

## 5 Rehabilitering ger positiva effekter

- Rehabilitering har hittills haft en starkt sektorsorienterad indelning (efter de olika huvudmännens grundansvar i medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering). I utredningens diskussionspromemoria anlades ett mer övergripande synsätt på rehabilitering, där individen och rehabiliteringsprocessen sätts i centrum. Det är utifrån ett sådant synsätt som detta avsnitt visar att rehabilitering ger positiva effekter.
- Strikt traditionell vetenskaplig metod är svårt att tillämpa på de relativt komplicerade samband som en rehabiliteringsprocess innehåller. Ett antal rapporter och enskilda utvärderingsstudier ger dock stöd för att rehabilitering ger positiva effekter.
- En färsk analys av vetenskapliga artiklar om rygg- och nackont ger evidens för att symptom i ländrygg och nacke är resultat av sammansatta orsakssamband med inslag av psykologiska, sociala samt arbetsrelaterade faktorer. Dessa symptom är mycket vanliga i befolkningen.
- Utredningens analys ger sammantaget stöd för att rehabiliteringsinsatser ger positiva effekter jämfört med passivitet. Effekterna avser såväl individers välbefinnande som funktion (t.ex. minskat antal sjukdagar, grad av återinsjuknande och förtidspensionering, minskad belastning av sjukvård och socialtjänst m.m.).

### Begreppet rehabilitering i nuläget.

I hittillsvarande definition av rehabilitering delas begreppet upp utifrån resp. huvudmans perspektiv dvs. en uppdelning av ansvar och insatser till individen mellan sjukvården, socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Denna tradition att dela upp aktiviteter och ansvar för, medicinsk, social, yrkesinriktad och arbetslivsinriktad rehabilitering är otidsenlig. I utredningens diskussionspromemoria, "Individen i centrum?", anlades därför en *individ- och processorienterad syn*. Myn-

dighetsperspektivet blir underordnat individperspektivet och helhets-synen. Begreppet process, som syftar på framskridande, förlopp och utveckling anser jag lämpligt. Ur en individs perspektiv sker rehabiliteringen just i ett föränderligt och unikt förlopp. Framskridandet och utvecklingen sker under ständigt skiftande förutsättningar och i ständig interaktion mellan henne och hennes omgivning.

När jag nedan talar om rehabilitering och rehabiliteringsinsatser avser jag de situationer när sammansatta insatser kommer ifråga för individen. Detta innebär att *utöver* erforderlig symptombehandling och vård (exempelvis en kranskärlsoperation, behandlande sjukgymnastik eller psykiatrisk vård) behövs rehabiliteringsinsatser för att individen skall komma i arbete. Rehabiliteringsinsatserna är vanligtvis olika sorters psykologiskt eller socialt stöd, organisatorisk och ergonomisk anpassning av arbetsplatsen, arbetsprövning och arbetsträning, ofta med gradvis start upp till heltid. Men det förekommer även aktiviteter som exempelvis fysisk träning eller kompetenstillskott som språkträning, kostinformation, privatekonomisk rådgivning, stress- och smärthantering, osv. Ibland behövs en längre utbildning. Målet är rehabilitering till arbete. Vägarna dit är olika. Därför individanpassas rehabiliteringen från ett brett utbud av tänkbara insatser.

I det följande är det därför intressant att söka kunskap utifrån vad olika grad av individuellt *sammansatta rehabiliteringsinsatser, utöver vård och symptombehandling*, kan ge för effekter. Vad har myndigheter, producenter och forskare hittills rapporterat för effekter på sjukskrivningstider, återinsjuknande och förtidspensionering?

## De framgångsrika metoderna och rehabiliteringsprogrammen – finns de?

Det är svårt att identifiera den optimala metoden eller det optimala rehabiliteringsprogrammet. Däremot har utredningen sökt identifiera *grundförutsättningar* bland nationell och internationell tillgänglig forskning och utvärderingar. Vilka är kriterierna för att understödja och optimera möjligheterna till en framgångsrik rehabiliteringsprocess för individen? Omvänt har utredningen också sökt identifiera olika hinder för densamma.

Utvecklingen har gått från att fokusera på diagnos eller specifika symptom som utgångspunkt för rehabiliteringsprocessen mot att fokusera på individen som helhet och hennes förutsättningar eller resurser. Utredningen sympatiserar med det hälsobegrepp som bygger på definitioner utifrån en helhetssyn, där människans handlingsförmåga eller aktivitet är utgångspunkten. ”Att ha hälsa är relaterat till i vilken

utsträckning människan har förmågan att förverkliga sina vitala mål givet rimliga förutsättningar, socialt, kulturellt och ekonomiskt” (Källa: Nordenfelt 1991.)

Väsentliga karakteristika som stimulerar individens handlingsförmåga, är förhållanden som ger trygghet inflytande, delaktighet och socialt stöd. Det viktiga i en rehabiliteringsprocess blir inte att uppställa mål åt individen, eller att ange med vilka metoder hon ska uppnå dessa mål. I stället är det primära att tillse att det skapas möjligheter för individen att utöva tillräckligt inflytande på formuleringen av rehabiliteringsmål och att genom egna aktiviteter och handlingar nå sina mål.

Om målen för rehabiliteringsprocessen är realistiska ur individens perspektiv förbättras förutsättningarna för framgång. Exempelvis är återgång till ett oförändrat arbete inte ett realistiskt eller ens önskvärt mål för alla. Dagens ordning leder då till att den enskilde individen i alltför hög grad måste lägga tid och kraft på att bevisa att han eller hon är sjuk, för att få intyg som säkrar försörjningen ytterligare en tid. Samhällets ansvarspraxis leder därmed till att man fokuserar på sjukdomen, snarare än hälsan. Under en rehabiliteringsprocess är det rimligt att mål utvecklas stegvis och anpassas till den enskilde individens specifika förutsättningar och behov. En rehabiliteringsprocess tar tid, de individuella målen bör kunna revideras successivt. Målen konkretiseras, formas och omformas kontinuerligt under själva handlandet beroende på situationens krav och omständigheter

Om individen inte uppfattar de mål och värderingar som rehabiliteringsaktörerna ställer upp som relevanta eller vitala minskar individens motivation att medverka. Om individens egna synpunkter på rehabiliteringsarbetet inte hörsammars och uppfattas som värdefulla av aktörerna stimuleras inte heller motivationen. Överbeskyddande, som många gånger sker i välmening, innebär att individen hamnar i underläge och leder till ökad passivitet. Till de faktorer som rapporteras ha en positiv betydelse för individens motivation är tydliga och modifierbara mål i förening med ett förhållningssätt som inbjuder individen att ha synpunkter och vara delaktig.

Följande faktorer är vanliga hinder för en framgångsrik förändringsprocess:

- Bristande fokus
- Bristande förmåga att prioritera
- Bristande visioner eller framtidsperspektiv
- Bristande projekt- eller aktionsplanering
- Bristande delaktighet bland deltagarna

Framgångsrika förändringsprocesser bygger å andra sidan på

- Diskussion
- Delaktighet
- Reflektion
- Adekvat tidsplanering och planering av resurser

I bilaga 8 har på utredningens uppdrag professorn i arbetslivsinriktad rehabilitering, Kerstin Ekberg sammanställt synsätt och betydelsen av olika kriterier för framgångsrik rehabilitering.

### ”Ont i ryggen” kräver oftast sammansatta insatser

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) kom i våras med en uppföljande rapport. Här görs en andra mycket omfattande genomgång av den vetenskapliga litteraturen om diagnostik och behandling av "ont i ryggen."

Ett urval för effektgranskning har gjorts av cirka 2 000 studier, vilka ansetts ha den relativt starkaste vetenskapliga evidensen. Resultatet av denna granskning är att nära nog inga enskilda behandlingsmetoder för ont i ryggen har evidens för effekter på vare sig smärta i ländryggen eller nacksmärta. Smärta i ländryggen och i nacken drabbar någon gång de flesta människor under livet. 80 procent ländryggssmärta och 50 procent nacksmärta. Flera leder till sjukskrivning. För den helt dominerande andelen människor som får ryggsmärtor gynnas tillfrisknandet av att fortsätta vara aktiv, arbeta och motionera i lagom omfattning. Den behandlande läkarens attityd och förmåga att lyssna till samt uttrycka empati i kombination med en noggrann anamnes och fysikalisk undersökning är av stor betydelse.

Granskningen visar vidare att studier ger stöd för att ryggsmärta och dess konsekvenser tillsammans inte är ett isolerat kroppsligt problem utan *har samband med andra omständigheter som sociala, psykologiska och arbetsrelaterade faktorer*. Dessa faktorer, exempelvis stress, oro och ångslan, tillsammans med individens egna uppfattning om och förmåga att hantera problemet, kan ha en avgörande betydelse för övergången från akuta till mer kroniska smärtor. Detta bör uppmärksammas som en integrerad del av ryggsmärtan både i det förebyggande arbetet, initiala skedet av behandling och vid senare rehabilitering.

Vidare visar tillgänglig fakta att det inte finns några tydliga individuella riskfaktorer för ryggsmärta på grund av kön, längd, vikt m.m. Undantaget är ischias orsakad av diskbräck som uppträder oftare i åldrarna 40–45 år. I många studier finner man ett klart samband mellan rapporterade ländryggsbesvär och under längre tid ofta förekommande

tunga lyft, böjda och vridna arbetsställningar samt med arbete på skakiga underlag som truckar, lastbilar och traktorer. För nackbesvär har man funnit klara samband med repetitiva och monotona arbetsmoment samt med låsta arbetsställningar. För både nack- och ländryggsbesvär finns även samband med dåliga psykosociala förhållanden både i privatlivet och på arbetsplatsen, inklusive låg arbetstillfredsställelse.

*Det finns numera väl underbyggd evidens för att en lång rad psykologiska faktorer kan påverka utvecklingen och vidmakthållandet av såväl akut som kronisk smärta i såväl ländrygg som nacke. Denna påverkan sker genom att sinnessillstånd, känslor och beteenden till en del är beroende av sådana faktorer som arbetskrav, tidspress, monoton i arbetet, låg grad av inflytande över situationen och dåligt socialt stöd.*

Källa: ”Ont i ryggen, ont i nacken – En evidensbaserad kunskapssammanställning”, 2000.

*SBU:s faktagenomgång väcker bl.a. följande reflexioner:*

- En mycket stor del av de återfunna 25 000 studierna bedöms som inte tillräckligt ”vetenskapliga”. Tusentals studier är emellertid tillfredställande randomiserade och/eller kontrollerade. Även detta (jämfört med området arbetslivsinriktad rehabilitering) något mindre svårutforskade område lider således av viss brist på ”vetenskap och beprövad erfarenhet”.
- För ett relativt väldefinierat problem och symptom som ”smärta i ländrygg och/eller nacke” ter det sig svårt att finna vetenskapligt stöd för att symptombehandling hjälper. Tvärtom ger granskningen evidens i olika grad för att dessa behandlingsmetoder saknar effekt.
- Det som kan styrkas i evidens är, å andra sidan, att ”smärta i ländrygg och/eller nacke” påverkas för uppkomst och varaktighet av utanför kroppen liggande faktorer som sociala och arbetsrelaterade faktorer. Följaktligen bör dessa individer (vilka tillhör den största diagnosgruppen bland långtidsjukskrivningar) också bemötas av mer sammansatta rehabiliteringsinsatser i enlighet med utredningens definition.

## Vågar vi tro på att aktiva rehabiliteringsinsatser ger positiva effekter?

Utredningen konstaterar att efter åtta år med 1992 års reform om arbetslivsinriktad rehabilitering saknas tyvärr klara uppgifter om effekterna av reformen. Statistik saknas idag från Riksförsäkringsverket (RFV) som gör det möjligt att avläsa vilka effekter på sjukskrivningsfrekvens och sjukskrivningsperioder som de hittills årligen avsatta medlen för aktiva rehabiliteringsinsatser givit.

I strikt traditionell vetenskaplig mening finns det inte tillräckligt underlag för att visa att aktiva rehabiliteringsinsatser ger positiva effekter. Emellertid pekar en hel mängd enskilda föreliggande studier och utvärderingar, som utredningen analyserat, på att aktiva sammanstatta rehabiliteringsinsatser faktiskt ger positiva effekter för individen jämfört med passivitet. Dessa effekter kan avläsas på individers funktion, sjukdagar och in- eller återinträde i arbetslivet. Efter att i utredningsarbetet således tagit del av en mängd rapporter från olika projekt och studier i Sverige och internationellt, bedömer jag att tendensen är tillräckligt klar. Jag menar att man kan dra slutsatsen att positiva effekter, som minskade sjukdagar och förtidspensioneringar, uppnås genom förstärkning av aktiva insatser. Detta jämfört med att bibehålla nuvarande tillstånd av relativt hög grad av passivitet i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Jag vill i det följande ge några exempel på aktuella rapporter och studier som styrker detta.

## Några utvärderingar i myndigheternas regi

### **Försöksverksamhet med personliga ombud 1995–1998**

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utvärderat 10 försök med stöd i form av personliga ombud till långvarigt psykiskt funktionshindrade under perioden 1995–1998. Försöken bedrevs på 10 orter och omfattade ca 250 personer och sammanlagt 24,5 heltidstjänster som personliga ombud. Utvärderingen kom att omfatta 176 individer under 18 månader vilket är en förhållandevis kort tid om man ser till möjliga effekter för målgruppen i fråga. Effekterna bestod främst i förbättrade levnadsförhållanden i form av bättre social, psykologisk och psykiatrisk situation, minskad vårdkonsumtion samt förbättringar av boende, arbete och sysselsättning.

(Källa: Socialstyrelsen Psykiatriuppföljningen 1999:3.)

## Utvärdering av samverkansprojekt

Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport till regeringen i juli 2000 att människor som hamnar i en rundgång mellan olika myndigheter har behov av mer samlade insatser med en mer långsiktig planering av åtgärder och finansiering för att nå framgång i rehabiliteringsarbetet. Detta konstateras utifrån en omfattande genomgång av olika pågående projekt med skilda målgrupper. Utvärderingen omfattar såväl studier på individnivå som organisations och samhällsnivå.

(Källa: Socialstyrelsens lägesrapport "Lönsam samverkan för individ och samhälle" 2000:5).

## Socsamrapport – "För vem – studien".

Rapporten innehåller intervjuresultat gällande följande grupper:

- Personer med rygg/nacke-problematik, som ej uppenbart har fysiska orsaker
- Arbetslösa yngre ensamstående mammor
- Personer med missbruksproblematik, som fortfarande har kvar sitt sociala nätverk.
- Patienter i öppenspsykiatri, med allmänpsykiatrisk diagnos inkl. affektiva tillstånd.
- Unga arbetslösa personer, som uppbär socialbidrag.

Några sammanfattande slutsatser från studien.

1. Många av deltagarna i intervjuerna hade en *komplex problematik* och följaktligen *sammansatta behov*. Många av personerna i varje grupp kunde lika gärna förekomma i någon eller några av de andra grupperna. Fler olika kopplingar fanns, till exempel:
  - Missbrukare med psykiska problem
  - Personer med psykiska problem och rygg/nackbesvär
  - Unga arbetslösa med psykiska problem
2. Aktörerna (olika handläggare och professionella) gav ofta en dystrare bild av individernas möjligheter än individerna själva.
3. Det fanns en tydlig *tendens att behandla de diagnoser/symptom resp. aktör var specialiserad* på utan att utreda eller ta hänsyn till eventuella andra besvär som personen hade, exempelvis arbets-situationen eller livskriser.
4. Många personer upplevde att de blev *skickade runt i systemet* utan att någon höll ihop insatserna eller följde upp resultaten. Man hade i snitt kontakt med 6 till 8 aktörer per person.

5. Rehabiliteringsplaner förekom sällan. De få exempel på flerpartssamtal eller annan samverkan upplevdes mycket positivt av individerna.
6. Det tog ofta *lång tid* innan den enskildes för situationen viktiga behov uppmärksammades och att individen erbjöds adekvat hjälp.
7. Bemötandet värderades högt och *tilliten* till en aktör var ofta viktigare än den metodik som användes.

(Källa: Socsamrapport nr 8, Maj 1999).

### Riksförsäkringsverkets rapport Risk-frisk-faktorer

I rapportens sammanfattande slutsatser konstateras följande:

Mest framgångsrika är de mer omfattande och långvariga åtgärder där utbildning är ett centralt element. Även arbetsträning på den egna arbetsplatsen leder till goda resultat i vissa fall och för vissa yrkesgrupper.

Arbetslivsinriktad rehabilitering förefaller också minska risken för upprepad sjukskrivning. Rätt insats vid rätt tidpunkt är viktigare än tidiga åtgärder.

De producenter som har de bästa resultaten har också de minst problembelastade klienterna. När man tar hänsyn till skillnader i fråga om klientsammansättning minskar också skillnaderna mellan producenterna. Det visar sig exempelvis att minskningen av antalet sjukskrivningsdagar i allmänhet var minst lika hög hos de producenter som mottog den största andelen klienter med det svåraste utgångsläget inför rehabiliteringen. Detta betyder att den relativa förbättringen kan var god även för klienter som har en ogynnsam prognos och att det är viktigt att det finns producenter som tar sig an dessa grupper.

- De som erbjuds rehabilitering har mer omfattande problem än de som inte får någon arbetslivsinriktad rehabilitering alls
- Valet av rehabiliterande insats och tidpunkten härför spelar roll för bedömning av resultaten
- Arbetsmarknadsläget och arbetsmarknadens struktur påverkar resultatet

Med dessa svårigheter i minnet kan man ändå konstatera några förhållanden:

- Resultaten av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är positiva mätt i termer av friskskrivning, återgång i arbete och minskad risk för förtidspensionering



- Resultaten är också stabila

(Källa: Marklund Risk – friskfaktorer RFV redovisar 1997:6 s. 151 –152).

