen ligger nära de formuleringar som finns i 3 § andra stycket

arbetsmiljölagen (1977:1160), AML. Där sägs att arbetsgivaren genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ska ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet.

Som framgår av vår redogörelse för nuvarande lagstiftning i betänkandets 2 kapitel har arbetsmiljölagen lagt ett tämligen omfattande ansvar på arbetsgivaren att anpassa arbetet efter arbetstagarens individuella förutsättningar. Den sammanställning vi har gjort i avsnitt 2.3.1 visar att ansvaret enligt AFL och AML delvis överlappar varandra när det gäller anpassning av arbetstagarens arbetsituationen.

Vi har övervägt möjligheten att placera nuvarande bestämmelser i AFL om arbetsgivares rehabiliteringsansvar i anslutning till AML:s motsvarande bestämmelser. Vi har dock inte funnit tillräckliga skäl att på det sättet bryta loss bestämmelserna om arbetsgivares rehabiliteringsansvar från dem som gäller den försäkrades eget ansvar och försäkringskassans ansvar. Inte heller kan vi finna att en fortsatt överlappning i de båda lagverken behöver innebära några egentliga olägenheter. Som vi har beskrivit i avsnitt 2.3.3 om ersättning för arbetshjälpmedel har försäkringskassorna i samarbete med Yrkesinspektionen funnit vägar att i det praktiska arbetet skilja vad som är ersättningsbara arbetshjälpmedel enligt den allmänna sjukförsäkringens bestämmelser från sådana hjälpmedel som arbetsgivaren ska stå kostnaderna för själv enligt AML:s regler.

Till arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder enligt AFL räknar vi – som har framgått av redogörelsen för propositionsuttalanden i avsnitt 2.3.1 – åtgärder som kan genomföras i eller i anslutning till den egna verksamheten eller sådan åtgärder som syftar till att göra det möjligt för arbetstagaren att vara kvar på arbetsplatsen.

Hit hör 1 - anpassning av arbetsituationen enligt AML, 2 - utbildning (om utbildningsbehovet beror på arbetsoförmåga) och 3 - arbetsträning utanför arbetsgivarens verksamhet.

Som exempel på anpassning av arbetsituationen enligt AML har vi i avsnitt 2.3.1 angett att

- *anskaffa* tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap,
- *förändra* fysiska arbetsmiljön, arbetsorganisationen, arbetsuppgifterna, arbetsfördelningen, arbetstiderna, arbetsmetoderna, psykologiska förhållanden, sociala förhållanden,
- *tillhandahålla* personella stödinsatser samt
- *genomföra* särskilda informationsinsatser, arbetsträning, arbetsprövning och omplacering.

I 3 kap. 7 § och 8 a § AFL ges hänvisningar till åtgärd enligt 22 kapitlet, varmed avses arbetslivsinriktad åtgärd. På motsvarande sätt har vi i

andra stycket av förevarande paragraf hänvisat till de regler om ersättning i form av sjukpenning som kan utges vid medicinsk behandling och medicinsk rehabilitering.

Medicinsk behandling eller rehabilitering faller enligt vårt förslag utanför ansvarsbestämmelserna i 22 kapitlet. Vi har ansett att det bör vara en frivillig uppgift för arbetsgivaren att när han ska söka klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov också undersöka behovet av medicinsk rehabilitering, som ju ofta är en del av det samlade rehabiliteringsbehovet. Motiven för detta framgår av avsnitt 8.5.

3 §

Första stycket. Förslaget till precisering av syftet med rehabilitering ansluter nära till den formulering som regeringen har använt i regleringsbrevet för försäkringskassorna för budgetåret 1998 om syftet med samverkan inom rehabiliteringsområdet. Till skillnad från ordalydelsen i nuvarande 2 § utgår vi i förslaget inte från att den försäkrade har drabbats av sjukdom. I 1 § andra stycket har vi i stället angett att bestämmelserna i 22 kapitlet gäller försäkrade som har fått eller riskerar att få sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom. Syftet med rehabilitering enligt de nya formuleringen är emellertid att den enskildes arbetsförmåga ska tas till vara oberoende av orsakerna till nedsättningen av denna.

I andra stycket har som ett gemensamt förhållningssätt i allt arbete med rehabilitering angetts att det ska utföras *tillsammans* med den försäkrade. Bestämmelsen ersätter nuvarande bestämmelser om samråd i 2 § andra stycket, 3 § och 5 § andra stycket samt om medgivande i 3 § tredje stycket och 5 § tredje stycket. Uttrycket *tillsammans*, som också används i 9 § socialtjänstlagen (1980:620) i ett likartat sammanhang, understryker att rehabiliteringsarbetet är en gemensam uppgift, där inte minst den försäkrades egen, aktiva medverkan är nödvändig och ett formellt samråd eller medgivande inte sällan är otillräckligt.

Vi har vidare föreslagit att rehabiliteringen ska komma till stånd i samverkan med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade inte motsätter sig det. I 5 § andra stycket nuvarande lag sägs att försäkringskassan, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen ska samverka med bl.a. den försäkrades arbetstagarorganisation.

Enligt uppgift från de fackliga organisationerna är det jämförelsevis sällan som facket blir inkopplat i rehabiliteringsarbetet. Nuvarande lagbestämmelse tolkas ibland så att facket ska komma med när den försäkrade begär det.

Vi ansluter oss för vår del till uppfattningen att den fackliga organisationen kan utgöra en viktig resurs i rehabiliteringsarbetet. Arbets-

tagarorganisationerna har kunskap och erfarenhet och kan i många fall verka som ett stöd för den enskilde medlemmen i rehabiliteringen. Genom sin anslutning har den försäkrade visat den fackliga organisationen förtroende och överlämnat åt denna att företräda honom eller henne, inte minst i arbetsmiljöfrågor. Vi har mot den bakgrunden ansett att regeln bör omformuleras så att samverkan ska ske, om den försäkrade inte motsätter sig det.

4 §

Den försäkrades centrala roll i rehabiliteringsarbetet betonas genom att bestämmelsen om den försäkrades eget ansvar har lagts först när huvudaktörernas ansvar har angetts i denna och följande paragrafer.

Det är på den försäkrade själv som det beror om rehabiliteringsåtgärderna ska ha någon framgång. I *första stycket* understryks att det till den försäkrades ansvar i första hand hör att söka ta till vara den arbetsförmåga han eller hon har så långt detta bara är möjligt. Alla människor, också de med svåra skador, har resurser som är värda att ta till vara. Det är i rehabiliteringssammanhang viktigare att se till möjligheterna att klara arbetsuppgifter med den arbetsförmåga som finns kvar än till de hinder att arbeta som sjukdomen eller skadan har fört med sig.

Andra stycket inskräper, liksom nuvarande 4 §, den försäkrades skyldighet att upplysa om det som har satt ned arbetsförmågan men betonar också att det är den försäkrade som ofta bäst vet vad som behöver göras för att återställa arbetsförmågan.

Tredje stycket. Att rehabiliteringsåtgärder, enligt 3 § andra stycket, ska utredas, planeras och genomföras tillsammans med den försäkrade innebär att han eller hon ska ges möjlighet att påverka innehållet och uppläggningsprocessen. Den försäkrade ska sedan medverka aktivt under hela denna process.

5 §

Enligt *första stycket* ska arbetsgivaren *söka klarlägga* den försäkrades rehabiliteringsbehov. Det innebär en något mer begränsad undersökningsplikt än den arbetsgivaren har i dag, när han ska göra en i princip fullständig rehabiliteringsutredning. I stället ska försäkringskassan om det behövs enligt 10 § komplettera arbetsgivarens undersökning. Motiven till bestämmelsen framgår av avsnitt 8.5. Till stöd för sin undersökning ska arbetsgivaren enligt vårt förslag följa en åtgärdslista som Riksförsäkringsverket fastställer. Också denna beskrivs närmare i avsnitt 8.5.

Undersökningsplikten ska emellertid inträda under samma förutsättningar som nu anges för när en rehabiliteringsutredning ska påbörjas i nuvarande 3 § andra stycket; således när den försäkrade till följd av

sjukdom varit helt eller delvis frånvarande från arbetet längre än fyra veckor, när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller när den försäkrade själv begär det.

Ansvar att söka klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov gäller behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering. Att klarlägga behovet av t.ex. medicinsk eller social rehabilitering är en frivillig uppgift för arbetsgivaren, se närmare avsnitt 8.5. I arbetet med att söka klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov ska arbetsgivaren naturligtvis i första hand kommunicera med den anställde själv. En viktig expertresurs är företagshälsovården. Även den arbetstagarorganisation som den försäkrade tillhör bör kopplas in, jfr förslaget i 3 § andra stycket.

Arbetsgivarens ansvar enligt *andra stycket* att snarast vidta eller planera nödvändiga åtgärder avser också uteslutande arbetslivsinriktade åtgärder, åtgärder som handlar om att återföra arbetstagararen till arbetsgivarens verksamhet eller behålla honom eller henne inom denna.

6 §

Arbetsgivaren är enligt förslaget i förevarande paragraf skyldig att underrätta försäkringskassan om sina åtgärder enligt 5 §. Den tid för underrättelse som föreskrivits har kortats från nuvarande åtta veckor för att tillställa kassan en rehabiliteringsutredning till sex. Skälet är främst det mer begränsade undersökningsansvar som vi nu förslår.

Arbetsgivaren ska enligt 12 § lagen (1991:1047) om sjuklön anmäla sjukdomsfall som fortsätter efter sjuklöneperiodens slut inom en vecka därefter till försäkringskassan. Arbetsgivaren har m.a.o. tre veckor på sig att anmäla sjukdomsfall till kassan. Det kan givetvis vara lämpligt att lämna underrättelsen om åtgärderna enligt 5 § samtidigt. Sexveckorstiden är tänkt för de fall underrättelsen enligt åtgärdslistan inte hinner bli klar tills sjukdomsanmälan ska ges in. Sexveckorstiden ska räknas från samma tidpunkter som i dag anges i 3 § tredje stycket.

Enligt andra stycket ska arbetsgivaren medverka aktivt i den kompletterande rehabiliteringsutredning som försäkringskassan anser behövs. Arbetsgivaren ska visserligen enligt vårt förslag befrias från den nuvarande skyldigheten att företa en fullständig rehabiliteringsutredning. Men det finns anledning att understryka att arbetsgivaren med detta ingalunda är befriad från ansvar för den kompletterande rehabiliteringsutredning som kan behövas göras. Det är utöver den försäkrade själv oftast arbetsgivaren som sitter inne med de uppgifter som är mest centrala för utredningen.

I kravet på aktiv medverkan ligger bl.a. att arbetsgivaren inte får lägga över ansvaret på kassan att få fram uppgifter som arbetsgivaren har förstahandskännedom om själv. Kassans roll blir i fortsättningen att

svara för att arbetsgivarens åtgärdslista kompletteras med nödvändiga uppgifter utanför arbetsgivarens verksamhetsområde, sammanställa allt material och göra en bedömning.

7 §

I paragrafen läggs fast att arbetsgivaren, utöver undersökningsplikten, har det fulla ansvaret för att det genomförs rehabiliteringsinsatser som siktar till att den försäkrade ska kunna gå tillbaka till sitt gamla arbete eller till ett annat arbete hos arbetsgivaren. Ansvaret gäller således inte rehabiliteringsåtgärder som syftar till ett arbete hos någon annan arbetsgivare. Ansvaret är å andra sidan inte begränsat till åtgärder på den egna arbetsplatsen utan kan också avse t.ex. inskolning, upplärning, arbetsträning eller kortare utbildning utanför arbetet.

Längre utbildning inom det egna yrket och givetvis till ett annat yrke hör dock enligt nuvarande praxis inte till arbetslivsinriktade åtgärder som arbetsgivaren vanligtvis svarar för – i annan mån än att ge ledigt från arbetet under den tid utbildningen varar. Det är ofta kassan som ansvarar för längre utbildningar och som kan bekosta dem med rehabiliteringsersättning.

Arbetsgivarens ansvar för att vidta åtgärder enligt förevarande paragraf gäller så fort anställningen påbörjas, se om motiven för detta avsnitt 8.3. Rehabiliteringsansvaret varar så länge anställningen pågår. I det sammanhanget bör nämnas att enligt lagen (1982:80) om anställningsskydd och vedertagen praxis (se avsnitt 2.5.3) kan uppsägning på grund av sjukdom endast göras i de fall arbetstagarens arbetsförmåga blivit varaktigt nedsatt i sådan mån att han inte längre kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren.

I arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ingår inte bara att arbetsgivaren ska göra vad han eller hon kan för att själva insatsen ska komma till stånd, utan det omfattar också ett ansvar för kostnaderna, se 13 §. Av 13 § framgår dock att det utöver nuvarande möjligheter till rehabiliteringsersättning och bidrag till arbetshjälpmedel kommer att finnas en särskild rätt för arbetsgivaren till ersättning för kostnader för rehabiliteringsåtgärderna enligt föreskrifter som regeringen meddelar.

8 §

Första stycket. Som vi har redovisat i avsnitt 2.3.1 överlappar bestämmelserna i arbetsmiljölagen om arbetsgivarens ansvar för att anpassa arbetsförhållandena efter arbetstagarens förutsättningar delvis de före

slagna bestämmelserna om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. För att det inte ska uppkomma någon tvekan om att de båda lagkomplexen ska tillämpas oberoende av varandra, har i denna paragraf angetts att ansvaret enligt 5–7 §§ inte inskränker de skyldigheter som arbetsgivaren har enligt 3 kap. 3 § andra stycket AML.

Försäkringskassan kan behöva klargöra om en viss åtgärd som behövs som ett led i rehabiliteringen av den försäkrade redan ingår i arbetsgivarens skyldigheter enligt 3 kap. 3 § andra stycket arbetsmiljölagen eller inte. Detta kan inte minst få betydelse när det gäller att bestämma om sjukförsäkringen enligt 13 § på arbetsgivarens begäran ska ersätta en del av kostnaden eller om arbetsgivaren är skyldig att bära denna helt själv. I *andra stycket* har det därför angetts att kassan när det behövs får inhämta yttrande från Yrkesinspektionen om vad som ingår i arbetsgivarens skyldigheter enligt arbetsmiljölagen.

9 §

Vårt förslag när det gäller regleringen av försäkringskassans ansvar syftar i allt väsentligt till att tydliggöra innehållet i det nuvarande ansvaret och gränslinjen till arbetsgivarens ansvar. Vi har däremot inte haft i uppdrag att göra någon mer förutsättningslös prövning av vilket ansvar kassan ska ha i skilda hänseenden. Vi har emellertid som framgår av 10 § föreslagit att kassan ska få ett ansvar att komplettera arbetsgivarens undersökning av den försäkrades behov av arbetslivsinriktad rehabilitering i den egna verksamheten med en utredning av övriga rehabiliteringsbehov.

Bestämmelserna i *första stycket första meningen* motsvarar nuvarande 5 § andra stycket. De innebär att försäkringskassan har ett övergripande ansvar för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas – av arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, AMI eller Yrkesinspektionen m.fl. – som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. I *andra meningen* har införts den bestämmelse som finns i nuvarande 5 § fjärde stycket att rehabiliteringsinsatser ska påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.

I *andra stycket* har vi tagit in vårt förslag om att försäkringskassan på begäran av en arbetsgivare ska utse en särskild handläggare hos sig som arbetsgivarens kontaktperson i rehabiliteringsfrågor. Förslaget har motiverats i avsnitt 8.8. Som vi har angett där är avsikten att kontaktpersonen ska utgöra ett stöd inte bara i ett enskilt fall utan också när det gäller arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet generellt.

10 §

Försäkringskassan ska enligt vårt förslag i *första stycket*, som närmare har motiverats i avsnitt 8.5, ha ansvaret för att om det behövs komplettera arbetsgivarens undersökning av den försäkrades rehabiliteringsbehov. Det gäller då frågor som ligger utanför arbetsgivarens eget ansvarsområde, dvs. eventuell arbetslivsinriktad rehabilitering som siktar till ett arbete hos en annan arbetsgivare eller någon annan form av rehabilitering. Det kan i det sistnämnda fallet handla om medicinsk eller social rehabilitering eller en yrkesinriktad rehabilitering för att ge den försäkrade möjlighet att söka sig till ett helt annat yrke.

Andra stycket. Den kompletterande rehabiliteringsutredning som kassan finner behövlig ska påbörjas utan dröjsmål och i princip vara avslutad inom fjorton dagar från det den påbörjades. Försäkringskassan har därefter enligt 11 § fjorton dagar på sig att upprätta en rehabiliteringsplan, om utredningen skulle visa att den försäkrade behöver särskilda rehabiliteringsåtgärder. Om det finns särskilda skäl får kassan dröja med att färdigställa utredningen. Ett sådant skäl kan vara att arbetsgivaren inte har gett in sin dokumentation inom den tid som sägs i 6 §, ett annat att utredningen måste avvakta ett läkarintyg.

11 §

Paragrafen motsvarar nuvarande 6 §. I *första stycket* har vi dock som en förutsättning för att en rehabiliteringsplan ska upprättas angett att arbetsgivarens undersökning eller kassans kompletterande utredning visar att den försäkrade behöver särskilda åtgärder enligt kapitlets bestämmelser och inte bara som nu åtgärder för vilka ersättning enligt kapitlet kan utges. Det har därmed också ansetts riktigare att placera bestämmelserna i anslutning till bestämmelserna i föregående paragraf. Vidare har föreskrivits att planen ska vara upprättad inom fjorton dagar från det att arbetsgivarens undersökning kom in eller försäkringskassans kompletterande utredning avslutades. Förslaget har motiverats i avsnitt 8.5.

Andra stycket är identiskt med nuvarande 6 § andra stycket. *Tredje stycket* överensstämmer, bortsett från en redaktionell ändring, med nuvarande 6 § tredje stycket. Dock har tillagts att rehabiliteringsbedömningen ska följas upp kontinuerligt och omprövas minst en gång var sjätte månad. Om motiven för denna nya bestämmelse, se avsnitt 8.5.

12 §

I nuvarande 5 § första stycket sägs att försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt lagen. Motsvarande bestämmelse har fått sin placering i *första stycket* av förevarande paragraf. Vi har därvid valt termen *hålla*

uppsikt i stället för begreppet utöva tillsyn, som för tankarna till att kassan skulle ha en myndighetsliknande tillsynsskyldighet över andra aktörer, vilket den ju inte har. Försäkringskassan har exempelvis inte några egna sanktionsmöjligheter, om den skulle finna att någon medaktör inte uppfyller sina skyldigheter.

Från nuvarande 5 § tredje stycket har vidare till förevarande paragrafs *andra stycke* överförts bestämmelserna om försäkringskassans samverkan med övriga aktörer på området. Till de viktigaste myndigheterna i sammanhanget hör Yrkesinspektionen. Utöver de samverkansparter som nämns i lagtexten kan man erinra om företagshälsovården och andra specialiserade rehabiliteringsaktörer.

Enligt bestämmelserna ska kassan verka för att dessa, var och en inom sitt område, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. I detta kan sägas ligga att kassan har en uppgift att fungera som den försäkrades ombud. Den försäkrade ska stödjas i sin kontakt med myndigheter och andra så att han eller får den hjälp med rehabiliteringen som behövs.

Övriga bestämmelser i nuvarande 5 § har förts in i den nya 9 § första stycket.

Som vi har framhållit tidigare överlappar bestämmelserna om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar delvis de bestämmelser som finns i 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen. Även i övrigt har försäkringskassan i sitt arbete med rehabiliteringsfrågor ofta en stark beröring med arbetsmiljölagens bestämmelser om arbetsanpassning och rehabilitering. För att understryka detta samband har det i *tredje stycket* tagits in en bestämmelse om att försäkringskassan ska anmäla till Yrkesinspektionen om den finner att det föreligger allvarliga brister i hur arbetsgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen. Yrkesinspektionen har då möjligheter att ingripa med förelägganden och viten.

13 §

I *första stycket* har vi tagit in en bestämmelse som klargör att arbetsgivaren också har kostnadsansvaret för de rehabiliteringsåtgärder som följer av ansvaret enligt 5–7 §§. Bestämmelsen har ingen motsvarighet i nuvarande lag, men den innebär i sak ingen ändring i vad som redan gäller.

I *andra stycket* har vi erinrat om bestämmelserna senare i kapitlet om rehabiliteringsersättning och om den ersättning från sjukförsäkringen som enligt en särskild förordning får lämnas till arbetsgivaren eller den försäkrade i form av bidrag till arbetshjälpmedel som behövs som ett led i rehabiliteringen av en förvärvsarbetande försäkrad.

Tredje stycket innehåller sedan en bestämmelse enligt vilken arbetsgivaren har rätt till ersättning för andra kostnader enligt föreskrifter som

meddelas av regering. Förslaget innebär att reglerna om ersättning till arbetsgivare för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder ska ges i en förordning. Förslaget har motiverats och närmare beskrivits i avsnitt 8.10–11.

11.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

7 a §

Paragrafen är ny.

Arbetstagaren ges härigenom möjlighet att få merutgifter som uppkommer för resor till och från arbetet betalda av arbetsgivaren om de drabbas av sjukdom men trots det kan förvärvsarbeta men däremot inte använda ordinarie färdmedel för resorna. Här klargörs även att sådan ersättning kan utges i stället för sjukpenning och att arbetsgivaren får räkna ersätta dagar för vilka merutgifter utges tillgodo i sjukperioden.

12 §

Arbetsgivaren åläggs genom ett tillägg samma anmälnings- och uppgiftsskyldighet för ersätta dagar enligt 7 a § som gäller för ersätta dagar med sjuklön.

11.3 Förslaget till lag om ändring i kommunalskattelagen (1928:370)

19 §

Tillägget innebär att ersättningen för merutgifter för resor enligt 7 a § lagen (1991:1047) om sjuklön görs skattefri för arbetstagaren.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av sakkunnige Alf Eckerhall, SAF

Utredningsmannens uppdrag har varit att utreda arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar och hur gränsen skall dras mellan det rehabiliteringsansvar som åligger arbetsgivaren och det som ankommer på i första hand försäkringskassan men även övriga berörda aktörer. Utredningsdirektiven har inte gett utredningsmannen möjlighet att anlägga en helhetssyn beträffande rehabiliteringsfrågorna, utan har i huvudsak begränsat uppdraget till den ram som anges av 22 kap. i AFL. Bestämmelserna i 22 kap. innebär en särbehandling av anställda i förhållande till arbetslösa och egenföretagare. Rehabiliteringsbestämmelserna bör vara i princip lika för alla försäkrade.

Nuvarande bestämmelser i AFL ålägger arbetsgivaren ett fullständigt utredningsansvar, trots att det vid riksdagsbehandlingen 1991 uppmärksammades att denna uppgift för många arbetsgivare var orimlig.

Det finns skäl att anta att arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet i de flesta företag fungerar väl och att en stor del av denna verksamhet bedrivs utan att initieras eller styrs av regelverket. För många, särskilt mindre företag, kan dock vissa rehabiliteringsfall te sig svåra på grund av att företagen har begränsade kunskaper och förutsättningar samt att rehabiliteringsfallen kan vara av komplicerad natur. Regelsystemets syfte är att finna lösningar även för sådana fall.

Utredningsmannens förslag innebär att arbetsgivarna åläggs en mera begränsad utredningsuppgift, men att åtgärds- och kostnadsansvaret torde bli större än vad praxis är idag. De flesta sjukdomar och skador har inte med arbetet att göra. Om arbetsgivarnas åtgärds- och kostnadsansvar ändå skärps ytterligare finns det risk för att de negativa effekterna i samband med nyanställningar ökar ytterligare. De administrativa reglerna innehåller dessutom mycket snäva tidsregler och alltför omständliga ersättningsberäkningar. En framgångsrik arbetslivsinriktad rehabilitering måste bygga på ett ökat förtroendefullt samarbete mellan aktörerna, färre regler och ett starkare inslag av försäkring.

Effektiva rehabiliteringsregler måste bygga på principen om *rätt kostnadsföring*. Nuvarande regler utgår från att arbetsgivaren i stor utsträckning skall stå risken och kostnaden för skador och sjukdomar som överhuvudtaget inte har med arbetet att göra. Förståelsen för en sådan princip är och kommer förmodligen alltid att vara begränsad. Arbetsgivarnas ansvar bör begränsas till arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som skäligen bör genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten och som syftar till att arbetstagaren skall kunna återgå till ett lämpligt arbete hos arbetsgivaren.

Rehabiliteringsåtgärder till följd av trafikolycksfall bör bekostas av trafikförsäkringen. På samma sätt bör rehabiliteringsåtgärder till följd av arbetsolycksfall bekostas av en obligatorisk arbetsolycksfallsförsäkring. Även andra områden kan identifieras och ges rätt kostnadsföring. Ansvaret för åtgärder utanför arbetsstället beträffande andra skador och sjukdomar bör läggas på försäkringskassan.

I 22 kap. AFL fick försäkringskassan 1992 mer preciserade regler på rehabiliteringsområdet än vad den hade tidigare. Försäkringskassornas arbete på rehabiliteringsområdet visar enligt undersökningar av Riksförsäkringsverket och Statskontoret visserligen på stora brister, men dessa bör kunna åtgärdas genom en enhetlig och bättre styrning än vad kassorna för närvarande har. Riksdagen har nyligen fattat beslut om att ha kvar ett ålderdomligt system med begränsat ansvar för personalen och t.ex. lekmananämnder vars ledamöter ofta saknar kunskaper och inte har något direkt ansvar. När arbetsgivarperioden infördes den 1 januari 1992 fanns tankar på att utnyttja den frigjorda kapaciteten till rehabiliteringsuppgifter. Effekterna av en resursförstärkning på rehabiliteringssidan bör kunna bli väsentligt större än vad som hittills har visats.

Läkarna och den allmänna hälso- och sjukvården bör kunna få en betydligt större roll i rehabiliteringsarbetet än vad som för närvarande är fallet. En arbetslivsinriktad rehabilitering föregås ofta av en medicinsk rehabilitering. Ju effektivare den senare är desto bättre kan utfallet av en arbetslivsinriktad rehabilitering bli.

Ett bra samarbete mellan arbetsgivare och försäkringskassa kan bidra till en framgångsrik arbetslivsinriktad rehabilitering. AFL behöver inte innehålla detaljregler om rätt för arbetsgivare att begära särskild kontaktperson vid kassan. Det bör naturligen ankomma på försäkringskassans ledning att organisera verksamheten på sådant sätt att lämpligt stöd kan lämnas åt försäkrade och arbetsgivare.

Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna bör som hittills få ett anslag för att bekosta rehabiliteringsåtgärder. Eventuellt behov av ökat anslag bör kunna finansieras inom det stora överuttag på drygt 60 miljarder som gjorts under senare år till sjukförsäkringen. Ett överuttag av

avgifter sker också till den s.k. allmänna löneavgiften. För övrigt bör finansieringen av sjukförsäkringen läggas om till förslagsvis hälften arbetsgivaravgift och hälften egenavgift.

Utredningsmannen anser att rehabiliteringspenning bör kunna utges under längre tid än ett år. Rättsviseskäl talar dock för att studiemedelsystemet bör användas vid längre utbildningar.

Avsnittet 8.11 om det föreslagna ersättningssystemet har inte diskuterats i utredningen. Förslaget är mycket krångligt utformat och torde i många fall resultera i en godtycklig ersättning. Om arbetsgivarens och försäkringskassornas ansvar definieras enligt ovan finns det inte behov av ett ersättningssystem enligt utredningsmannens förslag. Arbetsgivarna bör stå för skäliga åtgärder och kostnader på arbetsstället, och försäkringskassan för externa åtgärder. Åtgärder till följd av trafik- och arbetsolycksfall, m.m., kostnadsförs särskilt.