## Några rapporter från aktörer och producenter

### **Individuellt stödprogram enligt case-management för psykiskt funktionshindrade.**

Stödprogrammet drivs sedan 1994 i samverkan mellan kommun, psykiatri, försäkringskassa och Växjö rehabcenter. Utbildade personliga ombud (case managers) arbetar med stöd åt knappt 20 individer vardera. Individerna har svåra psykiska funktionshinder. I utvärderingen av effekterna konstateras att rehabiliteringsinsatserna har positiv effekt på individernas levnadsförhållanden jämfört med kontrollgrupp, förhindrar en utförstrappa för de individer som ingår i projektet och har en hälsofrämjande effekt på deltagarna jämfört med kontrollgrupp. I utvärderingen konstateras att den totala årliga kostnaden avseende vård och omsorg minskat med drygt 5 miljoner. Denna minskning förklaras inte av nedskärningar i vården.

### **Arbetslivsinriktad rehabilitering för 52 mycket långa sjukfall**

En av rehabiliteringsproducenten (Samhall Resurs AB) nyligen genomförd uppföljning av 52 individer gav ett positivt resultat. Gruppen hade en genomsnittlig sjukskrivningsperiod på 135 veckor (ca 3 år). Uppföljningen visade att dessa individer, trots mycket långa sjukperioder, efter genomsnittlig rehabiliteringsperiod på 5 månader helt eller delvis bröt sjukskrivningen i 70 procent av fallen. Dessa 70 procent fördelade sig så att 18 procent gick till arbete, 6 procent till utbildning och 46 procent som arbetsökande. Övriga 30 procent fördelade sig som följer: 14 procent med rekommendation om för individen ”annat mer adekvat stöd” (exempelvis behandling med psykoterapi, vård för drogberoende etc.). 16 procent tillbaka till försäkringskassan med behov av ny utredning varav 10 procent med rekommendation till förtidspension eller sjukbidrag.

En ytterligare uppföljning gjordes efter 3 månader och då kan konstateras att en grupp (14 %) rört sig från att söka arbete till att komma i arbete (9 %), i utbildning (2 %) samt till något av ”reträtmålen”; annat stöd eller åter Fk (3 %). En positiv tendens är att rehabiliteringens syfte om att långsiktigt stärka individens kapacitet och motivation för att nå primärmålet att komma i arbete är tydlig. Alltfler av de arbetssökande

(11 %) kom vidare i arbete och utbildning efter 3 månader. Samtidigt faller en mindre del (4 %) ”tillbaka till Fk”.

	Uppf. I	Uppf. II
I arbete	18 %	27 %
Utbildning	6 %	8 %
Söker arbete	46 %	31 %
Rek. ”annat för individen mer adekvat stöd” (ex. behandling)	14 %	10 %
Utredning Fk	16 %	24 %
	100 %	100 %

(Källa: Resursdata, Samhall Resurs, region syd)

### Unga arbetslösa personer med psykiatrisk diagnos - sammanfattning

EU-projektet Rehabhuset von Platen i Norrköping var en försöksverksamhet med samordnad rehabilitering. Målet var att deltagarna skulle återgå i arbete och få höjd livskvalitet. Dessa mål skulle uppnås genom att rehabiliteringsaktörerna samverkade kring den enskilde brukaren. De aktörer som arbetade gemensamt var primärvården, psykiatrin, kommunen, försäkringskassan och arbetsmarknadsinstitutet (AMI). En majoritet, 56 procent, av deltagarna i studien var kvinnor. Medelåldern för männen var 30 år och för kvinnorna 28 år. Cirka 30 procent av deltagarna hade grundskoleutbildning som högsta utbildning och mer än hälften av individerna hade gymnasieutbildning eller högre utbildning. De flesta var ogifta, bodde i lägenhet och hade relativt många sociala kontakter. Vid jämförelsen mellan rehabiliteringsstart och 6 månader efter hade förekomsten av ohälsoproblem reducerats. Förbättringen i självskattad hälsa var efter 6 månader signifikant ( $p < 0,01$ ). Rehabiliteringen gav också upphov till 25-procents förbättrad hälso-relaterad livskvalitet ( $p < 0,01$ ). När verksamheten pågått i 12 månader hade 27 procent av de personer som ingick i utvärderingen kommit i arbete och 46 procent till studier. Samtliga individer var arbetslösa när de påbörjade sin rehabilitering.

Källa: Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabhuset von Platen – EU-projekt: Socialfond mål 3. CMT-rapport 1999:4. CMT, Linköpings universitet, 1997.

### **”Arbetsterapins ekonomiska värde” – en pilotstudie – sammanfattning**

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter har låtit göra en s.k. pilotstudie för att primärt studera huruvida arbetsterapeutiska insatser är lönsamma. I föreliggande studie har data använts från ett projekt initierat av försäkringskassan i Stockholm 1995. Nedan refereras kort de uppmätta effekterna på individernas sjukskrivningstid: ”Det totala antalet ersättningsdagar över den studerade tolv månadersperioden uppgick i genomsnitt till 164 i projektgruppen och 206 i kontrollgruppen. Under det första året sparades alltså i genomsnitt 42 dagar med ersättning in eller annorlunda uttryckt, 42 ytterligare arbetsdagar kunde utföras i genomsnitt per person...” (Källa: Artikel tidskriften *Arbetsterapeuten* 6/2000 s. 14).

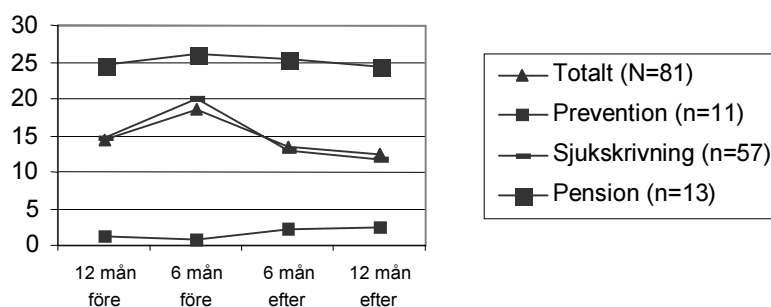
### Några rapporter från forskare

#### **Stockholmsprojektet – en registerstudie av ohälsa hos anställda som genomgått rehabilitering i samverkan**

Stockholmsprojektet centrala arbetsmetodik är samverkan bland annat genom flerpartssamtal, i huvudsak för att rehabilitera personer med funktionsnedsättningar som medför arbetsoförmåga. Genom ett aktiverande förhållningssätt sätts individen i centrum.

Utvecklingen av antalet ohälsodagar (antalet hela dagar med sjuklön, sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension och sjukbidrag) har mätts tolv och sex månader före och efter projektet. Projektdeltagarna har indelats i tre grupper utifrån remissanledning: Preventionsgruppen som remitterats till projektet utan pågående sjukskrivning, Sjukskrivningsgruppen med en längre tids sjukskrivning, i genomsnitt 233 dagar (ca 8 mån) och Pensionsgruppen med en pensionsförmån så som sjukbidrag eller partiell förtidspension.

Figur 5.1.



Figuren visar att antalet ohälsodagar per person och månad, i genomsnitt, minskat från 14 till 12 vid en jämförelse tolv månader före och efter projektet (trianglar). Figuren avser endast de personer som varit möjliga att följa upp tolv månader efter projektets avslut.

Vid en nulägesanalys i april 2000 av sjukskrivningsgruppen (78 personer av 107), visade det sig att 28 procent avslutats med en hel eller partiell pensionsförmån, det vill säga sjukbidrag eller förtidspension. Beräkningar av Riks-LS materialet visar att andelen pensionsförmåner bland anställda kvinnor i Stockholms län som insjuknande under 1991 och 1992, varit sjukskrivna i minst sex månader och som följts upp efter ytterligare 18 månader uppgick till 37 procent. Motsvarande siffra ur Riks-LS materialet över de sjukfall som varat i minst tolv månader uppgick till 57 procent. Jämförelsen bör dock göras med viss försiktighet då våra beräkningar gäller ca 8 månaders sjukskrivningstid och jämförelsematerialet har sjukskrivningstid på ett halvt respektive helt år. Trots att alla jämförelser av dessa slag kan ha metodologiska svårigheter, är det intressant att konstatera att såväl ohälsodagar som andel pensionsförmåner har lägre tal för deltagarna inom Stockholmsprojektet.

(Källa: Utvärdering av Stockholmsprojektet: Rehabilitering i samverkan – Arbetsversion av slutrapport. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Divisionen för Rehabiliteringsmedicin).

## Sammanfattning av 18 svenska och internationella studier

J. Selanders doktorsavhandling ”Unemployed sick-leavers and vocational rehabilitation” visar effektmätningar från 18 olika studier. Studierna är gjorda i Sverige, Danmark, Finland och USA där sammansatta multidisciplinära rehabiliteringsinsatser tillgodogjorts av långtidssjukskrivna arbetslösa. Av dessa 18 visar 12 studier signifikant positiva effekter för rehabilitering till arbete efter sjukdom. 6 studier visar neutrala resultat dvs. inga signifikant positiva effekter kan fastslås. Ingen av de totalt 18 studierna visar negativa effekter. Se tabell 5.1 för översiktlig redogörelse.

*Tabell 5.1.* Effekter av multidisciplinära rehabiliteringsinsatser på sjukskrivning, förtidspension och/eller återgång i arbete.

(Källa: Selander ”Unemployed sick-leavers and vocational rehabilitation, 1999)

Författare	Studie	Målgrupp/land	Effekter
Åberg 1984	Randomiserad, prospektiv	Kronisk ryggsmärta (164+189) <i>Sverige</i>	Neutrala – 4 och 8 mån, inga effekter avseende arbetsrelaterade faktorer
Linton m.fl. 1989	Randomiserad, prospektiv	Ryggsmärta (n=36+30) <i>Sverige</i>	Positiva – trendbrott gällande smärtrelaterad sjukfrånvaro
Mitchell and Carmen 1994	Randomiserad, prospektiv	Kronisk smärta (n=271+271) <i>Kanada</i>	Neutrala – 12 mån uppföljning, 79% jmf 78% återkom i arbete
Alaranta m.fl. 1994	Randomiserad, prospektiv	Kronisk smärta nedre rygg (n=152+141) <i>Finland</i>	Neutrala – 1 år uppföljning, ingen skillnad rörande sjukfrånvaro eller förtidspension
Bendix m.fl. 1997	Randomiserad, prospektiv	Kronisk smärta nedre rygg (n=46+43+43) <i>Danmark</i>	Positiva – 12 mån uppföljning, programmet överlägset avseende bedömning av arbetsförmåga
Lindh m.fl. 1997	Randomiserad, prospektiv	Muskelsmärta (n=238+226) <i>Sverige</i>	Positiva – förbättrad stabilitet i arbetsförmåga efter återgång i arbete (för invandrare ingen effekt)
Mayer m.fl. 1985	Icke-randomiserad, prospektiv	Kronisk ryggsmärta (n=66+38) <i>Dallas, Texas</i>	Positiva – 1-årsuppföljning, 86% jmf 45% återkom i arbete
Mayer m.fl. 1987	Icke-randomiserad, prospektiv	Kronisk smärta nedre rygg (n=116+72) <i>Dallas, Texas</i>	Positiva – 2-årsuppföljning, 87% jmf 41% återkom i arbete

Författare	Studie	Målgrupp/land	Effekter
Hazard m.fl. 1989	Icke-randomiserad, prospektiv	Kronisk smärta nedre rygg (n=59+17) <i>Burlington, Vermont</i>	Positiva – ettårsuppföljning, 81% jmf 29% återkom i arbete
Sachs m.fl. 1990	Icke-randomiserad, prospektiv	Spinal dysfunktion (n=45+33) <i>New Hampshire</i>	Positiva – halvårsuppföljning, 73% jmf 38% i produktivt arbete
Ekberg m.fl. 1994	Icke-randomiserad, prospektiv	Smärta i nacke o. Axlar (n=53+40) <i>Sverige</i>	Neutrala – ingen skillnad gällande sjukfrånvaro vid 12 och 24 mån uppföljning
Deardorff m.fl. 1991	Icke-randomiserad	Kronisk smärta (n=42+15) <i>L.A., Kalifornien</i>	Positiva – 11 mån uppföljning, 48% jmf 0% återkom i arbete
Nordström-Björverud o. Moritz 1998	Icke-randomiserad	Muskelsmärta (n=34+72) <i>Sverige</i>	Positiva – 77% jmf 58% återkom i arbete vid 2-4-årsuppföljning
Oland and Tveiten, 1991	Fallstudie utan kontrollgrupp	Smärta i nedre rygg (n=66) <i>Norge</i>	Neutrala – 18 mån uppföljning, 23% hade återgått i arbete
Estlander m.fl. 1991	Fallstudie utan kontrollgrupp	Kronisk smärta nedre rygg (n=65) <i>Finland</i>	Neutrala – ettårsuppföljning, procentandel av individer i arbete oförändrad
Linton o. Bradley 1992	Fallstudie utan kontrollgrupp	Ryggsmärta (n=36) <i>Sverige</i>	Positiva – för återgång i arbete
Timpka m.fl. 1997	Fallstudie utan kontrollgrupp	Kroniskt mindre sjuka (n=239) <i>Sverige</i>	Positiva – vid ettårsuppföljning, avseende arbetsrelaterade aktiviteter
Flor m.fl. 1992	Analys av 65 studier	Kronisk ryggsmärta	Positiva – multidisciplinära insatser är överlägsen passivitet, vätelista och enkeldisciplinära insatser för återgång i arbete

### Långtidsuppföljning av psykiskt funktionshindrade

En doktorsavhandling redovisar i en långtiduppföljning (under 6 års tid) att 16 av de totalt 20 individerna kom tillbaka i arbetsträning eller studier. Många kunde sluta med sina mediciner tidigt under rehabiliteringsprocessen jämfört med jämförelsegruppen.

*Källa:* M. Eklund, avhandling: "Occupational Group Therapy in a Psychiatric Day Care Unit for Long-Term Mentally Ill Patients." (Psykologiska institutonen, Lunds Universitet 20/12-96)

### **Effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering från Karolinska Institutets HUR-projekt.**

Två studier på personer med besvär i ryggkotpelaren (komponentrespektive observationsstudien från HUR-projektet) kan delvis verifiera positiva effekter på hälsa, sjukskrivning och förtidspensionering från rehabiliteringsinsatser. Utifrån resultaten av de båda studierna kan klart fastslås att ett ”workhardening” inriktat rehabiliteringsprogram (Program 2) och ett Beteendemedicinskt heltidsprogram enligt det i komponentstudien upplagda programmet är effektiva modeller för att förbättra hälsa, minska sjukskrivning och förtidspensionering. Vissa begränsningar måste dock göras. Resultaten för Program 2 gäller endast individer med svenskt ursprung och det Beteendemedicinska programmet minskar inte sjukskrivning på kort sikt för kvinnor men däremot förtidspensioneringen. Dessutom är resultaten beträffande beteendemedicinsk rehabilitering endast baserat på korttidsuppföljning (sex månader) medan resultaten från Program 2 gäller 1-års uppföljning.

#### *Effekter på sjukskrivning och förtidspensionering*

Program 2 minskar både sjukskrivning och förtidspensionering. Den genomsnittliga sänkningen av sjukskrivningstid per individ och år var 44 dagar mer än kontrollgruppen. Det innebär att de 157 deltagarna i Program 2 minskade antal sjukskrivningsdagar första året efter rehabilitering totalt med 6 908 dagar mer än kontrollgruppen. Dessutom minskade man förtidspensionering med 11 procent jämfört med kontrollgruppen. studierna kan tyda på att det är rehabilitering på heltid som krävs för att få en ordentlig effekt.

#### *Rehabiliteringsprogram för personer med astma.*

Av 223 personer med astma angav 198 intresse och möjlighet att delta i randomiseringen till ett astmarehabiliteringsprogram, eller till en kontrollgrupp. Ett hundra individer kom att lottas till programmet och 98 individer till kontrollgruppen. Rehabiliteringsgruppen hade i medeltal varit sjukskrivna 67,4 dagar och kontrollgruppen 108,1 året innan interventionen.

*Effekter på sjukskrivningslängd och förtidspensionering*

Vid ettårsuppföljningen hade antalet hela ersatta sjukdagar för rehabiliteringsgruppen sjunkit till 60,7 (SD 86,9) och för kontrollgruppen hade de ökat till 121,1 (SD 134,1). Dessa skillnader var statistiskt signifikanta. Kvinnorna stod för den största minskningen i rehabiliteringsgruppen och männen för den största ökningen i kontrollgruppen. Det beviljades, omräknat i heltidspensioner, motsvarande 7 heltidspensioner för rehabiliteringsgruppen och 13,25 heltidspensioner för kontrollgruppen. Omräknat i förlorade år på arbetsmarknaden motsvarade det 120 år för rehabiliteringsgruppen och 211 år för kontrollgruppen.

*Källa:* HUR -studien 1999, Delprojekt obstruktiv lungsjukdom.

*Livsstil och Kranskärslssjukdom – Effekter på sjukskrivning och återinsjuknande*

De tendenser till differentiella förändringar över tid som kunnat påvisas i en av studierna vad gäller återinsjuknande och sjukskrivning (dvs. bättre resultat i behandlingsgruppen under det andra uppföljningsåret) är anmärkningsvärda och kan visa sig mycket betydelsefulla i framtiden. Tendenserna är relativt konsistenta.

*Källa:* HUR-studien, forskningsprojekten "Livsstilsförändring" och "Hälsoekonomisk utvärdering".

## Generella slutsatser

Den redovisade genomgången av några aktuella studier pekar tydligt på att aktiva sammansatta insatser, där man i tillräcklig grad beaktar individens hela situation, dennes inflytande och engagemang, samspelet mellan individ och hennes miljö och arbetsmiljö har positiva effekter på sjukskrivningstider, återinsjuknande, återgång i arbetslivet och förtidspensioneringar. I nuläget vill jag med denna kunskap hävda att tillräckligt många effektstudier pekar på att aktiva sammansatta rehabiliteringsinsatser har positiva effekter för individens välbefinnande och funktion jämfört med passivitet från samhällets sida. Denna slutsats och mitt ställningstagande för förslag om utökade aktiva rehabiliteringsinsatser står inte i motsats till mitt förslag om kraftfullare och mer systematisk forskning och utvärdering.



## 6 Rehabilitering är samhällsekonomiskt lönsamt

Utredningen har i föregående kapitel kunnat visa att sammansatta rehabiliteringsinsatser ger en rad positiva effekter för den enskilde individen. Frågan är då om det även är samhällsekonomiskt lönsamt med sådan rehabilitering.

I detta kapitel redovisas utredningens samhällsekonomiska makrostudie där frågan om lönsamhet besvaras mot bakgrund av effekterna sett över hela samhällets ekonomi, dvs. de fyra sektorerna inom offentlig sektor, arbetsgivarens ekonomi samt individens ekonomi.

Kapitlet avslutas med sammanfattande slutsatser från några andra, avgränsade, samhällsekonomiska studier som gjorts på senare tid.

- Det finns få övergripande studier om rehabiliteringens samhällsekonomiska konsekvenser. Utredningen tog därför tidigt initiativ till en makrostudie av de totala samhällsekonomiska konsekvenserna, dvs. sett över de fyra sektorerna inom offentlig sektor, arbetsgivarens och den enskilde individens ekonomi.
- Lönsamhetsberäkningar av rehabiliteringsinsatser och dess samhälleliga intäkter och kostnader beaktar inte positiva förändringar i individens livskvalitet.
- Utredningens makroekonomiska studie visar att det är samhällsekonomiskt mycket lönsamt med fördjupad rehabilitering. En krona ger nio åter.
- Ett annat sätt att räkna är att vända på kalkylen. Det visar sig då att fördjupad rehabilitering lönar sig om var femte deltagare ökar sin produktiva arbetsinsats med 15 procent.
- Den företagsekonomiska lönsamheten för arbetsgivaren ligger främst i förebyggande insatser.
- Även andra, mer avgränsade, studier visar att skattebetalarna snabbt tjänar in satsningar på sammansatta rehabiliteringsinsatser.

## Det finns få övergripande studier om rehabiliteringens samhällsekonomiska effekter

Utredningen har i sin kartläggning kunnat konstatera att de samhällsekonomiska effekterna av rehabilitering har utvärderats och mätts i endast mycket liten omfattning. Olika ekonomer har visserligen gjort några studier men dessa har oftast haft ett företagsekonomiskt arbetsgivarperspektiv. Det går även att finna beskrivningar av hur enskilda individers ekonomi påverkas av rehabilitering. Vidare har också enskilda aktörer inom det offentliga försökt mäta effekterna av rehabilitering. Sådana mätningar har då endast skett från den egna sektorns/kassakistans utgångspunkter.

Det är vanligt förekommande att rehabiliteringsinsatser medför att kostnaderna drabbar en eller ett par samhällsaktörer och att intäkterna tillfaller andra aktörer. Från ett bredare samhällsperspektiv är detta olyckligt eftersom det innebär en suboptimering av samhällets resursinsatser. Varje aktör har sin egen budget och ser endast till sin del i rehabiliteringen. Utan samordning av aktörernas insatser uppstår betydande ekonomiska förluster för samhället.

Rehabilitering har enligt min mening ekonomiskt *tvärsektoriella* effekter men det finns förvånansvärt få övergripande studier om rehabiliteringens samhällsekonomiska effekter.

## Utredningen tog tidigt initiativ till en makroekonomisk studie

Bristen på övergripande studier om rehabiliteringens samhällsekonomiska effekter medförde att utredningen tidigt tog initiativ till en makroekonomisk studie. Makrostudien, för övrigt den första i sitt slag, presenterades i utredningens diskussionspromemoria och visade att den samhällsekonomiska vinsten av framgångsrik rehabilitering är mycket stor i förhållande till den sannolika kostnaden för själva rehabiliteringen. En krona ger nio åter, sett över de fyra sektorerna inom offentlig sektor, arbetsgivarens och den enskilde individens ekonomi.

Många remissinstanser välkomnade utredningens studie. Däremot kan noteras delade meningar när det gäller studiens slutsatser. Olika intresseorganisationer anser att beräkningarna i vart fall inte är för lågt räknade medan vissa myndigheter ifrågasätter om vinstpotentialen är så hög som utredningen gör gällande.

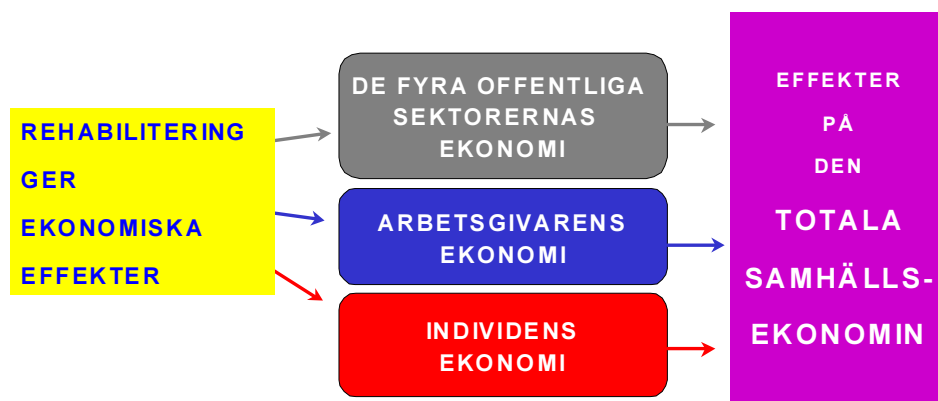
## Lönsamhetsberäkningar beaktar inte positiva förändringar i individens livskvalitet

Att genomföra en fullskalig samhällsekonomisk analys av individers förändring är en komplex företeelse. Skälet till detta är det krävs ett ekonomiskt värde för kvalitativa värden, som exempelvis förändring i livskvalitet. Det är också mycket svårt att i en sådan fullständig samhällsekonomisk analys fånga in de kvalitativa värden som en förändring ger för familj och anhöriga eller andra personer som indirekt påverkas. Trots dessa svårigheter är det idag möjligt att visa samhällsekonomiska lönsamhetsaspekter av framgångsrik rehabilitering.

Inom området arbetslivsinriktad rehabilitering kan utredningen konstatera att de svårångade kvalitativa aspekterna i en fullskalig samhällsekonomisk analys å andra sidan kan mätas genom subjektiva skattningsmetoder och kvantifieras enligt exempelvis den s.k. Vasskalan. I de fall sådana skattningar görs är det, såvitt utredningen har funnit, uteslutande positiva plusvärden som uppmätts. Skulle alltså dessa kvalitativa värden skattas i kronor skulle dessa utgöra en ekonomisk pluspost för samhället.

Dock bortser utredningens studie från dessa kvalitativa värden (som ju är närmast omöjliga att sätta monetära värden på). Då återstår de förhållanden som kan mätas eller uppskattas ekonomiskt. Här avser jag förändringar vilka kommer till stånd genom att långtidssjukskrivna individer ges möjlighet att aktivt delta i sammansatta rehabiliteringsinsatser.

Således skall det tolkas så att då utredningen här använder begreppet samhällsekonomisk avses mätning av situationen före och efter dessa förändringsinsatser. Både för individens och de olika aktörernas ekonomi. Hänsyn till de förmodat positiva kvalitativa värdena för individen och dennes omgivning räknas alltså inte in här. I redovisade studier fångas de reala resurserna respektive de finansiella ”pengaströmmarna” upp, bearbetas och särredovisas för respektive aktör. Slutligen summeras alltihop upp för hela samhället och skattebetalarna. Det hela kan illustreras av följande bild:



Utredningens samhällsekonomiska makroanalys visar att det är samhällsekonomiskt mycket lönsamt med fördjupad rehabilitering. En krona ger nio åter.

Utredningen har ytterligare låtit bearbeta och fördjupa den samhällsekonomiska studien och kan konstatera att det inte finns anledning att justera ned tidigare beräkningar. Slutsatsen är entydig; de ekonomiska vinsterna är mycket stora i förhållande till de sannolika kostnaderna för själva rehabiliteringen. Enligt utredningens beräkningar ger en fördjupad rehabilitering som 7 000 personer deltar i samhället ekonomiska vinster på 9 miljarder kronor. Denna beräkning bygger på några fallstudier och vissa antaganden som närmare redovisas i bilaga 6. Antagandena är i flera avseenden försiktigt hållna. 7 000 personer som antas delta i rehabiliteringen varje år utgör inte mer än en dryg procent av sjukskrivna och förtidspensionerade personer. Av dessa 7 000 personer görs det försiktiga antagandet att endast 1 260 blir rehabiliterade och återfår arbetsförmågan. Dubbla antalet, 1 400, antas inte bli rehabiliterade alls. Övriga antas i räkneexemplet nå enbart 20 procent arbetsförmåga, sett som ett genomsnitt.

Det är mycket möjligt att fler än så kan bli framgångsrikt rehabiliterade. Viktigast är kanske att den rent ekonomiska kalkylen skymmer de betydande vinsterna som de personer som rehabiliteras förmodligen själva upplever i form av t.ex. ökad livskvalitet.

## Fördjupad rehabilitering lönar sig om var femte deltagare ökar sin arbetsinsats med 15 procent

Utredningen har också för säkerhets skull vänt på kalkylen, och beräknat hur ofta den sammansatta individuella rehabiliteringen måste lyckas för att vara värt kostnaden. Resultatet visar att vinsten överstiger kostnaden om var femte individ ökar sin arbetsinsats med så lite som 15 procent och har ett minskat behov av vård- och omsorgsinsatser motsvarande endast 15 procent av det typfall som utredningen beskriver som en helt lyckad rehabilitering. Redan vid en så låg procent är alltså rehabilitering samhällsekonomiskt lönsamt.

Det är viktigt att notera att utredningens beräkningar bygger på effekterna sett över hela samhällets ekonomi. Med detta menar jag de fyra sektorerna – kassakistorna – inom den offentliga sektorn, arbetsgivarens ekonomi samt individens ekonomi. Bristen i dag är att det inte råder klara samband mellan ”insats och vinst” för respektive sektor. Den ena sektorn, t.ex. sjukvården (landstinget), får ökade kostnader för en behandling samtidigt som en annan sektor, socialförsäkringen, får besparingar när det gäller kostnader för sjukersättning om behandlingen leder till kortare sjukskrivningsperiod.

Studien redovisas i sin helhet under bilaga 6.

## Den företagsekonomiska lönsamheten för arbetsgivaren ligger främst i förebyggande insatser

Under senare delen av 1980-talet och framåt har en rad ekonomer i Sverige försökt visa de företagsekonomiska följderna av att rehabilitera sjukskrivna personer tillbaka i arbete. Aronsson och Malmquist konstaterade exempelvis att det strikt företagsekonomiskt var svårt att räkna hem dyra rehabiliteringsinsatser för långtidssjukskrivna anställda då en vikarie fullt ut ersatte den långtidssjuka. Däremot kunde man samtidigt visa att det är mycket lönsamt företagsekonomiskt att *tidigt* satsa pengar för att bryta sjukskrivning innan arbetsgivaren tvingades att skola in en vikarie. Ännu bättre blev resultatet om man lyckades förebygga och lyckas förhindra att sjukskrivning och rehabiliteringsinsatser över huvudtaget behövdes.

Vad som också dessa ekonomer tidigt pekade på var att det *samhällsekonomiskt* var lönsamt att rehabilitera långtidssjukskrivna, även om dessa personer skulle arbeta bara ett fåtal år efter rehabilitering. Nedan följer ett exempel för att åskådliggöra det förda resonemanget.

### **Rehabiliteringsekonomi för individen, arbetsgivaren och det offentliga – ett exempel på företagsekonomisk och samhällsekonomisk nivå.**

"Lasse är 48 år och arbetar som fastighetskötare. Han har under flera år till och från haft problem med sin rygg men inga åtgärder har vidtagits, varken av honom själv eller av hans arbetsgivare. Problemen förvärras successivt och efter en tid kan han inte längre fullgöra sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt. Trots besvären fortsätter han att gå till jobbet varje dag. Så småningom blir han dock tvungen att sjukskriva sig. Till att börja med blir det enstaka dagar men ganska snart övergår frånvaron till att vara allt fler dagar i följd. Arbetsgivaren vidtar fortfarande inte någon speciell åtgärd utan genomför bara ett samtal med Lasse där man bestämmer att marginellt ändra bland hans arbetsuppgifter. Trots detta blir Lasse efter en tid långtidssjukskriven och arbetsgivaren tvingas anskaffa en vikarie som efter sex månaders inskolning är fullt produktiv i sina arbetsuppgifter. Under tiden tar arbetsgivaren itu med rehabiliteringen av Lasse. Behandlingen blir framgångsrik och Lasse kan återgå i arbete efter drygt ett halvt års rehabilitering som bl.a. innehåller behandling av sjukgymnast.

Ser man på arbetsgivarens kostnader för detta rehabiliteringsfall så fördelas de på följande sätt:

- ✓ Kostnad för lägre produktivitet, d.v.s. den tid Lasse var på jobbet men arbetade med nedsatt produktivitet är 32 000 kr
- ✓ Högkostnadsfrånvaro, d.v.s. den tid under vilken Lasse hade kortare frånvarofall inklusive den tid vikaren anskaffades och inskolades är 180 000 kr
- ✓ Lågkostnadsfrånvaro, d.v.s. den tid under vilken arbetsgivaren har vissa kostnader för Lasse efter det att vikarien blivit fullt inskolad är 6 000 kr
- ✓ Rehabiliteringen kostade arbetsgivaren 32 000 kr
- ✓ Kostnad för återinskolningen, d.v.s. återgången i arbetet fram till att Lasse arbetade med normal produktivitet är 36 000 kr
- ✓ Avvecklingen av vikarien kostade 6 000 kr

Beräknar man arbetsgivarens lönsamhet av den sena rehabiliteringen ("sen" innebär att Lasse återgått i arbete efter att vikarie blivit inskolad) så är den en förlustaffär; kostnaden för rehabiliteringen var 36 000 kr medan intäkten (d.v.s. de kostnader som kunde undvikas p.g.a. Lasses återgång i arbete) var noll eftersom arbetsgivaren redan dragit på sig alla tänkbara kostnader p.g.a. sitt sena agerande. Till detta kommer kostnaden för Lasses (sena) återgång i arbete; avvecklingen av vikarien kostade 6 000 kr medan återinskolningen kostade 32 000 kr. Förlusten är således  $36\,000 + 6\,000 + 32\,000 = 74\,000$  kr.

Sen rehabilitering innebär i regel en förlustaffär för arbetsgivaren!
---

Om arbetsgivaren istället hade agerat tidigare ("tidig" rehabilitering) innebär att Lasse återgått i arbete innan vikarie blivit fullt inskolad) kunde han undvika en del av de kostnader han nu drog på sig p.g.a. sitt sena agerande. Låt oss anta att ett tidigare agerande (med samma kostnad för rehabiliteringen) hade inneburit att vikarien bara hade behövt arbeta ett par månader innan Lasse hade kunnat återgå i arbete genom tidiga och adekvata åtgärder. Hans arbetsgivare hade då kunnat undvika följande kostnader jämfört med den sena rehabiliteringen:

- ✓ Ingen lågkostnadsfrånvaro; 6 000 kr, bortfaller
- ✓ Hälften av högkostnadsfrånvaron; 90 000 kr, bortfaller
- ✓ Snabbare återgång i arbetet efter sjukskrivning; 12 000 kr, bortfaller

Arbetsgivarens lönsamhet vid tidig rehabilitering kan nu beräknas på följande sätt: han satsar 36 000 kr för att undvika kostnader på  $6\,000 + 90\,000 + 12\,000 = 108\,000$  kr. Lönsamheten blir således  $108\,000 - 36\,000 = 72\,000$  kr.

Tidig rehabilitering innebär nästan alltid en ekonomisk vinst för arbetsgivaren!

Ser vi nu på samhällets lönsamhet för detta rehabiliteringsfall blir slutsatsen lite annorlunda. Det som ur samhällets synvinkel är det primära vid rehabilitering är att individen kan komma i produktivt arbete, mindre viktigt är om det sker hos den ursprungliga arbetsgivaren eller inte. Mindre viktigt är även om rehabiliteringen är "sen" eller "tidig"; ur ett långsiktigt samhällsekonomiskt perspektiv är skillnaden i ekonomiskt utfall högst marginell däremellan. Däremot utgör individens ålder en viktig variabel; ju yngre denne är desto större är vinsten av återgången i arbete. Det samhällsekonomiska värdet per år av att Lasse återgår i arbete på heltid utan lönebidrag är cirka 230 000 kr. Eftersom han är 48 år riskerar samhället att totalt gå miste om 16 års produktion om Lasse inte blivit rehabiliterad. Detta motsvarar ett värde på cirka 3,7 mkr. Faktisk pensionsålder är dock inte 65 år i Sverige utan ligger på cirka 58 år för LO-medlemmar. Om vi istället utgår från denna ålder har Lasse cirka 9 år kvar till sin pension vilket i sin tur motsvarar ett samhällsekonomiskt produktionsbortfall på cirka 2 mkr.

Vid en ännu försiktigare beräkning kan vi beakta möjligheten att Lasse trots allt skulle kunna återgå i arbete även om han inte blivit föremål för rehabilitering hos sin ursprungliga arbetsgivare. Om vi då antar att "sjävläkningen" skulle ha sparat hälften av den tid han har kvar till faktisk pensionsålder blir kostnaden för dessa fem års produktionsbortfall, motsvarande cirka 1,1 mkr.

Lönsamheten för samhället kan således enligt det mest försiktiga perspektivet beräknas till drygt 1 mkr oavsett om rehabiliteringen sker som "sen" eller "tidig".

Rehabilitering, vare sig den är sen eller tidig, är i princip alltid lönsam för samhället som helhet!