Särskilt yttrande av sakkunnig Eva Maria Magnusson, RFV

I kapitlet Förslag om rehabiliteringsansvaret i framtiden samt förslag till lagtext föreslås att i försäkringskassans ansvar för den samordnade rehabiliteringen skall ingå att ha uppsikt över de medicinska, sociala och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som behövs för en effektiv rehabilitering. Vidare föreslås i lagtexten att rehabiliteringens syfte skall vara att den försäkrades arbetsförmåga tas tillvara så att det blir möjligt för honom eller henne att försörja sig genom eget arbete.

Utredningen föreslår också att delar av arbetsgivarens kostnader för rehabilitering skall betalas av sjukförsäkringen. Denna del av försäkringen ska administreras av försäkringskassorna. Det föreslås att ersättningen skall lämnas för kostnader som hänför sig direkt till den enskilde försäkrades behov men att man till denna behovsprövning skall lägga en bedömning av hur arbetsgivaren allmänt arbetar med rehabilitering.

Utredningen slår också fast att uppdraget gäller arbetsgivarens roll och inte försäkringskassornas uppdrag och arbetsuppgifter.

Jag delar utredningens uppfattning att det är viktigt att förtydliga arbetsgivarens kostnadsansvar liksom arbetsgivarens ansvar att genomföra rehabiliteringutredningar. Jag är positiv till förslaget om lika regler för stora och små företag liksom för offentliga och privata arbetsgivare.

RFV har i sin nyligen presenterade tillsynsrapport "Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna" konstaterat att en orsak till bristerna i försäkringskassornas ohälsöarbete beror på otydligheter i

uppdrag och ansvar inom ohälsoområdet. Det är oklart hur långt kassornas samordningsansvar sträcker sig i förhållande till andra myndigheter. Kassans yttersta ansvar när andra aktörer brister är också oklart. Den nuvarande lagstiftningen innebär också roller som är svårförenliga för försäkringskassans handläggare.

Som följd av tillsynsrapporten har RFV i samråd med försäkringskassorna beslutat att genomföra en rad åtgärder för att komma tillrätta med ovanstående problematik. Det kan finnas behov att genom lagstiftning precisera kassornas samordningsuppdrag. RFV kommer i så fall att föreslå detta.

Utredningen föreslår en kraftig utvidgning av kassornas samordningsansvar utan föregående utredning eller analys av effekterna av ett sådant ansvar. Ansvaret är inte heller kopplat till befogenheter hos kassan eller till skyldigheter hos arbetsmarknadsmyndigheter, sjukvårdshuvudman eller socialtjänst. Det föreslagna utvidgade ansvaret riskerar att öka otydligheten i kassornas ansvar.

Som exempel kan nämnas förslaget att kassorna skall ha uppsikt över rehabiliteringsinsatser syftande till att den enskildes arbetsförmåga tillvaratas. Nu gällande bestämmelser ger kassan ansvaret att samordna och utöva tillsyn över de insatser som syftar till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och att försörja sig genom förvärsarbete.

Arbetsgivarens ersättning för kostnader för rehabilitering skall bestämmas av kassan samtidigt som rehabiliteringsplanen fastställs. De omfattande bedömningar som föreslås vid beslut om ersättning till arbetsgivaren kräver kunskaper inom områden som för närvarande inte ryms inom kassornas ansvar. Jag bedömer dem dessutom som svårförenliga med försäkringskassornas nuvarande arbetsområde.

Utredningen har övervägt möjligheten att införa sanktioner för det fall arbetsgivaren underlåter att följa vissa bestämmelser i lagen om allmän försäkring. Man slår dock fast att försäkringskassan skall vara en serviceorganisation. Det senare gör att det är svårt att uppträda som en repressiv instans. Trots detta föreslår utredningen att försäkringskassan prövar arbetsgivarens ersättningsrätt och därvid kan fatta beslut som närmast är av sanktionskaraktär.

Det påbörjade arbetet med anledning av RFV:s tillsynsrapport har som ovan sagts till syfte att tydliggöra och precisera rehabiliteringsuppdraget så att det blir väl definierat och avgränsat i förhållande till andra myndigheters uppdrag och ansvarsområden. Jag finner det viktigt att det arbetet får genomföras utan att det samtidigt skapas nya regler som enligt min uppfattning ökar otydligheten.

Särskilt yttrande av sakkunniga Lars-Åke Sandqvist, TCO och Marie-Louise Strömngren, SACO

Regeringen har tillsatt ett antal utredningar för att belysa olika delar av nuvarande försäkringssystem. En helhetssyn saknas. Direktiven till denna utredning anser vi varit för snäva. Utredaren har haft till uppgift att ange arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering och hur gränsen skall dras mellan arbetsgivarens ansvar och det som ankommer på i första hand försäkringskassan. Vi anser att utredaren borde fått i uppdrag att ta ett mer samlat grepp på rehabiliteringen, de olika aktörernas rollfördelning och organisationen för detta. De förändringar utredaren nu föreslår innebär att någon annan skall ta över vissa delar av det arbetsgivarna tidigare enligt AFL hade ansvaret för. Utredaren borde då också ges möjlighet att komma in på vilka krav man borde ställa på den som tar över ansvaret och dess organisation.

Utredaren föreslår att arbetsgivarnas ansvar för att en allsidig rehabiliteringsutredning kommer till stånd begränsas. Fortfarande anser vi dock inte att det är tillräckligt tydligt vad arbetsgivarens ansvar innebär. Förslaget att Riksförsäkringsverket skall tillhandahålla arbetsgivaren en åtgärdslista anser vi inte vara tillräckligt, då varken arbetsgivare, fack eller individen har något reellt inflytande över listans innehåll.

Vi anser att en arbetstagare inte skall behöva vara beroende av sin arbetsgivares resurser och betalningsvilja för att få en adekvat rehabilitering. Även integritetsskäl talar för att någon utomstående tar på sig ansvaret för rehabiliteringsutredningar som sträcker sig längre än till det som kan åtgärdas på arbetsplatsen. Man kan inte heller bygga upp system som förlitar sig på att en fast arbetsgivare alltid finns till hands. Allt fler försäkrade har lösare och kortare anställningsförhållanden. Kombination av anställning och arbete i egen regi ökar. Vidare går utvecklingen mot att allt fler har sin anställning i små eller medelstora företag. Man kan inte utgå från att alla arbetsgivare kan tillhandahålla kvalificerade resurser för att klara ansvaret för olika typer av rehabilitering. Arbetsgivare som har knutit företagshälsovård till sig har bättre förutsättningar att klara ett rehabiliteringsansvar. Företagshälsovården har dock nyligen utretts separat från denna utredning.

Vi anser att den organisation som skall ha utredningsansvaret för rehabilitering av de försäkrade bör vara fristående från själva inkomstbortfallsförsäkringen som administrerar individens ersättningsfrågor. Rehabiliteringsåtgärder måste väljas och planeras utifrån en sammanhållen bedömning för individen. Individen har rätt att ställa krav på professionella bedömningar inför beslut som kan medföra genomgri-

pande förändringar av privata förhållanden. Inrätta lokalt förankrade professionella organisationer med individstöd som kärnverksamhet som har samhällets uppdrag att vara den försäkrades ombud. I samma organisation är det då inte lämpligt att ha maktmedel mot den enskilde. Den skicklige rehabiliteringsaktören ska inte behöva hota med indragen sjuk- eller rehabiliteringspenning.

En förutsättning för all rehabilitering är individens ansvar och medverkan. Vi anser att alla åtgärder som vidtas vid rehabilitering av individen skall dokumenteras av de olika aktörerna. Detta borde finnas med i lagförslaget. Vidare anser vi att lagförslaget har många tidsgränser och vill därför förordna en renodling.

Vad gäller arbetsgivarens kostnadsansvar anser vi att arbetsgivarna skall kunna betala en försäkring för att klara stora kostnader för en arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta är särskilt viktigt för de anställda på mindre företag. Arbetsgivarna har ett långtgående arbetsmiljöansvar för att förebygga ohälsa och skada. Det förebyggande arbetsmiljöarbetet borde betonas mer och sambandet mellan internkontroll och rehabiliteringsansvar. Vidare skall arbetsgivaren enligt arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter anpassa de enskilda arbetstagarnas arbetssituation med utgångspunkt från deras förutsättningar för arbetsuppgifterna. Gränsdragningen mellan detta åliggande och arbetsgivarens skyldigheter för arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för sjukförsäkringen anser vi inte vara tillräckligt klarläggande. Arbetsgivare skall inte behöva hamna i rena förhandlingssituationer med försäkringskassan där den enskilde individen kommer i kläm. Redan idag finansierar arbetsgivarna sjukförsäkringen kollektivt genom inbetalning av en sjukförsäkringsavgift. Vi anser att utredarens förslag om ett utökat ansvar inom sjukförsäkringen inte är tillfredsställande. Förslaget borde utformats som en särskild rehabiliteringsförsäkring.

Särskilt yttrande av sakkunnige Rolf Lindberg, FKF

Enligt direktiven har utredningen att precisera och förtydliga ansvarsfördelningen mellan arbetsgivaren och i första hand försäkringskassan vad gäller rehabiliteringsarbetet. Utgångspunkten har varit den oklarhet inom området som uppfattas råda, bl.a. har Sjuk- och arbetsskadekommittén i sitt slutbetänkande (SOU 1996:113) påtalat detta.

Nämnda kommitté konstaterade dock att det huvudsakliga problemet inte tycks vara otydlighet i regelverket utan snarare avsaknaden av en mera konsekvent genomförd metodik i rehabiliteringsarbetet. Före-

liggande utredning har, bl.a. utifrån ovanstående, ej funnit skäl att om- eller detaljreglera rehabiliteringsområdet. I sak delar jag denna bedömning men menar att utredningen inom vissa områden lagt förslag innebärande en alltför långtgående detaljreglering.

Behovet av fortsatt metodutveckling inom området kan inte nog understrykas och förutsättningar för detta måste skapas. Det gäller såväl arbetsplatser, FHV som försäkringskassan. Vad gäller försäkringskassorna måste resurssituationen ses över utifrån detta utvecklingsbehov samt de övriga förslag utredningen presenterar.

Förslag till AFL 22 kap. § 9

Utredningen föreslår att försäkringskassan skall utse en särskild kontaktperson för de arbetsgivare som begär det. Den roll som utredningen beskriver för försäkringskassans kontaktpersoner ser jag i huvudsak som riktig. På många håll i landet pågår en utveckling med denna inriktning vilken bör påskyndas. Däremot ser jag det som en alltför långtgående detaljreglering att i lag reglera rätten till kontaktperson. Det måste ankomma på respektive försäkringskassa att tillsammans med arbetsgivarna inom sitt verksamhetsområde utveckla former för denna samverkan. Här kan utredningen i mångt och mycket stå som förebild.

Förslag till AFL 22 kap. § 10

Enligt förslaget skall försäkringskassan utan dröjesmål komplettera rehabiliteringsutredningen samt avsluta den inom fjorton dagar om det inte finns skäl att färdigställa den senare. Jag delar fullt ut ambitionen att utredningen så snabbt som möjligt skall färdigställas. Utredningsfasen är samtidigt en av de mera kritiska länkarna i en rehabiliteringskedja där det ofta kan röra sig om att lyfta fram komplex underliggande problematik. Ett omsorgsfullt arbete i utredningsfasen spar ofta tid i rehabiliteringens slutskede. Jag är därför kritisk till att i lagrum lyfta in en tidsangivelse inom viken tid utredningen skall vara klar och menar att det är en felaktig styrsignal för rehabiliteringsarbetet.

Förslag till AFL 22 kap. § 11

Vad gäller rehabiliteringsplanen framgår att sådan skall upprättas inom fjorton dagar från det att utredningen avslutades. Även i denna del delar jag utredarens ambitioner att snabbt upprätta en rehabiliterings-

plan. Samtidigt är det flera parter som skall delta i dialogen. Först och främst den enskilde som har att ta ställning till sin egen framtid, arbetsgivaren skall ta ett stort ansvar, fack, ev. FHV m.fl. skall medverka. Som framgår krävs ett brett förankringsarbete, såväl den enskilde som arbetsgivare skall känna sig motiverade inför planeringen och ansvarsfrågor skall redas ut. Detta kan klaras inom fjorton dagar. Alltför ofta krävs längre tid för att upprätta en rehabiliteringsplan med tillräcklig kvalitet. Även i denna del ser jag tidsangivelsen som en detaljreglering vilken kan verka hämmande på rehabiliteringsarbetet. Rehabiliteringsplanen riskerar utvecklas till en pappersprodukt istället för ett hjälpmedel som stödjer ett strukturerat och metodiskt rehabiliteringsarbete.

Särskilt yttrande av sakkunnig Carina Nilsson, LO

Utredningen har tyvärr fått genomföras på alltför kort tid, vilket minskat möjligheterna att pröva olika förslag och deras för- och nackdelar. Sålunda har inte tillräckligt beaktats konsekvenserna av utredningens förslag att arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredningen ska begränsas till arbetslivsinriktad rehabilitering.

Att utredningen föreslår att arbetsgivaren inte längre ska utreda den enskilde arbetstagarens rehabiliteringsbehov medicinskt och socialt kan tolkas så att arbetsgivare inte behöver ha tillgång till egna utredningsresurser i form av företagshälsovård. Förslaget innebär också att försäkringskassan får ytterligare svårigheter att fullgöra sitt rehabiliteringsansvar om inte resurser tillförs. Att kartläggning av möjliga arbetslivsinriktade insatser ska betonas i arbetsgivarens utredning är riktigt men det bör kunna föreskrivas redan idag utan de begränsningar av arbetsgivarens utredningsansvar som här föreslås i lagen.

Att många arbetsgivare inte genomför rehabiliteringsutredningar vill utredningen således komma tillrätta med genom minskade – och inte ökade – krav på arbetsgivare, vilket är en lösning som kan ifrågasättas. I stället borde tillgång till företagshälsovård som en del av arbetsgivaransvaret för rehabilitering ha föreslagits. Inte heller har möjligheterna tillräckligt prövats att genom en rätt för försäkringskassan till betalningsföreläggande söka förhindra att arbetsgivare underlåter att genomföra utredningar. Utredningen föreslår vissa möjligheter till avdrag på det ekonomiska stöd som föreslås utgå till arbetsgivare för rehabiliteringsåtgärder som kompensation för uteblivna rehabiliteringsinsatser från arbetsgivarens sida. Det är en åtgärd som förhoppningsvis kan ge

viss effekt, men den *preventiva* verkan för att förhindra att arbetsgivare ej genomför rehabiliteringsutredningar kan ifrågasättas.

Utredningen har vidare föreslagit tidsgränser för försäkringskassans rehabiliteringsarbete, vilket kan vara ett sätt att få rehabiliteringsinsatser genomförda tidigare än idag. Uppföljningen ska också göras var 6:e månad av rehabiliteringsplanen. Det är tveksamt vad detta kan tillföra om inte socialförsäkringsnämnderna involveras i uppföljningen av rehabiliteringsarbetet, exvis genom att de efter 6 månaders sjukskrivning eller rehabilitering behandlar ärendet. Förslaget om uppföljning förutsätter även förstärkning av försäkringskassans resurser.

Ett annat förslag som utredningen tyvärr inte lägger är en komplettering av LAS så att arbetsgivarens ansvar ej enbart ska innebära att omplacera utan också anpassa tillgängliga arbeten innan arbetsbrist kan åberopas. En mycket viktig förändring som utredningen däremot söker bidra till är att minska den enskildes beroende av arbetsgivarens resurser och betalningsvilja för rehabiliteringsåtgärder. Här har utredaren lagt ett förslag om att särskilda medel ska utgå från sjukförsäkringen för att bidra till att arbetsgivares kostnadsansvar för rehabilitering underlättas vilket inte minst är viktigt för de mindre företagen. Förslaget borde emellertid ha utformats som en särskild rehabiliteringsförsäkring, som i likhet med arbetsskadeförsäkringen också hanteras av försäkringskassan. Här är även knytningen till Yrkesinspektionen angelägen. Rehabilitering av anställda sammanhänger överhuvudtaget i hög grad med det förebyggande arbetsmiljöarbetet, vilket också kommer till uttryck i lagstiftningen. Detta samband måste förstärkas – och inte försvagas i ev. framtida förändringar av lagstiftning och det praktiska arbetet.

Särskilt yttrande av sakkunnige Jens Karlsson, Företagarnas Riksorganisation

Allmänt

Den svenska ekonomin har sedan början av 1990-talet försämrats. Arbetslösheten är hög, tillväxten svag. Vårt välstånd har – i förhållande till andra industriländer – försämrats. De ekonomiska bedömarna har olika förklaringar till utvecklingen men är i stort eniga om att en förbättring kräver goda förutsättningar för företagande. Inte minst de mindre företagens villkor har betonats. En del av detta måste vara att

en företagare ska få rikta sina krafter på det som är företagets huvudsyssla, att producera varor och tjänster.

En förklaring till att reglerna om rehabilitering har svårt att finna fotfäste är att många företag upplever rehabilitering som en främmande verksamhet. Framförallt mindre företag saknar resurser och kompetens för ett sådant arbete. Detta avspeglar sig också i att det inte sällan har varit svårt att få arbetsgivarna att utreda behovet av rehabilitering så som lagen föreskriver. Frågan blir om man på något sätt, eventuellt med sanktioner, ska öka trycket för att driva igenom reglerna eller om man ska anpassa dessa så att de bättre svarar mot vad företagen kan hantera och upplever som rimligt.

Jag anser att en anpassning är den rätta vägen. En naturlig utgångspunkt för en sådan är arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön. Att arbetsgivaren ansvarar för denna är självklart eftersom arbetsmiljön hänger direkt samman med produktionen och dessutom är något som arbetsgivaren kontrollerar. Däremot är det inte lika självklart att arbetsgivaren ska ha ett huvudansvar för de anställdas rehabilitering då detta är kopplat till de anställdas hälsa och därmed ligger utanför arbetsgivarens kontroll.

En anpassning av arbetsgivarens ansvar för rehabilitering bör därför gå till så att man knyter ansvaret för rehabilitering till ansvaret för arbetsmiljön. Arbetsgivaren ska vara skyldig att anpassa denna – i rimlig mån – till arbetstagarnas olika förutsättningar. Men han ska inte vara skyldig att utreda saker som rör den anställdes hälsa eller att vidta åtgärder utanför arbetsplatsen. Arbetsmiljön och därmed arbetsplatsen är de naturliga ramarna.

Från den utgångspunkten vill jag kommentera de förslag som nu har lagts på följande sätt.

Det bör vara lika regler för alla arbetsgivare

Jag instämmer i att det så långt möjligt bör vara lika regler för alla företag, oavsett om de är små eller stora, privata eller offentliga. Alla företag bör tävla på lika villkor, detta kräver – i de flesta fall – lika regler.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bör gälla först efter en kvalificeringsperiod

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bör inte inträda förrän efter det att den anställda har verkat en viss period i företaget. Det är inte rimligt att arbetsgivaren ska bära ett sådant ansvar för någon som har varit an-

ställd endast en kortare tid, kanske bara några dagar. Ett sådant omedelbart ansvar skulle kunna leda till att arbetsgivarna oftare än idag försöker täcka ett begränsat behov av arbetskraft på annat sätt än genom anställning, till exempel genom inhyrning av personal eller genom köp av tjänster. Trösklarna för att komma in på arbetsmarknaden bör inte öka.

Jag menar därför att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bör inträda först efter en period av kvalificering som bör vara lika lång som perioden för rätt till ledighet för studier eller för vård av barn, alltså sex månader.

Försäkringskassan bör ha det fulla utredningsansvaret

Utredningar som gäller de anställdas hälsa bör hanteras av försäkringskassan. Kassan kan skaffa den kompetens som krävs för detta medan de flesta mindre företagen inte har den möjligheten. Som anförs i förslaget talar också de anställdas integritet för att en part utanför anställningen – försäkringskassan – ansvarar för utredningen.

En annan sak är att arbetsgivaren självklart ska medverka i utredningen om kassan anser detta värdefullt. Det förslag som nu har lagts – arbetsgivaren ska klarlägga behovet av rehabilitering – bidrar dock inte till att skapa klara ramar för ansvaret. Detta bör istället klart och tydligt läggas på försäkringskassan.

Det bör finnas en gräns i tiden för arbetsgivarens ansvar

Rehabiliteringsansvaret bör avgränsas så att det inträder först en period av kvalificering och så att det sedan upphör efter en viss period. En borte gräns sätter ett tryck för att effektiva åtgärder ska sättas in medan den lösning som nu föreslås – ansvaret ska bestå lika länge som anställningen – inte kan förväntas driva på arbetet. Jag förespråkar därför en ettårsgräns för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

Det bör finnas en gräns i rummet för arbetsgivarens ansvar

Enligt vad som sagts ovan bör arbetsgivarens ansvar för rehabilitering knytas nära till ansvaret för arbetsmiljön och därmed också begränsas till arbetsplatsen.

Inga sanktioner

Jag instämmer i att framgångsrik rehabilitering förutsätter förtroende mellan de inblandade parterna – arbetsgivaren, arbetstagaren, försäkringskassan – och att utrymme för sanktioner därför inte finns.

Arbetsgivarens kostnadsansvar ska vara begränsat

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ska enligt min mening vara begränsat till individuella anpassningar av arbetsmiljön. Om det är fråga om större insatser bör dock ansvaret falla på det offentliga. Med en sådan gräns blir de kostnader som kan drabba arbetsgivaren möjliga att hantera, också för mindre företag, och då finns det inga skäl att införa det komplicerade system för ersättning av arbetsgivarna som föreslås.

Kommittédirektiv

Arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering samt utformningen av försäkringen mot kostnader för sjuklön

Dir. 1997:90

Beslut vid regeringssammanträde den 26 juni 1997

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppgift att utreda arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering. Utredaren skall bl.a. föreslå vid vilken tidpunkt arbetsgivarens ansvar skall inträda och hur långt ansvaret skall sträcka sig. Utredaren skall vidare belysa arbetsgivares olika förutsättningar att fullgöra ett rehabiliteringsansvar, bl.a. små och stora arbetsgivares skilda förutsättningar. Förslagen skall även omfatta överväganden om sanktionsmöjligheter mot en arbetsgivare som inte uppfyller sitt rehabiliteringsansvar. Slutligen skall det utredas hur gränsen skall dras mellan det rehabiliteringsansvar som åligger arbetsgivaren och det som ankommer på i första hand försäkringskassan men även övriga berörda aktörer.

Utredaren skall undersöka huruvida den nuvarande försäkringen mot sjuklönekostnader motsvarar arbetsgivarnas behov av och intresse för denna försäkring. Vidare skall möjliga alternativ till den nuvarande försäkringen presenteras. Dessutom skall en kartläggning av privata försäkringsalternativ genomföras.

Bakgrund

Arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar

Rehabilitering, inklusive arbetsanpassning, är ingen tydlig verksamhet utan bedrivs i någon form av olika aktörer inom ramen för olika myndigheters ansvarsområden: socialtjänsten, arbetsförmedlingen, Arbetsmarknadsinstitutet, försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Vanligtvis behöver en person olika former av rehabilitering. Olika slag av rehabiliterande insatser flyter därför ofta in i varandra och alla delar måste fungera och samspela för ett lyckat resultat.

Den allmänna sjukförsäkringen har bl.a. det viktiga syftet att bidra till att få till stånd tidiga, aktiva och samordnade rehabiliteringsåtgärder. Ett annat syfte är att bidra till att arbetsgivare bedriver ett effektivt förebyggande arbetsmiljöarbete. Arbetsplatserna är därmed en viktig utgångspunkt för sjukförsäkringens verksamhet. Arbetsgivarnas roll och ansvar har betydelse för hur försäkringens syfte kan nås.

Sedan början av 1990-talet har många förändringar genomförts inom rehabiliteringsområdet. Den s.k. rehabiliteringsreformen, som trädde i kraft den 1 januari 1992, innebär bl.a. att arbetsgivaren har fått förstahandsansvaret för att uppmärksamma och utreda behov av arbetslivsinriktad rehabilitering hos de anställda, att se till att åtgärderna kommer till stånd och finansiera dem. Ansvar för finansiering begränsas dock till åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten eller för att den anställda skall kunna vara kvar inom verksamheten. Vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren i fråga om åtgärder får avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl den anställdes som arbetsgivarnas förutsättningar vägs in. Försäkringskassan har bl.a. fått ansvar för att samordna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Viktiga inslag i rehabiliteringsreformen var att öka arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön och rehabiliteringsinsatser och att ge försäkringskassorna en tydligare och mer offensiv roll vid samverkan med arbetsgivare och andra aktörer för att finna möjligheter för individen att återgå i arbete. Reformen syftade till att arbetslinjen skulle tillämpas också inom socialförsäkringen så att aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser skulle kunna ersätta passiv sjukskrivning. Arbetsplatsen fick därmed en nyckelroll i rehabiliteringsarbetet.

Oklar fördelning av rehabiliteringsansvaret

Enligt den kritik som har framförts från flera olika håll på senare tid har rehabiliteringsformens intentioner fått alltför litet genomslag. Trots att rehabiliteringsarbetet länge inriktats mot att få till stånd rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt, har detta inte skett i praktiken. En bidragande orsak till detta är att arbetsgivaransvaret inte är tillräckligt preciserat. Vidare är ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare och försäkringskassa oklar, inte minst i fråga om kostnaderna. Det finns inte någon klar gräns för när en arbetsgivare skall anses ha fullgjort sina skyldigheter. Det har ansetts att så skett när arbetsgivarens resurser bedöms vara uttömda, dvs. när arbetsgivaren inte kan vidta ytterligare åtgärder. Arbetsgivaransvaret, såsom det är formulerat, rymmer således olika tolkningsmöjligheter och tolkas i praktiken också olika.

Den oklara ansvarsfördelningen vållar problem och intressekonflikter i fråga om hur långt arbetsgivaransvaret skall sträcka sig och vilka resurser som arbetsgivaren rimligen skall ställa till förfogande. Det kan heller inte uteslutas att ett oklart ansvar kan motverka att rehabiliteringsinsatserna kommer till stånd i ett tidigt skede.

Olika förutsättningar för stora och små företag

Ett annat problem som har uppmärksamrats är att arbetsgivare har skilda förutsättningar för att uppfylla ett rehabiliteringsansvar. Gruppen arbetsgivare är stor och heterogen samt verkar under olika förhållanden. I diskussioner som rör samhällets stöd till eller krav på arbetsgivare poängteras ofta stora och små företags olika behov och förutsättningar att t.ex. uppfylla rehabiliteringsansvaret. De små företagen har i allmänhet sämre förutsättningar, t.ex. när det gäller att bekosta åtgärder på arbetsplatsen, kompetenser att göra rehabiliteringsutredningar, kunskaper om sina skyldigheter i olika avseenden, möjligheter att göra omplaceringar och personalekonomiska kunskaper.

Ett förtydligande av arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar är en förutsättning för en tidig, aktiv och samordnad rehabilitering även i fortsättningen.

Försäkring mot kostnader för sjuklön

Lagen (1991:1047) om sjuklön infördes den 1 januari 1992. Syftet med reglerna var att öka arbetsgivarens ansvar för de anställdas arbetsmiljö och hälsa och att tillförsäkra de anställda en mer rättvis kompensation för inkomstförluster till följd av sjukdom. Dessutom skapades ett mer effektivt sätt att administrera den korta sjukfrånvaron.