Även Lasses privata ekonomi påverkas av rehabiliteringen. Om den inte genomförs och alternativet är att han blir förtidspensionerad kommer han brutto tappa 20 % av sin tidigare inkomst, dvs. drygt 38 000 kr årligen vid en inkomst på 16 000 kr/månad. Nettoförlusten, dvs. när hänsyn tagits till skatteeffekter, blir vid denna inkomst drygt 26000 kr.

Kommer Lasse aldrig i arbete igen blir den totala effekten på hans ekonomi att han brutto tappar drygt 614 000 kronor medan nettoeffekten blir en förlust på cirka 430 000 kr.

Skulle han trots utebliven rehabilitering ändå lyckas komma i arbete under fem år ytterligare fram till en förväntad pensionsålder på 58 år blir bruttoeffekten en förlust på 420 000 kr medan nettoeffekten innebär en förlust på strax under 300 000 kr.

Rehabilitering, vare sig den är sen eller tidig, är i regel lönsam för individen!

Slutligen bör observeras: skulle något av alternativen, vare sig rehabilitering genomförs eller inte, innebära att Lasse blir beroende av socialtjänst eller sjukvård inklusive medicinering kommer kostnadsbilden generellt att påverkas så till vida att samhällets totala kostnader ökar ytterligare!. Den ökade kostnaden bärs delvis av Lasse själv beroende på hur högkostnadsskyddet är utformat och hur mycket av medicinen som är subventionerad. Arbetsgivarens kostnad påverkas normalt inte av detta. Övriga "utomekonomiska" effekter som påverkar Lasses livskvalitet p.g.a. utebliven rehabilitering men som inte går att uttrycka i kronor såsom mer eller mindre konstant smärta, ökad fritid, ökade möjligheter att umgås med barn m.m. är inte beaktade i ovan genomförda beräkningar".

(Källa: C Malmquist, samhälls- och rehabiliteringsekonom.)

En sammanfattning av det förda resonemanget i ovanstående exempel kan illustreras av följande bild:

Vems ekonomi?	Tidig rehabilitering	Sen rehabilitering
Individen	Lönsamt	Lönsamt
Offentliga ekonomin	Lönsamt	Lönsamt
Arbetsgivarens ekonomi	Lönsamt	Olönsamt
Samhället totalt	Mycket lönsamt	Mycket lönsamt



## Även andra studier visar att sammansatta rehabiliteringsinsatser lönar sig.

Utredningen har även tagit del av andra, mer avgränsade, studier som genomförts under senare tid. Dessa studier visar samtliga att det lönar sig med sammansatta rehabiliteringsinsatser. Nedan följer några sammanfattande slutsatser från dessa studier.

### **Västernorrland – psykiskt funktionshinder**

Under perioden 1995 till 1998 genomfördes ett projekt i Västernorrland där arbetslivsinriktad rehabilitering erbjöds ett 70-tal individer med relativt grava psykiska funktionshinder. Projektet organiserades så att kommunerna, landstinget, länsarbetsnämnden och försäkringskassan i samverkan med en rehabiliteringsproducent åstadkom relativt sammansatt och individualiserad rehabilitering för dessa personer. Såväl den kvalitativa som den samhällsekonomiska utvärderingen gav tydligt positiva resultat. Drygt 50 individer ingick i den samhällsekonomiska analysen och den satsade summan på 7 mkr kunde hämtas hem på knappt ett år. Främst besparingar för minskad slutenvård (3,8 mkr), minskade socialbidrag (1,7 mkr) och minskade sjukpenningutbetalningar (1,1 mkr) men även ökad köpkraft för individerna (0,6 mkr). I analysen har inte produktionstillskott (mätt i BNP) beaktats för arbetsgivare, vilket annars ytterligare skulle ha ökat projektets lönsamhet.

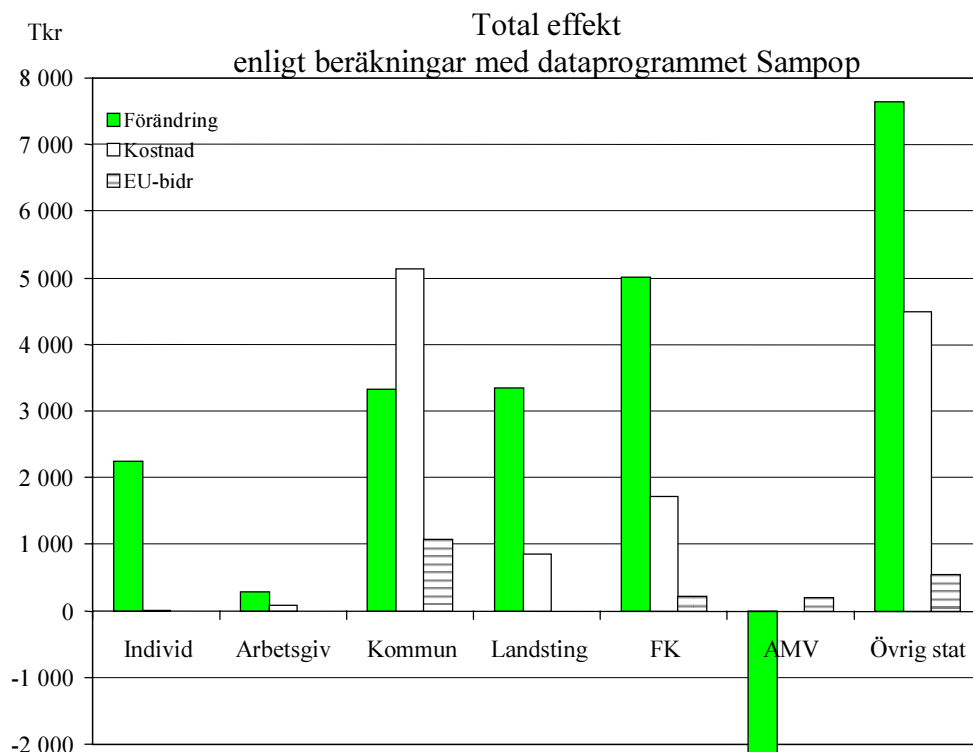
### **Frisamutvärderingen – ekonomiska förändringar**

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att tillsammans med Riksförsäkringsverket, Arbetskyddsstyrelsen och Arbetsmarknadsstyrelsen utvärdera effekterna av samverkan inom rehabiliteringsområdet enligt propositionen 1996/97:63 (FRISAM). I utvärderingen medverkar dessutom Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

I en färsk delstudie har utvärderingen redovisat samhällsekonomiska effekter av individers rehabilitering. 250 individer ingick i studien där data inhämtades före respektive efter rehabiliteringsinsatsen för varje individ. Dessa uppgifter har bearbetats i dataprogrammet Sampop. I diagrammet nedan framgår att individernas köpkraft liksom arbetsgivarnas, kommunernas, landstingens och försäkringskassans ekonomi förbättrats. Även statens ekonomi förbättras avsevärt (exklusive Arbetsmarknadsverket och Försäkringskassorna som särredovisas).

Arbetsmarknadsverket går med förlust vilket förklaras av att lönebidragen belastar.

Sammanfattningsvis visar redovisningarna på en total förbättring dvs. intäkt för samhället, på omkring 17 mkr per år som kan jämföras med åtgärdskostnader på 12,3 mkr plus ett totalt EU-bidrag om 2,0 mkr.



*Källa:* Delrapport "Samhällsekonomiska effekter vid rehabilitering" inom Frisamutvärderingen 2000:11.

Sammantaget visar även Frisamutvärderingen att det mycket snabbt går att ekonomiskt hämta hem satsningar där samverkan för individen kommit till stånd, i detta fall inom ett antal olika projekt. Den samlade teoretiska pay-off-tiden understiger alltså väl ett år och är i nivå med vad utredningens egen studie visar.

### **RIK-Projektet i Kristinehamn – integration av invandrare**

Rehabilitering i Kristinehamn, RIK, har initierats av kommunens social- och omvårdnadsnämnd och har avsett introduktion och integrering av invandrare på den lokala arbetsmarknaden. Tre av individerna som deltog har valts ut för en samhällsekonomisk utvärdering.

Utvärderingen visar att det samhällsekonomiska mervärdet för de tre deltagarna blir ca 830 000 kr per år.

Att utfallet blir så bra beror på att det stöd som personerna behövde från samhällets sida före projektet klart minskade efter projektet. Personerna har fått anställningar, som medför att de bidrar till produktionen.

### **ÅSA-projektet – traumatiserade flyktingar**

En samhällsekonomisk utvärdering gjordes nyligen för det så kallade ÅSA-projektet. Studien omfattar totalt 20 traumatiserade flyktingar, varav 3 lämnat projektet och därmed inte ingår i utvärderingen. Utvärderingen bygger på att individernas situation före rehabilitering jämförs med deras situation i slutskedet av projektet. Tyngdpunkten i utvärderingen ligger på individernas förändrade produktivitet uttryckt som bidrag till BNP. Vid sidan av detta beräknas värdet av individernas förändrade resursförbrukning avseende vård- och omsorgskonsumtion. Förutom den övergripande samhällsekonomiska utvärderingen ingår även en kommunalekonomisk analys.

Den totala kostnaden för projektets genomförande, exklusive transfereringar, är 3 mkr inklusive indirekta skatter. Kostnaderna består av utredning och kartläggning, psykoterapeutiskt stöd, projektledartid, arbetsträning, återkoppling till handläggare m.m. Kostnaden är fördelad mellan deltagande kommuner och EU. Värdet på den förväntade produktivetsökningen är 12,8 mkr. Utslaget per fullföljande deltagare är värdet 752 000 kr, baserat på att den genomsnittliga förväntade produktivetsökningen är 26 procent. Det samhällsekonomiska värdet på deltagarnas minskade vårdkonsumtion är 1,2 mkr. Slår man samman projektets båda intäktskällor blir den totala intäkten nästan 14 mkr.

Lönsamheten på lång sikt, som beräknas som skillnaden mellan prognostiserad total intäkt och total kostnad, är cirka 10,9 mkr. Av den totala förväntade produktivetsökningen tillfaller 6,2 mkr kommunerna. Därmed hamnar 48 procent av de totala intäkterna på grund av ökad produktivitet i den primärkommunala sektorn, medan övriga 52 procent till största delen fördelas mellan individerna själva, landsingen och staten. På mycket kort sikt, dvs. utifrån den situation som

råder för deltagarna i slutet av projekttiden, kan den kommunal-ekonomiska årliga intäkten beräknas till ca 700 000 kr. Intäkten per individ varierar mellan 0 och 1 mkr. Om ÅSA-projektet inte hade genomförts skulle deltagande kommuner haft en årlig genomsnittlig kostnad på cirka 103 000 kr per individ. Den totala kostnaden skulle därmed varit 2,6 mkr per individ i genomsnitt.

Om man avslutningsvis studerar hur utbetalningarna i form av ekonomiskt bistånd påverkats under projekttiden är den årliga utbetalningen per deltagande individ före rehabilitering 98 000 kr, medan det efter projektet sjunkit till 68 000 kr. Minskningen per individ är därmed drygt 30 000 kr/år eller totalt över en halv miljon för alla kommuner tillsammans per år.

ÅSA-projektet är således mycket lönsamt för såväl skattebetalarna som för kommunernas ekonomi, även om lönsamheten varierar mellan kommunerna. Ett enkelt sätt att beskriva lönsamheten är att för varje samhällelig krona som satsats i projektet kommer samhället totalt och långsiktigt få tillbaka drygt 4,50 kr.

### **EU-projekt för unga med psykiska funktionshinder**

Projektet Rehabhuset von Platen, vilket redovisas i kapitel 5, har också ingående utvärderats utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv. Studiens design var en före/efterstudie där deltagarna i programmet har följts 6 månader före och 6 månader efter interventionen med rehabilitering. Den analytiska metoden var kostnads-nyttanalytisk. Resultatet visar att samordnad rehabilitering är samhällsekonomiskt effektivt. Det uppstod signifikanta ekonomiska besparingar i samhället, speciellt för hälso- och sjukvården

Rehabhuset von Platens rehabilitering minskade den totala samhällskostnaden med 28 procent. Det motsvarar 1 miljon kr eller 19 000 kr per individ. Kostnadsförändringarna varierade betydligt mellan vårdgivarna. Kostnaderna för hälso- och sjukvården, försäkringskassan och AMI/AF minskade med sammanlagt 1 640 000 kr. Kostnaderna för kommunen ökade marginellt medan kostnaden för Rehabhuset ökade med 620 000 kr.

Hälso- och sjukvårdskostnaderna minskade med 51 procent eller 1 618 000 kr. Slutenvården stod för den största kostnadsminskningen, 1 359 000 kr (61 %). Kostnaderna för öppenvårdsbesöken minskade också. Minskningen var 30 procent och besparingen var 248 000 kr. Kostnaden för primärvården minskade med 24 procent och kostnaderna för den psykiatriska vården minskade med 18 procent. Läkemedelskostnaderna minskade med 9 procent. Besökskostnaderna för AMI/AF

minskade med 95 procent eller 19 000 kr. Besöken på Försäkringskassan minskade också, med 47 procent eller 7 000 kr. Kommunens kostnader var marginellt högre under den andra perioden (8 000 kr). Försäkringskassans totala utgifter för ersättningar och bidrag ökade marginellt (2 %). Utgifterna för sjukskrivningar och särskilda bidrag minskade samtidigt som rehabiliteringsersättning och förtidspension ökade. Kommunens utgifter för bidrag och ersättningar ökade med 12 procent. Arbetsmarknadsinstitutets/Arbetsförmedlingens utgifter för bidrag och ersättningar inklusive A-kassa minskade med 87 procent. Den genomsnittliga utgiften för bidrag minskade ytterst marginellt.

Individernas egna utgifter till följd av sjukdom minskade med 21 000 kr, främst till följd av minskade sjukvårdsavgifter. Kostnaderna för alternativ vård minskade också, med 90 procent vilket motsvarar 14 600 kr. Kostnaderna för naturläkemedel ökade med 112 procent eller 1 000.

Rehabilitering enligt den aktuella modellen har sparat in upp till 1,3 miljoner kr per år (20 000 kr per person) jämfört med traditionell rehabilitering. Det motsvarar en minskning av den totala samhällskostnaden med 28 procent. På längre sikt uppstår samhällsekonomiska vinster genom att 30 procent av deltagarna har kommit ut i arbetslivet och 40 procent börjat studera vilket också kan leda till arbete. Det innebär att de indirekta kostnaderna för produktionsbortfall reduceras dramatiskt liksom att utgifterna för sjukskrivning och bidrag minskar ytterligare. Sammanfattningsvis blir de samhällsekonomiska vinsterna betydande.

### **Slutsats**

Redovisade studier bekräftar tämligen överensstämmande att satsade medel väl betalar sig sett ur ett övergripande samhälls- eller skattebetalarperspektiv. Detta trots att sådana plusvärdeaspekter som individens ökade livskvalitet, anhörigas och närståendes avlastning, deras ökade välbefinnande inte vägs in i dessa samhällsekonomiska efterkalkyler. De redovisade studierna visar också att olika målgrupper, med det gemensamma att individen står utanför arbetslivet, är väl värda att satsa på. Detta alltså även om man cyniskt bortser från de i sig tillräckliga humanistiska motiven för att satsa på aktiv rehabilitering.

## 7 Tio länder – tre modeller

Utredningen har gjort en internationell studie om hur ett urval länder har utformat sina försäkringssystem för ersättning vid sjukdom och efterföljande rehabilitering. De utvalda länderna är Nederländerna, delstaten New South Wales i Australien, delstaten Kalifornien i USA, Frankrike, Spanien, Tyskland, Danmark, Finland, Norge och Storbritannien.

I detta kapitel redogörs inledningsvis för studiens syfte, metodproblem samt vilka slutsatser som kan dras av effekterna av de olika försäkringsmodellerna.

Därefter presenteras de aktuella länderna enligt tre olika försäkringssystem som utredningen har valt att kalla *arbetsgivarmodellen* (Nederländerna, New South Wales och Kalifornien), *avtalsmodellen* (Frankrike, Spanien och Tyskland) samt den *offentliga modellen* (Danmark, Finland, Norge och Storbritannien). Varje delavsnitt avslutas med sammanfattande slutsatser om respektive modell.

### 7.1 Svårt att dra slutsatser om modellernas effekter

- Det är komplicerat att göra internationella jämförelser mellan organisationen av socialförsäkringssystemen i olika länder och utnyttjandet av ersättningarna inom systemen. Metodproblemen beror dels på att information saknas, dels på statistiska svårigheter.
- Det går inte att dra några egentliga slutsatser om effekterna av de olika försäkringsmodellerna. Studien har trots detta ett stort värde eftersom ökad kunskap om andra sociala försäkringssystem i längden kan gynna den svenska socialförsäkringen.

## Studien har haft två syften

Utredningen presenterade i *”Individen i centrum? – En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen”* tre alternativa organisatoriska och finansiella lösningarna av den framtida försäkringen. Inför utarbetandet av dessa modeller studerades hur ett urval länder hade utformat sina försäkringssystem för ersättning vid sjukdom och efterföljande rehabilitering. De länder som belystes i den internationella utblicken var Danmark, Norge, Tyskland, delstaten New South Wales i Australien och Holland.

Utredningen har nu kompletterat den internationella studien genom att dels utöka urvalet av länder, dels analysera utvecklingen av längre sjukfall och förtidspensioner i respektive land och därmed pröva de olika försäkringssystemens relativa effektivitet på rehabiliteringsområdet. Studien har således haft två syften. Det ena syftet är att kartlägga hur ett urval länder har utformat sina sociala försäkringssystem för ersättningar i samband med arbetsoförmåga, dvs. sjukförsäkring, arbetsskadeförsäkring och förtidspension. Samtidigt kartlägger studien organisationen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och vilka drivkrafter som finns inbyggda i systemen för att återför människor tillbaka till yrkeslivet.

Det andra syftet är att redovisa hur utnyttjandet av förmåner vid arbetsoförmåga har förändrats under 1990-talet i ovanstående länder där statistik finns att tillgå.

## Tio länder

De länder som belyses i den internationella utblicken har valts ut mot bakgrund av att samtliga har vissa liknande grunddrag som gör en jämförelse på området meningsfull. Samtliga länder är sedan länge stabila västerländska demokratier och samtidigt mer eller mindre uppbyggda välfärdsstater, men med disparata lösningar på utformningen av systemen. Vidare har flera av länderna historiskt sett uppvisat liknande problem som Sverige när det gäller utvecklingen av utnyttjandet av ersättning i samband med arbetsoförmåga under de senaste 20 åren.

De utvalda länderna är Nederländerna, delstaten New South Wales i Australien, delstaten Kalifornien i USA, Frankrike, Spanien, Tyskland, Danmark, Finland, Norge och Storbritannien.

## Tre modeller

Socialförsäkringssystem kan uppvisa oändliga variationer – dvs. de kan vara mer eller mindre offentliga eller privatiserade, inkomstrelaterade eller behovsprövade, frivilliga eller obligatoriska, bestå av ett system eller flera system, omfatta samtliga medborgare eller vissa grupper samt bygga på standardtrygghet eller grundtrygghet etc. Detta faktum komplicerar jämförande studier på området och kräver att man använder någon form av analysmodell för att kategorisera och göra systemen översiktliga.

Grundläggande förutsättningar i arbetet med att återföra människor som drabbats av arbetsförmåga tillbaka till arbete – t.ex. drivkrafter, prioriteringar och målbeskrivningar – är i stor utsträckning beroende av rollfördelningen mellan inblandade aktörer. Som analysmodell har därför valts hur det organisatoriska och finansiella ansvaret för sjukförsäringen fördelas sig mellan det offentliga, individen och arbetsgivaren. Denna fördelning tar sig uttryck i tre teoretiska systemmodeller – arbetsgivaremodellen, avtalsmodellen och den offentliga modellen.

Nederländerna, delstaten New South Wales i Australien och delstaten Kalifornien i USA har placerats under arbetsgivaremodellen. I dessa länder har arbetsgivare ett mycket långtgående finansiellt och organisatoriskt ansvar för socialförsäkringssystemen. Detta gäller framför allt systemet för ersättning vid sjukdom – även om detta ansvar för arbetsgivare i Kalifornien är frivilligt.

Vidare har Frankrike, Spanien och Tyskland placerats under avtalsmodellen. I dessa länder administrera avtalsförsäkringar de sociala försäkringssystemen under ledning av arbetsmarknadens parter.

Slutligen har Danmark, Finland, Norge och Storbritannien placerats under den offentliga modellen. I dessa länder har det offentliga ett mycket långtgående ansvar för socialförsäkringssystemet – även om arbetsgivare i Storbritannien ansvarar för sjuklönen under de första 28 veckorna i sjukfallet.

## Svårt att dra några slutsatser om effekterna

Vilka slutsatser kan då dras av den internationella studien när det gäller effekterna av de olika försäkringsmodellerna? Ja, till en början kan konstateras att det är komplicerat att göra internationella jämförelser mellan organisationen av socialförsäkringssystemen i olika länder och utnyttjandet av ersättningar. Detta beror främst på metodproblem av två slag. För det första saknas ordentlig information som beskriver socialförsäkringar i olika länder och den information som finns är bristfällig



och otydlig. Databaser över sociala trygghetssystem som till exempel International Social Security Association (ISSA) eller Social Security Administration (SSA) förfogar över är inte heltäckande. Vidare saknas konkret forskning på området. Framför allt saknas studier som jämför systemen och samtidigt analyserar utvecklingen av antalet längre sjukfall och förtidspensioner i de länderna som ingår i den här undersökningen eller andra liknande länder.

För det andra finns statistiska svårigheter med att göra rättvisande jämförelser över utnyttjandet av socialförsäkringsförmåner mellan länderna. Detta beror bland annat på

- komplexiteten i olika socialförsäkringssystem,
- att samma befolkningsgrupper i likartade situationer kan ersättas av olika försäkringsslag i olika länder,
- brist på jämförbar statistik, dvs. statistik som avser samma uppgifter eller samma grupper av försäkrade,
- att siffror som visar antalet försäkrade som kan komma att utnyttja förmånerna inte är tillgängligt, vilket omöjliggör jämförelsen av antalet förmånstagare eller ersättningsdagar i relativt hänseende, samt
- ländernas olika placering i konjunktur- och demograficykel etc.

De statistiska svårigheterna medför bl.a. att utredningen inte har kunnat få fram tillförlitliga uppgifter om arbetskraftsdeltagande i de olika länderna.

Sammantaget medför de redovisade metodproblemen att det inte går att dra några egentliga slutsatser om effekterna de olika försäkringssystemen. Trots detta har ändå den här typen av jämförande studier ett stort värde. En systematisk kartläggning av hur olika länder har utformat sina försäkringslösningar innebär bl.a. en ökad kunskap kring de alternativa principer som kan bygga upp sociala försäkringssystem. Detta är viktigt för att öka kunskapen och förståelsen kring de principer som bygger upp det svenska socialförsäkringssystemet – samtidigt som man får input, idéer och erfarenheter till möjliga förändringar i syfte att förbättra den svenska socialförsäkringen.

I det följande presenteras de olika länderna under respektive modell. En schematiskt översikt över de olika försäkringssystemen finns i bilaga 7. Den internationella studien i sin helhet kommer genom utredningens försorg att publiceras i en särskild bilaga.

## 7.2 Försäkringen är arbetsgivarens ansvar – arbetsgivarmodellen

- De länder som tillhör arbetsgivarmodellen – dvs. Nederländerna, delstaten New South Wales i Australien och delstaten Kalifornien i USA – har lagt tyngdpunkten i det finansiella och organisatoriska ansvaret för försäkringarna på arbetsgivarna.
- Arbetsgivarmodellen innebär i huvudsak att försäkringen är arbetsgivarens ansvar, kopplad till anställning, administreras av olika försäkringsinstitutioner samt finansieras direkt av arbetsgivaren via sjuklön eller indirekt via differentierade arbetsgivaravgifter.

Nedan beskrivs socialförsäkringssystemen i tre länder där tyngdpunkten i det organisatoriska och finansiella ansvaret vilar på arbetsgivaren – Nederländerna, delstaten New South Wales i Australien samt delstaten Kalifornien i USA.

*Arbetsgivaremodellen* innebär i huvudsak att försäkringen

- är arbetsgivarens ansvar,
- är kopplad till anställning
- administreras av olika försäkringsinstitutioner – både privata och offentliga samt
- finansieras direkt av arbetsgivaren via sjuklön eller indirekt via differentierade arbetsgivaravgifter.

### Nederländerna

Socialförsäkringssystemet i Nederländerna kan övergripande beskrivas enligt följande:

- Består av flera system som administreras av separata institutioner.
- Arbetsgivare har ett stort finansiellt och organisatoriskt ansvar.
- Systemen är till stora delar privatiserade, dvs. administreras via privata försäkringsgivare.
- Omfattar vårdförmåner (dock ej samma system som gäller vid kontantersättning i samband med sjukdom) och arbetslöshetsförsäkring.
- Saknar en särskild arbetsskadeförsäkring, arbetsskador och arbets-sjukdomar täcks av övriga system.

Socialförsäkringssystemet i Nederländerna är uppdelat i ett allmänt försäkringssystem som gäller hela befolkningen och ett försäkringssystem som i huvudsak gäller för anställda. Sjuklöneförsäkring är helt privatiserad, dvs., finansieras och utbetalas av arbetsgivaren. Arbetsgivareperiod om ett år gäller för samtliga arbetsgivare. Arbetsgivaren kan försäkra sig mot sjuklönekostnaderna via privata försäkringsbolag.

Anställda som förlorar arbetet under det första året i sjukfallet eller tillfälligt anställda och liknande erhåller ersättning från den allmänna sjukförsäkringen. Arbetslösa som erhåller ersättning från den allmänna arbetslöshetsförsäkringen får behålla ersättningen vid sjukdom.

I Nederländerna finns ingen särskild arbetsskadeförsäkring utan ersättning för inkomstförlust m.m. vid arbetsskador och arbetssjukdomar utgår från sjukförsäkringen. Om arbetsförmågan består efter ett år beviljas förtidspension.

Ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering av anställda ligger främst hos arbetsgivaren. Arbetsgivaren har ett rehabiliteringsansvar från det att rehabiliteringsbehov uppstår fram till det att arbetsgivaren inte längre har reella möjligheter att vidta åtgärder, vilket kan vara vid en tidpunkt då sjuklöneperioden har passerats.

Bedömningen av arbetsgivarens möjligheter att fortsätta rehabiliteringen görs av socialförsäkringskontoret som tar över ansvaret när arbetsgivaren inte längre kan vidta relevanta åtgärder.

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

Arbetsgivaren skall upprätta en rehabiliteringsplan och inge den till socialförsäkringskontoret som kontrollerar att arbetsgivaren är seriös i rehabiliteringsarbetet. Om arbetsgivaren underlåter att upprätta eller inlämna planen kan vite utdömas.

I praktiken är det företagshälsovården som upprättar rehabiliteringsplanen. Företagshälsovården måste beakta den anställdes hela livssituation i planeringsarbetet.

Exempel på arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är ändrade arbetsuppgifter, ändrade arbetstider, arbetsprövning eller arbetsträning samt utbildning. Det övergripande målet för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att bibehålla eller förbättra arbetsförmågan.

Anställda, arbetslösa, studerande och de som varit arbetsförmögna sedan ungdomen omfattas av förtidspensionsförsäkringen. Förtidspension beviljas av samma branschorganisation som sjukförsäkringen.

Förtidspension beviljas endast av medicinska skäl. Arbetsförmågan bedöms i förhållande till alla förekommande arbeten. Inom systemet finns viss stimulans för arbetslivsinriktade åtgärder, bland annat lönebidrag.

När det gäller förebyggande arbete kan nämnas att arbetsgivaren ska svara för primärprevention genom att identifiera och minska hälsorisker i arbetsmiljön. Arbetarskyddspolicy är en lagstadgad skyldighet som dock snarare har riktats mot enskilda arbetstagare än mot allmänt arbetarskydd. Anpassning av arbetsplatser har i hög grad förblivit arbetsgivarnas angelägenhet även om subventioner har tillkommit som en drivkraft för arbetsgivarna. Arbetsgivaren är även skyldig att köpa privata konsulttjänster för assistans vid genomförandet av sjukfrånvaropolicy och förebyggande arbete. Vidare vägleder dessa konsulter arbetsgivaren i arbetet att underlätta de sjukskrivnas återgång i arbete.

Sedan 1994 är arbetsgivaren skyldig att tillhandahålla företagshälsovård. Företagshälsovården insatser är att betrakta som sekundärprevention. Läkare på företagshälsovården ska följa och kontrollera de anställdas sjukdomsprocess och stödja deras återgång till arbete. Det finns dock problem i detta system. Missbruk och övervikt är känsliga hälsoproblem som inte anses vara arbetsgivarens angelägenhet.

En anställd kan i princip inte sägas upp av arbetsgivaren under sin sjukskrivning eller under de två första åren med förtidspension. Om arbetstagaren inte kan återgå i sitt tidigare arbete ska arbetsgivaren erbjuda ett annat arbete eller betala en straffavgift som motsvarar arbetstagarens lön. Arbetsgivaren som vill avskeda en anställd på grund av nedsatt arbetsförmåga måste söka tillstånd hos en regional arbetsförmedling eller länsrätt. Endast i fall där det är uppenbart att den anställde inte längre kommer att kunna arbeta hos arbetsgivaren kan avsked beviljas.

## Australien/New South Wales

Delstaterna och territorier i Australien åtnjuter en hög grad av självbestämmande på ett flertal policyområden – t.ex. vad avser det sociala trygghetsområdet – vilket resulterat i mycket varierande försäkringslösningar. Framför allt vad gäller graden av privata marknadsinslag i försäkringssystemen. New South Wales är en delstat i Australien som har ca en tredjedel av landets invånare, och som har utformat en social försäkring vid sjukdom och efterföljande rehabilitering med både offentliga och privata inslag.

Socialförsäkringssystemet i New South Wales kan övergripande beskrivas enligt följande:

- Består av flera system som administreras av separata institutioner.
- Arbetsgivare har ett stort finansiellt och organisatoriskt ansvar.
- Systemen är till stora delar privatiserad, dvs. administreras till stor del via privata försäkringsgivare.
- Omfattar vårdförmåner, dock ej samma system som gäller vid kon-tantersättning i samband med sjukdom.
- Omfattar en särskild arbetsskadeförsäkring som, liksom sjukförsäk-ring, administreras via privata försäkringsgivare.
- Innehåller ett allmänt behovsprövat trygghetssystem i samband med arbetslöshet som även omfattar ersättning vid sjukdom.

Socialförsäkringssystemet i New South Wales är uppdelat i ett allmänt försäkringssystem som gäller hela befolkningen och ett försäkrings-system som gäller för anställda.

Det finansiella och organisatoriska ansvaret för sjukförsäkringen tillfaller arbetsgivaren, som enligt lag är skyldiga att teckna försäkring för de anställda vid ett av staten godkänt försäkringsbolag. Försäkringspremien finansieras via differentierade arbetsgivaravgifter.

Arbetsgivaren ska teckna en obligatorisk arbetsskadeförsäkring för sina anställda hos en offentlig eller privat försäkringsgivare. Några arbetsgivare, t.ex. statliga myndigheter, är undantagna från den obli-gatoriska försäkringen, men är skyldiga att stå för motsvarande förmå-ner vid arbetsskador. Arbetsgivarna finansierar försäkringen genom differentierade avgifter. Arbetsskadeförsäkringen omfattar olycksfall på arbetsplatsen.

I New South Wales är det försäkringsbolagen som betalar ut ersätt-ning till den anställde när han eller hon drabbas av arbetsoförmåga på grund av sjukdom eller skada. Dessa försäkringsbolag har tillgång till adekvat expertis som kan rycka in direkt vid akut skada eller efter en viss tids sjukdom och bedöma den anställdes behov av eventuella reha-biliteringsåtgärder. Rehabiliteringsverksamheten utförs av sex konkur-rerande certifierade rehabiliteringsproducenter – ”Rehabilitation provi-ders”. Dessa arbetar på uppdrag av försäkringsbolagen och utför dels den rehabilitering som försäkringsbolaget beställt, dels kontroll av arbetsmiljön för att minimera risker för framtida sjukdomar och skador relaterat till arbetet.

Anställda som blir föremål för rehabilitering har enligt lag rätt till en personlig rådgivare – en ”casemanager” – som kan stödja honom eller henne genom utbudet av åtgärder. Dessa rådgivare kan vara pro-fessionella coacher anställda av rehabiliteringsproducenterna eller kontaktpersoner från den egna arbetsplatsen.

För försäkrade som erhåller ersättning från Safety net och som bedöms vara i behov av rehabiliteringsåtgärder, ansvarar offentliga

rehabiliteringsutförare för att utforma program med lämpliga rehabiliteringsåtgärder. Även här har den försäkrade rätt till personlig rådgivare under rehabiliteringsprocessen.

Förtidspension är en statligt finansierad socialförsäkringsförmån och kan efter behovsprövning beviljas alla som bor i landet och som har fyllt 18 år. Endast de blinda är undantagna från behovsprövningen.

Diskrimineringslagen förbjuder diskriminering på grund av fysiskt eller psykiskt nedsatt hälsa. Lagen förpliktigar arbetsgivaren att göra rimliga anpassningar av arbetet. Det finns få detaljregler om stödåtgärder vid arbetsoförmåga i lagen. Däremot finns ett antal program som syftar till attitydpåverkan av arbetsgivare och till att främja anställning av personer med nedsatt arbetsförmåga.

## Kalifornien

Delstaterna i USA åtnjuter en hög grad av självbestämmande på många områden – t.ex. vad avser den sociala tryggheten vilket resulterat i varierande sociala försäkringslösningar. Delstaten Kalifornien har ca 34 miljoner invånare och är en av fem delstater i USA som har utformat ett ersättningssystem vid kortvarig arbetsoförmåga.

Socialförsäkringssystemet i Kalifornien kan övergripande beskrivas enligt följande:

- Består av flera system som administreras av separata institutioner.
- Arbetsgivare har ett relativt stort finansiellt och organisatoriskt ansvar.
- Rätten till ersättningar är ofta kopplade till förvärvsarbete.
- Omfattar vårdförmåner, dock ej samma system som gäller vid kontantersättning i samband med sjukdom.
- Omfattar en särskild arbetsskadeförsäkring som administreras via privata försäkringsgivare.

Socialförsäkringssystemen i Kalifornien innehåller bl.a. kontantförmån vid sjukdom och arbetsskadeförsäkring. Kontantförmåner vid sjukdom finansieras via avgifter från både försäkrade och arbetsgivare medan förmåner vid arbetsskada endast finansieras av arbetsgivaren.

Arbetsgivare och anställda har möjlighet att etablera en ”voluntary plan” – dvs. en frivillig privatiserad försäkring – på arbetsplatsen som ersätter den statliga försäkringen. Inrättandet av den frivilliga planen skall ske i samförstånd mellan arbetsgivaren och en majoritet av anställda. Den frivilliga försäkringen får inte innebära högre avgifter för de anställda och måste vara minst lika förmånlig som den statliga försäkringen. Anställda på en arbetsplats som har inrättat en frivillig

ersättningsplan har fortfarande möjlighet att välja den statliga försäkringen.

Arbetskadeförsäkringen omfattar olycksfall på arbetsplatsen och kan tecknas hos en offentlig eller privat försäkringsgivare för anställda i industri, handel och inom det offentliga. Arbetsgivarna finansierar försäkringen genom differentierade avgifter. Vissa arbetsgivare kan vara undantagna från försäkringen men står för ersättningen vid skador. Försäkringarna varierar mellan delstaterna.