De uppföljningar som gjorts tyder på att införandet av sjuklöneperioden har inneburit stora fördelar för såväl den enskilde och arbetsgivaren som försäkringskassan. Emellertid verkar inte arbetsgivarens ansvar för det förebyggande arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringen ha förstärkts på det sätt som var avsett. Riksdagen har, bl.a. i syfte att stärka detta ansvar, beslutat om en förlängning av sjuklöneperioden från 14 till 28 dagar (prop. 1995/96:209, bet. 1996/97:SfU4, rskr. 1996/97:22).

I samband med införandet av sjuklöneperioden infördes också en försäkring mot kostnader för sjuklön som är avsedd för företag med få anställda. För närvarande kan företag som har en beräknad lönekostnad (exklusive socialavgifter, allmän löneavgift och särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster) som inte överstiger 130 basbelopp per år, dvs. ca 4,7 miljoner kronor, försäkra sig hos försäkringskassan mot kostnader för sjuklön. Bestämmelserna finns i 17 § lagen om sjuklön. Försäkringsvillkoren framgår av förordningen (1991:1395) om försäkring mot kostnader för sjuklön enligt 17 § lagen om sjuklön.

Problem med nuvarande försäkringen

Avgiften för försäkringen utgörs av en viss procentandel av arbetsgivarens beräknade sammanlagda lönekostnader. Under perioden 1992–1996 har avgiften varierat mellan 1,5 och 1,7 procent. Avgiften för år 1997 är 2,5 procent. Avgiften skall beräknas så att den sammantaget täcker de utgifter försäkringen får och försäkringens administrationskostnader.

Antalet företag som tecknat försäkringen har minskat från ca 13 300 i juni 1992 till ca 8 400 i juni 1996. I juni 1997 hade antalet minskat ytterligare till 7 465 anslutna företag. Den genomsnittliga lönesumman för de försäkrade arbetsgivarna har under perioden juni 1992 till juni 1996 sjunkit från ca 530 000 kr till ca 450 000 kr, dvs. det är de mindre företagen som tecknar försäkringen. Uppgift om den genomsnittliga lönesumman för juni 1997 kan ännu inte erhållas men det kan antas att den sjunkande trenden håller i sig.

Avgiften för försäkringen är lika stor för alla företag oavsett vilken nivå sjukfrånvaron normalt ligger på. Försäkringens nuvarande omfattning tyder på att det främst är företag som har en förhållandevis hög sjukfrånvaro som bedömer sig ha behov av försäkringen och avgiften måste således sättas tämligen högt. Det är möjligt att många företag i dag anser att avgiften är alltför hög.

Om trenden fortsätter och antalet anslutna företag kontinuerligt minskar kommer troligtvis endast de företag som har en mycket hög frånvaro att teckna försäkringen. Avgiften måste då successivt höjas vilket kan medföra att än fler företag lämnar försäkringen. En sådan

utveckling riskerar att leda till att underlaget slutligen är för litet för att det skall vara möjligt att fortsätta att erbjuda försäkringen.

En översyn av försäkringen mot kostnader för sjuklön i syfte att förbättra den är därför påkallad. Konsekvenserna av den förlängda sjuklöneperioden för framför allt de mindre företagen bör också bedömas i detta sammanhang.

Uppdraget

En särskild utredare ges i uppdrag att utreda arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering. Utredaren skall därvid bl.a. föreslå när arbetsgivarens ansvar skall inträda och hur långt det skall sträcka sig. Det gäller såväl tidsmässigt som i fråga om åtgärdernas art, inriktning och kostnader. Utredaren skall belysa arbetsgivares förutsättningar att fullgöra ett rehabiliteringsansvar, bl.a. små och stora arbetsgivares skilda förutsättningar. Utredaren skall även överväga frågan om sanktionsmöjligheter mot en arbetsgivare som inte uppfyller sitt rehabiliteringsansvar. Slutligen skall utredas hur gränsen skall dras mellan det rehabiliteringsansvar som åligger arbetsgivaren och det som ankommer på i första hand försäkringskassan men även övriga berörda aktörer.

Utredaren skall utgå från dels en inriktning på tidig, aktiv och samordnad rehabilitering, dels att den enskilde är försäkrad i det tillstånd som han eller hon befinner sig i.

Utredaren skall vidare undersöka huruvida den nuvarande försäkringen mot sjuklönekostnader motsvarar arbetsgivarens behov av och intresse för denna försäkring. Vidare skall alternativ till den nuvarande försäkringen presenteras. Konsekvenserna av den förlängda sjuklöneperioden för framför allt de mindre företagen bör också bedömas i detta sammanhang. Dessutom skall en kartläggning av privata försäkringsalternativ genomföras.

Förslagen skall innehålla sådana åtgärder som anses motiverade. Kostnaderna för dessa åtgärder skall preciseras. Om utredaren finner att nuvarande lagstiftning behöver ändras eller kompletteras skall utredaren lämna sådana förslag.

Utredaren skall bedriva sitt arbete i samråd med Utredningen (S 1997:03) om ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, Utredningen (dir. 1997:91) om översyn av arbetsskadeförsäkringen och Småföretagsdelegationen (N 1996:04).

Utredaren skall beakta regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), att

redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50), att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124) och att redovisa konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

Utredarens förslag skall redovisas senast den 30 januari 1998. I de delar som förslagen avser försäkringen mot kostnader för sjuklön skall utredaren senast den 30 september 1997 redovisa sitt uppdrag.

(Socialdepartementet)

Rehabiliteringsteori och rehabiliteringsprinciper under åttio- och nittiotalen

Jonas Åberg maj 1998

I den internationella litteraturen och i länders lagstiftning och praxis ses från åttiotalets början tydliga trender inom rehabiliteringsområdet inom fem områden;

- A En vidgning av rehabiliteringens teoretiska bas utöver den snäva medicinska plattformen.
- B Utvecklandet av formerna för teamsamarbete från multidisciplinärt till interdisciplinärt.
- C Brukarperspektivet (klientperspektivet) allt mer uttalat från daglig praxis och ända till WHO-deklarationer.
- D Alltmer tonvikt på värdet av en speciellt utbildad generalist som samordnare av rehabilitering.
- E En ny syn på utvärdering och kvalitetssäkring av rehabilitering.

Nedanstående framställning, som bygger på genomgång av litteratur och forskningsrapporter samt personliga kontakter med forskare och metodutvecklare, följer denna indelning. Varje avsnitt avslutas med ett påpekande om utvecklingssatsningar som kan ses som möjliga och angelägna, utifrån ett svenskt perspektiv.

A. Det vidgade rehabiliteringsbegreppet

1976 gav WHO officiellt erkännande åt principen med *Community Based Rehabilitation* (CBR), dvs. att rehabiliteringsresurser skall förläggas till den naturliga livsmiljön och inte bara till anläggningar och kliniker. Den s.k. *Alma Ata-deklarationen* 1978 (resultatet av en inter-

nationell konferens i Alma Ata i Kasachstan kring principerna för hälsovård) understödde ytterligare CBR-konceptet, vilket haft stor betydelse för satsningar i de fattiga delarna av världen (Dolan, Concha, Nyathi 1995).

FN:s generalförsamling har i sin resolution 48/96 gått ytterligare ett steg på vägen från den kliniska principen att "ändra på individen" genom att slå fast att handikapp uttrycker *"mötet mellan personen med funktionshinder och miljön. Termen avser att understryka tonvikten på bristerna hos omgivningen och hos många organiserade aktiviteter i samhället t.ex. information, kommunikation och utbildning som hindrar personer med funktionshinder att delta på lika villkor"* (UN -94).

I FN-resolutionen sägs att termen *"rehabilitering"* hänför sig till *"en process som syftar till att möjliggöra för personer med funktionshinder att uppnå och vidmakthålla sina optimala fysiska, sinnessässiga, intellektuella psykiatriska och/eller sociala funktionsnivåer varigenom de skall få redskap att ändra sina liv i riktning mot större grad av oberoende"*. Vidare betonas principen *lika möjligheter* (equal opportunities), varvid menas *"processen varigenom de olika systemen i samhälle och miljö – som service, aktiviteter, information och dokumentation, görs tillgängliga för alla, särskilt för personer med funktionshinder"*.

Standardverket *Total Rehabilitation* som utkom i sin första upplaga i USA 1980 definierar rehabilitering som en *stödprocess* (facilitativ process) som möjliggör för en person med ett handikapp att bli nyttig och uppnå *tillfredsställelse i livet* (attain usefulness and satisfaction in life) (Wright -80). Boken har en mycket vid definition av handikapp som något som *kan ha orsakats av medfödda skador, sjukdom, arbetsskador eller trafikskador, påfrestningar av krig, arbete eller det dagliga livet. Handikapp kan också vara kulturellt betingat, t.ex. socialt, ekonomiskt eller utbildningsmässigt*. Med denna definition täcks även sådana rehabiliteringsärenden som exempelvis den svenska försäkringskassan hanterar i stor omfattning i sin dagliga verksamhet och sådana situationer där arbetsgivare i lag har ett rehabiliteringsansvar.

De viktiga principer som Wright slår fast och som på olika sätt förstärkts i internationella trender under åttio- och nittio-talet är att *rehabilitering är en process*, inte ett antal lösryckta åtgärder. Vidare är rehabilitering *individrelaterad i större utsträckning än är diagnosrelaterad*. Härigenom skiljer sig rehabilitering från *behandlingsarbete*, vilket till skillnad från rehabilitering är diagnosberoende och därigenom mera likartat från individ till individ, bland dem som har samma diagnos, än vad rehabilitering är. Rehabilitering är till sin karaktär *multidimensionell och multidisciplinär*, dvs. griper över flera paradigmer än det biologisk/medicinska eller det psykiatriska

1980 gav världshälsoorganisationen WHO ut sin *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (WHO, Geneve 1980) i vilken görs en skillnad mellan *Impairment* (sjukdomen, skadan, lytet), *Disability* (funktionshindret, som skadan orsakar) och *Handicap*, som är den sociala konsekvensen av funktionshindret. Ett handikapp kan alltså vara olika stort beroende på omgivningens krav och resurser och tillgången till hjälpmedel medan funktionshindret är strikt individanknutet.

Det internationella handikappåret 1981, som hade temat full delaktighet och likvärdighet (full participation and equality) kan ses som en vändpunkt i rehabiliteringstänkandet. Året efter, alltså 1982, gav FN:s generalförsamling ut ett världsomfattande *aktionsprogram* (world programme of action) innehållande åtgärderna *prevention, rehabilitering* och skapande av *lika möjligheter* (equalisation of opportunities). Detta program kom under åttiotalet att utsättas för kritik från de handikappade och deras organisationer och de *Standard Rules on the Equalisation of opportunities for persons with disabilities*, som 1994 utformades av FN:s generalförsamling innebar en betydande framflyttning av positionerna för de handikappades organisationer.

Rehabilitation International (RI) är en internationell paraplyorganisation för 150 organisationer i 90 länder. Organisationen har stark policyskapande effekt. Vid RI:s senaste världskongress 1996 i Auckland behandlade man bland annat frågor om hur människor med funktionshinder skall uppnå *delaktighet i det sociala livet* och *inflytande över sin rehabilitering* samt *tillgång till yrkeslivet*. Vidare berördes den roll som *klientorganisationer* och *självhjälpsorganisationer* kan ha i rehabilitering, *kundorientering*, *kvalitetssäkring* och *case management* samt de olika *sociala nätverkens betydelser* i rehabilitering. Kongressen betonade vikten av att ge människor med handikapp bästa möjliga basut- bildning för att därigenom öka deras sociala möjligheter.

Vägen från den kliniska modellen till det som kommit att kallas *CBR*, *Community Based Rehabilitation*, har haft en annorlunda karaktär i de fattiga länderna, som Latinamerika, Afrika och Söderhavsområdet. I dessa länder har den kliniska behandlingen varit förbehållet de resursrika grupperna i städerna under det att bybefolkningar fått klara sig med varianter av "barfotamedicin" under såväl behandlings- som rehabiliteringsfaser. *CBR* är en logisk utveckling av befintliga system och någon väg från en klinisk modell till en öppenvårdsmodell är sällan aktuell. Däremot är det aktuellt att stärka kvaliteten hos de rehabiliteringsinsatser som görs på lokal nivå, att koppla den till professionella resurser vid sjukhus och utbildningsinstitutioner och att utbilda rehabiliteringskonsulenter samt kvalitetssäkra deras verksamhet. Allt detta

är under frammarsch i de mer välutvecklade av utvecklingsländerna, som Indien, Indonesien, Sydafrika och flera latinamerikanska stater.

I anslutning till det internationella handikappåret 1981 kom ett officiellt program i Indien avsett att ge funktionshindrade människor andra försörjningsmöjligheter än det traditionella tiggeriet. Indonesien har liksom Indien skaffat ett *nationellt rehabiliteringsråd* (National Council of Rehabilitation) (Gokhale 1994).

De europeiska länderna har en speciell ställning i det att de redan har en stor del av rehabiliteringsansvaret knutet till primärkommunerna (motsvarande) och alltså inte haft samma tydliga trend i form av en systematisk överföring av resurser från centrala kliniker till boende- och arbetsmiljöerna. Satsningarna på att ha arbete som rehabiliteringsmål och att arbeta för att släppa in funktionshindrade personer på arbetsmarknaden, trender som är tydliga i såväl de fattiga länderna som USA, Australien och Nya Zeeland, har inte samma trendkaraktär i Europa, där sådana ambitioner funnits länge och stötts av lagstiftning och politiska principdeklarationer.

Tillgången på stora sjukhus inom bekväm räckvidd för de flesta medborgare är globalt sett tämligen unikt för Europa. Detta faktum liksom det förhållande att sjukvård och rehabilitering är starkt skattefinansierat i Europa har gjort att den kliniska rehabiliteringen har behållit sin framträdande ställning. Europas klientorganisationer har inte haft tillnärmelsevis den förändringskraft som deras motsvarigheter i USA haft och har. Följaktligen har rehabilitering i Europa kvar mycket av den traditionella uppläggningsformen som den haft under större delen av innevarande sekel. Tyskland är ett tydligt exempel. Den mesta forskningen kring rehabilitering bedrivs i anslutning till kliniker. Den är i stor utsträckning diagnosrelaterad och inriktad på mätning av funktioner hos individen. I Tyskland, likaväl som i bl.a. Danmark och Sverige, finns ett glapp mellan forskning och praktisk verksamhet. I alla dessa länder har primärkommunen (motsvarande) ett långtgående ansvar för att personer med skador, funktionshinder och svår konvalescens återförs till ett fullgott liv. På denna nivå görs dock mycket lite forskning, bl.a. av skälet att de personalgrupper som är lokalt engagerade i stor utsträckning saknar akademisk kompetens, denna finns samlad till centralorternas storsjukhus.

Trots de förändringsbromsande krafterna i samhällssystemet i Europa kan man dock tydligt se inflytande av den internationella trenden med ökad helhetssyn på rehabiliteringsprocessen och ökad fokus på livskvalitetsaspekten, självbestämmandeaspekten och rätten att bli fullt respekterad utan att vara högrepresterande.

Den tyska rehabiliteringsforskaren Barolin betonar i en artikel från 1996 rehabilitationens natur av interdisciplinär verksamhet med team-

arbete som nödvändigt inslag. Barolin påpekar att trenden inom den medicinska världen i riktning mot alltmer ökad specialisering och förfinade specialmetoder ställer krav på en motsatt trend i form av helhets-syn. Han citerar ett WHO-uttalande som lyder *"Rehabilitering är oekonomiskt och skall vara oekonomiskt – – – rehabilitering är en måttstock på hur långt vi är beredda att samarbeta med de fattigaste, de mest beroende och de underprivilegierade grupperna i vårt samhälle"*.

Vid en konferens 1995 anordnad av National Center for Medical Rehabilitation Research (NCMRR) anslags delvis nya tongångar. Denna organisation, grundad så sent som 1990, ser som sin uppgift att *främja utvecklingen av vetenskaplig kunskap som behövs för att öka hälsa, produktivitet, självständighet och livskvalitet hos personer med funktionshinder*. Konferensen slog fast behovet av att fortsätta utveckla mätinstrument för funktionshinder och handikapp, men även behovet av att utveckla flexibla utvärderingsmetoder som tar hänsyn till *olika individers olika värderingar*. Härutöver måste man vidga perspektivet till att skärskåda *strategier och programuppläggningar* i rehabilitering. *Filosofiska och värderingsmässiga frågor* är viktiga och förutom att mäta funktionshinder måste man mäta *livskvalitet och allmänt hälsoläge*. Denna holistiska syn följs upp genom rekommendationer om specialutbildade forskare som kan arbeta *interdisciplinärt*, konsensuskonferenser kring *gränsdragning mellan yrkeskompetenser* samt kring hur man skall kunna systematiskt tillvarata människors *möjligheter* och inte bara reducera deras svårigheter.

Whyte (1994) påpekar att rehabiliteringsforskning ofta missar det faktum att den sociala funktionen och det subjektiva välbefinnandet inte går att på ett enkelt sätt härleda ur vare sig skadan/sjukdomen eller det definierade funktionshindret eftersom det avgörande är vilka kompensatoriska mekanismer som finns och hur individens och omgivningens starka sidor kan tas i anspråk. Hur bra det går för en person med nedsatt syn beror bl.a. på hur övriga sinnen fungerar. Förmågan att gå i en trappa påverkas inte bara av muskelfunktion utan även av balans och sinnesfunktioner samt motivation. Whyte påpekar hur den traditionella medicinska infallsvinkeln tenderar att skymma sikten: *"antibiotikas effektivitet vid behandling av lunginflammation mäts i allmänhet med avseende på feber, vita blodkroppar och lungröntgen, inte med avseende på återgång till arbete"*.

De trender som man kan se inom utvärderingsområdet har mycket att göra med historiska, sociala och ekonomiska förhållanden. I USA är rehabilitering kostsam för individen, eftersom samhället inte ger ekonomiskt stöd av det slag som är regel i Europa. Däremot stöder samhället forskning och metodutveckling inom rehabiliteringsområdet, vilket

resulterat i en ständig utveckling av rehabiliteringens teori och praktik. Forsknings- och utvecklingsarbete från USA har haft stort inflytande på hela världens rehabiliteringssatsningar. USA har en stark ställning inom internationella organ som WHO och FN, vilka gett spridning åt rehabiliteringsprinciper som härrör från amerikanska universitet och amerikanska klient- (brukar-) organisationer. Den senare typen av organisationer är i USA mycket starka, vid internationella jämförelser, dels som följd av att man tidigt hade organisationer av välorganiserade krigsveteraner, dels som följd av de politiska strömningar i USA som följde på 1960-talets Civil Rights-rörelse för medborgerliga rättigheter. Denna kamp fortsattes av allt flera och allt bättre organiserade grupper av underprivilegierade i den s.k. gräsrotsrörelsen där personer med handikapp organiserade den epokgörande Independent Living-rörelsen på sjuttioalet, rätten att ha delaktighet i samhället, i stället för institutionsvård (Lysack 1994).

De teoretiska och principiella överväganden som följer ur rehabilitering av personer med långvariga handikapp gäller i princip också för personer i mer vardagliga rehabiliteringssituationer som tillfrisknande-processer efter sjukskrivningsperioder. Denna senare aspekt har speciellt noterats i de europeiska länderna där samhällena garanterar rehabiliteringsersättningar genom organ som det tyska *Rentenversicherung*, den finska *Folkpensionsanstalten* och den svenska *Allmänna Försäkringskassan*.

Utvecklingsmöjligheter: Underlätta spridningen av holistiska synsätt hos våra stora rehabiliteringsaktörer som sjukvården och försäkringskassorna, vilka i sin praxis hålls tillbaka genom en otidsenligt stor tonvikt på diagnosspecifika åtgärder i rehabilitering.

B. Former för teamarbete

Internationellt finns en pågående diskurs kring formerna för teamsamarbete (Schut -94, Wheelan -96, Unsworth -96, Evans -95). Det *multidisciplinära* teamet kännetecknas av en sammansättning med olika yrkeskategorier (medicinsk personal, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, socialarbetare, eventuellt dietist, logoped etc.). I ett multidisciplinärt team arbetar varje yrkesperson för sig med ärendet och lägger sin bedömning i potten av samlat material, när man skall fatta beslut. Doktorn träffar patienten vid ett tillfälle och arbetsterapeuten vid ett annat. Teamets förmåga att samarbeta står och faller med dels hur lång tid man haft på sig att "jobba ihop sig", dels hur väl teamledaren lyckas

skapa en demokratisk anda och hindra att vissa känner sig ständigt överkörda.

Det *interdisciplinära* teamet (Jelles –95, Bakheit –96, Stangehelle –97) har samma form av sammansättning, men arbets sättet är att man arbetar tillsammans och delar kunskap, även sådan som egentligen är typisk expertkunskap. Doktorn vet alltså hur logopeden resonerar, men håller sig ändå till sitt kompetensområde så tillvida att han/hon inte lägger sig i det som logopeden bör veta bäst. Ett interdisciplinärt team måste ha tid på sig att bli samkört, men fungerar sedan relativt effektivt, under förutsättning att man kan skapa ett samarbetsklimat och undvika revirstrider.

Formerna för **ledarskap** i team har ägnats mycket uppmärksamhet i bl.a. Holland, USA och Norge. Lösningarna har stora likheter med vad som gäller när man använder teamarbete inom storföretagen. Precis som i företagen är andan i teamet viktig (Strasser –94, Bakheit –96, Coeling –96). De senaste åren har man börjat observera vikten av att ledaren inte är alltför drivande och inte ta rollen som superexpert som får de andra att snällt tåga. Robert Waterman, känd ledarskapsexpert åt storföretagen, rekommenderar att ledaren för en projektgrupp eller "insatsstyrka" skall vara en person som inte är särskilt höggradigt expert, utan mest sammankallande och ordförande (Waterman –90). Precis samma sak har man funnit vid *Sunnaas* sjukhus i Norge, där rehabiliteringsteam numera sätts samman enligt principen att vem som helst kan leda teamet, *utom* en läkare (Stanghelle –97).

En ytterligare utveckling av teamarbete finns i den diskutabla formen *transdisciplinärt* team (Magrun –82). I ett sådant överskrider de olika aktörerna sina normala kompetensområden, så att exempelvis en sjukgymnast kan dela ut medicin och en läkare kan gå med en klient på teatern. Teorin bakom arbets sättet är att det är klientens behov och inte teammedlemmarnas specialiteter som skall styra valet av åtgärder och uppläggning av programmet. Sådana team kan vara mycket effektiva under en begränsad period i kraft av det entusiastiska klimat som i många fall uppstår. Det finns dock hela tiden risk för att entusiasmen plötsligt upphör, t.ex. när nya teammedlemmar skall tas in. Risken för yrkesmässiga övertramp som kan få juridiska konsekvenser är överhängande.

Det holistiska synsättet leder till satsningar på samordning av olika yrkesgrupper i varje individuell rehabiliteringsprocess. Ju mer specialiserad en viss aktör är, desto svårare kan han/hon förväntas ha att se helheten i den individuella rehabiliteringsprocessen på ett nyanserat sätt och ett sätt som överensstämmer med klientens (den person som skall rehabiliteras). Det är alltså viktigt att specialister kompletteras med

andra aktörer, helst med ett inslag av generalister bland specialisterna, gärna med en generalist i central samordnarfunktion.

I flera länder (USA, Holland, England, Norge) bedrivs systematiskt forsknings- och utvecklingsarbete kring formerna för teamsamverkan. Precis som i Sverige har man funnit att team som sätts samman tillfälligt (s.k. rehab-konferenser och liknande), inte utnyttjar den samlade kompetensen i rummet, utan tenderar att samarbeta på den lilla kontaktyta där de olika yrkesgrupperna kan enas, under det att de typiska specialistfrågorna antingen förblir varje specialists ensak eller, i den mån de tas upp, leder till oenighet och revirstrider.

Bild 1

Den typ av rehabiliteringskonferens som var vanlig på sjuttioalet i Sverige kring långvariga rehabiliteringsärenden symboliseras av bild 1. Ofta var klienten inte ens närvarande när aktörer gjorde upp om hans/hennes framtid. Som ett bättre alternativ, både mer humanitärt, mer effektivt och mer ekonomiskt är den s.k. case management-modellen, symboliserad av bild 2.

Bild 2

Här har en generalist (i den engelsktalande världen ofta kallad Case Manager) ställt sig vid klientens sida och fungerar som "dörröppnare" till olika aktörers tjänster. En Case Manager kan alltefter graden av kompetens även aktivt "marknadsföra" sin klient gentemot t.ex. arbetsgivare samt kan successivt höja klientens sociala kompetens genom information och rådgivning. *Hälsonätet* i Stockholm, en organisation som ger service åt bl.a. försäkringskassan i svårhanterliga rehabiliteringsärenden, använder termen *patienthandledare* för CM-funktionen.

Case management som modell för samordning har utvecklats framför allt i den engelsktalande världen, men med olika motiv på olika håll. I USA handlar det om att skaffa fram resurser som samhället inte nödvändigtvis garanterar, utan som man måste söka fram med viss ansträngning i vars och ens sociala miljö. I länder som England handlar det om att den av samhället garanterade servicen visserligen finns på papperet, men kan vara så svåråtkomlig att en klient behöver hjälp att få ut det som han/hon har rätt till. Denna situation finns i större eller mindre grad även i andra europeiska länder och kan även sägas ha viss relevans, åtminstone för särskilda grupper av klienter, i vårt land.

Vidare är case management ett sätt att göra samarbetet mellan aktörer mer kostnadseffektivt i det att man undviker att i onödan dra samman konferenser kring klienter, vars service mycket väl kan tillgodoses på enklare sätt och genom mera informella kontakter mellan de olika aktörerna. För att tjänstemän skall våga lita till informella förfaranden fordras att någon betrodd person som t.ex. en case manager är klientens

språkrör och den som för klienten kan framlägga resultaten av överläggningarna. I jämförelse med detta är metoden med klienten som sitt eget språkrör ett mindre rättvist förfarande, i det att det gynnar de klienter som är socialt välanpassade och behärskar språk och myndighetsjargong och missgynnar klienter med låg social kompetens eller språkproblem.

Utvecklingsmöjligheter: Hjälp de redan existerande multidisciplinära eller interdisciplinära teamen, exempelvis inom företagshälsovården, att i kontakt med forskarvärlden utveckla sina funktioner på ett tidsenligt sätt. Stöd utvecklingen av case management-metodik inom olika delar av rehabiliteringsområdet.

C. Brukarperspektivet

Den kliniska modellen innebär ett starkt betonde av de individuella och de fysiska aspekterna, skadan och funktionshindret. Modellen har kritiserats, framför allt från klient- (brukar-) håll, där man påpekat att den ger klienten en roll som passiv mottagare av behandlingsinsatser levererade av vårdexpertis och syftande till att ändra klienten så att han/hon passar in i samhället, vilket i praktiken innebär att en person med funktionshinder riskerar lägre status i samhället i den mån han/hon inte helt klarar att bli "normal" (Branson & Miller -92, Morris -94, Barton -89, Kilsbury, Benshoff & Rubin -92).

Klientorganisationer har pekat på de sociala mekanismer som vidmakthåller handikapp och krävt insatser mot de fenomen i samhället som hindrar delaktighet (Oliver -89). Rörelsen *Independent Living* växte sig stark i USA under sjuttio-talet. Den betonade värdet av att personer med egna handikapp hjälper varandra och kämpade för att ge personer med funktionshinder makt och inflytande över den egna livssituationen (De Loach -83).

De starka amerikanska klientorganisationerna har varit en faktor som drivit på utvecklingen, både i fråga om att få fram metodutvecklingsprojekt och forskning och i fråga om att förankra nya idéer i de stora världsorganisationerna som ILO, WHO, RI (Rehabilitation International) och FN. Att kliniska insatser vid sjukhus och rehabiliteringsanläggningar är mycket dyra i USA har drivit utvecklingen mot CBR vidare, i det att så gott som samtliga intressenter från klienter och deras försäkringsbolag och till välgörenhetsorgan och federala fonder varit intresserade av att leta mer kostnadseffektiva alternativ än den kliniska rehabiliteringen. Trots olikheter i förutsättningarna har det uppstått lik-

heter mellan USA och de fattiga länderna i fråga om satsning på CBR. USA:s klientrörelser har ingen motsvarighet i de fattiga länderna där klienterna är höggradigt maktlösa, däremot är det ekonomiska nödvånget en uttalat pådrivande kraft.

Sedan 1989 har klient- (brukar-) organisationerna i Norge ställt krav på inflytande över metodutvecklingen, bl.a. har man krävt ett kompetenscenter, där brukarna har inflytande över forskning och utvecklingsarbete. Sedan fyra år har nu Sunnaas sjukhus drivit ett sådant kompetenscenter. Det har utvecklat metoder för rehabiliteringen enligt ett brukarperspektiv. Brukarna, representerade av *Funktionshindredes fellesorganisasjon* har majoritet i projektets styrelse. Verksamheten bygger på ett interdisciplinärt team, väl samkört, innehållande tre läkare, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, sjukgymnast, socialarbetare, speciallärare och "miljöterapeut" (en variant av rehabiliteringskonsulent som har som uppgift att följa med patienten i olika verksamheter). 20–30 dagar om året är teammedlemmarna ute hos patienterna i deras hemmiljö, resten av tiden arbetar man i anslutning till sjukhuset. Verksamheten har blivit mycket respekterad och visat att brukarinflytande har stora fördelar. Bland annat får teamet en naturlig känsla för hur insatser skall prioriteras på ett sätt som stämmer med brukarbehoven. En oväntad och viktig upptäckt är att det interdisciplinära teamarbetet underlättas betydligt genom brukarmedverkan i det att man mycket lättare tar sig förbi de revirstrider mellan experterna som brukar ta kraft från sådana teams arbete (Rand-Hendriksen –97, Snekkevik –97).

De svenska klientorganisationerna har varierande grad av pådrivande kraft. De etablerade handikapporganisationerna som organiserar personer efter typen av funktionshinder har gjort viktiga insatser genom åren, bl.a. i kampen för att ge medlemmarna respekt i samhället och lika rättigheter på arbetsmarknaden. Genom att kopplingen till den akademiska världen inte alltid är stark, missar organisationerna mycket av det utvecklingsarbete som bedrivs på det internationella fältet. Det gäller framför allt de mindre klientförbunden eller de organisationer som inte har klientförbundsstatus, utan mera är en entusiastisk kamratkrets, exempelvis Marcusgruppen i Järna som på sjuttioalet utvecklade en avancerad, holistiskt utformad rehabilitering av alkoholmissbrukare, vilken ledde till oöverträffade resultat i fråga om återgång till yrkesfunktion. Dess okonventionella karaktär och bristen på nätverk som kopplar till andra organisationer gjorde att dess metodik föll i glömska. Samma sak gäller många projekt med exempelvis arbetskooperativ inom den psykiatriska rehabiliteringen.

Utvecklingsmöjligheter: Skapa kanaler mellan forskarvärlden och de utvecklingsprojekt inom rehabiliteringsverksamhet som drivs av små, resurssvaga, men ofta innovativa grupper.

D. Generalistrollen

Boken *Total Rehabilitation* (Wright –80) hävdade redan på åttiotalet *nödvändigheten av att utbilda särskilda rehabiliteringskonsulenter* (Rehabilitation Counsellors) som utbildas till *generalister* genom kurser i bl.a. pedagogik, psykologi, yrkesvägledning, arbetsträning, och socialt arbete. *Konsulenten* kan arbeta enligt olika metoder alltifrån "*patientombudsman*" till *case manager* (personligt ombud, personlig handledare) och med ett klart definierat mål att ge klienten sådan uppbackning att han/hon kommer i yrkesverksamhet. Det kan inbegripa även sådant som att marknadsföra klienten gentemot arbetsgivare och att söka pengar ur välgörenhetsfonder, alltså åtgärder som ligger utanför vad klinisk verksamhet brukar innefatta

Rehabiliteringskonsulentens funktion har alltmer lyfts fram i den metodutveckling som ägt rum i *USA, Australien, Nya Zeeland* och *Kanada*, alltså de ekonomiskt välutvecklade av de engelsktalande länderna. Sålunda beskriver boken *Psychiatric Rehabilitation* (Anthony, Cohen, Farkas –90) hur psykiatrisk rehabilitering kan bedrivas med *case manager* som den starka professionella drivkraften och med behandlande klinisk personal i en roll som "stand by" som tillgrips då ett ökat behandlingsbehov föreligger eller då den aktiva rehabiliteringspersonalen behöver handledning. Modellen har haft stort inflytande på den svenska psykiatriutredningens synsätt och rekommendationer. Yrket *rehabiliteringskonsult*, i *USA* *rehabilitation counsellor*, kallas i *Australien* *rehabilitation coordinator* och på *Nya Zeeland* *case manager*. I *Sverige* finns flera termer som *kontaktperson*, *patientombud* och *patienthandledare*.

Wright säger i boken *Total Rehabilitation*: *Oavsett vilka andra ansvariga personer och aktiviteter som kopplas in ... (är) konsulentens insats den centrala funktionen som är tillgänglig kontinuerligt genom hela rehabiliteringsprocessen. Det bör upprepas att konsulentfunktionen är en organisk del av rehabilitering: den är en skyldighet hos rehabiliteringskonsulenten som inte kan överlåtas. Konsultationer och rehabiliteringsåtgärder av annat slag kan eller bör införskaffas, men det yttersta professionella ansvaret för att konsulentfunktionen upprätthålls kan inte delegeras* (Wright –80, sid 55, övers JÅ).

Tio år senare finns liknande uttalanden i Anthonys bok *Psychiatric Rehabilitation* beträffande *Case Management*-funktionen; den skall pågå

så länge det finns ett behov och personalkontinuiteten är central. Försäkringskassan på Nya Zeeland har i den totala omstöpnigen av handläggarnas yrkesroll, som utfördes 1992, betonat deras generalistroll och på alla sätt försökt genomföra det som de kallar *one-to-one-relation*, dvs. att kunden alltid skall möta samma handläggare (Åberg -97).

Viktiga uppgifter för en rehabiliteringsgeneralist är enligt Jaques:

- Skapa ett klimat i vilket klienten känner sig förstådd och trygg nog att ge sig in på problem och planer.
- Samspeka med klienten så att de tillsammans kan komma fram till en lösning på det aktuella problemet.
- Reda ut klientens problem genom att hjälpa honom/henne att formulera och uttrycka sina egna tankar, och notera sådant som är relevant för möjligheten att bli yrkesverksam.
- Förmedla information, klarlägganden och professionell kunskap och samtidigt låta klienten fatta besluten.
- Klargöra gränserna för konsulentfunktionen tidsmässigt, strukturellt och i fråga om ansvar hos konsulent och klient.
- Samla information om klienten som ger allsidig förståelse av individen och av dennas aktuella situation.
- Administrera sammanträffanden med andra aktörer, utfärda remisser/utforma ansökningar och bygga upp framtida kontakter.

(Jaques -70, övers JÅ)

Wright sammanfattar rehabiliteringsgeneralistens uppdrag som *ett slags katalysator, som gör det möjligt för klienter att dra nytta av andra stödåtgärder*.

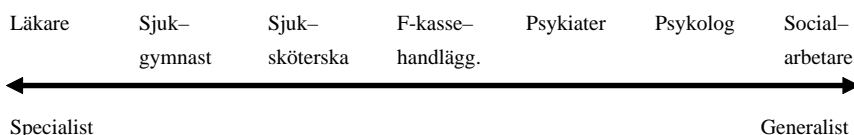
DiMichael såg ett samband mellan den ökande specialiseringen i samhället och behovet av generalister i samordningsfunktion; *–I dagens och morgondagens rehabiliteringsprogram kommer principen om servicekontinuitet att starkt understrykas. Med så mycket specialisering i dag är behovet av samordning närmast desperat. Jag är övertygad att konsumenten kommer att bli tvungen att vara samordnare, inte verkställare och inte tränare* (DiMichael -67, övers JÅ).

Den psykiatriska rehabiliteringen i Sverige har tagit ett viktigt steg i det att den som följd av bl.a. psykiatriutredningens rekommendationer lagt ett allt större ansvar på rehabiliteringspersonal som inte har en klinisk (behandlings-) utbildning. I detta fall är det kommunens personal, som hemtjänst och LSS-handläggare som träder in med sin större närhet till de lokala förutsättningarna, till klientens specifika sociala nätverk och med sin annorlunda analys av helheten. Begrepp som livskvalitet och helhetssyn är möjligen lättare att ge ett konkret innehåll för en person med social och psykologisk kompetens, exempelvis i social-

tjänsten, än vad det har varit i den kliniska världen hos den klassiska behandlingsinriktade psykiatrin.

Andra rehabiliteringsformer än den psykiatriska kan, och har delvis börjat, använda samma paradigmöverbryggande, holistiska synsätt, baserat på insikten att diagnoser inte ger annat än en fragmentarisk och otillfredsställande bild av ett rehabiliteringsbehov. Helhetsperspektivet, betonat av klientrörelserna och alltmer uppmärksammat i den internationella utvecklingen av rehabiliteringsbegreppet och av rehabiliteringsteorierna, leder till en mindre plats för de rent kliniska insatserna och ett ökat utrymme för sådant som hur man samordnar olika aktörer på ett sätt som inte sätter klienten som en andraplansfigur, hur man prioriterar mellan åtgärder på ett sådant sätt att ingen klient blir överkörd och hur man låter varje klients livsmål och krav på livet och sin samhällsfunktion vara styrande i det enskilda fallet. Med detta synsätt finns det plötsligt en naturlig plats för arbetsgivarna i rehabiliteringsuppläggningar.

Man kan tänka sig att gruppera olika yrkeskategorier på en skala som går från maximalt specialist till maximalt generalist. Det skulle kunna bli ungefär så här:



Om en specialutbildad rehabiliteringsgeneralist (konsulent) av typ Case Manager skulle finnas, skulle han/hon hamna ännu längre till höger på skalan. Här, i generalistrollen, hamnar även en modernt utbildad arbetsledare.

Utvecklingsmöjligheter: Påskynda utvecklandet av en genomarbetad generalistroll åt någon aktör som därefter kan driva rehabiliteringsprocesser framåt på ett effektivt, etiskt försvarbart och kostnadseffektivt sätt. Tänkbara kandidater är försäkringskassans handläggare, vilka dock har en begränsning i kraven att tänka diagnosorienterat, att stödja sig på läkarexpertis samt att dra sig ur så fort klienten är i arbete, även om detta inte är liktydigt med att rehabiliteringsprocessen är i hamn. Andra kandidater skulle kunna vara socialtjänsten, som redan börjat vidga sitt arbetsfält åt rehabiliteringssidan i och med "psykädal". Man kan även tänka sig privata aktörer, som då troligen måste certifieras eller ackrediteras på det sätt som sker i andra länder för att ge kompatibilitet med de samhällsstödda

organen och garantera att aktörerna gör skäl för sitt ekonomiska stöd.

E. Utvärdering

En förskjutning av rehabiliteringsparadigmet i riktning från det biologiska och i riktning mot humanvetenskaperna är tydlig på flera sätt, inte bara i det ökande inflytandet från klient/brukar-organisationer i uppläggning av rehabiliteringsprogram och definiering av rehabiliteringseffekter. I tänkandet kring hur rehabiliteringsprocesser skall analyseras ses influenser från utvärdering av processer inom pedagogik och psykologi. Processer av detta slag är nästan aldrig räta linjer, utan krokiga, och de kan ibland gå uppåt och ibland nedåt (Collins –95). Detta ställer speciella krav på de mätningar som ligger till grund för utvärdering. Man kan se rehabiliteringsprocessen som en kontinuerlig kurva, som med vissa svängningar leder till ett slutmål och ställa frågan huruvida en rehabiliteringsinsats gör att målet hamnar högre än det skulle ha gjort utan insatsen (Garraway –81). Detta är ett av flera möjliga sätt att utvärdera rehabiliteringsinsatser. Ett annat sätt är att se huruvida målet uppnås nås snabbare tack vare insatserna än det skulle ha gjort annars (Indredavik –91).

Den i Sverige använda termen *utvärdering* motsvaras i den internationella litteraturen av termen *evaluation*, som emellertid mest används på systemnivå och inte så ofta när det gäller att utvärdera en enskild persons rehabiliteringsframgång. Här används den engelska termen *assessment*, oftast översatt med *skattning*, alltså en *lägesbestämning* av rehabiliteringsprocessen. Assessment kan vara en lägesbestämning av en enskild individs process, en grupp klienters utveckling eller en verksamhets hittills vunna framgångar, alltså ett gränsfall till evaluation. Ur ett antal individuella assessments kan man evaluera ett rehabiliteringsprogram. Termen assessment har tagits över som lånord i det tyska språket. Wright använder termen *total assessment* för att beteckna en multidimensionell skattning som även inbegriper livskvalitet. Under åttiotalet har en stor mängd sådana skattningsinstrument tagits fram världen över.

Utvecklingen av utvärderingsinstrument och utvärderingsmetoder under nittiotalet har enligt en litteraturgenomgång gjord av Biefang 1995, sammanhang med en ändrad rehabiliteringssyn. Tidigare rehabiliteringsmodeller "*utgick från uppfattningen att det finns lineära samband mellan sjukdom och funktionshinder och fokuserade i fråga om mål på att uppehålla och förbättra individens funktionella status*" under det att "*senare modeller tenderar att utgå från ett system-angreppssätt byg-*

gande på komplexa samspel mellan orsaker och effekter av funktionshinder, vilket också tar hänsyn till livscykeln... Rehabilitering ses som en process med syfte att öka livskvaliteten för den funktionshindrade personen" (Biefang -95). Den nya vidgade synen på rehabilitering ställer enligt National Center for Medical Rehabilitation Research (NCMRR) i USA krav på en vidareutveckling av den klassiska WHO-klassifikationen från 1980 (disease, impairment, disability och handicap) till att omfatta patofysiologi, impairment, functional limitation, disability och societal limitation (NIH -93). Detta innebär att klassifikationen byggs på med en ytterligare vidgad samhällsnivå i det att begreppet functional limitation tar över den fysiska aspekten av begreppet disability (FL = begränsning eller oförmåga att utföra en verksamhet (action) på det sätt eller i den omfattning som motsvarar ändamålet med (purpose of) ett organ eller organsystem). Den sociala delen av Disabilitybegreppet behålls under denna term (D = oförmåga eller begränsning i fråga om att utföra uppgifter, aktiviteter och roller i den utsträckning som förväntas inom ett fysiskt och socialt kontext). Begreppet social limitations definieras som *begränsning som kan hänföras till social policy eller spärrar (barriers), strukturella eller attitydmässiga, som begränsar fullföljandet av roller eller hindrar tillgång till service och möjligheter (opportunities) som förknippas med fullt deltagande i samhället* (NIH -93).

Den tyska försäkringskassan (*Rentenversicherung*) lät 1992 göra en genomgång av amerikanska utvärderingsinstrument med den uttalade förutsättningen att översättning och bearbetning av anglosachsiska instrument skall prioriteras framför att ta fram egna tyska. Samtidigt pågick dock framtagandet av det tyska *instrumentet Indikatoren des Reha-Status* (IRES) som publicerades i internationell fackpress 1995 (Gerdes -95). IRES är ett generellt (icke diagnosspecifikt) instrument som anpassats till det tyska samhällets lagar och regler, bl.a. det faktum att tysk sociallagstiftning lägger stort ansvar på primärkommunerna i fråga om att erbjuda rehabiliteringsinsatser som verkligen leder till ett arbete även om det handlar om svårt funktionsstörda personer. Formuläret har följaktligen frågor kring såväl livskvalitet (bl.a. känsla av egenvärde och social support) som förhållanden på arbetsplats (som arbetstygnd och monotoni).

Ur de disability-definitionerna kan man härleda fyra grupper av utvärderingsinstrument avsedda för mätningar inom följande områden:

- fysiska och mentala/kognitiva funktioner
- Activities of Daily Living (ADL)
- hälsorelaterad livskvalitet (allmän eller diagnosspecifik)
- yrkesmässig funktion.

Det som började hända i och med nittioalets inträde var att subjektiva aspekter från klientens sida och livskvalitetsskattningar fick allt större plats (Fuhrer –94, Whiteneck –94, Whyte –94). Vissa ansatser till detta hade funnits redan på åttiotalet (Fries –80). Utvecklingen i fråga om metodutveckling och forskning har gått fortast i de stora engelsktalande länderna med USA i spetsen. De flesta av de nya utvärderingsinstrumenten kommer härifrån.

En genomgång av de mätinstrument och skattningsskalor som konstruerats genom åren belyser de nämnda trenderna. Den första generationen av skalor för *funktionsmätning* (functional assessment) koncentrerades på rörlighet och förmåga att klara sig själv (Moskowitz –57, Katz –63, Mahoney –65). Med tiden tillkom *psykologiska och sociala* aspekter (Fries –80, Bergner –81, Meenan –80, Hunt –86.) Från åttiotalet och framåt har studier över rehabiliteringsbehov och rehabiliteringseffekter i stor utsträckning inkluderat psykosociala aspekter och någon form av *livskvalitetsskattning*.

Vanliga skalor för bedömning av rehabiliteringsbehov vid health surveys och vid uppföljning av rehabiliteringsprogram är

QWB (Quality of Well-Being Scale 1973)
 SIP (Sickness Impact Profile 1976)
 HIE (Health Insurance Experiment Surveys 1979)
 NHP (Nottingham Health Profile 1980)
 QLI (Quality of Life Index 1981)
 COOP (Dathmouth Function Charts 1987)
 EUROQOL (European Quality of Life Index 1990)
 DUKE (Duke Health Profile 1990)
 MOS FWBP (Medical Outcomes Study Functioning and Well-Being Profile 1992)
 MOS SF-36 (MOS Short Form, 36 Items 1992)

(deLateur –97)

Samtliga dessa skalor mäter fysisk och social funktion och rollfunktion. Alla utom QWR mäter psychological distress och kroppslig smärta. HIE, DUKE och de två MOS-skalorna mäter psykiskt välbefinnande, HIE, COOP och MOS FWBP mäter livskvalitet.

Kritik mot de allt vanligare livskvalitetsmätningarna har framförts från flera håll. Speciellt metoden att räkna livskvalitetsår (Quality-Adjusted Life Years har anklagats för att ge för stort utrymme åt subjektiva bedömningar (Dougherty –94)

Bach och Barnett (–94) har påpekat att de flesta livskvalitetsskalor är konstruerade utifrån material bestående av friska och socialt välfungerande människor. Att använda sådana instrument på personer med

handikapp eller rehabiliteringsbehov kan göra dessa orättvisa i det att deras specifika livsmönster inte värderas adekvat. deLatour har påpekat att människor med handikapp har egna och för icke-handikappade personer svårbegripliga vägar till livskvalitet. I en studie tillfrågades personal vid en akutvårdsenhet om de trodde att de skulle vara glada att ha överlevt ifall de blivit förlamade vid en ryggskada. Bara 18 % svarade ja. I en grupp av verkligt förlamade var det dock 92 % som sade sig vara glada att ha överlevt (deLatour –97)

1983 satsade the American Congress of Rehabilitation Medicine tillsammans med American Academy of Physical Medicine på att framställa ett enhetligt datasystem för medicinsk rehabilitering. I samarbete med 11 andra rehabiliteringsorganisationer i USA tog man fram the Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMr). Systemet bygger på ett frågebatteri som reducerats så mycket som möjligt. Det s.k. FIM-formuläret (Functional Independence Measure) som tagits fram vid State University of New York passar för databehandlingen. Det har endast 18 frågeställningar ("Items"), åtta hänför sig till ADL-funktioner som att äta, klä sig och klara toalettbesök, fem berör förflyttning, varav tre inom hemmet, två frågor berör kommunikation, förståelse respektive uttryck och slutligen finns frågorna om social interaktion, problemlösning och minne. Varje punkt besvaras med en siffra från 1 till 7.

USDmr har snabbt blivit ett standardinstrument för programutvärdering vid rehabiliteringsprojekt och rehabiliteringsorganisationer. Det används av ca 60 % av rehabiliteringsverksamheterna i USA samt i Australien, Kanada, Frankrike, Tyskland, Italien, Japan, Portugal och Sverige (Stineman –97). Dess styrka är att det är användbart på såväl individnivå som systemnivå, att det är lättadministrerat och lämpat för datorbehandling. Tack vare FIM-formulärets fokus på faktorn "klara sig själv" i stället för på utvecklingen av det diagnosspecifika (sjukdomen, skadan) kan man vid utvärderingen av rehabiliteringsverksamheter använda sig av nya och bättre metoder för att mäta effekt och kvalitet. Detta möjliggörs genom att man grupperar patienter/klienter utifrån FIM-poängvärde (s.k. FIM-funktionsrelaterade grupper) i stället för som tidigare efter diagnos (diagnosrelaterade grupper). Sedan kan man genom relativt enkla statistiska beräkningar se huruvida den aktuella verksamheten ger upphov till mätbara förändringar (Stineman –97).

Under de år som USDmr och FIM-formuläret hittills använts (fullt utprovat och klart 1993) har man kunnat konstatera en betydande förbättring av möjligheten att göra realistiska prognoser i rehabiliteringsuppläggningar, vilket innebär möjlighet av kostnadberäkna ett rehabiliteringsprogram redan under planeringsfasen, vilket är av stort värde i de länder, där patienten/klienten måste betala för varje rehabiliteringsinsats (direkt eller via försäkring). Diskussionen i dessa länder om s.k.

prospective payment har inte samma aktualitet i länder som har starka samhällsstödda serviceorgan, de europeiska länderna, Kanada och Nya Zeeland, men kraven på lättadministerade effekt- och kvalitetsmått börjar bli starkare även i dessa länder.

Tydliga internationella utvecklingslinjer inom utvärdering på nittiotalet är dels nya och avancerade sätt att använda ADL-skalor i anslutning till datorbearbetning, dels ett stort uppsving för *livskvalitetsmätningar*. De senare utvecklades ursprungligen med sikte på epidemiologiska studier och klinisk forskning (Spilker -90, Patrick -93), men har visat sig användbara för att mäta rehabiliteringsprocessers läge och utfall (Biefang 1995). Trenden i riktning mot integration i samhället, produktivitet, självbetsämmande och lika värde ställer nya krav på utvärdering av rehabiliteringsinsatser.

Kraven på programutvärdering är stora i USA till följd av landets system med ackreditering av organisationer som bedriver hälsovård och sjukvård. Myndigheterna ställer härvid krav på kvalificerad evaluering inkluderande kvalitetssäkring och effektivitetsmätningar. Modeller för programutvärdering skall fylla kravet att demonstrera att rehabiliteringsinsatser ger avsett resultat och utgöra en bas för ständig förbättring av dessa resultat (Granger & Brownschidle -95).

FIM-instrumentet och JCAHO-kraven har framför allt anpassats till den kliniska modellen av rehabilitering och FIM används framför allt av rehabiliteringsinstitutioner, även om det lämpar sig även för annat bruk. Det tyska IRES (Indikatoren des Reha-Status) är avsett att användas efter en klinisk behandling för att visa på kvarvarande rehabiliteringsbehov, alltså ett uttryck för den traditionella europeiska inställningen att rehabilitering är något som sätts in efter en specialiserad behandlingsinsats. Denna syn har under nittiotalet i allt fler länder börjat ersättas av en helhetssyn vari behandling snarast är ett inslag i den totala rehabiliteringsprocessen, inte något fristående. En studie från Australien, Tyskland, Israel och USA, presenterad 1995 (Steinke), summerades vid en internationell konferens tillsammans med konstaterandet att rehabiliteringsåtgärder och återinförande i socialt sammanhang *måste börja så snart som möjligt, gärna samtidigt som medicinsk behandling pågår. Individualiserad* rehabiliteringsuppläggning och decentralisering av resurser till *den autentiska livsmiljön* var en uttalad rekommendation. *Supported employment*, alltså *arbetsbiträde* som hjälper personen in i yrkesliv förordades som lämplig rehabiliteringsåtgärd (Steinke -95).

Vid en konferens 1995, anordnad av National Center for Medical Rehabilitation Research (NCMRR), märktes de nya tongångarna. Denna organisation, grundad så sent som 1990, ser som sin uppgift att *främja utvecklingen av vetenskaplig kunskap som behövs för att öka hälsa,*

produktivitet, självständighet och livskvalitet hos personer med funktionshinder. Konferensen slog fast behovet av att fortsätta utveckla mätinstrument för funktionshinder och handikapp, men även behovet av att utveckla flexibla utvärderingsmetoder som tar hänsyn till *olika individers olika värderingar*. Härutöver måste man vidga perspektivet till att skärskåda strategier och programuppläggningar i rehabilitering. Filosofiska och värderingsmässiga frågor är viktiga och förutom att mäta funktionshinder måste man mäta livskvalitet och allmänt hälsoläge. Dougherty beskriver de basala värdena i rehabilitering som *lycka, frihet och rättvisa*. (Dougherty –91). Häri tydliggörs skillnaden mellan *rehabiliteringsparadigmet* och *behandlingsparadigmet*, som gäller i sjukvården. Inom det senare kan man inte på ett trovärdigt sätt göra målsättningsformuleringar av detta slag.

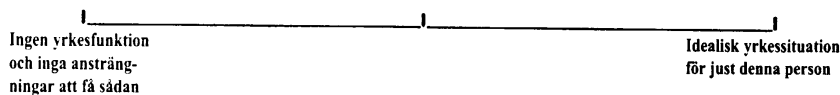
Skattninginstrument framtagna för vetenskapligt bruk och/eller för utvärdering av verksamheter eller projekt (t.ex. inför anslagsframställningar) är som regel alldeles för komplicerade för att kunna användas i det vardagliga arbetet av en handläggare vid försäkringskassorna eller av en socialsekreterare. Ändå är det av stor betydelse för en enskild handläggare att han/hon i det dagliga arbetet fortlöpande kan följa en klients rehabiliteringsprocess, helst på ett mer systematiskt sätt än enbart genom intuitiv uppfattning om huruvida det verkar att gå bättre eller sämre i det stora hela. Vid *Metodenhet Rehab* i Sundsvall, en enhet som drevs av ett antal försäkringskassor och Samhall Midland, framtog 1995 en skattningsskala avsedd som stöd för en enskild handläggares bedömning i ett enskilt fall. Den har fem axlar enligt bild 3. Vid varje sammanträffande med klienten sätter handläggaren ett märke på respektive axel och ser då lätt huruvida det föreligger en kontinuerlig rehabiliteringsprocess, eller om de förbättringar/försämringar man tyckt sig märka är tillfälliga. Instrumentet har prövats bl.a. vid Försäkringskassan i Västerbotten. Det ger systematik åt rehabiliteringsuppdraget och lyfter fram uppdragets karaktär av att vara processrelaterat och multifaktoriellt.

Nackdelen med att bara använda en komponent som grund för bedömning av rehab-processens riktning är att det kan hända att just den komponenten är ovanligt trögrörlig. Om man t.ex. använder *yrkesfunktion* som mått på processens utveckling, kommer man i tider av arbetslöshet att få en stor skara klienter, där inget tycks hända. I själva verket kan det ha hänt en hel del, fast detta visar sig i andra komponenter hos rehabiliteringsprocessen än just yrkesverksamheten. I den internationella rehabiliteringsdebatten har på flera håll påpekats det otillfredsställande i att enbart använda arbetsåtergång som mått på rehabiliteringsframgång (Dembe –96, Baldwin –96).