När det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering kan nämnas att allvarligt sjuka och skadade får rehabilitering i olika former av ersättningsprogram. Återgång till samma arbete prioriteras, eventuellt i anpassad form. Rehabiliteringen administreras av olika statsprogram – dvs. offentliga rehabiliteringskontor, privata försäkringsbolag eller av egenförsäkrade arbetsgivare. Endast begränsad offentlig finansiering finns dock att tillgå för förändringar och anpassning av arbetsplatsen.

Vouchers och biljetter finns för val och köp av rehabiliteringstjänster till dem som ansöker om förtidspension.

Förtidspension omfattar alla förvärvsarbetande. Anslutning till försäkringen är dock frivillig för vissa grupper av anställda. Rätt till förtidspension har man om man beräknas vara oförmögen att förvärvsarbeta minst ett år på grund av dålig hälsa eller om ohälsan förväntas leda till döden. Endast medicinska skäl beaktas vid bedömningen av arbetsförmåga. Lindrigare kriterier används vid bedömningen av arbetsförmågan av unga och blinda.

Större arbetsgivare utvecklar särskilda primärpreventiva program och aktiviteter för att förebygga arbetsoförmåga och minimera sina kostnader. Det kan gälla att befrämja hälsosamma livsstilar (t.ex. kostrådgivning) och att erbjuda aktiviteter för att förebygga ohälsa. Privat rådgivning och hälsokontroller förekommer.

Arbetarskyddsstyrelsen (OHSA) har inlett ett samarbete med arbetsgivare och erbjudit dem ergonomisk och annan rådgivning. Arbetsgivare kan slippa kontroller om de skapar ett effektivt arbetsplatsprogram för att förebygga risker i arbetsmiljön. Större företag har någon sorts "disability management" system för handläggning, prevention och förändringar på arbetsplatsen.

Om ersättning utgår från arbetskadeförsäkringen ska arbetsgivaren och försäkringsgivaren i allmänhet stå för kostnaderna för sekundärprevention såsom anpassningen av arbetsplatser. Bidrag är tillgängliga i sju delstatliga arbetskadeförsäkringar och i tre delstater ska försäkringsgivaren bekosta anpassningar. Fristående organisationer, arbetsgivarorganisationer och forskningsinstitut vilkas verksamhet finansieras av försäkringsgivare bidrar också till preventiva arbetsplatsprogram.

Offentligt anställda med nedsatt arbetsförmåga har sedan rehabiliteringslagen från år 1973 skyddats av rätten att återgå i arbete och rätten till nyanställning. I diskrimineringslagen från år 1990 utvidgades rätten till att omfatta även privatanställda. Lagen gäller från och med 1994 alla arbetsgivare med minst 15 anställda. Arbetsgivaren förpliktigas också att göra rimliga anpassningar av arbete och erbjuda hjälpmedel, arbete på deltid, omplacering och att förse blinda och döva med medhjälpare. Vid nyanställning tillåts arbetsgivaren inte utreda arbetsökandens hälsotillstånd innan jobb erbjuds. Medicinska tester kan dock krävas före inträdet till det erbjudna arbetet och arbetsgivaren är inte skyldig att sänka kvalifikationskraven för arbetet på grund av arbetstagarens nedsatta arbetsförmåga.

Diskrimineringslagen förutsätter att arbetstagaren anmäler såväl sitt eventuella avsked från arbetet på grund av arbetsoförmåga som andra förekommande brister i arbetsgivarens tillämpning av lagen. En anmälan leder inte sällan till kostsamma och tidskrävande rättstvister och ställer således stora krav på anmälaren. I praktiken är anställningstryggheten således inte särskilt stark.

### Några slutsatser om arbetsgivarmodellen

Länder som tillhör arbetsgivaremodellen – dvs. Nederländerna, delstaten New South Wales i Australien och delstaten Kalifornien i USA – har lagt tyngdpunkten i det finansiella och organisatoriska ansvaret för försäkringarna på arbetsgivarna. I övrigt kännetecknas länderna av inbördes skillnader både vad gäller finansiering och administration av socialförsäkringen och inbyggda ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare och försäkrade i försäkringen.

När det gäller kontantersättning vid sjukdom har arbetsgivaren ett finansiellt och organisatoriskt ansvar i alla tre länder. Utformningen av ansvaret skiljer sig dock mellan länderna. I Nederländerna betalar arbetsgivare sjuklön under 52 veckor och kan försäkra sig mot kostnaden hos privata försäkringsgivare. I New South Wales har arbetsgivaren ett tidsmässigt obegränsat kostnadsansvar och en skyldighet att teckna kostnadsförsäkring, vilket innebär att en försäkringsgivare administrerar utbetalningen av ersättningen. I Kalifornien kan arbetsgivare frivilligt ta på sig det organisatoriska ansvaret för ersättning till anställda som drabbas av arbetsoförmåga.

I New South Wales och Kalifornien finns både privata och offentliga försäkringsgivare för arbetsskadeförsäkring. Finansieringen sker med differentierade arbetsgivaravgifter i New South Wales och Kalifornien. I Nederländerna utgår ersättning från sjukförsäkringen.



Arbetskadeförsäkringen har minst täckning av risker i arbetsgivaremodellen.

Utformningen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är svår att jämföra mellan länderna på grund av bristande information om systemen. I både Nederländerna och New South Wales har dock arbetsgivaren ett stort ansvar även för rehabiliteringen. Vidare finns i dessa länder väl utbyggd organisation för att stödja arbetsgivaren i rehabiliteringsarbetet, i form av "Rehabilitation providers" I New South Wales och företagshälsovården i Nederländerna.

Förtidspension finansieras med skattemedel i New South Wales, huvudsakligen med avgifter från arbetsgivare i Nederländerna och i lika delar av arbetsgivare och de försäkrade i Kalifornien inom ramen för det offentliga systemet. Alla omfattas av försäkringen i New South Wales och Nederländerna, endast förvärvsarbetande i Kalifornien. Endast hälsokäl berättigar till förtidspension. Behovsprövning tillämpas i New South Wales och vad gäller ett speciellt bidrag även i Kalifornien och pension utgår med enhetligt belopp. Förtidspension är inkomstrelaterad i Nederländerna. Rätten till förtidspension omprövas regelbundet i Nederländerna

Med undantag av Nederländerna är de försäkrades rättigheter vad gäller anställningstryggheten vid sjukdom och rehabilitering inte särskilt starka i arbetsgivaremodellen. Arbetarskyddsmyndigheter svarar för förebyggande arbete genom kontroller av arbetsmiljön och rådgivning i anpassning av arbetsplatser. I Nederländerna är arbetsgivaren skyldig att tillhandahålla företagshälsovård med ansvar att följa de anställdas hälsoutveckling.

### 7.3 Försäkringen är arbetsgivarnas och arbetstagarnas ansvar – avtalsmodellen

- Socialförsäkringssystemen hos länderna inom avtalsmodellen – dvs. Frankrike, Spanien och Tyskland – administreras via arbetsmarknadens parter.
- Avtalsmodellen innebär i huvudsak att försäkringen är arbetsgivarnas och arbetstagarnas (individernas) ansvar, kopplad till arbetet, administreras av avtalsförsäkringar som styrs av arbetsmarknadens parter samt finansieras via generella eller differentierade arbetsgivar- och egenavgifter.

I det följande beskrivs socialförsäkringssystemen i tre länder där tyngdpunkten i det organisatoriska och finansiella ansvaret vilar på

representanter för arbetsgivare och arbetstagare – Frankrike, Spanien och Tyskland.

*Avtalsmodellen* innebär i huvudsak

- att försäkringen är arbetsgivarnas och arbetstagarnas (individernas) ansvar,
- är kopplad till arbetet,
- administreras av avtalsförsäkringar som styrs av arbetsmarknadens parter samt
- finansieras via generella eller differentierade arbetsgivar- och egenavgifter.

## Frankrike

Socialförsäkringssystemet i Frankrike kan övergripande beskrivas enligt följande:

- Består av fler än 100 olika system, av varierande storlek och betydelse som är kopplade till olika branscher. Förmåner, kvalifikationsvillkor, formaliteter och administrationen kan variera betydligt mellan systemen.
- Administreras i huvudsak via arbetsmarknadens parter.
- Rätten till ersättning är kopplad till arbete och inbetalda avgifter.
- Sjukförsäkringen inom de olika systemen inkluderar även vårdförmåner.
- De olika systemen inbegriper arbetslöshetsförsäkring och arbetsskadeförsäkring.

Sjukförsäkring (inklusive vårdförmåner) finansieras via avgifter från försäkrade, arbetsgivare och det offentliga. Ansvarig aktör för sjukförsäkringen är Nationella sjukförsäkringsfonden för anställda, som styrs av arbetsmarknadens parter.

Arbetskadeförsäkringen finansieras med differentierade arbetsgivaravgifter som betalas till det offentliga systemet. Arbetskadeförsäkringen omfattar olycksfall i arbetet och på väg till eller från arbetet samt de sjukdomar som finns upptagna i officiella förteckningar över arbetssjukdomar eller som erkänns som arbetssjukdomar av en regional kommitté efter en bedömning i det enskilda fallet.

Arbetslivsinriktad rehabilitering bedrivs på särskilda rehabiliteringscenter, där socialförsäkringsfonderna bidrar med pengar till kostnaderna.

Det finns en form av kvotssystem som i huvudsak innebär att arbetsgivaren antingen måste betala en avgift till en fond som fördelar medel till företag, eller anställa en viss kvot av personer med nedsatt arbetsförmåga. Fondens uppgift är att bidra till anställning av personer med nedsatt arbetsförmåga samt finansiering av åtgärder som möjliggör anställning av personer med nedsatt arbetsförmåga.

Åtgärderna kan utgöra tillfälliga ekonomiska bidrag eller medel för anpassning av arbetsplatsen. Företagen måste i sin tur reagera i minst två av fyra aspekter, nämligen anställning, rehabilitering och utbildning, anpassning till tekniska förändringar samt fortsatt anställning i fall där avsked annars skulle vara aktuellt.

Arbetsförmåga som består längre än ett år berättigar till förtidspension som ersätter 100 procent av det senaste årets arbetsinkomster. Både ett minimibelopp och ett förmånstak, beräknade med hjälp en särskild formel, finns dock för förtidspension. Endast medicinska skäl, konstaterade i erforderliga undersökningar, berättigar till förtidspension. Arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst 2/3 för och den bedöms i förhållande till alla typer av arbeten.

Finansieringen av förtidspension sker inom ramen för sjukförsäkring, föräldraförsäkring och efterlevandepension. Kostnadsansvaret vilar på de försäkrade, arbetsgivare och statsbudget (genom vissa specialdestinerade skatteintäkter).

Regelbundna hälsokontroller, som genomförs av läkare på företagshälsovården, är en obligatorisk primärpreventiv åtgärd. I samband med kontrollerna tas även eventuella behov av arbetsanpassning upp.

Arbetsråd, fackföreningar och mycket väl utvecklade arbetsgivarföreningar är aktiva informatörer och rådgivare när det gäller arbetsanpassning.

Sedan 1987 finansieras merparten av det förebyggande arbetet av arbetsgivarna kollektivt genom ett kvotssystem under statlig tillsyn. Statliga medel används endast i liten omfattning för ändamålet. Kvotsystemet förutsätter att arbetsgivaren antingen har en viss andel anställda med nedsatt arbetsförmåga eller betalar en avgift till en fond. Kvotsystemet implementeras kollektivt av arbetsgivare som samhällets representanter och tillses av statliga myndigheter. Med fonderade medel finansierar systemet bland annat studier av arbetsförhållanden, anpassning av arbetsplatser och kurser för personal i företagshälsovård, personaladministratörer och fackliga representanter för att öka deras kunskap om framgångsrika strategier för befrämjandet av fortsatt anställning vid försämrad arbetsförmåga.

De anställdas rättigheter vad gäller anställningstrygghet vid sjukdom skyddas av en ny diskrimineringslag från år 1990. Lagen förbjuder arbetsgivaren att vägra anställa personer med nedsatt arbetsförmåga

eller att tillämpa speciella anställningsvillkor för dem. Arbetsgivaren kan inte heller avskeda en arbetsskadad eller sjukskriven person under sjukskrivningstiden. Annars måste arbetsgivaren erbjuda, om det inte är helt omöjligt, ett nytt arbete. Avskedsärendena kan avgöras i domstol.

## Spanien

Socialförsäkringssystemet i Spanien kan övergripande beskrivas enligt följande:

- Består av flera system, av varierande storlek och betydelse som är kopplade till olika branscher. Förmåner, kvalifikationsvillkor, formaliteter och administrationen kan variera betydligt mellan systemen.
- Administreras i huvudsak via arbetsmarknadens parter.
- Rätten till ersättning är ofta kopplad till arbete och inbetalda avgifter.
- De olika systemen omfattar även sjukvård (dock inte samma system som gäller för kontantersättning vid sjukdom) och arbetslöshetsförsäkring.
- Det finns inte något särskilt system för olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar. I stället utbetalas någon av de andra förmånerna – ofta på förmånligare villkor.

Socialförsäkringen i Spanien består av två olika sorters system – avgiftsbelagda och avgiftsfria. Det finns sex större och obligatoriska avgiftsfinansierade system. De avgiftsbelagda förmånerna är bl.a. ersättning vid sjukdom och invaliditetspension.

Det spanska socialförsäkringssystemet, inkluderat samtliga försäkringsgrenar utom arbetslöshetsförsäkringen, finansieras via avgifter från försäkrade, arbetsgivare och det offentliga.

Socialförsäkringarna administreras av sju huvudinstitutioner varav Nationella socialförsäkringsinstitutet ansvarar för att bevilja, beräkna och betala ut kontantersättning vid sjukdom för samtliga utom för sjömän. Arbetsgivarorganisationerna och fackföreningarna deltar i den administrativa styrningen av instituten via *Nationella rådet* och *Regionråden*, där arbetsgivare, arbetstagare och representanter för den offentliga administrationen är likvärdigt representerade enligt en så kallad "trepartsstruktur".

Arbetsgivarna betalar ut sjuklön under dag 4–15 i sjukfallet (och i många fall även dag 1 till 3). Därefter ansvarar Nationella socialförsäkringsinstitutet för utbetalningen, vilket antingen sker direkt eller via arbetsgivaren. Vid olycksfall i arbetet eller arbetssjukdom ansvarar

Nationella socialförsäkringsinstitutet för utbetalning av ersättningen från dag 1.

I Spanien finns ingen särskild arbetsskadeförsäkring. I stället utgår någon av de andra förekommande förmånerna vid arbetsoförmåga, ofta på förmånligare villkor. Arbetsgivarna betalar dock en differentierad avgift till försäkringen på inkomster upp till ett visst tak.

Såväl olycksfall som arbetssjukdomar som upptagits i en speciell lista ersätts från sjukförsäkringen. Om en bestående arbetsoförmåga har orsakats av ett olycksfall i eller utanför arbetet eller av en arbetssjukdom beviljas förtidspensionen oavsett hur länge avgift betalats in.

I Spanien finns det allmänna rehabiliteringsinstitutioner (särskilda institutioner för arbetsskador). Som exempel på åtgärder kan nämnas medicinsk behandling (funktionell rehabilitering), arbetsträning, arbetsanpassning samt omplacering etc.

Förtidspension finansieras huvudsakligen med arbetsgivaravgifter men också med avgifter från de försäkrade. Endast de allvarliga fysiska besvär och brister i funktionsförmåga som kvarstår efter vederbörlig behandling, nedsätter arbetsförmågan helt eller delvis och kan antas bli bestående berättigar till förtidspension. Har arbetsoförmågan orsakats av en normal sjukdom (ej arbetssjukdom) krävs att den försäkrade har betalat in avgift under ett viss antal år. Arbetsförmågan, som bedöms dels i förhållande till det ordinarie arbetet, dels i förhållande till alla typer av arbeten, måste vara nedsatt med minst 33 procent.

## Tyskland

Socialförsäkringssystemet i Tyskland kan övergripande beskrivas enligt följande:

- Består av olika system, av varierande storlek och betydelse. Förmåner, kvalifikationsvillkor, formaliteter och administrationen är kopplade till olika branscher och kan variera betydligt mellan systemen.
- Systemen administreras i huvudsak via arbetsmarknadens parter.
- Rätten till ersättning är ofta kopplad till arbete och inbetalda avgifter.
- Systemen inbegriper sjukvårdsförmåner (som är inkluderat i sjukförsäkringen), arbetsskadeförsäkringen och arbetslöshetsförsäkring.

I Tyskland omfattar socialförsäkringssystemet fem lagstadgade grenar. När det gäller sjukförsäkring (inklusive vårdförmåner) är i stort sett alla anställda obligatoriskt försäkrade med undantag för vissa yrkeskategorier.

Sjukförsäkring finansieras via avgifter från försäkrade, arbetsgivare och det offentliga. Kontantersättning vid sjukdom – inklusive vårdförmåner och omvårdnadsförsäkring – administreras av sjukkassorna. Alla medlemmar av de allmänna sjukkassorna, företags- eller yrkeskassorna, dvs. endast anställda, har rätt att fritt välja kassa. Valet skall göras minst 3 månader innan slutet på kalenderåret och den försäkrade är bunden till sitt val i minst 1 år.

Arbetsgivaren betalar normalt full lön från den första dagen i sjukfallet upp till 6 veckor.

Arbetskadeförsäkringen finansieras med differentierade arbetsgivaravgifter. Olika branscher har olika försäkringsgivare med en partssammansatt förvaltning av försäkringen.

Arbetskadeförsäkringen ersätter både olycksfall i arbetet och på väg till och från arbetet samt arbetssjukdomar. Vid bestående arbetsförmåga utgår förtidspension.

Förutom sjukvård bekostar arbetskadeförsäkringen yrkesinriktad och social rehabilitering samt hjälpmedel. I den yrkesinriktade rehabiliteringen ingår hjälp för att behålla arbetet eller för att få ett nytt arbete, yrkesvägledning, arbetsprovning, arbetsträning och eventuell grundutbildning på grund av nedsättning av arbetsförmåga, vidareutbildning och omskolning.