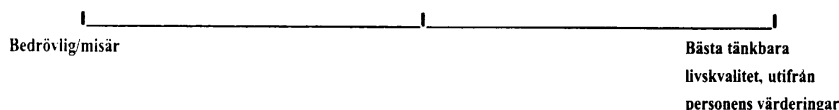
Mall för bedömning av rehabiliteringsprocessens utveckling

(ifylles av samma handläggare vid återkommande kontakter med en klient)

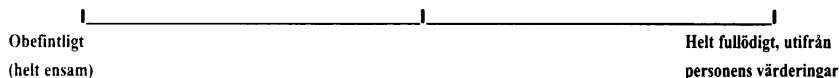
1. YRKESMÄSSIG SITUATION



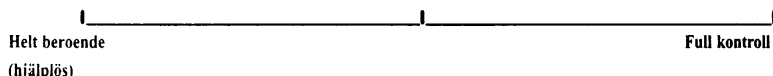
2. LIVSFÖRING/LIVSKVALITET



3: SOCIALT NÄTVERK



4. GRAD AV "SJÄLVGÅENDE" (KONTROLL ÖVER EGET LIV, INKLUSIVE REHABILITERINGSPROCESSEN)



5. VÄLBEFINNANDE (UTTALAT OCH IÅKTTAGET)

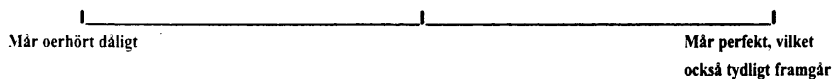


Bild 3

Kvalitetsaspekterna i rehabilitering har tacklats på olika sätt. Australien och Nya Zeeland har provat att använda kvalitetssäkring av ISO-typ, samma som i kommersiella verksamheter. Ett kommersiellt system för anpassning till kundkrav (House of Quality Matrix) har provats i Australien (Logan & Radcliffe -97). Resultaten av sådana formella metoder är inte imponerande ur vetenskaplig eller metodologisk synpunkt. Det huvudsakliga syftet tycks vara att ge underlag för beslut om vilka entreprenörer som skall anlitas av de organ som förvaltar skattepengar för rehabilitering.

Kvalitetssäkring hänger givetvis intimt samman med patientens krav och rättigheter. Åttiotalets framsteg för klientrörelsernas krav har medfört kvalitetstänkande även kring sådant som ligger långt från själva behandlingsområdet, t.ex. återinträde i samhälle och yrkesliv. Problemen med kvalitetssäkring inom rehabilitering är till vissa delar av annan natur än vid traditionell kommersiell varu- och tjänsteproduktion. "Varan", rehabiliteringsinsatsen, kan inte "tillverkas" enligt en standardiserad process, vari man kan kontrollera moment för moment på det sätt som kvalitetsmätningarna inom tillverkningsindustrier förutsätter. Själva det individuella upplägget av varje rehabilitering är i sig ett kvalitetskriterium, vilket framgått av studier över "kund"/klientönskemål i samband med rehabilitering (Materson -97). En tydlig trend i rehabiliteringsutvärdering under nittiotalet är större vikt åt områdena *livskvalitet*, och *delaktighet i samhället*. Det som skapar sådant för en person är kanske inte samma som skapar det för en annan, vilket gör det svårt att använda tekniskt processrelaterade instrument som ISO 9000. Det går däremot att med sådana instrument konstatera kvalitetskriterier som personalens yrkesmässiga kompetens, ianspråkstagande av rätt träningsredskap, hjälpmedel och behandlingar samt kriterier i fråga om den fysiska miljön.

En modell för kvalitetssäkring ur ett helhetsperspektiv har presenterats av Materson (-97). Han kategoriserar rehabiliteringsprocessen utifrån fyra grupper av kvalitetskriterier:

- Klientrelaterade kriterier, sådant som har att göra med klientens roll och funktion, exempelvis *inflytande, förståelse av processen, motivation och hopp, relevanta mål, förmågan att "handskas med" (coping), livstillfredsställelse.*
- Aktörskriterier, *mänsklighet och känslighet, respekt för uttryckta behov, professionalism och fullständig information.*
- Miljön i vilken rehabiliteringen genomförs, *samordningen av olika åtgärder, volym och intensitet av åtgärder och kontinuitet/överflyttningar inom rehabiliteringsprocessens ram.*
- Aktörsorganisationens ansvar och etik, t.ex. *målinriktning av insatserna och effektivitet samt hur man hanterar kritik och förslag.*

De etiska problemen vid rehabilitering har ägnats intresse genom åren i många länder. Sverige tillämpar inte samma enhetliga etiska regler vid rehabilitering som vid sjukvård, bl.a. beroende på att olika rehabiliteringsaktörer har olika yrkesetiska regler och även olika sekretessnivå.

Rubin och medarbetare (Rubin -92) har definierat fem etiska principer som bör gälla alla åtgärder i rehabilitering. Den första är att åtgärden skall vara **till nytta för klienten**.

Det kan tyckas självklart, men det finns gott om exempel från flera håll av världen på att kommersiella rehabiliteringsverksamheter pågår i årtal utan att vara till nytta för andra än verksamhetens ägare. I Sverige har vi inte så många cyniskt kommersiella projekt, men även bland välmentade offentliga verksamheter finns exempel på icke-nytta, exempelvis våra ungdomsvårdsskolor, som hade ett uttalat rehabiliteringsuppdrag, men i stort sett misslyckades med detta och i åtskilliga fall skapade försämrad socialisering i stället för förbättrad. Detsamma har gällt vissa alkoholrehabiliteringsprogram.

Den andra principen är att åtgärden **inte skall göra skada**. Även detta kan verka självklart, men precis som att en medicin kan ha biverkningar eller oförutsedda verkningar för vissa individer, får man räkna med att rehabiliteringsåtgärder kan vara bra för vissa, men skadliga för andra.

Exempel finns från den svenska rehabiliteringsdebatten bl.a. i fråga om vissa program från Västsverige och Norrland, där sjukskrivna människor tvingats in i ett standardprogram som innehållit bl.a. fysisk träning. Personer med stor övervikt, anorexitendenser eller starka skamkänslor beroende på religiös övertygelse kan ta skada av att "buntas ihop med alla andra" och erbjudas ett standardpaket.

Aktuell rehabiliteringslitteratur (Moore -95) nämner som ett exempel på sådant som gör skada "disempowerment", dvs. att klienten görs mer maktlös genom att "köras över" och inte få behålla rätten att bestämma över sitt eget liv.

Det tredje är **självbestämmandeprincipen**. Klienten måste ges tillräcklig information för att kunna fatta egna beslut. Det är bättre att beslut fattas av klienten än av en tjänsteman. En tjänsteman måste alltid ha ett uttalat samtycke från klienten före alla åtgärder som kan vara det minsta tveksamma med tanke på självbestämmandeprincipen.

Det fjärde är **rättvis principen**. Den säger att motiven för prioriteringar och val måste följa gängse principer för vad som är "juste". Det är rättvist att en person med handikapp får samma möjligheter till skolgång och arbete som andra. Det är rättvist att den sjukaste tas in med förtur trots att kanske någon annan måste vänta lite längre då. Det är rättvist att en ordentlig bedömning föregår ett beslut om viss förmån eller service. Det är rättvist att regler för remittering och väntelistor gäller lika för alla så att man inte får förmåner för att man har status eller rätt förbindelser.

Den femte principen är **ärlighet**. Ordentliga avtal eller tydliga överenskommelser skall göras, så att ingen behöver känna sig lurad. En tjänsteman skall aldrig "trixa" eller manipulera in en klient i en viss behandling eller åtgärd. Klienten har rätt till full information. Klienten har rätt att få vissa uppgifter sekretessbelagda, även sådant som inte

direkt faller under sekretesslagen, ifall han anser det vara viktigt. En tjänsteman måste kunna förvalta känslig information så att den inte läcker ut. Om det är det allra minsta tveksamt vad som skall föras vidare måste klienten tillfrågas. Klienten måste veta vilken information som förs vidare och inte. Klienten måste kunna lita på att erbjuden service verkligen blir av. Klienten måste kunna lita på att en erbjuden service stämmer med utfästelserna och ges på ett professionellt sätt och med hög kvalitet.

En etisk fråga på en annan och snarast politisk/filosofisk nivå är hur mycket information om medborgare som myndigheter *bör* samla in. I dag, när databaser lätt kan samköras finns en risk att medborgarna börjar bli rädda för att överhuvudtaget ha att göra med myndigheter. Foucault (-77) har varnat för att den information om medborgare som myndigheter samlar in i bästa välmening kan komma att bli ett slags snärjande nätverk, ett "storebrorssamhälle". Speciellt när det gäller att bevilja in- och utträde ur livsavgörande servicesystem som akutsjukvård, ekonomiskt bistånd etc. kan medborgarna hamna i ett "fängelse" där de upplever sig maktlöst utlämnade åt känslökalla byråkraters godtycke. Om sådana känslor blir spridda, kan de hota tilltron till välfärds-samhället.

Moore (-95) betonar att insamlade av alltför mycket data om människor kan vara oetiskt. Det är viktigt att klienten förstår varför uppgifter insamlas och att insamlandet hela tiden är till klientens bästa. Om det finns nackdelar med att lämna vissa uppgifter (eller kan tänkas bli det i framtiden) måste klienten tydligt informeras om detta.

En klient skall aldrig kunna tvingas till *undersökningar som kan vara skadliga eller kränkande*. Detta kan skapa moraliska konflikter hos vissa personalgrupper, i det att det också är en etisk princip att myndigheters beslut måste grundas på seriösa bedömningar. Det får inte inträffa att åtgärder förespråkas på en höft eller slentrianmässigt.

Normalitetsprincipen brukar ofta hävdas i samband med rehabilitering, särskilt när det gäller personer med svåra och långvariga handikapp. Oftast åsyftar man då att alla skall kunna leva ett så " normalt " liv som möjligt, exempelvis genom tillgång till färdmedel och tillgång till sociala aktiviteter. Moore (-95) påpekar att det inte är så enkelt som att en person med en skada eller ett handikapp skall bli "normal" utan att principen också innebär en uppfordran till samhället, "kollektivet", att skriva under på principen att det är normalt att vissa medborgare har handikapp och skador. Ett elitsamhälle med övertro på styrka och hälsa kan aldrig leva upp till normaliseringsprincipen. Även om detta kan sägas vara en etisk fråga på politisk nivå, berör det även enskilda tjänstemän i utövning av rehabiliteringsuppdrag.

I boken *Total Rehabilitation* (Wright –80) återges tolv rehabiliteringsprinciper, som formulerats av B Wright 1959 och omarbetats 1969 av DiMichael (i översättningen har de i några fall ytterligare förkortats):

- 1 *Varje människa har ett värde som inte kan fråntas henne, och hon är värd respekt för sin egen skull.*
- 2 *Varje person ingår i samhället och rehabilitering skall befordra ett helhjärtat accepterande.*
- 3 *Personens möjligheter skall lyftas fram, stödjas och utvecklas.*
- 4 *Kännedom om faktiska förhållanden skall vara grunden för åtgärder som hjälper personen till att hantera sin situation.*
- 5 *Allsidighet i åtgärderna och att "se hela människan" behövs, eftersom livets olika områden är sammanflätade.*
- 6 *Flexibilitet och mångfald i behandlingserbudandena är viktigt för att de skall kunna skraddarsys åt den enskilda personen.*
- 7 *Varje person skall ha så mycket inflytande och initiativ som möjligt i fråga om upplägg och genomförande av sin rehabilitering.*
- 8 *Samhället skall garantera handikappade personer alla slags offentlig och privat service.*
- 9 *Rehabiliteringsprogram måste engagera olika yrkeskompetenser och organ med olika specialisering.*
- 10 *Rehabilitering är en kontinuerlig process som fortsätter att vara aktuell så länge stödbehovet finns.*
- 11 *Psykologiska och personlighetsanknutna faktorer är ständigt närvarande och ofta avgörande.*
- 12 *Rehabiliteringsprocessen är komplex och måste ständigt omprövas, på individnivå och programnivå.*

(Övers JÅ).

Dessa grundprinciper utgör fundamentet för all rehabilitering. Sedan är det fråga om att dra upp riktlinjerna för det praktiska arbetet och då finns enligt Wright (–80) ett antal regler som genom att de är mera konkreta ligger närmare den vardag som handläggarna arbetar i:

- 1 Klientens aktiva medverkan är nödvändig och måste säkerställas innan adekvata rehabiliteringsåtgärder kan vidtagas.
- 2 Åtgärder måste bygga på adekvata bedömningar och korrekt och realistisk värdering av den information som inhämtas.
- 3 Varje klient i rehabilitering måste ges service på basis av en genomtänkt plan, uppgjord tillsammans med handläggaren.
- 4 Varje erbjudande måste ha valts med omsorg och levereras på ett korrekt och välplanerat sätt.

- 5 Fortlöpande samtalskontakt med klienten och att följa och övervaka serviceåtgärderna är nödvändigt under hela processen.
- 6 Varje fas i rehabiliteringsuppläggningsen är individualiserad (utifrån unika behov och resurser) och dynamisk (så att man kan göra strategiska omprövningar av mål och åtgärder på basis av fortlöpande utvärdering).

Utvecklingsmöjligheter: Ge en kvalificerad grupp av forskare och praktiker i uppdrag att utarbeta etiska regler, så formulerade att de harmoniserar med modernt rehabiliteringstänkande, respekt för individers särart, rätt till självbestämmande och integritet och så utformade att de kan tillämpas av alla personalkategorier.

Sammanfattning

Att återfå full funktion och fullt välbefinnande, utifrån de aktuella förutsättningarna hos individen och miljön, är rehabiliteringens mål. Många aktörer, sådana som drar ett strå till stacken i den enskilda rehabiliteringsprocessen, kan inte vara med från start till mål i processen. Det är endast den aktuella individen själv som med säkerhet är det. Det gör den personen speciellt lämpad att vara samordnare av rehabiliteringsresurserna, att göra prioriteringarna och bestämma tidsföljden i resursmobiliseringen. För att klara detta behöver personen något slags uppbackning, olika omfattande från fall till fall. En socialt kompetent person kanske bara behöver viss information om hur olika serviceorgan fungerar. En annan kan behöva hjälp med det mesta från språkförståelse till att hålla hoppet uppe.

Ur internationella trender i rehabiliteringens teoriutveckling och praxis kan vi lära oss att man kan vinna effektivitet och spara kostnader genom att göra samarbetet mellan rehabiliteringsaktörer mer systematiskt under samordning av en *generalist*. En generalist, exempelvis en handläggare vid försäkringskassa, ett kommunalt vårdbiträde eller någon i en specialiserad rehabiliteringsorganisation eller företagshälsovård, behöver enkla *skattningsinstrument* för att bedöma rehabiliteringsprocessens riktning och fart. Till de etiska principer som bör gälla hör att aldrig "köra över" klienten, utan att konsekvent bland tänkbara rehabiliteringsåtgärder prioritera sådana som den aktuella klienten är motiverad för. Det fordrar av en rehabiliteringssamordnare en förmåga till *individualisering, kommunikation, inlevelse och helhetsyn*.

I ett allt mer mångkulturellt samhälle är det viktigt att observera att olika värderingssystem kan finnas mellan en klient och professionella aktörer. Stora diskrepanser kan leda till att en rehabiliteringsprocess bromsas upp. Fenomenet har belysts i samband med sjukvård, och i rehabiliteringssammanhang av bl.a. Banja (-96). Insikt om värdegrundens betydelse och nödvändigheten att inte konfrontera klienters kulturella värderingar i onödan är en viktig del av rehabiliteringsgeneralistens skolning.

Synen på sjukt och friskt håller på att ändras i det att intresset för sjukdomar håller på att övergå i ett intresse för hälsa och vad som skapar friskhet. Sverige ligger långt framme i detta tänkande tack vare förgrundsgestalter som Lennart Levi, Aaron Antonowsky, Töres Theorell och Kristoffer Konarski.

Så gott som samtliga komponenter som behövs för hälsa, exempelvis känslan av eget värde, känslan att vara nyttig, upplevelsen av ett socialt sammanhang etc. går att återfinna på en bra arbetsplats (Levi - 95). En begynnande insikt bland arbetsgivare om att klimatet på arbetsplatsen inte bara påverkar sjukskrivning och personalomsättning utan även ger direkt ekonomisk utdelning (så höggradig att man kan kosta på sig viss extra generositet mot enstaka "svårrehabiliterade" personer för den sammanlagda vinsten) har gjort arbetsgivarna till en intressant rehabiliteringsresurs. Att få in dem på ett optimalt sätt i samordningen av rehabiliteringsresurser i det enskilda fallet är en uppgift som lämpar sig för en rehabiliteringsgeneralist och för metodutveckling.

Som framgått av ovanstående rapport finns plats för utvecklingsåtgärder inom flera områden av rehabiliteringsfältet;

- **Utveckla generalistrollen**, i befintliga organisationer och i nyskapade projekt.
- **Utveckla utvärderingsinstrument** som bygger på ett holistiskt tänkande, inte ett snävt diagnostiskt tänkande.
- Låt **brukarperspektivet befrukta servicemyndigheternas rutiner** så att risken minimeras att slentrinmässiga diagnosrelaterade åtgärder ersätter individuellt utformade rehabiliteringsuppläggningar.
- Se över de **etiska principer** som styr rehabiliteringsaktörer, så att ingen klient skall behöva känna att han hon "prackats på" något som för just honom/henne kan ha skadeverkningar, vare sig av fysisk, psykisk eller social natur.

Referenser:

Anthony W, Cohen M, Farkas M: *Psychiatric rehabilitation*. Boston University 1990

Bach JR, Barnett V: *Ethical considerations in the management of individuals with severe neuromuscular disorders*. *Am J Phys Med Rehabil* 1994;73 293-295

Bakheit AMO: *Effective teamwork in rehabilitation*. *Int J Rehabilitation research* 1996;19 301-306

Baldwin ML, Johnson WG, Butler RJ: *The error of using Returns-to-work to measure the outcomes of health care*. *Am J Industrial Med* 1996;29 632-641

Banja JD: *Ethics, values and world culture: the impact on rehabilitation*. *Disability and rehabilitation* 1996 vol 18, no 6 279-284

Barolin GS: *Rehabilitation braucht die Ganzheitlichkeit besonders*. *Therapeutische Umschau* Band 53 Heft 3 1996

Barton L: *Disability, difference and the politics of definition*. *Australian Disability Review* 1994;3 8-21

Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson BS: *The Sickness Impact Profile; development and final revision of a health status measure*. *Med Care* 1981;19: 787-805

Biefang S, Potthoff P: *Assessment methods for rehabilitation*. *International J Rehabil Research* 1995;18(3): 201-213

Branson J, Miller D: *Normalisation, community care and the politics of difference*. *Australian Disability Review* 1992;4 17-28

Coeling HV: *Understanding work group culture on rehabilitation units: The key to facilitating group innovation and promoting integration*. *Rehabil Nursing* 1996: Vol 21 No 1 7-12

Collins LM, Johnston MV: *Analysis of Stage-Sequential Change in Rehabilitation Research*. *Am J Phys Rehab* 1995;74: 163-170

De Loach CR, Wilkins R, Walter G: *Independent Living - Philosophy, Process and Services*. University Press, Baltimore 1983

deLateur BJ: *Quality of Life: A patient-centered outcome*. Arch Phys Med Rehabil vol 78 1997:237-239

Dembe A: "när arbetsgivarna (i Sverige) övergår till att betala för de första 28 dagarnas sjukskrivning, i stället för 14, kan det uppstå ett ökat tryck på arbetstagare att gå tillbaka till jobbet snabbare och på doktorer att godkänna återgång tidigare. Om detta inte analyseras på rätt sätt, kan utvecklingen förefalla ge förbättrat hälsoläge, när det i själva verket kan inträffa att hälsoläget och försörjningsmöjligheten för arbetstagarna faktiskt försämrats" (Brev till Metodenhet Rehab i Sundsvall juni 1996 efter konferens. Översättn JÅ).

DiMichael S: *New directions and expectations in rehabilitation counseling*. J Rehabil 1967, 33 (1) 38-39

Dolan C, Concha ME, Nyathi E: *Community rehabilitation workers: do they offer hope to disabled people in South Africa's rural areas?* Int J Rehabil Research 1995: 18 (3) 187-200

Dougherty CJ: *Quality-adjusted life years and the ethical values of health care*. Am J Phys Med Rehabil 1994:73:61-65

Dougherty CJ: *Values in rehabilitation: happiness, freedom and fairness*. J Rehabil 1991:57 7-12

Evans RL, Connis RT, Hendricks RD, Haselkorn JK: *Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis*. Soc Sci Med 1995: vol 40 No 12 1699-1706

Foucault M: *Discipline and Punishment*. Penguin 1977

Fries JF, Spitz P, Kraaines RG, Holman, HR: *Measurement of patient outcome in arthritis*. Arthritis and Rheumatism 1980: 23: 137-145

Fuhrer MJ: *Subjective well-being: Implications for medical rehabilitation outcomes and models of disablement*. Am J Phys Med & Rehabil 1994: Vol 73 No 5 358-364

Garraway WM, Walton MS, Akhtar AJ, Prescott RJ: *The use of health and social services in management of stroke in the community: results from a controlled trial*. Age Ageing 1981; 10: 95-104

Gerdes N, Jäckel WH: *Indikatoren des Reha-Status (IRES). Ein Patientfragebogen zur Beurteilung v Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg*. De Rehabilitation 31 (1992) 73-79.

Gokhale SD: *Changing horizon of rehabilitation*. Indian J Lepr Vol 66(3) 1994

Granger CV, Brownscheidle CM: *Outcome measurment in medical rehabilitation*. Int J Technology Assessment in Health Care 11:2 (1995): 262-268

Himmelstein J, Pransy G: *Measuring and improving the quality of workers' compensation medical care*. John Burton's workers' compensation monitor nov/dec 1995 4-9

Hunt SM: *Measuring Health Status*. London: Croom Helm 1986

Indredavik B, Bakke F, Solberg R: *Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial*. Stroke 1991;22:1026-1031

Jaques ME: *Rehabilitation counseling: Scope and services*. Boston: Houghton Mifflin 1970

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW: *Studies of illness in the aged; a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA 1963; 185: 914-19

Kilsbury R, Benschhoff JJ, Rubin SE: *The interaction of legislation, public attitudes and access to opportunities for people with disabilities*. J Rehabil 1992;58 (4) 66-9

Levi L: Intervju i videon *Behövd på jobbet* (Åberg -96, Distr Media-Alternativ förlag)

Logan GD, Radcliffe DF: *Potential for use of a House of Quality matrix technique in rehabilitation engineering*. IEEE transactions on rehabil engineering vol 5 No 1 1997

Lysack C, Kaufert J: *Comparing the origins and ideologies of the independent living movement and community based rehabilitation*. International J Rehabil Research 1994;17:231-240

Lysack C, Krefting L: *Community-based rehabilitation cadres: their motivation for volunteerism*. International J Rehabil Research 1993;16: 133-41

Magrun WM, Tigges.k.n: *A transdisciplinary mobile intervention program for rural areas*. Am J Occup Ther 1982;36:90-4

Mahoney FI, Barthel DW: *Functional evaluation: the Barthel Index*. Maryland State Medical Journal 1965: 14: 61-65

Materson R: *Rehabilitation Care and Outcomes from the Patient's Perspective*. Medical Care Vol 35 Nr 6 (1997) JS 64-67

Meenan RF, Gertman PM, Mason JH: *Measuring health status in arthritis*. Arthritis and Rheumatism 1980: 23: 146-152

Moore T: *Habilitation and Rehabilitation in New Zealand*. ACC, Wellington 1995
MOS SF-36 Medical Outcomes Study 1992

Morris J: *Community care or independent living?* Critical Social Policy 1994;14 (1) 24-44

Moskowitz E, McCann CB: *Classification of disability in the chronically ill and ageing*. J Chron Diseases 1957;5: 342-346

National Institutes of Health (ed.): *Research Plan for the National Center for Medical Rehabilitation Research*. Dept Health & Human Services Publication No 93-3509. Bethesda 1993

Oliver M: *Disability and dependence: A creation of industrial societies?* I Barton L (red) *Disability and Dependency* London: Farmer

Patrick DL, Erickson P: *Health status and health policy: allocating resources to health care*. NY Oxford Press 1993

Rand-Hendriksen S (Sunnaas sjhus, Norge): *Personligt meddelande* 1997

Rubin SE, Wilson CA, Fisher J, Vaughn B: *Ethical Practices in Rehabilitation*. S Ill University Carbondale 1992

Schut HA, Stam HJ: *Goals in rehabilitation teamwork*. Disability and rehabilitation 1994: Vol 16 No 4 223-226

Snekkevik H (Sunnaas sjuhus, Norge): *Personligt meddelande* 1997

Spilker B (ed.): *Quality of life assessment in clinical trials*. NY Raven 1990

Stanghelle J (Sunnaas sjuhus, Norge): *Personligt meddelande* 1997

Steinke B: 25 *Generalversammlung der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS)* November 1995 in Indonesien. Rehabilitation 35 (1996): 129-131

Stineman MG: *Measuring casemix severity, and complexity in geriatric patients undergoing rehabilitation*. Medical Care 1997: vol 35, nr 6 JS90-105

Strasser DC, Falconer JA, Martino-Saltzman D: *The rehabilitation team: Staff perceptions of the hospital environment, the interdisciplinary team environment, and interprofessional relations*. Arch Phys Med Rehabil 1994: vol 75 177-182

United Nations (General Assembly) *Resolution 48/96*. Geneva mars 1994

Unsworth C: *Team decision-making in rehabilitation*. Am J Phys Med & Rehabil 1996:1996: vol 75 No 6 483-486

Waterman R: *Adhocracy*. N.Y. (WW Norton&Co) 1990

Wheelan SA, Hochberger JM: *Assessing the functional level of rehabilitation teams and facilitating team development*. Rehabil Nursing 1996: Vol 21 No2 75-81

Whiteneck GG: *Measuring what matters: Key rehabilitation outcomes*. Arch Phys Med Rehabil 1994 Vol 75 1073-1076

Whyte J: *Toward a methodology for rehabilitation research*. Am J Phys Med och rehabil vol 76 No 6 1994: 428-435

Wright GN: *Total Rehabilitation*. Little, Brown & Co 1980

Åberg J: *Myndigheten som överlevde nedskärningar*. Rapport till Försäkringskassan Stockholms län 1997

Rehabilitering i praktiken

Analys av data ur Riksförsäkringsverkets och
Sahlgrenska universitetssjukhusets undersökning Rygg
och nacke för AGRA-utredningen

Sisko Bergendorff och Christina Goede
Utredningsenheten på Riksförsäkringsverket

INNEHÅLL

Sammanfattning

- 1 Riksförsäkringsverkets undersökning Rygg och nacke
 - 1.1 Bakgrund och syfte
 - 1.2 Genomförande och studiepopulation
 - 1.3 Rapportens uppläggning

- 2 Resultat
 - 2.1 Vad karakteriserar de sjukskrivna och deras möjligheter till återgång i arbete?
 - 2.2 Översikt av rehabiliteringsprocessen
 - 2.2.1 Arbetsgivarens åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete
 - 2.2.2 Försäkringskassans rehabiliteringsansvar i arbetet med arbetsgivaren

Sammanfattning

Riksförsäkringsverket bedriver i samarbete med Sahlgrenska universitetssjukhuset en undersökning för att kartlägga vad som görs för att hjälpa människor med rygg- och nackbesvär tillbaka till arbetslivet och för att förbättra kunskapen om vad som kan göras för att hjälpa dem. Undersökningens främsta syfte är att utvärdera effekten av de åtgärder som vidtas för att återgång i arbete ska bli möjligt efter en tids sjukskrivning. Den är således åtgärdsinriktad och inte aktörsinriktad. Studien baseras på en kohort av 2 001 personer som har varit sjukskrivna i fyra veckor på heltid. Kohorten har följts i två års tid.

Riksförsäkringsverket har analyserat undersökningens datamaterial för AGRA-utredningens räkning, speciellt vad gäller arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser och försäkringskassans arbete med arbetsgivaren. Analyserna baseras på material från försäkringskassan och enkäter till sjukskrivna med rygg- och nackbesvär. Här följer en kort sammanfattning av de viktigaste resultaten.

När det gäller undersökningens urval, det vill säga de som var sjukskrivna längre än fyra veckor, är majoriteten – 57 procent – kvinnor. Kvinnorna är sjukskrivna längre än männen. En fjärdedel av det totala antalet personer som deltog i undersökningen arbetade på arbetsplatser med färre än tio anställda. De sjukskrivna fördelas annars jämt mellan tillverkningssektorn, servicesektorn och offentlig förvaltning, med kommunen som främsta arbetsgivaren. När det gäller friskskrivning blir 39 procent av de försäkrade helt friskskrivna inom 90 dagar, 75 procent inom ett år och 83 procent inom två år. Äldre friskskrivs senare än yngre och friskskrivning är vanligast på de största arbetsplatserna. Snabbast tillfrisknar anställda i kommunerna samt i tillverknings- och servicesektorn.

Arbetsgivarens åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete

Vad gäller arbetsgivarens agerande vid sjukfall anser 35 procent av de sjukskrivna att arbetsgivaren visar bristande engagemang. Knappt var femte sjukskriven anger att arbetsgivaren initierade den första kontakten mellan arbetsgivare och anställd. Så många som var tionde anger att

arbetsgivaren uttrycker misstanke om att de sjukskrivna inte är sjuka. Till arbetsgivarens fördel anses dock att de, när åtgärd väl vidtas, agerar snabbare än försäkringskassan.

Bland de första åtgärder som arbetsgivaren vidtar i ett sjukfall är att göra en rehabiliteringsutredning. Mediantiden för en av arbetsgivaren utförd utredning är 76 dagar. Enligt de tillfrågade försäkrade genomförs dock rehabiliteringsutredning endast i hälften av sjukfallen. På basis av den information som är tillgänglig finns ingen möjlighet att bedöma om det är obehövligt att göra en utredning i de övriga sjukfallen. Enligt försäkringskassan är bilden än mer negativ. I endast 40 procent av sjukfallen görs det en utredning. När en utredning väl utförs genomförs den i 80 procent av fallen av arbetsgivaren, i 20 procent av fallen av försäkringskassan. I drygt en fjärdedel av arbetsgivarens utredningar måste dock försäkringskassan påminna arbetsgivaren eller be om komplettering. I de sjukfall där ansvaret för rehabiliteringsutredningen åvilar arbetsgivaren gör denne 90 procent av utredningarna. I resterande tio procent av sjukfallen utför försäkringskassan arbetsgivarens åligganden.

Enligt försäkringskassan är andelen kvinnor som behöver en rehabiliteringsutredning och blir föremål för en utredning större än andelen män. Det saknas rehabiliteringsutredningar i lika många fall för kvinnor som för män. Rehabiliteringsutredning är aktuell i ungefär lika stor utsträckning i alla åldersgrupper. I de sjukfall där arbetsgivaren bör göra en rehabiliteringsutredning utför arbetsgivaren den minsta andelen utredningar för personer mellan 18 och 29 år. Förklaringen kan vara att dessa oftare har tillfälliga anställningar än äldre. Störst andel rehabiliteringsutredningar sker vid arbetsplatser av mellanstorlek, med 10–49 anställda, där hälften av de sjukskrivna erhåller en rehabiliteringsutredning. Detta kan jämföras med de större arbetsplatserna där endast en tredjedel av de sjukskrivna blir föremål för en rehabiliteringsutredning. På de större arbetsplatserna genomförs en mindre andel rehabiliteringsutredningar trots ett troligt behov, än på små eller medelstora arbetsplatser. Försäkringskassan tar över 15 procent av rehabiliteringsutredningarna på arbetsplatser med färre än tio anställda. Detta kan jämföras med knappt tio procent av de större arbetsplatsernas utredningar. Största andelen av de utredningar som försäkringskassan får ta över kommer från servicesektorn. Störst andel arbetsgivare som uppfyller sitt utredningsansvar finns inom landstingen och i den kommunala sektorn. Trots att troligt behov föreligger har kommunerna däremot den högsta andelen icke utförda rehabiliteringsutredningar.

En femtedel av de sjukskrivna med rygg- och nackbesvär erhåller en rehabiliteringsåtgärd från arbetsgivaren. Fler kvinnor än män anger att arbetsgivaren bör sätta in åtgärder. Trots denna skillnad i behov får

ungefär lika stor andel män och kvinnor åtgärd vilket innebär att kvinnor får sina rehabiliteringsbehov tillfredsställda i lägre grad av arbetsgivaren än män. När en rehabiliteringsåtgärd väl kommer till stånd blir män oftast omplacerade eller får sina arbetsuppgifter förändrade. I andra hand blir arbetsplatsen anpassad. För kvinnor sker det omvända: arbetsplatsen anpassas oftast och omplacering eller förändring av arbetsuppgifter kommer i andra hand. Arbetsträning och arbetsprövning är vanligare för kvinnor än för män. Dessa resultat bör dock tolkas med försiktighet eftersom relativt få personer har blivit föremål för arbetsgivarens åtgärder.

Av de åtgärder som arbetsgivaren vidtar för att underlätta återgång i arbete sker anpassning av arbetsplatsen 78 dagar efter sjukskrivningens början i genomsnitt. Arbetsprövning eller arbetsträning vidtas något senare, efter 90 dagar. När det gäller ålder och rehabiliteringsåtgärd verkar arbetsgivarna behandla alla åldersgrupper relativt lika. Sjukskrivna under 30 år anser sig dock mer missgynnade eftersom nära en tredjedel av dem, dubbelt så många som i de övriga åldersgrupperna, anger att behöver rehabiliteringsåtgärder av arbetsgivaren men inte får några. Förklaringen kan vara, liksom för rehabiliteringsutredningar, att yngre oftare har tillfälliga anställningar än äldre.

Som väntat förekommer åtgärder i större utsträckning på större arbetsplatser än mindre, trots att behovet är lika stort. På de mindre arbetsplatserna anger var femte att de har otillfredsställda rehabiliteringsbehov. Bristen på åtgärder är hälften så stor på övriga arbetsplatser. Om arbetsplatserna fördelas efter bransch vidtas rehabiliteringsåtgärder till största andel, 39 procent, inom landstingen. Skillnaden är markant mot övriga sektorer/branscher där åtgärder vidtas i 20–25 procent av sjukfallen.

Om vi koncentrerar oss på de sjukfall där åtgärd inte vidtagits trots behov visar det sig att behoven på åtgärder från arbetsgivaren är störst i servicesektorn, där var femte anställd inte anser sig ha fått den hjälp de behöver. Detta kan jämföras med 13 procent i tillverkningssektorn. En jämförelse kan här göras med rehabiliteringsutredningar där försäkringskassan får ta över störst andel utredningar från just servicesektorn. Förutom kontakter med arbetsgivaren för informationshämtning om de sjukskrivna och deras arbetssituation, kan det bli aktuellt för försäkringskassan att ha så kallade flerpartssamtal med arbetsgivaren som en av samtalsparterna. Av försäkringskassans kontakter med arbetsgivaren leder hela 39 procent till ett flerpartssamtal, där flera aktörer med hjälp av sin sakkunskap försöker komma fram till en framgångsrik rehabiliteringssatsning. Förekomsten av dessa samtal ökar med arbetsplatsens storlek. Däremot finns det ingen större skillnad mellan olika branscher.

Under sjukskrivningsperioden fick de försäkrade beskriva vilka faktorer de uppfattade som nödvändiga förutsättningar för återgång i arbete. Vid en jämförelse mellan kvinnor och män visar det sig att de sjukskrivna kvinnorna anger 25 procent fler faktorer än män, vilket tyder på att kvinnor upplever större hjälpbehov än män. Under de första månaderna av sjukfallet är förändringar i arbetssituationen och stöd från arbetsgivare och arbetskamrater viktiga. Var tredje sjukskriven anser att arbetsgivarens hjälp och arbetskamraternas stöd vara avgörande för möjligheten att börja arbeta. Efter ett år tror de sjukskrivna inte lika mycket på arbetsgivarens möjligheter att hjälpa dem. Den mest framträdande faktorn, utöver minskade sjukdomsbesvär, är dock den egna motivation för att återgå i arbete. Mer än hälften hävdar efter en månads sjukskrivning att den egna viljan är en avgörande faktor för återgång i arbete. Betydelsen av motivation minskar, inte överraskande, ju längre sjukfallet pågår. Fortfarande efter två års sjukskrivning betraktar dock var fjärde sjukskriven motivationen som en betydelsefull drivkraft. Mer än var tredje anser sig inte ha råd att vara sjukskriven och ser den ekonomiska förlusten som en avgörande faktor under hela första året.

Samma frågor om avgörande faktorer ställdes även till dem som återgått i arbete. Svaren ger ett slags facit för vilka faktorer som var viktiga förutsättningar för arbetsåtergången. På kort sikt nämns den egna viljan och minskade sjukdomsbesvär som de mest avgörande faktorerna. Hela 85 procent av dem som återgick i arbete under det första året och över hälften av dem som återgick under det andra året, anser att den egna viljan var av avgörande betydelse. Under första året anser hälften av de tillfrågade den ekonomiska förlusten under sjukskrivningen vara en av de avgörande faktorerna. Däremot framstår faktorer knutna till arbetsplatsen som viktiga faktorer för många på längre sikt. En tredjedel av dem som återgick i arbete någon gång under andra året hävdade att arbetskamraternas stöd var av betydelse och nästan en fjärdedel åberopade arbetsgivarens hjälp som en viktig faktor. Nytt arbete och olika förändringar i arbetssituationen omnämns av hälften. Däremot var såväl fackets som försäkringskassans insatser av mindre betydelse för dessa långtidssjuka. Sammanfattningsvis antyder svaren att de sjukskrivna förväntar sig mycket hjälp från arbetsgivaren och arbetskamraterna, men förlorar tron på deras insatser på längre sikt. Å andra sidan visar svaren från dem som återgått i arbete att många lösningar växer fram just i samarbete mellan arbetsgivaren och de sjukskrivna och med bra stöd från arbetskamraterna.

Försäkringskassans rehabiliteringsansvar i arbetet med arbetsgivaren

Under sjukskrivningen tar försäkringskassan i högre grad kontakt med kvinnor än med män. Skillnaden är markant. Försäkringskassan kontaktar 60 procent kvinnor mot 40 procent män. Majoriteten av försäkringskassans samtliga kontakter med försäkrade och arbetsgivare är med den försäkrade. Endast 14 procent av kontakterna är mellan försäkringskassan och arbetsgivare. Försäkringskassan har minst kontakt med arbetsgivare för personer i åldern 18–29 år och flest kontakter för personer i åldern 30–39 år. Försäkringskassan har flest kontakter med de medelstora arbetsplatserna, med 10–49 anställda. Försäkringskassan kontaktar 16 procent av de stora, respektive 21 procent av de mellanstora arbetsgivarna. Andelen kontakter mellan försäkringskassa och mellanstora arbetsgivare är tre gånger fler än på de minsta arbetsplatserna med under 10 anställda.

Andelen där försäkringskassans första kontakt med arbetsgivaren följdes av ett flerparsamtal var 39 procent. Efter försäkringskassans kontakt med den försäkrade ledde 29 procent till ett flerparsamtal. Kontakter mellan försäkringskassan och arbetsgivaren som följs av flerparsamtal är i stort sett lika vanligt i alla åldersgrupper utom den yngsta där flerparsamtal är något ovanligare. För personer i den äldsta åldersgruppen leder försäkringskassans kontakter med arbetsgiver mer sällan till flerparsamtal. Kontakt mellan försäkringskassa och försäkrad för samma åldersgrupp leder däremot till större andel flerparsamtal än genomsnittet. Efter inledande kontakt mellan försäkringskassa och arbetsgivare är flerparsamtal vanligare ju större arbetsplatsen är. Undersökningsmaterialet visar ingen större skillnad mellan olika branscher/sektorer i samhället när det gäller kontakter som leder till flerparsamtal.

Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning, ska försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan med bland annat en tidsplan för rehabiliteringen. Andelen individer med rygg- och/eller nackbesvär där rehabiliteringen påbörjades före fastställd rehabiliteringsplan var 23 procent. Det upprättas en större andel rehabiliteringsplaner för kvinnor än för män. För båda grupperna var andelen där ingen plan hade upprättats, trots troligt behov, cirka 16 procent. Åldern ser däremot inte ut att ha någon större betydelse för om en rehabiliteringsplan upprättas eller ej. Alternativet, att ingen rehabiliteringsplan är aktuell, är naturligt nog som störst för den äldsta åldersgruppen, dvs. de mellan 50 och 59 år. Landstinget är den sysselsättningssektor där upprättande av rehabiliteringsplan är vanligast. I hela 36 procent av sjukfallen upprättades en rehabiliteringsplan, vilket kan jämföras med 20 procent

i den statliga sektorn. Den genomsnittliga tiden för fastställande av rehabiliteringsplanen är 134 dagar efter att sjukskrivningen har börjat.

1 Riksförsäkringsverkets undersökning Rygg och nacke

1.1 Bakgrund och syfte

Riksförsäkringsverket bedriver i samarbete med Sahlgrenska universitetssjukhuset en undersökning för att kartlägga vad som görs för att hjälpa människor med ryggbesvär tillbaka till arbetslivet och för att förbättra kunskapen om vad som kan göras för att hjälpa dem. Undersökningen ingår i ett internationellt projekt, *Work Incapacity and Reintegration*, som genomförs gemensamt av socialförsäkringsadministratio- nerna i Danmark, Israel, Nederländerna, Sverige, Tyskland och USA.

Ont i ryggen är den vanligaste diagnosen vid långvarig sjukskrivning och förtidspensionering i Sverige och i många andra länder. I Sve- rige svarar besvär i ryggen för drygt en femtedel av sjukpenningkostna- derna i sjukfall som är 60 dagar eller längre och för en lika stor andel av kostnaderna för nybeviljade sjukbidrag och förtidspensioner. Enligt en uppskattning som Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen gjort uppgår det produktionsbortfall som årligen uppstår på grund av ont i ryggen till 30 miljarder kronor. Därför fokuserar Riksförsäkringsver- kets undersökning på sjukskrivning på grund av ryggbesvär.

På begäran av AGRA-utredningen (Socialdepartementet, 1997:11) har Riksförsäkringsverket bearbetat uppgifter i de delar som undersök- ningen avser arbetsgivarens och försäkringskassans åtgärder för att hjälpa de sjukskrivna tillbaka till arbetet.

1.2 Genomförande och studiepopulation

Undersökningens främsta syfte är att utvärdera effekten av de åtgärder som vidtas för att återgång i arbete ska bli möjligt efter en tids sjuk- skrivning. Den är således åtgärdsinriktad och inte aktörsinriktad.

I den svenska undersökningen består studiepopulationen av 2 001 anställda i åldern 18–59 år som har varit sjukskrivna minst 28 dagar på

heltid för ländryggsbesvär eller nackbesvär.¹ De som var företagare eller arbetslösa i början av sjukskrivningen har således uteslutits. Samtliga personer som uppfyllde dessa kriterier valdes fortlöpande ut vid 28 dagars sjukskrivning (inklusive sjuklöneperioden) mellan november 1994 och oktober 1995 vid de allmänna försäkringskassorna i Göteborg samt i Stockholms, Kristianstads, Västmanlands och Västernorrlands län. Undersökningsgruppen följdes under två år och fick under denna period besvara enkäter vid fyra tillfällen: 28 och 90 dagar samt ett och två år efter den ursprungliga sjukskrivningsdagen. Enkäterna berör den försäkrades hälsotillstånd, arbetssituation, arbetsförmåga, social situation och ekonomiska förhållanden, medicinska behandlingar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Från försäkringskassorna samlades uppgifter in om till exempel försäkringskassans handläggning av sjukfall och om vidtagen arbetslivsinriktad rehabilitering under motsvarande tvåårsperiod.

Var tionde tillfrågad avstod från att medverka i undersökningen, vilket är en normal andel i undersökningar av denna typ. Uppgifter från försäkringskassan finns således för 91 procent av studiepopulationen, 1 822 personer. Därutöver uppstod ett bortfall under den tvååriga undersökningsperioden. Den första enkäten besvarades av 70 procent av studiepopulationen, 1 393 personer. Samtliga fyra enkäter besvarades av 887 personer.

Män besvarade enkäterna i mindre utsträckning än kvinnor och de yngre i lägre grad än de äldre. De som var sjukskrivna under kortare tid än tre månader svarade också i mindre utsträckning än de som var sjukskrivna under en längre tid. Bortfallet av svar var störst i Göteborg.²

1.3 Rapportens uppläggning

I det följande kapitlet redovisas de uppgifter som utredningen har beställt från undersökningen Rygg och nacke. Avsnitt 2.1 inleds med en presentation av karakteristika för de sjukskrivna och deras arbetsplatser. Såväl de sjukskrivnas förväntningar på insatser från olika aktörer som möjligheter till återgång i arbete på samma arbetsplats belyses. Avsnittet innehåller även en översiktlig beskrivning av när de sjukskrivna avslutar sina sjukfall under den tvååriga uppföljningstiden. I avsnitt 2.2 beskrivs rehabiliteringsprocessen fram till den punkt då

¹ Minst 90 dagar i den internationella studien.

² Närmare beskrivning av studiepopulationen och bortfall finns i *Projektbeskrivning och undersökningsgrupp, Rygg och Nacke 1*, Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska universitetssjukhuset, 1997.

rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd. En beskrivning av arbetsgivarens insatser finns att läsa i avsnitt 2.2.1 och en beskrivning av försäkringskassans åtgärder i samverkan med arbetsgivare återfinns i avsnitt 2.2.2.

2 Resultat

Även om undersökningen inte är aktörsinriktad är det möjligt att särskilja arbetsgivarens åtgärder från de åtgärder som initieras av försäkringskassan upp till 89 dagar efter sjukskrivningens början.³ Med hjälp av de uppgifter som de sjukskrivna lämnat i 90-dagarsenkäten är det möjligt att få en relativt heltäckande bild av arbetsgivarens åtgärder för att underlätta arbetsåtergång under de tre första månaderna av sjukskrivningen. Försäkringskassans handläggning av sjukfall och samordning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan belysas under hela den tvååriga undersökningsperioden med uppgifter som försäkringskassan lämnat. Redovisningen baserar sig huvudsakligen på de enskildas enkätsvar och i mindre grad på information från försäkringskassan.⁴

2.1 Vad karakteriserar de sjukskrivna och deras möjligheter till återgång i arbete ?

Kön och ålder

Majoriteten av dem som sjukskrivits fyra veckor eller längre för besvär i ländrygg eller nacke var kvinnor (57 procent). Däremot var åldersfördelningen relativt jämn. Närmare 90 procent fördelades jämnt i åldersgruppen 30–59 år. Resterande 13 procent fanns i åldersgruppen 18–29 år.

³ De två aktörerna var inte längre möjliga att skilja på i samband med åtgärder för perioden 90 dagar–2 år efter sjukskrivningens början då studien anpassades till den internationella studien, där aktörsperspektivet inte ingår.

⁴ Antalet svar varierar i redovisningen såväl mellan som inom enkäterna. Variationen beror bland annat på bortfallet mellan enkäterna. Dessutom har vissa frågor endast ställts till en utvald del av personerna. Några har också valt att lämna en del frågor obesvarade. Informationen från försäkringskassan avser betydligt fler personer än enkätsvarerna eftersom bortfallet av uppgifter från försäkringskassan är mycket litet.

Arbetsplatsens storlek

En betydande majoritet av undersökningsgruppen, 64 procent, arbetade på arbetsplatser som hade färre än 50 anställda. En fjärdedel arbetade på mycket små arbetsplatser med färre än 10 anställda.⁵ Män arbetade i större utsträckning än kvinnor på stora arbetsplatser.

Bransch och facklig tillhörighet

Den branschindelning som används i denna redovisning är, enligt önskemål från AGRA-utredningen, en kombination av Svensk näringsgrensindelning (SNI) och typ av arbetsgivare inom offentlig förvaltning. Fördelade på detta sätt återfinns drygt en tredjedel av de sjukskrivna inom tillverkningsindustrin och knappt en tredjedel inom servicesektorn. En tredjedel är anställda inom offentlig förvaltning med kommunen som den klart dominerande arbetsgivaren med 23 procent av samtliga sjukskrivna.⁶ Klara könsskillnader finns när det gäller branschtillhörighet. Hälften av kvinnorna är anställda i offentlig förvaltning, framför allt i kommuner. Två tredjedelar av männen har arbete i tillverkningsindustrin och en fjärdedel i servicesektorn. Endast åtta procent av männen är anställda i den offentliga sektorn. Sju av åtta män och nio av tio kvinnor är anslutna till ett fackligt förbund.

Friskskrivning

Undersökningsgruppen hade varit sjukskriven på heltid i fyra veckor när den valdes till studien. Av gruppen blev sammanlagt 39 procent helt friskskrivna inom 90 dagar, 75 procent inom ett år och 83 procent inom två år. Kvinnor är vanligen sjukskrivna under en längre tid än män och så är fallet även i denna undersökning. Av männen blev 43 procent helt friskskrivna inom tre månader jämfört med 36 procent av kvinnorna. Skillnaden minskar endast marginellt på två års sikt. De äldre friskskrivs senare än de yngre. Det är framför allt åldersgruppen 50–59 år som skiljer sig från de övriga åldersgrupperna och skillnaden ökar mot slutet under den tvååriga uppföljningstiden. Exempelvis blir 90

⁵ Antalet anställda kan avse endast delar av företaget eller förvaltningen. Om verksamheten var spridd över orten eller landet avsåg frågan dem som arbetade på samma adress.

⁶ I Göteborg, varifrån 26 procent av studiepopulationen kommer, är kommunen huvudman för sjukvården.

procent i åldersgruppen 18–39 år helt friskskrivna inom två år, jämfört med 73 procent i åldersgruppen 50–59 år.

Friskskrivningen är vanligast på de största arbetsplatserna, framför allt på kort sikt. På arbetsplatser med 50 eller fler anställda blev 42 procent friskskrivna inom tre månader. Detta kan jämföras med 35 procent friskskrivna på arbetsplatser med färre än 50 anställda.

Friskskrivningen varierar på kort sikt kraftigt mellan olika branscher men jämnar ut sig med tiden. I kommuner samt i tillverknings- och servicesektorn sker friskskrivningen tidigast. Inom tre månader blev cirka 40 procent av de sjukskrivna helt friskskrivna vilket kan jämföras med resultatet i landsting (32 procent) och staten (25 procent). Skillnaden mellan branscherna minskar dock redan under det första året till fem procentenheter.

Sammanfattningsvis verkar det på några månaders sikt finnas tydliga skillnader i friskskrivningsgrad mellan män och kvinnor, mellan anställda på arbetsplatser av olika storlek och mellan olika branscher. Även om det inte kan dras några säkra slutsatser om orsakerna till skillnaderna mellan olika typer eller storlekar av arbetsgivare så kan resultatet vara en indikation på arbetsgivarnas skilda förutsättningar att klara av det ansvar för rehabiliteringen som ålagts dem. Skillnaderna jämnar ut sig på 1–2 års sikt. Detta skulle kunna tyda på att de eventuella initiala skillnaderna, som de olika arbetsgivarnas åtgärder kan ge upphov till, försvinner och att tillgången till rehabiliteringsåtgärder och återgång i arbete blir mera likartade då försäkringskassan påbörjat samordningen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Möjligheter till återgång i arbete

Förutsättningar för återgång i arbete påverkas av många andra faktorer än hälsotillstånd. En faktor som underlättar återgången är en fortsatt anställning hos arbetsgivaren.

I 28-dagarsenkäten och 90-dagarsenkäten svarar drygt 80 procent att de har ett arbete att återvända till. Redan under de första månaderna efter sjukskrivningens början har således var tionde sjukskriven förlorat sin anställning och var trettonde befarar att bli friställd. Elva månader senare, i 1-årsenkäten, har andelen sjukskrivna som har anställning minskat till 63 procent.

Vilka möjligheter finns då för arbetsgivare att göra insatser för resterande 80 procent av de anställda för att hjälpa dem tillbaka till arbetet? Drygt en fjärdedel av de sjukskrivna uppger i både 28-dagars och 90-dagarsenkäten att deras arbetsgivare har arbetsuppgifter som de kan utföra med hänsyn till ryggbesvären. I deras fall finns således, enligt de sjukskrivna anställdas uppfattning, möjligheter till omplacering till andra arbetsuppgifter som kan skötas trots ryggbesvär. Samtidigt anger cirka 40 procent att sådana arbetsuppgifter inte finns att tillgå hos arbetsgivaren och nästan lika många är osäkra på arbetsgivarens möjligheter att erbjuda lämpliga arbetsuppgifter.

Klimatet på arbetsplatsen kan också bidra till de sjukskrivnas egen bedömning om möjligheten att återgå i arbete och till viljan att göra det. De allra flesta, omkring 80 procent, känner sig välkomna tillbaka. En av fem går således i ovisshet om framtiden hos arbetsgivaren eller känner sig till och med ovälkommen tillbaka.

Avgörande faktorer för arbetsåtergång

De sjukskrivna ombads att ange vilka faktorer de uppfattade som nödvändiga förutsättningar för återgång i arbete. Det fanns 13 alternativa faktorer att välja mellan och man kunde välja ett valfritt antal alternativ. Fyra alternativ handlade om förändringar på arbetsplatsen och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och fyra alternativ om stöd och hjälp från olika parter på arbetsplatsen. Övriga alternativ rörde motivation och ekonomiska drivkrafter samt insatser från försäkringskassan.

Tabell 1 Avgörande faktorer för möjligheten till arbetsåtergång. Procent

Avgörande faktor	Enkät till individerna efter			
	28 dagar	90 dagar	1 år	2 år
Minskade besvär/ effektiv behandling	91	91	85	100
Yrkesinriktad träning/ arbetsprovning	20	24	26	30
Förändringar i arbetsuppgifter/ arbetshjälpmedel	19	20	12	18
Nytt arbete/ andra arbetsuppgifter	28	31	36	28
Kortare arbetstid	24	27	30	25
Arbetsgivarens hjälp	32	33	23	14
Företagshälsovårdens hjälp	20	16	10	13
Arbetskamraternas stöd	30	27	16	14
Fackets hjälp	13	13	13	13
Försäkringskassans hjälp	25	29	31	26
Min egen vilja att börja arbeta	54	48	34	24
Har inte råd att vara sjukskriven	38	37	35	13
Antal	1019	655	288	119

Anm. Eftersom flera alternativ kan väljas samtidigt överstiger summan av procenttalen 100.

Bland de 13 alternativen, där de två första har slagits ihop i tabell 1, valde kvinnorna ut 25 procent fler alternativ än männen. Att flera villkor ska vara uppfyllda för kvinnorna innan återgång i arbete blir möjligt tyder på att kvinnorna upplever ett större hjälpbehov än männen.