Rehabiliteringsverksamheten i Tyskland är organiserad på flera olika aktörer, nämligen sjukkassan, olycksfallsförsäkringen, arbetsmarknadsverket samt pensionsorganen.

Den mest betydande rehabiliteringsaktören är pensionsorganen. De ansvarar för den övervägande delen av den medicinska rehabiliteringen och nästan hälften av den yrkesmässiga rehabiliteringen samt tillkommande rehabiliteringskostnader.

Rehabiliteringsutredning är en förutsättning för att en pensionsbedömning skall kunna göras och pensionsorganen kan kräva att en pensionssökande skall genomgå rehabilitering.

Det finns ingen automatisk rätt till rehabilitering i Tyskland. Till exempel måste arbetsgivaren ha betalt avgifter till pensionssystemet för den försäkrade under ett visst antal år – 6 eller 15 år beroende på vilken typ av rehabilitering man är i behov av – för att den försäkrade skall få rätt till rehabilitering hos pensionsorganen. Samtidigt finns det i pensionsförsäkringen en tvingande regel om skyldighet att medverka. Om den anställde blir sjuk innan arbetsgivaren har betalt in tillräckliga avgifter föreligger emellertid ingen rätt till rehabilitering. De som inte medverkar i rehabilitering får inte rätt till förtidspension.

Den tyska socialförsäkringen arbetar med både medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering. Den yrkesmässiga rehabiliteringen omfattar hjälp för att behålla eller finna nytt arbete, yrkesvägledning,

arbetsprövning och arbetsträning samt vidareutbildning och omskolning. Särskilda förutsättningar för att få rehabiliteringen kan t.ex. vara att man utan denna åtgärd skulle vara berättigad till förtidspension eller om yrkesfrämjande åtgärder är nödvändiga för en framgångsrik rehabilitering i anslutning till medicinska åtgärder.

Rehabiliteringen syftar till att väsentligt förbättra eller återställa den tillfälligt nedsatta arbetsförmågan och därmed förhindra alltför tidig varaktig yrkes- och arbetsoförmåga.

Förtidspension finansieras med avgifter från de försäkrade och arbetsgivare. Staten täcker ett eventuellt underskott i försäkringen.

Arbetsgivaren är skyldig att erbjuda adekvata arbetsplatser för sina anställda för att så långt som möjligt garantera möjlighet till bestående arbetsförmåga. Anpassningar finansieras kollektivt av arbetsgivare inom ramen för kvotsystemet som liknar det franska systemet.

Myndigheter anordnar och finansierar utbildning i olika anpassningsbehov för representanter från arbetsplatser.

Arbetstagare omfattas av ett starkt anställningsskydd. De har dock inte alltid rätt till sitt gamla arbete efter en sjukskrivningsperiod. Vid lång frånvaro, sannolikt bestående hälsoproblem och om återgång inte ligger i företagets intresse kan arbetsgivaren ansöka om tillstånd att avskeda den anställda hos arbetsrådet, en speciell statlig myndighet. Om arbetsrådet inte vill godkänna avskedandet, kan arbetsgivaren vända sig till arbetsdomstolen för avgörandet.

Finns det mer än fyra tillsvidareanställda med grav arbetsoförmåga på en arbetsplats, ska en talesman väljas för dem. Talesmannen ska bevaka deras intressen och befrämja deras integration till arbetsplatsen. Vid behov kan myndigheter som arbetar för att stödja människor med nedsatt arbetsförmåga ordna både oberoende social och psykologisk hjälp och helt eller delvis avlöna en intern medhjälpare för personen på företaget. ”Case managers” arbetar med att motivera arbetsgivaren att erbjuda fortsatt anställning av anställda med nedsatt arbetsförmåga.

## Några slutsatser om avtalsmodellen

Socialförsäkringssystemen hos länderna inom avtalsmodellen – dvs. Frankrike, Spanien och Tyskland – administreras via arbetsmarknadens parter. Vidare karaktäriseras socialförsäkringssystemen i dessa länder av separata program för ett antal yrkesmässigt avgränsade kategorier av förvärvsarbetande. Ersättningarna i socialförsäkringen är hos samtliga länder inkomstrelaterade. Länderna uppvisar också många likheter i finansiering av socialförsäkringen, drivkrafter och i det stöd som ges de försäkrade med arbetsoförmåga.

Sjukförsäkringen i samtliga tre länder är uppbyggda på liknande sätt med avtalsförsäkringar. Den främsta skillnaden mellan länderna gäller rätten till kontantersättning i samband med sjukdom. I både Frankrike och Spanien ställs krav på inbetalda avgifter medan det i Tyskland varken ställs krav på tidsmässigt medlemskap eller inbetalda avgifter.

Arbetskadeförsäkringen tecknas hos en offentlig försäkringsgivare och finansieras med differentierade arbetsgivaravgifter i Frankrike, Spanien och Tyskland. Försäkringen har den bredaste täckningen av arbetsrelaterade risker i avtalsmodellen.

Organisationen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är svår att jämföra mellan länderna på grund av bristande information när det gäller Frankrike och Spanien.

Förtidspension finansieras huvudsakligen med avgifter från arbetsgivare i Frankrike och Spanien samt i lika delar av arbetsgivare och de försäkrade i Tyskland. Vad gäller befolkningen som omfattas av försäkringen är den mest heltäckande i Tyskland, minst heltäckande i Spanien. I dessa två länder tillämpas två begrepp: arbetsoförmåga i yrket och arbetsoförmåga i alla yrken. Arbetsoförmåga i yrket berättigar till en lägre förtidspension än en generell arbetsoförmåga. Förtidspension, som beviljas av hälsoskäl, är inkomstrelaterad i samtliga länder.

Avtalsmodellen kännetecknas av starkare anställningstrygghet och stöd för de försäkrade vid sjukdom och rehabilitering än arbetsgivaremodellen och av tydliga positiva ekonomiska drivkrafter. Anställningstrygghet och kvotering av personer med nedsatt arbetsförmåga på arbetsplatser är unika i denna modell. Exempel på positiva ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare är differentierade avgifter till arbetsskadeförsäkringen och straffavgifter för att inte ha uppfyllt kvoten av anställda med nedsatt arbetsförmåga.

I Frankrike och Tyskland finansieras merparten av det förebyggande arbetet och anpassningar av arbetsmiljön kollektivt av arbetsgivarna. Regelbundna hälsokontroller är obligatoriska och bekostas av arbetsgivare i Frankrike. Förebyggande hälsokontroller och kurvistelser bekostas av sjukförsäkrarna i Tyskland.



## 7.4 Försäkringen är det offentligas ansvar - den offentliga modellen

- Socialförsäkringssystemen hos länderna inom den offentliga modellen – dvs. Danmark, Finland, Norge och Storbritannien – omfattar två typer av socialpolitiska modeller, grundskyddsmodellen och standardskyddsmodellen.
- Den offentliga modellen innebär i huvudsak att försäkringen är det offentligas ansvar, generell, administreras av en offentlig myndighet eller kommuner samt finansieras via generella arbetsgivar- och egenavgifter.

Den internationella utblicken avslutas med en beskrivning av socialförsäkringssystemen i fyra länder där tyngdpunkten i det organisatoriska och finansiella ansvaret vilar på det offentliga – Danmark, Finland, Norge samt Storbritannien.

Den *offentliga modellen* innebär i huvudsak att försäkringen

- är det offentligas ansvar,
- är generell,
- administreras av en offentlig myndighet eller kommuner samt
- finansieras via generella arbetsgivar- och egenavgifter.

### Danmark

Socialförsäkringssystemet i Danmark kan övergripande beskrivas enligt följande.

- Är ett relativt samlat offentligt system.
- Omfattar samtliga medborgare.
- Systemet inbegriper inte vårdförmåner.
- Systemet inbegriper arbetslöshetsförsäkring och arbetsskadeförsäkring. Den senare är dock privatiserad och administreras via privata försäkringsgivare.

Socialförsäkringssystemet i Danmark omfattar bl.a. sjukförsäkring samt olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar. Sjukförsäkringen finansieras via arbetsgivare (betalar hela ersättningen under de 2 första veckorna i sjukfallet) och det offentliga, kommunen (betalar hela ersättningen från och med vecka 3 i sjukfallet).

Ersättning vid arbetsskador finansieras via avgifter från försäkrade, arbetsgivare samt det offentliga.

Sjukpenning ersätter inkomstbortfall som följer frånvaro på grund av nedsatt arbetsförmåga i samband med sjukdom eller skada. Alla arbetstagare i Danmark är obligatoriskt försäkrade. Kommunerna är ansvariga aktörer i sjukförsäkringssystemet.

Privata arbetsgivare betalar sjuklönen under de 2 första veckorna i sjukperioden. Mindre arbetsgivare med upp till 20 anställda kan dock försäkra sig mot denna kostnad. Försäkringen täcker 50 procent av utgifterna.

Offentliga arbetsgivare betalar för anställda under hela sjukperioden. Avskedas de anställda under sjukperioden övertar de offentliga myndigheterna ansvaret.

Ersättning vid en tidsbegränsad arbetsförmåga som orsakats av en arbetsskada eller arbetssjukdom finansieras av staten och kommunerna inom ramen för sjukförsäkringen.

När det gäller bestående arbetsförmåga ska arbetsgivaren teckna en försäkring mot olycksfall hos ett försäkringsbolag som är erkänt av staten. Till och med 1997 var försäkringen mot arbetsolyckor och arbetssjukdomar en försäkring. Försäkringen mot arbetssjukdomar separerades dock från försäkringen mot olycksfall och en speciell oberoende fond för arbetssjukdomar inrättades år 1998. Fonden finansieras med differentierade avgifter från arbetsgivarna. Det finns inget avgiftstak i försäkringen.

Alla anställda är försäkrade mot olycksfall i arbetet och ett antal arbetssjukdomar som angetts i en officiell förteckning. Försäkringen omfattar inte olycksfall på väg till eller från arbetet.

Rehabiliteringsarbetet i Danmark ligger på nationell nivå under socialministeriet. På regional och lokal nivå administreras rehabiliteringen av kommunerna. Det är också kommunerna som har det övervägande ansvaret för initiera och driva på rehabiliteringsarbete, bl.a. genom att sätta igång aktiverings- och utredningsinsatser senast efter åtta veckor i sjukfallet, inhämta läkarutlåtande för uppföljning inom tre månader, ta fram en rehabiliteringsplan samt göra löpande utvärderingar av de långtidssjukskrivna var tredje månad.

Kommunerna har stora möjligheter att lokalt utarbeta former för sjukförsäkringen och rehabiliteringsarbetet. Normalt föregås rehabilitering av en utredning – förrehabilitering – för att kartlägga den sjukskrivnes färdigheter. Syftet är att utreda den enskildes möjligheter att rehabiliteras och i förekommande fall att upprätta rehabiliteringsplan. Förrehabilitering kan omfatta arbetsprövning, arbetslivsintroduktion, grundutbildning och andra förberedande eller utredande aktiviteter.

Den egentliga rehabiliteringen skall enligt den danska lagstiftningen erbjudas personer vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av fysiska, psykiska eller sociala orsaker och *om det finns en rimlig sannolikhet* att sådan hjälp kan skapa normala inkomstförhållanden för dem eller kan bidra till att väsentligt förbättra deras inkomstförhållanden. Behovet av rehabiliteringsåtgärder är alltså en fråga om bedömning och således inte att betrakta som en rättighet. Rehabilitering kan även erbjudas personer som erhåller socialbidrag.

Rehabiliteringen förutsätter vidare att det har upprättats en rehabiliteringsplan som innefattar realistiska arbetslivsmål. Rehabiliteringen kan bestå av arbetsprövning eller arbetsträning hos privat eller offentlig arbetsgivare, yrkesutbildning eller teoretisk utbildning, anpassning av arbetsplatsen, omplacering, arbetshjälpmedel, ändrade arbetstider samt lån för att starta eget företag, m.m.

Det övergripande målet är att återvända till arbetsmarknaden och till vanlig lön.

Om möjligheterna för rehabilitering till förvärvsarbete på normala villkor är uttömda kan den enskilde få ett så kallat flexjobb. Flexjobb ges till personer som inte mottar pension och som inte kan erhålla eller behålla en anställning på normala villkor på arbetsmarknaden. Kommunen ger arbetsgivaren ett lönebidrag, vars höjd är beroende på hur mycket arbetsförmågan är nedsatt.

Förtidspension finansieras av staten. Rätt till förtidspension har personer vilkas arbetsförmåga inte har orsakats av ett olycksfall i arbetet eller en arbetssjukdom. Både hälsoskäl och sociala skäl berättigar till förtidspension från och med 18-årsåldern.

Regeringen startade en kampanj 1994 för att öka arbetsgivarnas ansvar för förebyggande av ohälsa. Vissa subventioner utdelades till en försöksverksamhet om samarbete mellan arbetsgivare, kommuner och allmänläkare.

Sedan 1997 ska kommunen granska sjukfallen efter åtta veckor för att bedöma om den sjukskrivne behöver ytterligare medicinsk behandling, omskolning eller annan hjälp till återgång i arbete. Granskning upprepas därefter med åtta veckors mellanrum under hela sjukskrivningsperioden. En åtgärdsplan måste göras senast efter sex månaders sjukskrivning.

Anställningstryggheten vid sjukskrivning är svag i Danmark. Arbetare kan sägas upp efter att ha varit sjukskrivna 120 dagar under ett år.

Speciella rådgivare i frågor rörande arbetsförmåga har införts hos arbetsmarknadsmyndigheterna. Rådgivarna samarbetar både med arbetsgivaren och försäkrade för att skapa möjligheter till anställning. De organiserar bland annat subventionerade personliga medhjälpare för de försäkrade på arbetet.

Lönebidrag för arbetsgivare som anställer personer med nedsatt arbetsförmåga finns sedan länge. Från och med 1995 utgör bidraget 50 procent av lönen. Ersättning för en personlig assistent på arbetet kan även betalas till arbetsgivaren eller arbetstagaren.

## Finland

Socialförsäkringssystemet i Finland kan övergripande beskrivas enligt följande:

- Är ett relativt samlat offentligt system.
- Omfattar samtliga medborgare
- Systemet inbegriper även vissa vårdförmåner (som är inkluderat i sjukförsäkringen), arbetslöshetsförsäkring och arbetsskadeförsäkring. Den senare administreras dock via privata försäkringsgivare.

Socialförsäkringssystemet i Finland innehåller bl.a. sjukförsäkring (inklusive vissa vårdförmåner) samt olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar.

Allmän sjukförsäkring (inklusive viss sjukvård) finansieras via avgifter från försäkrade, arbetsgivare och det offentliga. Arbetsskador finansieras via differentierade avgifter från arbetsgivare.

Ansvarig aktör i sjukförsäkringssystemet är Folkpensionsanstalten.

Rätten till sjukpenning börjar när sjukdomen har varat självrisktiden, dvs. utöver insjuknandedagen och ytterligare nio vardagar.

I Finland finns det ingen lagstiftad arbetsgivarperiod. Enligt lagen om arbetsavtal betalar dock arbetsgivaren ut full lön för insjuknandedagen och de sju därpå följande vardagarna. I allmänhet finns det i kollektivavtalet på branschnivå en överenskommelse om utbetalning av lön för en längre tid, t.ex. 1–2 månader. Detta innebär att det i praktiken inte finns någon karenssdag i sjukförsäkringen.

Arbetsgivaren ska, med undantag av staten, teckna en arbetsskadeförsäkring hos en privat försäkringsgivare. Staten är dock skyldig att erbjuda motsvarande förmåner för sina anställda vid arbetsskador. Arbetsskadeförsäkringen finansieras av arbetsgivarna genom differentierade avgifter. Arbetsskadeförsäkringen omfattar olycksfall i arbetet, på väg till eller från arbetet och arbetssjukdomar. Försäkringens ersättningsskyldighet är primär i förhållande till andra rehabiliteringssystem.

I Finland ansvarar ett flertal organ för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen: FPA, arbetspensionsanstalterna, kommunernas social- och hälsovårdsnämnder, statens olycksfallsverk, försäkringsbranschens rehabiliteringscentral och arbetskraftmyndigheterna, m.fl.

FPA är skyldiga att reda ut rehabiliteringsmöjligheter för alla som fått sjukpenning i 60 dagar. Övergående sjukdomar och svåra sjukdomar där rehabiliteringen skulle bli utan resultat kräver dock ingen behovsutredning. Om behovet skall utredas kontrollerar FPA först om klienten får rehabilitering inom till exempel företagshälsovården. Rehabiliteringsmöjligheterna bör vara utredda innan en ansökan avgörs om förtidspension.

Som exempel på arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kan nämnas arbetsprövning eller arbetsträning, ändrade arbetsuppgifter eller omplacering, anpassning av arbetsplatser, utbildning samt arbets-hjälpmedel m.m.

Det övergripande målet är att den försäkrade skall kunna återvända till arbetsmarknaden och egen försörjning samt kunna återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv i övrigt.

Medan en generell förtidspension kan beviljas från och med 16 år kan en inkomstrelaterad förtidspension utgå från och med 14 år efter att sjukpenning har utgått minst 300 dagar. Pension beviljas tillsvidare eller i form av rehabiliteringsstöd för en viss tid. Arbetsförmågan bedöms i relation till det vanliga arbetet eller ett jämförbart arbete. I bedömningen ska hänsyn tas även till ålder, yrke, utbildning och boningsort samt möjligheterna till arbete som motsvarar yrkesfärdigheten. Endast hel förmån finns i den generella förtidspensionen. Hel inkomstrelaterad förtidspension och rehabiliteringsstöd kan utgå om arbetsförmågan är nedsatt med minst 60 procent, partiell förtidspension och rehabiliteringsstöd om arbetsförmågan är nedsatt med 40–59 procent.