Minskade besvär är naturligtvis den faktor som nämns av de flesta. Under de första månaderna är även förväntningar på förändringar i arbetssituationen och stöd från arbetsgivaren och arbetskamraterna framträdande. Närmare en tredjedel av de sjukskrivna anser arbetsgivarens hjälp och arbetskamraternas stöd vara av avgörande betydelse för möjligheten att börja arbeta. Fackets hjälp nämns endast av 13 procent av de sjukskrivna. Efter ett år tror de sjukskrivna inte längre lika mycket på arbetsgivarens möjligheter att hjälpa dem tillbaka till arbetslivet. I stället uppger man att ett annat arbete, försäkringskassans hjälp och arbetsprovning eller yrkesinriktad träning skulle vara tänkbara lösningar till arbetsåtergång.

Även de sjukskrivnas egen långsiktiga prognos för arbetsförmågan visar att ett annat arbete är för många ett nödvändigt villkor för återgång i arbete. En fjärdedel anger redan i svaren på 28-dagarsenkäten att de kommer att arbeta i ett annat yrke. Prognosen blir, naturligt nog,

dystrare ju längre sjukskrivningen fortgår. Efter ett års sjukskrivning anser en tredjedel att de måste byta yrke. En fjärdedel tror att de aldrig kommer att kunna arbeta igen. Av dem som inte tror sig kunna arbeta igen anger de flesta hälsotillstånd som orsak till arbetsförmågan men mer än var tredje anger att något lämpligt arbete inte finns att tillgå. Det är således troligt att många skulle kunna fortsätta att arbeta om de kunde finna ett annat arbete där deras restarbetsförmåga skulle kunna tas tillvara.

2.2 Översikt av rehabiliteringsprocessen

I detta avsnitt ger vi en kort allmän presentation av rehabiliteringsprocessen fram till dess att rehabiliteringsåtgärd kommer till stånd. Sedan 1992 har arbetsgivaren ett förstahandsansvar för de anställdas rehabilitering. Den försäkrades arbetsgivare skall, tillsammans med den anställde, klarlägga eventuellt rehabiliteringsbehov och se till att nödvändiga rehabiliteringsåtgärder vidtas. Försäkringskassan har ansvaret för att bevaka att behovet klarläggs. En rehabiliteringsutredning görs bland annat när behovet av rehabilitering är oklart eller när det kan bli aktuellt med åtgärder utanför arbetsplatsen. Om det inte framstår som obehövt ska en rehabiliteringsutredning påbörjas inom fyra veckor från det att anmälan om sjukdom gjorts. Utredningen ska leveras till försäkringskassan inom åtta veckor. En utredning ska göras om den försäkrade på grund av sjukdom varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete längre tid än fyra veckor i följd, om den anställde haft flera kortare sjukfall eller själv begär en utredning.

Ofta behövs flera olika rehabiliteringsåtgärder och lika ofta är ansvaret fördelat på olika aktörer. Försäkringskassan ska samordna rehabiliteringen och se till att åtgärder vidtas snabbt och smidigt (Rehabilitering och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring (AFL), RFV REKOMMENDERAR 1991:12). Försäkringskassan ansvarar för att planera och aktivt följa upp den rehabilitering som den försäkrade behöver. I särskilda fall, t.ex. om den försäkrade har flera arbetsgivare, ska försäkringskassan överta rehabiliteringsutredningen. För att underlätta samarbetet vid rehabilitering ska det, enligt Riksförsäkringsverkets föreskrifter, finnas lokala samverkansgrupper i varje kommun. Men i det enskilda rehabiliteringsärendet kan informella grupper, vars sammansättning varierar utifrån den försäkrades behov, tillsättas efter behov. För att se till att rehabiliteringsåtgärden blir så effektiv som möjligt ska försäkringskassan, efter medgivande av den försäkrade, verka för att ett flerpartssamtal kommer till stånd. I dessa

möten kan berörda representanter från arbetsgivare, hälso- och sjukvård, socialtjänst och arbetsmarknadsmyndigheter deltaga.

Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd som ger rätt till ersättning, ska försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planens syfte är att se till att den försäkrade får den rehabilitering som är nödvändig för återgång i arbete. Planen är även underlag för försäkringskassans beslut om ersättning. I arbetet med rehabiliteringsplanen tar försäkringskassan dels kontakt med de sjukskrivna och dels med arbetsgivare och övriga aktörer efter behov. Försäkringskassan ansvarar för att rehabiliteringsplanen följs. Rehabiliteringsplanen ska bland annat innehålla en tidsplan för rehabiliteringen, vilka åtgärder som planeras och vem som ansvarar för att åtgärderna vidtas. Rehabiliteringsutredningen och rehabiliteringsplanen är båda led i att nå fram till en lämplig rehabiliteringsåtgärd för den försäkrade.

För att få en uppfattning om när de olika stegen i rehabiliteringsprocessen kan tas, ges i figur 2 en översikt av mediantidpunkterna för de vidtagna åtgärderna i samband med sjukskrivning för besvär i rygg och nacke. För att förtydliga aktörernas roll i rehabiliteringsprocessen har de genomsnittliga tidpunkterna delats upp på arbetsgivare och försäkringskassa.

2.2.1 Arbetsgivarens åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete

Kontakter mellan arbetsplatsen och de sjukskrivna

Vikten av att hålla kontakt under sjukskrivningen har på senare tid poängterats för både de sjukskrivna och arbetsgivare. Kontakter har setts som en viktig förebyggande faktor för utvecklingen av en sjukroll. Nio av tio har också haft kontakt med sin arbetsplats under sjukskrivningen inom 90 dagar. Närmare tre fjärdedelar av dem som har haft kontakt anger att de själva har tagit den första kontakten med arbetsplatsen.

Hos arbetsgivare är det främst arbetsledare som tar den första kontakten med de sjukskrivna. Arbetsledare svarar för 13 procent av de första kontakterna. Arbetskamraterna är också en aktiv part och svarar för en nästan lika stor andel av de första kontakterna. Däremot tas den första kontakten mycket sällan av personalansvarig eller företagshälsovård.

I Riksförsäkringsverkets tillsynsrapport Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna (RFV ANSER 1998:4) konstateras att arbetsgivaren troligen inte tar kontakt med de anställda under sjukskrivningen för att diskutera återgången i arbete. Resultaten i denna undersökning styrker de brister som lyfts fram i tillsynen av rehabiliteringen såtillvida att arbetsgivarens andel av de första kontakterna är liten. Samtidigt bör hänsyn dock tas till att även de sjukskrivna anställda har ett ansvar för sin egen situation och sin rehabilitering. Den stora majoriteten av de anställda hävdar också att de varit aktiva och tagit den första kontakten med arbetsgivaren.

Arbetsgivarens agerande

Den första kontakten är en naturlig utgångspunkt för arbetsgivarens fortsatta agerande. I 90-dagarsenkäten anser drygt en tredjedel att arbetsgivaren tidigt var mån om att hjälpa de sjukskrivna tillbaka till arbete, medan en femtedel anger att arbetsgivaren visserligen var angelägen om att hjälpa men att det tog tid innan åtgärder kom till stånd. I 35 procent av fallen anses arbetsgivaren vara passiv och brista i engagemang, och var tionde sjukskriven anger till och med att arbetsgivaren har uttryckt misstanke om att de inte var sjuka.

Undersökningsgruppen bedömer arbetsgivarens agerande något annorlunda än försäkringskassans agerande. Fler sjukskrivna anser att arbetsgivaren avvaktar passivt utan att vidta åtgärder, färre anser att så

är fallet med försäkringskassan. Men i de fall där aktörerna vidtar åtgärder anser de sjukskrivna att arbetsgivaren agerar snabbare än försäkringskassan.

Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning

Vad som ligger bakom den allmänna bedömningen av arbetsgivarens agerande kan belysas med ytterligare information om arbetsgivarens åtgärder. Hälften av de sjukskrivna anger att arbetsgivaren har gjort en rehabiliteringsutredning. I en femtedel av fallen tar de sjukskrivna initiativ till utredning medan arbetsgivaren, i likhet med försäkringskassan, är den aktiva parten i 15 procent av fallen. Även här anser de sjukskrivna att de själva har varit mer aktiva än arbetsgivaren.

På basis av den information som finns tillgänglig i undersökningen finns det ingen möjlighet att bedöma om det var obehövt att göra en utredning i den andra hälften av fallen. Klart är att många avslutade sin sjukskrivning relativt snart efter den 28:e dagen då de valdes till undersökningen och att en rehabiliteringsutredning inte var motiverad i deras fall. Hela 61 procent av undersökningsgruppen var dock sjukskrivna längre än tre månader. Därtill kommer de som var sjukskrivna uppemot tre månader. I de allra flesta av dessa längre sjukfall skulle en rehabiliteringsutredning troligen ha behövts. Mot bakgrund av detta ter det sig märkligt att en rehabiliteringsutredning endast gjordes i 49 procent av fallen. Även om hänsyn tas till att några kan ha vänt sig till försäkringskassan med ett krav på att kassan skulle göra en utredning i stället för arbetsgivaren antyder svaren en passivitet från arbetsgivarens sida.

Informationen från försäkringskassan, som kan sägas vara mer objektiv än de enskildas svar när det gäller rehabiliteringsutredning, förstärker den negativa bilden. Enligt *försäkringskassan* genomförs rehabiliteringsutredning endast i fyra sjukfall av tio.⁷ I en tredjedel av fallen var en utredning inte aktuell. I vart fjärde fall genomfördes ingen utredning trots att den inte hade noterats som obehövt av försäkringskassan. Vår tolkning av försäkringskassans noteringar i de enskilda ärendena är att behoven av rehabiliteringsutredning inte blir tillfredsställda i en fjärdedel av fallen.

⁷ Skillnaden mellan de olika informationskällorna kan förklaras av att några sjukskrivna kan ha uppfattat diskussioner med arbetsgivaren om rehabiliteringsbehov och möjligheter till åtgärder som en rehabiliteringsutredning även om ingen officiell rehabiliteringsutredning har genomförts.

Arbetsgivaren är, med överväldigande majoritet, den aktör som genomför rehabiliteringsutredningen. I över 80 procent av sjukfallen svarar arbetsgivaren för utredningen. Endast i sju procent av sjukfallen har försäkringskassan utfört arbetsgivarens åligganden.

Tabell 2 Genomförande av rehabiliteringsutredning enligt försäkringskassan. Procent

Aktör	Rehabiliterings- utredning
Arbetsgivaren utförde sina åligganden	80
Försäkringskassan utförde arbetsgivarens åligganden	7
Försäkringskassan utförde sina åligganden	13
Totalt	100

Not. Redovisningen baseras på 688 rehabiliteringsutredningar.

"Försäkringskassan utförde sina åligganden" åsyftar bland annat de tillfällen när den försäkrade har flera arbetsgivare.

Om vi närmare studerar de rehabiliteringsutredningar där arbetsgivaren bör sköta sina åligganden, så visar det sig att arbetsgivaren genomför rehabiliteringsutredningen i 90 procent av dessa fall. Försäkringskassan träder in i arbetsgivarens ställe i vart tionde fall.

En närmare granskning av de sjukfall där arbetsgivaren genomför rehabiliteringsutredningen visar också att denne självmant lämnar en tillfredsställande utredning i 72 procent av fallen. Försäkringskassan måste dock påminna arbetsgivaren om att inkomma med en utredning i 20 procent av fallen och komplettera arbetsgivarens utredning i åtta procent av fallen. Mediantiden för arbetsgivares leverans av tillfredsställande rehabiliteringsutredningar är 76 dagar.

Enligt försäkringskassan är kvinnor i större utsträckning i behov av en rehabiliteringsutredning än män. För 69 procent av kvinnorna är en rehabiliteringsutredning aktuell, vilket ska jämföras med 59 procent av männen. Kvinnor blir också föremål för en utredning i större utsträckning än män. Rehabiliteringsutredning genomförs för 44 procent av kvinnorna och för 32 procent av männen. Bristen på behovstillfredsställelse när det gäller utredning är ungefär lika för män och kvinnor.

Arbetsgivaren gör inte någon skillnad mellan män och kvinnor utan en utredning görs ungefär lika ofta för bägge könen. Rehabiliteringsutredning är också aktuell i ungefär lika stor utsträckning i alla åldersgrupper. Utredning genomförs i cirka 40 procent av fallen i samtliga åldersgrupper. Bristen på behovstillfredsställelse när det gäller rehabiliteringsutredning är dock högst, närmare 30 procent, i åldersgruppen

30–39 år, vilket kan jämföras med 23 procent i åldersgruppen 50 år eller äldre där behoven av utredning tillgodoses i högre grad. Äldre sjukskrivna blir således föremål för utredning i större utsträckning men friskskrivs i mindre grad än övriga åldersgrupper.

Arbetsgivaren utför rehabiliteringsutredningen för 90–95 procent av åldersgruppen 30–59 år och för 81 procent av åldersgruppen under 30 år. Förklaringen till att försäkringskassan måste träda in i arbetsgivarens ställe i vart femte fall i åldersgruppen 18–29 år kan vara att arbetsmarknadssituationen är mindre stabil för denna grupp. De har oftare tillfälliga anställningar än de äldre och mer etablerade åldersgrupperna på arbetsmarknaden. Även om de yngsta hade arbete när de valdes till vår undersökning kan många av dem vid tiden för en eventuell rehabiliteringsutredning vara arbetslösa eller ha en deltidsanställning hos flera arbetsgivare. I sådana fall åvilar ansvaret för rehabiliteringsutredningen på försäkringskassan.

Försäkringskassan anger att det finns *behov* av rehabiliteringsutredning i 73 procent av sjukfallen på arbetsplatser av mellanstorlek, det vill säga arbetsplatser med mellan 10 och 49 anställda, och i drygt 60 procent av sjukfallen på de övriga arbetsplatserna.⁸ Skillnaden i andel genomförda rehabiliteringsutredningar är påtaglig mellan arbetsplatser av olika storlek. Störst andel rehabiliteringsutredningar sker vid arbetsplatser av mellanstorlek, där 40 procent av de sjukskrivna erhåller en rehabiliteringsutredning. Detta kan jämföras med de större arbetsplatserna där endast en fjärdedel av de anställda blir föremål för en rehabiliteringsutredning. När det gäller andelen rehabiliteringsutredningar som inte genomförs trots troligt behov är de större arbetsplatserna, med mer än 49 anställda, sämst.

⁸ Antalet anställda kan avse endast delar av företaget eller förvaltningen. Om verksamheten var spridd över orten eller landet avsåg frågan de anställda som arbetade på samma adress.

Tabell 3 Rehabiliteringsutredning efter storlek på arbetsplatsen och aktör. Procent

Antalet anställda*	Rehabiliteringsaktör		
	Arbetsgivaren utförde sina åligganden	Försäkrings-kassan utförde arbetsgivarens åligganden	Totalt
Mindre än 10	85	15	100
10–49	92	8	100
50 eller fler	90	10	100
Totalt	90	10	100

Anm.. * Om verksamheten är spridd över orten eller landet avses det antal anställda inom företaget eller förvaltningen som arbetar på samma adress. Totalt antal svar =313

En jämförelse mellan arbetsplatsens storlek och vilken aktör som utför rehabiliteringsutredningen visar bland annat att försäkringskassan genomför 15 procent av de små arbetsplatsernas rehabiliteringsutredningar. Detta kan jämföras med 8–10 procent av utredningarna på arbetsplatserna med mer än tio anställda.

Behov av rehabiliteringsutredning är störst, cirka 70 procent, i landsting och kommuner, och något lägre, drygt 60 procent, i de övriga branscherna enligt försäkringskassans uppgifter.

Enligt försäkringskassan är andelen rehabiliteringsutredningar störst inom stat och landsting. Inom dessa sektorer görs rehabiliteringsutredningar i 47 procent av fallen, vilket är nära tio procentenheter fler än i tillverkningsbranschen. En viss försiktighet bör dock iaktas i tolkningen av statistiken för den statliga sektorn, eftersom den grundar sig på små tal.

I en fjärdedel av sjukfallen i kommuner, landsting och i tillverkningssektorn görs ingen rehabiliteringsutredning trots troligt behov av en sådan. Behovstillfredsställelsen är något högre i övriga branscher.

När befintliga rehabiliteringsutredningar fördelas på aktör och bransch/sysselsättningssektor är andelen av arbetsgivaren utförda rehabiliteringsutredningar minst inom serviceområdet, 85 procent. Detta kan exempelvis jämföras med 91 procent i tillverkningssektorn. Många arbetsgivare i servicesektorn, t.ex. restauranger, frisersalonger och bilverkstäder, har relativt få anställda. Vi har tidigare visat att arbetsgivare i små företag genomför endast 85 procent av rehabiliteringsutredningarna. Arbetsplatser med ett fåtal anställda och hemvist inom servicenäringen torde ofta sammanfalla.

Den största andelen arbetsgivare som uppfyller sitt utredningsansvar finns inom den kommunala sektorn, där 94 procent av de sjukskrivna blir föremål för arbetsgivarens rehabiliteringsutredning.

Sammanfattningsvis utförs, enligt information från försäkringskassan, en rehabiliteringsutredning i 40 procent av sjukfallen med besvär i rygg och nacke. Av dessa genomförs fyra femtedelar av arbetsgivaren. Studeras endast fall där ansvaret för rehabiliteringsutredningen åvilar arbetsgivaren genomför denne nio av tio utredningar. Rehabiliteringsutredning är vanligare för kvinnor än för män och utförs oftare på mellanstora arbetsplatser. Stat och landsting tillhör de branscher/sysselsättningssektorer där utredning är vanligast förekommande. Minst andel utredningar sker i tillverkningsbranschen. Bristen på behovsstillsättning när det gäller rehabiliteringsutredning är störst på stora arbetsplatser och på arbetsplatser i kommuner, landsting och i tillverkningssektorn. Jämfört med övriga åldersgrupper får försäkringskassan utföra fler av arbetsgivarnas utredningsåligganden för personer i åldern 18–29 år. Försäkringskassan genomför även 15 procent av de små arbetsplatsernas rehabiliteringsutredningar och av utredningarna inom servicesektorn.

Försäkringskassans kontakt med arbetsgivare leder till flerpartssamtal om rehabilitering

Försäkringskassan kan behöva samordna de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärderna för att hjälpa de sjukskrivna tillbaka till arbetslivet. Kontakter med arbetsgivaren för informationshämtning om de sjukskrivnas arbetsituation och arbetsgivarens rehabiliteringsutredning kan behöva kompletteras med så kallade flerpartssamtal, med eller utan arbetsgivare som en av samtalsparterna. Av försäkringskassans kontakter med arbetsgivaren leder hela 39 procent till ett flerpartssamtal där flera aktörer med hjälp av sin sakkunskap försöker komma fram till en framgångsrik rehabiliteringssatsning.

Förekomst av rehabiliteringsåtgärder från arbetsgivaren

I detta avsnitt redovisas förekomst av arbetsgivarens åtgärder för att främja arbetsåtergång. Frågor kring åtgärderna ställdes i 90-dagarsenkäten till dem som hade återgått i arbete innan de besvarade enkäten. I senare enkäter var det inte längre möjligt att urskilja vilken aktör som hade vidtagit de olika arbetslivsinriktade åtgärderna eftersom frågorna måste anpassas till den internationella enkätens struktur och innehåll.

Eftersom arbetsgivaren är den aktör som tidigast får kännedom om sjukskrivningen och bäst känner till den enskildes arbetsituation och behov i förhållande till arbetsuppgifterna, kan svaren om arbetsgivarens åtgärder under de första månaderna ge en klar indikation på arbetsgivarens åtgärdsplan.

Enligt *undersökningsgruppens egen bedömning* finns behov av rehabiliteringsåtgärder från arbetsgivarens sida i drygt en tredjedel av fallen. Behoven varierar dock mellan könen. Fler kvinnor än män anger att arbetsgivaren bör vidta åtgärder.

Trots skillnader i behov vidtas åtgärder för ungefär lika stor andel, drygt 20 procent, av männen och kvinnorna. Kvinnornas behov tillfredsställs således i mindre utsträckning än männens. För 11 procent av männen och 18 procent av kvinnorna vidtar arbetsgivaren inte någon åtgärd för att underlätta arbetsåtergång, trots att dessa ansett sig behöva hjälp.

Över hälften av åldersgruppen 18–29 år och en tredjedel av åldersgruppen 30–59 år anser att de är i behov av rehabiliteringsåtgärder som tillhandahålls av arbetsgivaren. Arbetsgivaren vidtar åtgärder i 23 procent av fallen i åldrarna 18–49 år och i 19 procent av fallen i åldersgruppen 50–59 år. Arbetsgivaren förefaller således behandla de olika ålderskategorierna relativt lika utan att ägna sig åt någon större negativ särbehandling av de äldsta åldersgrupperna. Åldersgruppen under 30 år utmärker sig däremot som missgynnad eftersom hela 28 procent av dem anger att de behövde hjälp från arbetsgivaren för att återgå i arbete, men inte blev föremål för några åtgärder. Denna andel är dubbelt så stor som i de övriga åldersgrupperna. En förklaring till varför arbetsgivaren erbjuder de yngre anställda rehabiliteringsåtgärder i mindre utsträckning än de äldre kan vara att de yngre oftare har tidsbegränsade anställningar och därmed en lösare anknytning till arbetsmarknaden.

Företag eller förvaltningar av olika storlek kan ha olika möjligheter att motsvara de sjukskrivnas förväntningar när det gäller insatser för att underlätta och möjliggöra återgång i arbete. Det gäller exempelvis möjligheter till omplacering eller förändringar av arbetsuppgifter som kan vara svårare att genomföra på mindre arbetsplatser. I denna undersökning är behoven lika omfattande oavsett arbetsplatsens storlek. Enligt de tillfrågade vidtas dock åtgärder i större utsträckning på större arbetsplatser än på mindre. På arbetsplatser med färre än tio anställda vidtas åtgärder i 15 procent av fallen, på arbetsplatser med mer än 49 anställda i 26 procent av fallen.

Tabell 4 Förekomst av rehabiliteringsåtgärder från arbetsgivaren efter arbetsplatsens storlek. Procent

Antal anställda*	Förekomst av rehabiliteringsåtgärd			Totalt
	Nej, inget behov	Nej, trots behov	Ja, åtgärd vidtagen	
Mindre än 10	64	21	15	100
10-49	65	12	23	100
50 eller fler	63	11	26	100
Totalt	63	15	22	100

Anm. * Om verksamheten är spridd över orten eller landet avses det antal anställda inom företaget eller förvaltningen som arbetar på samma adress.

Totalt antal svar = 377.

På de mindre arbetsplatserna anger var femte sjukskriven att deras behov av rehabilitering inte har tillgodosetts. Bristen på åtgärder är betydligt mindre, 11 procent, på de största arbetsplatserna (50 anställda eller mer). Såsom tidigare redovisats utför de största arbetsplatserna minst antal rehabiliteringsutredningar, trots ett troligt behov. Enligt de anställda ligger de största arbetsplatserna dock bäst till när det gäller vidtagna åtgärder. Detta förhållande skulle kunna innebära att de största arbetsplatserna vidtar åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete men underlåter i en del fall att göra en formell rehabiliteringsutredning.

Om arbetsplatserna fördelas efter bransch visar det sig att behoven på åtgärder från arbetsgivaren är störst i servicesektorn.

Tabell 5 Förekomst av rehabiliteringsåtgärder från arbetsgivaren efter bransch. Offentlig förvaltning och andra tjänster uppdelade efter typ av arbetsgivare. Procent

Bransch/typ av arbetsgivare	Förekomst av rehabiliteringsåtgärd			Totalt
	Nej, inget behov	Nej, trots behov	Ja, åtgärd vidtagen	
Tillverkning	66	13	21	100
Service	55	20	25	100
Offentlig förvaltning:				
Kommun	64	16	20	100
Landsting	49	13	39	100
Staten	77	0	23	100
Totalt	63	15	22	100

Anm. Totalt antal svar = 338

Det är dock vanligast i servicesektorn och i kommuner att behoven inte blir tillgodosedda. Trots behoven får 20 respektive 16 procent av de sjukskrivna inte någon hjälp av dessa arbetsgivare. Kommuner är arbetsgivare som har brister i sin rehabiliteringsverksamhet. Behovstillfredsställelsen är bristfällig oftast i kommuner, både när det gäller utredningar och åtgärder.

Vidtagna rehabiliteringsåtgärder

I detta avsnitt studerar vi närmare vilka typer av åtgärder arbetsgivaren erbjuder och vilka som blir föremål för åtgärderna. Endast 39 procent av de sjukskrivna återgick i arbete under de tre första månaderna och var femte av dessa blev föremål för en åtgärd från arbetsgivarens sida. Eftersom åtgärder har vidtagits för relativt få redovisas ingen detaljerad statistik om fördelningen av åtgärder efter typ. Vår redovisning anger endast grov storleksordning mellan åtgärderna. Åtgärderna kan inte heller fördelas efter arbetsplatsens storlek eller bransch.

Arbetsgivaren vidtar olika åtgärder för män och kvinnor. Män blir oftast omplacerade eller får sina arbetsuppgifter förändrade på något sätt. I andra hand blir arbetsplatsen anpassad med arbetshjälpmedel eller dylikt. För kvinnor anpassas arbetsplatsen oftast och omplacering eller förändring av arbetsuppgifter kommer i andra hand. Arbetsträning och arbetsprövning är också vanligare bland kvinnor än bland män.

Hälften av dem som erbjuds ändrade arbetstider får detta erbjudande 71 dagar (median) efter sjukskrivningens början. Denna åtgärd vidtar arbetsgivare ofta i ett tidigt skede av sjukfall. Bland de åtgärder som är mera vanligt förekommande kan nämnas anpassning av arbetsplatsen och förändringar i arbetsuppgifter eller omplacering. Hälften får arbetsplatsen anpassad, arbetsuppgifterna förändrade eller blir omplacerade ungefär samtidigt, efter 77 respektive 78 dagar. Arbetsprövning eller arbetsträning vidtas betydligt senare, i genomsnitt efter 90 dagar. Allra längst tid tar det att ordna utbildning för de sjukskrivna; i genomsnitt 125 dagar. Denna tidsangivelse baserar sig dock på mycket få fall och därför kan inga säkra slutsatser dras av den.

Av dem som hade återgått i arbete innan de besvarade 90-dagarsenkäten svarade 15 procent att de hade fått någon ytterligare åtgärd. Mest förekommande var hjälp och rådgivning på arbetsförmedling och arbetsmarknadsinstitut (AMI).

Inom ett år får var tredje någon åtgärd som är relaterat till arbete. Vid denna tidpunkt kan inte åtgärderna längre fördelas efter vilken aktör som satt in åtgärden. Av dem som blir föremål för en åtgärd får hälften arbetsträning, en tredjedel får nya arbetsuppgifter på samma

eller ny arbetsplats, en fjärdedel får arbetshjälpmedel och en femtedel får förändringar i arbetstider. Arbetsprövning vid arbetsmarknadsinstitut och hjälp på arbetsförmedling förekommer också. Åtgärdsprogrammet förändras inte nämnvärt under det andra året.

Faktorer av avgörande betydelse för arbetsåtergång

De som hade återgått i arbete innan de besvarade de tre sista enkäterna fick svara på frågan om vad som hade varit av avgörande betydelse för deras arbetsåtergång. De alternativ som fanns att välja emellan var desamma som i den tidigare redovisning, där vi redogjorde för vilka faktorer de sjukskrivna betraktade som avgörande för möjligheten att återgå i arbete. Av de ursprungliga 13 alternativen fick de välja så många faktorer som de ansåg ha varit av mycket betydelsefulla. Fyra av alternativen handlade om förändringar på arbetsplatsen och arbetslivsriktade rehabiliteringsåtgärder och fyra alternativ om stöd och hjälp från olika parter på arbetsplatsen. Övriga faktorer rörde motivation och ekonomiska drivkrafter samt insatser från försäkringskassan.

Tabell 6 Avgörande faktorer för realiserad arbetsåtergång. Procent

Avgörande faktor	Enkät till individerna efter		
	90 dagar %	1 år %	2 år %
Minskade besvär/ effektiv behandling	55	50	100
Yrkesinriktad träning/ arbetsprövning	2	4	16
Förändrade arbetsupp- gifter/ hjälpmedel	5	10	19
Nytt arbete/			16
Andra arbetsuppgifter	10	14	17
Kortare arbetstid	10	11	18
Arbetsgivarens hjälp	8	16	23
Företagshälsovårdens hjälp	9	11	17
Arbetskamraternas stöd	19	27	31
Fackets hjälp	3	2	10
Försäkringskassans hjälp	6	13	15
Min egen vilja	84	86	54
Hade inte råd att vara sjukskriven	46	48	22
Antal	406	471	595

Anm. Eftersom flera alternativ kan väljas samtidigt överstiger summan av procenttalen 100.

Svaren på 2-årseenkäten avser endast dem som återgick i arbete under andra året efter sjukskrivningens början.

De som börjat arbeta *inom ett år* efter sjukskrivningens början omnämner i störst utsträckning sin egen vilja att återgå i arbete och minskade besvär som avgörande faktorer för att de kunde återgå i arbete. Hela 84 procent anser den egna viljan vara av stor betydelse. Dessutom hävdar närmare hälften att de inte hade råd att vara sjukskrivna. Betydelsen av dessa faktorer blir dock mycket mindre under den tvååriga uppföljningstiden. Däremot framstår faktorer knutna till arbetsplatsen som viktiga för många på längre sikt. Nästan en tredjedel av dem som återgick i arbete någon gång under andra året efter sjukskrivningens början hävdar att arbetskamraternas stöd var av betydelse och närmare en fjärdedel åberopar arbetsgivarens hjälp som en viktig faktor. Även olika förändringar i arbetssituationen omnämns av många. Däremot verkar såväl fackets som försäkringskassans insatser vara av mindre betydelse för dessa långtidssjuka.

Sammanfattningsvis antyder svaren att de sjukskrivna initialt förväntar sig mycket hjälp från arbetsgivaren och arbetskamraterna, men förlorar tron på dessas insatser med tiden. Däremot visar svaren från dem som återgått i arbete å andra sidan att många lösningar växer fram just i samarbete mellan arbetsgivaren och de sjukskrivna och med bra stöd från arbetskamraterna.

2.2.2 Försäkringskassans rehabiliteringsansvar i arbetet med arbetsgivaren

Kontakter

För att en effektiv rehabilitering ska kunna vidtas har försäkringskassan i sitt arbetet kontakt med ett flertal parter i samhället. Här studeras endast försäkringskassans kontakter med den försäkrade och hans/hennes arbetsgivare.⁹ Vid en analys framkommer att en majoritet, 86 procent, av försäkringskassans kontakter sker med den sjukskrivne själv. Endast i 14 procent av kontakterna riktas mot arbetsgivaren. I genomsnitt tar försäkringskassan kontakt med den försäkrade efter 65 dagar och med arbetsgivaren efter 82 dagar. Försäkringskassan kontaktar kvinnor i mycket högre grad än män. Nära 60 procent av kvinnorna kontaktas mot endast 40 procent av männen. Kontakterna mellan försäkringskassan och arbetsgivaren är flest för personer i åldern 30–49 år och minst förekommande för de yngsta mellan 18 och 29 år. När det gäller kontakt och storlek på arbetsplatsen är skillnaderna markanta. Andelen kontakter mellan arbetsgivare och försäkringskassa är störst, 21 procent, för de mellanstora arbetsgivarna, vilket är tre gånger så många som för de minsta arbetsplatserna.

Tabell 7 Försäkringskassans kontakter med den försäkrade och arbetsgivaren efter arbetsplatsens storlek. Procent

Antal anställda	Kontakter med		
	Arbetsgivaren	Den försäkrade	Totalt
Mindre än 10	7	93	100
10–49	21	79	100
50 eller mer	16	84	100
Totalt	16	84	100

⁹ Observera att resultatet påverkas av att försäkringskassan kan ha flera kontakter med den försäkrade och dennes arbetsgivare.

Vid en branschuppdelning av försäkringskassans kontakter kan man bland annat konstatera att av samtliga kontakter som rör landstingsanställda, sker 23 procent mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Detta är nästan dubbelt så många som inom tillverkningsbranschen respektive den kommunala sektorn, där arbetsgivaren kontaktas av försäkringskassan i 13 respektive 14 procent av fallen.

Rehabiliteringsutredning

Som nämnts i tidigare avsnitt genomfördes rehabiliteringsutredning i 39 procent av samtliga sjukfall, varav försäkringskassan stod för nära en femtedel. I arbetsgivar delen i denna rapport framkom att försäkringskassan påminner arbetsgivaren i vart femte fall om att slutföra rehabiliteringsutredningen. I Riksförsäkringsverkets tillsynsrapport Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna (RFV ANSER 1998:4) uppges att rehabiliteringsutredning saknas i 75 procent av fallen, vilket är en klart högre siffra än i vår undersökning. Skillnaden kan eventuellt förklaras med att denna undersökning koncentrerar sig på en av de mer vanliga sjukskrivningsdiagnoserna, vilket ökar sannolikheten för att en utredning kommer till stånd. En tendens i detta material är att försäkringskassan i större utsträckning utför arbetsgivarens åligganden för kvinnor än för män. Då det blir för få fall i varje kategori har det inte varit möjligt att kunna konstatera om försäkringskassan vidtar fler eller färre åtgärder beroende på arbetsplatsens storlek.

Flerpartssamtal

För att effektivisera rehabiliteringen för den enskilde, kan försäkringskassan, efter medgivande av den försäkrade, verka för att ett flerpartssamtal kommer till stånd. Av undersökningens totala antal individer har en initial kontakt upprättats med *någon* aktör i 55 procent av sjukfallen.¹⁰ Försäkringskassan kontaktar den försäkrade i 45 procent av sjukfallen och den försäkrades arbetsgivare i 16 procent av sjukfallen. Andelen där försäkringskassans första kontakt med arbetsgivaren följdes av ett flerpartssamtal var 39 procent. Efter försäkringskassans kontakt med den försäkrade ledde 29 procent till ett flerpartssamtal. Siffrorna redovisas oavsett partssammansättning. Flerpartssamtalet ägde i genomsnitt rum 170 dagar efter sjukfallets början. Kontakter med

¹⁰ Observera här att försäkringskassa kan ta kontakt med flera aktörer i ett sjukfall och ha flera kontakter per aktör.

arbetsgivaren som följs av flerpartssamtal är i stort sett lika många i alla åldersgrupper utom den yngsta mellan 18 och 29 år, där endast en tredjedel av kontakterna följs av flerpartssamtal. Samma tendens visar sig vid analys av kontakterna mellan försäkringskassan och den försäkrade. Efter en inledande kontakt mellan försäkringskassan och arbetsgivaren är flerpartssamtal vanligare ju större arbetsplatsen är. Detta blir speciellt tydligt i fallet med de största arbetsplatserna där 45 procent av kontakterna leder till flerpartssamtal. Undersökningsmaterialet visar ingen större skillnad mellan de olika branscherna/sectorerna när det gäller kontakter som följs av flerpartssamtal. Endast den kommunala sektorns siffror visar på en lägre andel kontakter som leder till flerpartssamtal jämfört med övriga sektorer.

Rehabiliteringsplan

När de försäkrade i undersökningen ett år efter sjukskrivningen tillfrågades om försäkringskassan gjort en plan för att hjälpa dem tillbaka till arbetslivet, svarade elva procent att så ej skett trots att de upplevt att behov förelåg. Likaså var bilden negativ när det gällde möjligheterna att påverka försäkringskassans planering av insatserna i samband med rygg- eller nackbesvär. Över 60 procent av de tillfrågade upplevde efter två år att de inte alls kunnat påverka planeringen och att de borde ha fått medverka vid denna. Detta tyder på otillfredsställda behov i samband med utvecklingen av rehabiliteringsplanen för den försäkrade. Andelen individer med rygg- och/eller nackproblem där rehabiliteringen påbörjades före fastställd rehabiliteringsplan var 23 procent. Denna siffra styrks även av uppgifter i Riksförsäkringsverkets tillsynsrapport, som dock visar en högre andel fall där rehabilitering påbörjats innan rehabiliteringsplan fastställdes. Mediantiden i dagar när den första rehabiliteringsplanen, eller om den saknades, den första handlingsplanen för rehabilitering, fastställdes var 134 dagar. Det upprättas en större andel rehabiliteringsplaner för kvinnor än för män. Rehabiliteringsplan upprättades i 20 procent av männens sjukfall vilket kan jämföras med 25 procent för kvinnorna. För båda grupperna var andelen där ingen plan hade upprättats trots troligt behov cirka 16 procent. Åldern ser däremot inte ut att ha någon större betydelse för om rehabiliteringsplan upprättas eller ej. Naturligt nog är det i många fall inte aktuellt med någon rehabiliteringsplan för den äldsta åldersgruppen, de mellan 50 och 59 år. Landstinget är den sysselsättningssektor där upprättande av rehabiliteringsplan är mest vanlig. I hela 36 procent av sjukfallen gjordes en rehabiliteringsplan, vilket kan jämföras med endast en femtedel i den statliga sektorn.

Sammanfattningsvis kontaktar försäkringskassan kvinnor i högre grad än män. Andelen kontakter mellan försäkringskassa och arbetsgivare är minst på arbetsplatser med färre än tio anställda. Försäkringskassan kontaktar arbetsgivaren i störst utsträckning när det gäller personer i ålder 30–49 år och i lägre grad när det gäller personer mellan 18 och 29 år. Rehabiliteringsutredning genomfördes i 39 procent av alla sjukfall, varav försäkringskassan genomförde en femtedel. Tendensen är att försäkringskassan i större utsträckning utför arbetsgivarens utredningsåtaganden för kvinnor än för män. När det gäller flerpartssamtal var andelen där försäkringskassans första kontakt med arbetsgivaren följdes av flerpartssamtal 39 procent. Efter inledande kontakt mellan försäkringskassan och arbetsgivaren är flerpartssamtal vanligare ju större arbetsplatsen är. Andelen sjukfall där rehabilitering startar innan rehabiliteringsplanen har färdigställts är 23 procent. Slutligen är lands-
tinget den sysselsättningssektor där upprättande av rehabiliteringsplan är mest förekommande.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringens kostnader

1. Inledning, avgränsningar och förutsättningar

Utgångspunkten för att beräkna kostnader och intäkter är i denna studie begränsad till personer som 1) uppbär möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering till följd av ett initialt sjukdomsfall, 2) är anställda. Vi har även begränsat våra beräkningar till situationer där det faktiskt sker en arbetslivsinriktad rehabilitering, vilket innebär att förebyggande åtgärder undantagits. Inom ramen för studien har inga undersökningar baserade på primärdata kunnat genomföras utan studien bygger på de data och den litteratur som vid tidpunkten för studien funnits publicerad.

Aktörerna i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är arbetsgivare, försäkringskassa, arbetsförmedling, företagshälsovård, yrkesinspektion arbetslivstjänster, arbetsmarknadsinstitutet (Ami) samt Samhall¹. I studien har vi avgränsat oss till att undersöka arbetsgivares och försäkringskassans roll. Motiveringen är att vi studerar individer som är anställda där arbetslivsinriktad rehabilitering pågår.

Mycket av det grundmaterial vi har använt oss av när det gäller Försäkringskassans verksamhet är hämtat ifrån Kronobergs län. För att kunna representera riket har materialet därefter viktats med Kronobergs läns andel av sjukpenningutbetalningar (1,78 procent).

Resultaten nedan redovisas med en stor exakthet, men vi vill göra läsaren uppmärksam på att dessa tillsynes exakta resultat bygger på antagandet att det grundmaterial och de antaganden vi använt är exakt.

2. Utgångspunkter för beräkningarna

I materialet har vi likställt antalet fall med personer och kommer fortsättningsvis att använda begreppen synonymt.

¹ Se Aronsson & Malmqvist (1996)

Som en första utgångspunkt gäller det att få en uppfattning om antalet personer som, i genomsnitt, är föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering under ett år, dvs. beståndet av individer. Utgångspunkten för beräkningarna är att det i Kronobergs län, vid mättdpunkten, fanns 582² fall vilka bedömdes vara i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, s.k. SAR-fall (Samordnad Arbetslivsinriktad Rehabilitering). Eftersom studien skall avse anställda personer måste de arbetslösa exkluderas. Av de fall som avslutades under året beräknas 17 procent varit arbetslösa, vilket innebär att det i 483 fall bedömdes behov av arbetslivsinriktad rehabilitering där individen var anställd. Vidare bedöms 90 procent av dessa fall faktiskt leda till rehabiliteringsåtgärd, vilket innebär att det i 435 fall faktiskt sker en rehabilitering av personer med anställning.

Kronobergs läns andel av sjukpenningutbetalningar var 1997 1,78 procent av rikets. Denna siffra används för att beräkna det genomsnittliga antalet anställda personer som genomgick arbetslivsinriktad rehabilitering i Sverige.

Beståndet av anställda personer i riket som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering kan med ovanstående underlag uppskattas till $435/0,0178 = 24.438$ personer.

3. Kostnader för rehabilitering

3.1 Arbetsgivarens kostnader

När det gäller arbetsgivarnas kostnader för arbetslivsinriktad rehabilitering finns i princip bara en källa till information ("Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser under 1996", RFV PM 1997). Denna omfattar bara arbetsställen med mer än 20 anställda. Eftersom det inte finns något annat material tillgängligt, och det inom ramen för denna studie inte funnits möjlighet att genomföra några separata undersökningar, bygger följande avsnitt på antagandet att det föreligger ett linjärt samband mellan antalet anställda och insatserna. Vi är medvetna om att detta troligen leder till en överskattning av de små arbetsställes insatser. Det är därför viktigt att lagförslag som bygger på dessa resultat noga utvärderas och kalibreras över tiden.

Eftersom det är rimligt att anta att arbetslivsinriktad rehabilitering, efter sjukfall, inte påbörjas förrän efter minst 14 dagar kommer arbets-

² 28/2 1998. Enligt försäkringskassan ligger antalet pågående konstant runt detta tal.

givarens kostnader att begränsas till anpassningskostnader och kostnader för produktionsbortfall.

- (i) Med anpassningskostnader avses exempelvis investeringar för anpassning av arbetsplatsen. De enda uppgifter som finns tillgängliga om arbetsgivarens kostnader i samband med rehabilitering redovisas i RFV's PM "Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser under 1996". RFV redovisar följande uppgifter:

Tabell 1. Arbetsplatsernas rehabiliteringsinsatser 1996. Källa RFV

Antalet anställda	Genomsnittlig insats i kronor/arbetsplats
20-49	25 000
50-99	37 000
100-199	116 500
200-499	200 000
500-	1 500 000

Enligt RFV satsar i genomsnitt arbetsställen med mer än 20 anställda 35.000 kronor. I Sverige fanns det 1996 31.974 arbetsställen med mer än 20 anställda (SÅB, Tabell 294, sid 282) vilket innebär att 1.119.020.000 kronor satsades. Av dessa medel går enligt RFV³ 46 procent till förebyggande åtgärder, vilket innebär att 604.270.800 kronor går till arbetslivsinriktad rehabilitering.

För att beräkna de små företagens satsningar på arbetslivsinriktad rehabilitering har vi extrapolerat resultaten för de två minsta grupperna (20-49 och 50-99 anställda). Detta ger oss en mycket grov uppskattning, troligen en överskattning, av de små företagens satsningar på rehabilitering. Den extrapolering som används är:

Insatser = medelantalet anställda i gruppen.

³ "Arbetsgivarnas rehabiliteringsinsatser 1996", sid. 7.

Antalet anställda	Extrapolerade rehabiliteringsinsatser	Antal arbetsställen (SÅB, Tab 295, sid 283)	Summa
0	10.325	388.392	4.010.147.400
1	10.625	76.365	811.378.130
2-4 (3 anst)	11.225	92.403	1.037.223.700
5-9 (7 anst)	12.425	47.598	591.405.150
10-19 (14,5 anst)	14.675	30.874	453.075.950
Summa			6.903.230.330
Andel till förebyggande åtgärder			-3.175.485.952
Summa rehabiliteringsinsatser i gruppen < 20 anställda			3.727.744.378

Av beräkningarna ovan framgår att arbetsställen i Sverige totalt satsar 4.332.015.178 kronor på arbetslivsmässig rehabilitering. Per anställd person och dag ger det en satsning på:

$$4.332.015.178 / 24.438 / 240 = 738,60 \text{ kronor.}$$

(ii) Produktionsbortfall. I samband med att en person är anställd och samtidigt föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering sker ett större eller mindre produktionsbortfall. Eftersom vi inte har några uppgifter om hur stor del av arbetsträningen som görs på arbetsplatsen och som bidrar till produktionen räknar vi i kostnadskalkylen med tre olika fall, 100, 50 och 25 procents produktionsbortfall. Medelinkomsten av arbete var i Sverige 1996 15.979 kronor (SÅB tab. 224). Om vi räknar med 30 dagar per månad fås en medellön per dag om 532 kronor, vilket motsvarar 708,40 kronor i lönekostnad. Detta är värdet av det produktionsbortfall som en arbetsgivare får till följd av frånvaro och är således inte specifikt för personer som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Men eftersom vi måste räkna värdet från konsumentledet, dvs. den betalningsvilja som konsumenterna har för de varor som produceras, tillkommer även moms. Vi räknar med att 25 procent av inköpen gäller livsmedel med en momssats om 12 procent och övriga delen gäller varor som omfattas av 25-procent moms. Detta ger oss en schablonmässig momssats om 21,75 procent. Värdet av produktionsbortfallet blir således, = 862,50 per dag och individ vid 100 procents frånvaro.

3.2. Försäkringskassans kostnader

När det gäller försäkringskassans kostnader antas Kronobergs län vara representativt. Vad gäller köp av rehabiliteringstjänster samt investeringar i arbetshjälpmedel förutsätter vi att kassornas upphandling, i enlighet med lagen om offentlig upphandling, sker i konkurrens. Givet en fungerande konkurrens kommer kostnaderna per insats att vara ungefärligt lika över landet. Vad gäller försäkringskassans interna verksamhet skall den bedrivas kostnadseffektivt. Vi finner ingen dokumenterad anledning att misstänka att så inte är fallet. Om det föreligger stora variationer avseende försäkringskassornas interna verksamhet innebär det att verksamheten inte bedrivs kostnadseffektivt, dvs. inte enligt gällande regler. Denna fråga ligger dock utanför denna studies ram.

Försäkringskassans kostnader kan delas upp i tre olika undergrupper; kostnader för individens försörjning, försäkringskassans interna kostnader för rehabiliteringsarbete samt kostnader för rehabiliteringsåtgärder.

3.2.1. Kostnader för individens försörjning

Sjukpenningkostnaden, dvs. kostnaden för individens försörjning är hämtad från den prognos som presenterades i Riksförsäkringsverkets budgetunderlag. Prognosen var, för 1997, en genomsnittlig ersättning om 335 kronor per individ och dag.

3.2.2. Kostnader för åtgärder

Det finns särredovisat två olika typer av åtgärder som är kopplade till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. För andra typer av bidrag, t.ex. bilstöd, finns ingen möjlighet att särskilja vad som kan hänföras till just arbetslivsinriktad rehabilitering.

- (i) Den första åtgärdstypen är köp av olika rehabiliteringstjänster. Vi har beräknat att försäkringskassan i genomsnitt köper tjänster för $9.036.000/435/240=86,55$ kronor per dag och individ som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta innebär att kostnaderna även fördelats på de som deltar i arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, men som inte tagit del av köp av tjänster.
- (ii) Den andra typen är investeringar i arbetshjälpmedel. Dessa kan helt eller delvis bekostas av försäkringskassan och ofta är det en

förhandling mellan arbetsgivaren och försäkringskassan om hur kostnaden skall fördelas. Slår vi ut detta på samtliga som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering får vi $732.000/435/240 = 7,00$ kronor per individ och dag.

3.2.3. Försäkringskassans interna kostnader

Försäkringskassans handläggande och administrativa uppgifter under den arbetslivsinriktade rehabilitering kan sägas utgöras av fyra faser/delar; utredning och planeringsfasen, åtgärdsfasen, uppföljningsfasen samt handläggningen. För att beräkna försäkringskassans administrativa utgifter, inklusive investeringar och lokaler har vi beräknat följande:

- Försäkringskassans totala administrationskostnader för verksamhetsgrenen samordnad rehabilitering/antal personer i arbetslivsinriktad rehabilitering/antalet dagar, dvs. $17.299.000/435/240 = 165,70$ kronor per dag och individ
- Handläggningskostnaderna är de kostnader som uppstår i samband med att ärendet pågår. Exempel på handläggningskostnader är utbetalningar, kontinuerlig uppföljning och rapportering, kontroll. Kostnaderna för handläggning har beräknats som totala kostnader för handläggning (18.317.410 kronor)/antal fall (435)/antalet dagar (240). Detta ger en kostnad för handläggning per individ och dag som uppgår till 175,45 kronor.

Försäkringskassans interna kostnader, dvs. administration och handläggning, uppskattas således till $165,70 + 175,45 = 341,15$ kronor per dag och individ.

4. Kostnader för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

4.1 Samhällsekonomiska kostnader

<i>Kostnadsposter per individ och dag</i>	<i>Belopp</i>
Arbetsgivarens insatser	738,61
Produktionsbortfall = medellönen/dag varav moms = 154,10	862,50
Utbetalningar ifrån försäkringskassan	335,00
Köp av tjänster	86,55
Arbets hjälpmedel	7,00
Administrationskostnader	341,15
Summa	2.370,81

Totala samhällsekonomiska kostnader för Sverige = 2.370,81·24.438 individer·240 dagar = 13.905.085.147 kronor

4.2 Offentligfinansiella kostnader

<i>Post</i>	<i>Belopp</i>
Direkta kostnader	769,70
Minskade skatteintäkter (32%*0,2)	34,05
Minskade sociala avgifter (33%)	176,00
Minskade momsintäkter (21,75%)	154,10
Summa	1.133,85

Not: Ersättningen, som beskattas, uppgår till 80 procent av inkomsten. På ersättningen betalas inga sociala avgifter.

Totala offentligfinansiella kostnader Sverige = 1.133,87 kronor per dag och individ·24.438 individer = 6.650.283.614 kronor

4.3. Kostnaderna vid arbetsställen

<i>Post</i>	<i>Belopp</i>
Alternativ 1 (100% produktionsbortfall)	
Arbetsgivarens insatser	447,48
Produktionsbortfall = värdet av medellönekostnaden /dag	862,50
Summa	1309,98
Alternativ 2 (50% produktionsbortfall)	
Arbetsgivarens insatser	447,48
Produktionsbortfall = värdet av medellönekostnaden/dag	431,25
Summa	878,73
Alternativ 3 (25% produktionsbortfall)	
Arbetsgivarens insatser	447,48
Produktionsbortfall = värdet av medellönekostnaden/dag	177,10
Summa	624,58

Alternativ 1

Totala kostnader för arbetsställen vid 100 procentigt produktionsbortfall = $1.309,98 \cdot 24.438 \cdot 240 = 7.683.189.898$ kronor

Alternativ 2

Totala kostnader för arbetsställen vid 50 procentigt produktionsbortfall = $878,83 \cdot 24.438 \cdot 240 = 5.153.856.898$ kronor

Alternativ 3

Totala kostnader för arbetsställen vid 25 procentigt produktionsbortfall = $663,11 \cdot 24.438 \cdot 240 = 3.889.219.723$ kronor

5. Utgångspunkter och kostnadsberäkning för lagförslag.

Förslaget innebär att:

Arbetsställen med rehabiliteringsbehov ansvarar direkt för 50 procent av kostnader uppkomna i samband med rehabilitering, dock inte de uppgifter och vidhängande kostnader som idag bärs av försäkringskassan och som ovan redovisats som försäkringskassans interna kostnader. De resterande 50 procenten finansierar arbetsgivarna kollektivt genom inbetalningar av sociala avgifter.

Totala finansieringsbehovet

Arbetsgivarnas satsning på rehabilitering	4.332.015.178
Försäkringskassans köp av tjänster	507.626.136
Försäkringskassans köp av arbetshjälpmedel	41.558.840
Summa	4.880.697.154

Det totala finansieringsbehovet, enligt förutsättningarna ovan, uppgår till 4.880.697.154 kronor. Finansieringsbehovet skall delas lika mellan arbetsgivare och staten i enlighet med modellen för arbetslivsfondens arbete.

Arbetsgivare med personal i behov av rehabilitering finansierar själva 2.440.348.577 kronor och ett lika stort belopp finansieras kollektivt av samtliga arbetsgivare.

5.1. Finansieringsförslag

I Sverige fanns det 1996 3.386.000 personer i arbete. Finansieringsbehovet per sysselsatt och månad blir då:

$$2.440.348.577/3.386.000/12 = 60,06 \text{ kronor}$$

Medellön var 1996 15.979 kronor per månad.

För att finansiera kostnaden på 60,05 kronor krävs således att de sociala avgifterna ökar med $60,05/15.979$ kronor = 0,37 procentenheter

5.2. Förslagets effekter

Förslaget innebär i allt väsentligt en omfördelning av kostnader mellan arbetsställen. Som tidigare visats har vi beräknat att arbetsställena satsar totalt ca 4,3 miljarder kronor på arbetslivsinriktad rehabilitering. En konsekvens av det presenterade förslaget är att alla arbetsställen kommer att vara med och finansiera rehabiliteringsarbetet, och inte som tidigare bara arbetsställen med behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Effekterna av denna omfördelning kan vi med vårt bakgrundsmaterial inte beräkna. Vi kan heller inte peka ut vilka, eller vilken typ, av arbetsställen som blir vinnare respektive förlorare.

Exempel:

Antag 100 arbetsställen, varav 25 idag satsar på rehabilitering. Antag vidare att denna satsning uppgår till totalt 1.000.000 kronor.

Situationen idag

<i>Arbetsställen</i>	<i>Regel</i>	<i>Finansiering</i>
Med arbetslivsmässiga rehabiliteringsbehov	100 %	1.000.000
Övriga företag		0
Summa		1.000.000

Enligt förslaget

<i>Arbetsställen</i>	<i>Regel</i>	<i>Finansiering</i>	<i>Fördelning</i>
Med arbetslivsmässiga rehabiliteringsbehov	50 %	500.000	
Alla arbetsgivare	50 %	500.000	
Andel företag med arbetslivsinriktade rehabiliteringsbehov	25% av samtliga företag		125.000
Övriga arbetsgivare	75% av samtliga företag		375.000
Summa		1.000.000	

För situationen ovan innebär förslaget således att för arbetsställen med rehabiliteringsbehov minskar kostnaderna med 375.000 kronor, ett belopp som finansieras av övriga arbetsgivare via en ökning av de sociala avgifterna.

Alternativ 2

Om vi antar att arbetsgivarna redan idag svarar för finansieringen av försäkringskassans köp av tjänster och arbetshjälpmedel kommer det nya finansieringsbehovet att vara det som arbetsgivarna idag satsar på arbetslivsinriktad rehabilitering utanför socialförsäkringssystemet, dvs. 4.332.015.178 kronor.

Finansieringsbehovet per dag och individ blir i detta fall:

$$2.166.007.589/3.383.000/12 = 53,36 \text{ kronor}$$

Vilket innebär en ökning av de sociala avgifterna med:

$$53,36/15.979 = 0,33 \text{ procentenheter}$$