Sedan ett antal år betonas betydelsen av förebyggande arbete som ett medel att upprätthålla den arbetsföra och i synnerhet den äldre arbetskraftens arbetsförmåga. Förebyggande arbete betraktas som en av de viktigaste insatserna för att råda bot på en hotande arbetskraftsbrist.

Den nya skollagstiftningen, som trädde i kraft 1999, har som sitt viktigaste mål att främja livslångt lärande och därigenom öka möjligheterna att stanna kvar i arbetslivet ända till pensionsåldern även om arbetsförmågan i ursprungsycket gått förlorat.

Under åren 1996-1998 utbildades ett stort antal läkare, annan personal i den kommunala hälso- och sjukvården och personal inom företagshälsovården och dess kundföretag i bedömning av människors arbetsförmåga och i verksamhet som bevarar arbetsförmågan.

För att förbättra de äldre arbetstagarnas ställning i arbetslivet genomför social- och hälsovårdministeriet, arbetsministeriet och undervisningsministeriet tillsammans det Nationella åldersprogrammet under åren 1998–2002. Syftet med programmet är att bland annat

genom utbildning, information samt forsknings-, utvecklings- och försöksverksamhet påverka strukturer och attityder i arbetslivet. Den åldrande arbetskraftens möjligheter att stanna kvar eller på nytt träda in i arbetslivet ska förbättras bland annat genom arbetsplatsverksamhet för att bevara arbetsförmågan genom hälsovårds- och företagshälsovårdsservice, rehabilitering i rätt tid, vuxenutbildning och genom flexibla arbetsarrangemang.

Finland är det enda landet i Europa som har en särskild lag om företagshälsovård med omfattande ansvarsområden. Cirka 90 procent av de anställda har tillgång till företagshälsovårdens service. Företagshälsovården ska aktivt samarbeta med arbetsgivaren för att förebygga sjukdomar och skador, bidra till bevarande och förbättring av arbetsförmågan och befrämja hälsosam och riskfri arbetsmiljö samt välfungerande psykosocial arbetsmiljö. Företagshälsovård kan köpas av offentliga eller privata vårdcentraler, från företagshälsovårdcentra (som flera arbetsgivare tillhör) eller arbetsgivaren kan etablera en egen företagshälsovård.

Folkpensionsanstalten ersätter numera 50 procent av arbetsgivarens godtagbara kostnader för företagshälsovården enligt ersättningsgrunderna (med maximibelopp per anställd) i två ersättningsklasser. Arbetsgivaren ska presentera principerna för sin företagshälsovård i en verksamhetsplan som kan utgöra en del av arbetarskyddsprogrammet. Planen ska utarbetas i samarbete med de anställda och deras representanter. Verksamhetsplanen, som ska bifogas ansökan om ersättning till Folkpensionsanstalten, ska innehålla företagshälsovårdens uppgifter, mål, omfattning, resurser, hur verksamheten ska följas upp och utvärderas och en beskrivning av samarbetet med andra instanser på arbetsplatsen. En förutsättning för ersättningen är att arbetsgivaren helt och hållet har bekostat tjänsterna och att ett utlåtande från arbetarskyddskommissionen el. dyl. bifogas ansökan.

Arbetsplatsen är i nyckelposition då det gäller att bedöma rehabiliteringsbehovet hos förvärvsarbetande. Företagshälsovården och hälso- och sjukvården har det primära ansvaret att upptäcka rehabiliteringsbehov tidigt och påbörja rehabiliteringen i ett tidigt skede. Det kan ske vid bevakningen av sjukfrånvaro, vid hälsoundersökningar eller i arbetsplatsutredningar. Initiativet kan också komma från yrkesinspektionen.

Rehabilitering påbörjas allt oftare när *första tecknen* på försämrad arbetsförmåga visar sig i syfte att upprätthålla och förbättra arbets- och funktionsförmåga och hålla personen kvar i arbetslivet.

1991 års rehabiliteringsreform underströk vikten av tidig rehabilitering och förpliktigade Folkpensionsanstalten att vid behov utreda den försäkrades rehabiliteringsbehov. Det ska ske allra senast då antalet

sjukskrivningsdagar överstiger 60 dagar under en tvåårsperiod. Sedan dess har man försökt effektivisera processen ännu mer bland annat genom att försöka förmå läkarna att konstatera eventuella rehabiliteringsbehov ännu tidigare. Vid arbetsskador bör försäkringsanstalten överväga att göra en rehabiliteringsutredning efter 120 dagars arbetsförmåga.

Arbetsmarknadens parter utvecklade en modell inom arbetspensionssystemet 1998 och rekommenderade att initiativet till rehabiliteringen bör utgå från arbetsorganisationen och att beslut om utredningen av rehabiliteringsbehov bör fattas när arbetsförmågan är hotad.

Anställningstryggheten är mycket stark. I extrema fall har arbetsgivaren enligt Arbetsdomstolens tolkning varit skyldig att skraddarsy arbetsuppgifter för en anställd som efter en sjukdom eller skada inte har kunnat utföra sina ordinarie arbetsuppgifter. Efter ett år kan arbetsgivaren dock avskeda den anställda om arbetsgivaren inte kan ordna en omplacering till ett lämpligt arbete.

Handikappade har rätt till yrkesinriktad rehabilitering och gravt handikappade har dessutom rätt till medicinsk rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten, dock inte personer som får rehabilitering enligt lagen om olycksfallsförsäkring, trafikförsäkring el. dyl. Därutöver kan Folkpensionsanstalten ordna annan yrkesinriktad rehabilitering efter bedömning av behov.

Offentliga medel kan finansiera anpassning av arbete, hjälpmedel, en personlig assistent i arbete och en medhjälpare på arbetsplatsen samt ett starta-eget-bidrag.

## Norge

Socialförsäkringssystemet i Norge kan övergripande beskrivas enligt följande:

- Är ett samlat offentligt system.
- Omfattar samtliga medborgare.
- Systemet inbegriper även vissa vårdförmåner (dock ej samma system som för kontantersättning i samband med sjukdom), arbetslöshetsförsäkring och arbetsskadeförsäkring.

Socialförsäkringssystemet i Norge innehåller bl.a. sjukförsäkring och arbetsskadeförsäkring.

Sjukförsäkringen finansieras via den samlade avgiften till det allmänna socialförsäkringssystemet som betalas via avgifter från försäkrade, arbetsgivaren och det offentliga.

Arbetsgivarna betalar 100 procent av inkomsten under de 16 första kalenderdagarna i sjukfallet.

I syfte att korta sjukskrivningstider kan försäkringsmyndigheten också köpa medicinska tjänster, t.ex. operationer. Förutsättningarna är att man har en sjukdom som kan behandlas med dagkirurgi, polikliniskt eller under kortare sjukhusvistelse, läkarens uppfattning är att patienten blir frisk samt att sjukhuset har behandlingskapacitet under kvällstid eller under helgen.

Arbetskadeförsäkring tecknas hos en privat försäkringsgivare och finansieras med arbetsgivaravgifter tillsammans med ålderspensions- och förtidspensionsförsäkringen. Avgifterna är inte differentierade men kan vara reducerade i vissa delar av landet.

Ersättning för en arbetsskada utbetalas för olycksfall i arbetet och vissa arbetssjukdomar. Listan över aktuella sjukdomar följer ILO-konventionen om arbetssjukdomar med några yrkesmässiga, klimatbe- tingade och epidemiologiska tillägg i den nationella lagstiftningen.

Sjukpenning utgår under de första 52 veckorna av arbetsförmåga, därefter beviljas antingen rehabiliteringsersättning eller förtidspension.

Två myndigheter delar på ansvaret för den arbetslivsinriktade reha- biliteringen som är kopplad till socialförsäkringen – försäkringsmyn- digheten och arbetsmarknadsmyndigheten.

I Norge finns två typer av ersättning i samband med rehabilitering: *Rehabiliteringspengar* – betalas ut som en förlängning av sjukpen- ningen om det fortsättningsvis pågår medicinsk behandling eller reha- bilitering. Kan som huvudregel utbetalas under 1 år. Den försäkrade kan också erhålla rehabiliteringspengar i samband med aktivering och arbetsträning – s.k. aktiv sjukpenning – hos den egna arbetsgivaren under max 12 veckor.

*Attföringspengar* – betalas till personer som genomgår yrkesinriktad rehabilitering på institution, skola, kurs eller arbetsträning. Det kan dels handla om stöd till försörjning, dels bidrag för att täcka vissa kost- nader i samband med rehabiliteringen.

För att beviljas rehabiliteringspengar måste den försäkrade ha ned- satt arbetsförmåga på grund av sjukdom, skada eller lyte. Vidare måste den försäkrade vara under medicinsk behandling med utsikt till förbät- ring av arbetsförmågan samt ha erhållit sjukpenning under 1 år. Även personer som inte är berättigade till sjukpenning kan erhålla rehabilite- ringspenningen om de har haft sin arbetsförmåga nedsatt längre än ett år.

För att beviljas attföringspengar måste den försäkrade ha varaktigt nedsatt arbetsförmåga eller väsentligt inskränkta möjligheter vid val av arbete eller arbetsplats på grund av sjukdom, skada eller lyte. Vidare



måste den försäkrade genomgå yrkesinriktad rehabilitering som är nödvändig för att anskaffa eller behålla passande arbete.

Försäkringsmyndigheten kan bevilja den försäkrade rehabiliteringspenning om han eller hon efter ett år blir utförsäkrad från sjukförsäkringen. Penningen beviljas endast vid aktiv medicinsk behandling som bedöms leda till förbättrad arbetsförmåga eller arbetsträning och aktivering hos den försäkrades arbetsgivare (likställs med behandling).

Om försäkringsmyndigheten vidare bedömer att den försäkrade på grund av sjukdom, skada eller handikapp har fått sin förmåga att utföra förvärvsarbete varaktigt nedsatt eller fått sina möjligheter att välja yrke respektive arbetsplats väsentligt begränsade – kan myndigheten erbjuda honom eller henne yrkesinriktad rehabilitering. Den försäkrade överlämnas då till arbetsmarknadsmyndigheten (som dock har möjlighet överpröva beslutet och neka den försäkrade rehabilitering). Som exempel på yrkesinriktade rehabiliteringsåtgärder inom arbetsmarknadsmyndighetens ansvarsområde kan nämnas arbetsträning, omskolning samt arbetshjälpmedel.

Målet med den medicinskt inriktade rehabiliteringen (som kan bevilja rehabiliteringspenning) är att genom aktiv behandling förbättra arbetsförmågan.

Målet med den yrkesinriktade attföringen (som kan bevilja attföringspenning) är att den försäkrade skall kunna skaffa sig eller behålla passande arbete.

Förtidspension består av två huvuddelar, en generell förtidspension och en inkomstrelaterad förtidspension. Förtidspensionsförsäkringen finansieras huvudsakligen med arbetsgivaravgifter men också med avgifter från de försäkrade. Staten täcker ett eventuellt underskott i försäkringen.

Förtidspensionsförsäkringen har genomgått ett antal förändringar på 1990-talet och de medicinska kriterierna för rätt till förtidspension har skärpts.

Regeländringarna år 1997 syftade till att öka förtidspensionärers drivkraft att arbeta. Fribeloppet, som förtidspensionären kan ha i inkomst utan att förlora förtidspensionen eller drabbas av en sänkning av pensionsbeloppet, höjdes från ett halvt basbelopp till ett helt basbelopp. Rätten att ha vilande förtidspension förlängdes från ett till tre år för att erbjuda förtidspensionärer möjligheten att arbeta utan att behöva ansöka om pension på nytt om arbetsförsöket misslyckades.

Arbetsmiljölagen förpliktigar arbetsgivaren att erbjuda en arbetsmiljö som är tillfyllest med hänsyn till de anställdas säkerhet, hälsa och välfärd. Vidare ska arbetsgivaren organisera arbetet i samarbete med de anställda så att arbetsdagen blir varierande och givande för de anställda och bidrar till god fysisk och psykisk hälsa. Arbetsgivaren har skyldig-

het att följa upp hälsoutveckling och säkerhet på arbetsplatsen. Företagshälsovården är en viktig aktör. Landsorganisationen (LO) och Näringslivets huvudorganisation har bedrivit förebyggande arbete med goda resultat.

Arbetsgivaren ska i ett tidigt skede ta reda om sjukdom kan ha samband med arbetsförhållandena. Som en sekundärpreventiv åtgärd ska arbetsgivaren också undersöka om återgång i arbete kan underlättas med anpassning av arbete eller genom psykosociala åtgärder.

Med läkarintygen som underlag ska Trygdekontoret i ett tidigt skede ta initiativ till medicinsk utredning och behandling eller ta kontakt med arbetsgivaren för att kartlägga vad denne kan göra för att bidra till den anställdes återgång i arbete. Efter åtta veckors sjukskrivning ska läkaren sända in ett fördjupat utlåtande med kompletterande information från den sjukskrivne. Om sjukskrivningen fortsätter längre än 12 veckor krävs ett skriftligt beslut av kontoret.

## Storbritannien

Socialförsäkringssystemet i Storbritannien kan övergripande beskrivas enligt följande:

- Består av fyra separata system under samma administration.
- Systemen omfattar i princip alla medborgare men rätten till ersättning är kopplad till inbetalda avgifter.
- De flesta ersättningar är behovsprövade.
- Systemen omfattar även vårdförmåner (eget system), arbetsskadeförsäkring och arbetslöshetsförsäkring.

Den allmänna försäkringen, som ger kontant ersättning vid bland annat sjukdom, olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar, finansieras via avgifter från försäkrade, arbetsgivaren och det offentliga.

I Storbritannien finns två typer av ersättningar vid kortvarig arbetsoförmåga: *State short-term incapacity benefit* som betalas av staten och *Statutory sick pay, SPP*, som betalas av arbetsgivarna. Ansvarig aktör är The Department of Social Security.

Ersättning vid kortvarig arbetsoförmåga kan ges till den som på grund av sjukdom inte kan arbeta, om sjukdomsperioden är minst 4 dagar och om man inte har rätt till sjuklön från arbetsgivaren under denna period.

Sjuklönen utgår inte för de 3 första dagarna i sjukfallet och kan utbetalas för en period av max 28 veckor. Om arbetsoförmågan kvarstår efter denna period får den anställde ansöka om ersättning i det

statliga systemet. Arbetsgivarna finansierar hela kostnaden för den lagstadgade sjuklönen.

Arbetskadeförsäkringen finansieras gemensamt av de försäkrade, arbetsgivaren och staten. Avgifterna är inte differentierade. Arbetskadeförsäkringen omfattar både olycksfall och arbetssjukdomar.

Socialförsäkringen har egentligen inget ansvar för rehabiliteringen – den är fortfarande i huvudsak medicinsk. Praktisk hjälp till tillgängligheten på arbetsplatsen finns men knappt något som kan kallas arbetslivsinriktade rehabilitering. Under 1998 har emellertid genomförts ett samlat åtgärds paket för att återföra människor med nedsatt arbetsförmåga tillbaka till arbete. Exempel på åtgärder är införande av personliga rådgivare till både försäkrade med arbetsoförmåga och arbetsgivare, möjlighet till vilande ersättning vid återgång till arbete (pilotprojekt), möjlighet att under en begränsad period behålla viss ersättning samtidigt med som man erhåller lön vid återgång till arbete (pilotprojekt) samt belöning till de som finner arbete till dem med nedsatt arbetsförmåga.

Förtidspension (långvarig ersättning vid arbetsoförmåga) för förvärvsarbetande finansieras med avgifter från arbetsgivare och de försäkrade. Arbetsoförmåga konstateras med hjälp av medicinska tester och endast medicinska skäl berättigar numera till förtidspension.

Eftersom det vanligen inte finns någon kontakt mellan de tre parterna arbetsgivare, sjukskriven anställd och behandlande läkare utbildas allmänläkare (family doctors) i arbetets terapeutiska värde och i befintligt arbetsplatsstöd. Privata försäkringsgivare har introducerat "case managers" som en länk mellan de tre parterna..

Det finns en lång tradition av att både privata och offentliga arbetsgivare vill framstå som goda arbetsgivare även för dem som har nedsatt arbetsförmåga. Arbetsgivarnätverk för frågor kring arbetsoförmåga är ett bra medel för spridning av goda exempel och god policy. Arbetsgivarnas nätverk koncentrerar sig snarare på återinträde på arbetsmarknaden än fortsatt anställning av en person med nedsatt arbetsförmåga.

Myndigheter, arbetsgivare, fack och frivilliga organisationer betonar de affärsmässiga fördelar som en bra personalpolicy för arbetsförmåga kan föra med sig. Den relativt nya diskrimineringslagen från år 1995 förordar att intressen ska tas till vara av de människor vilkas arbetsförmåga av olika anledningar blivit nedsatt. Lagen förbjuder diskriminering av personer med nedsatt arbetsförmåga vid nyanställning och när det gäller erbjudna arbetsuppgifter, anställningsvillkor, utvecklingsmöjligheter, befordringsmöjligheter eller andra förmåner. Vidare är det inte tillåtet att avskeda dem eller utsätta dem för bestraffningar av något slag. Arbetsgivaren ska göra rimliga anpassningar av

arbete, erbjuda omplacering, förändring av arbetstid, arbetshjälpmedel och en stödperson eller arbetsledare samt tillåta frånvaro under behandling och rehabilitering. Har inte arbetsgivaren uppfyllt sina skyldigheter har arbetstagaren möjlighet att klaga. Klagan kan resultera i förlikning, rättsprocess eller leda till en handläggning av ärendet i en oberoende kommission.

Sedan 1994 ges arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga kontinuerligt stöd i form av personliga vägledare / medhjälpare på arbetsplatsen inom ramen för det offentligt finansierade Access-to-work-program.

Arbetsgivaren kan få introduktionsbidrag under 13 veckor vid anställning av en person med nedsatt arbetsförmåga, också inom ramen för Access-to-work-program. Programmet bekostar bland annat hjälpmedel, personliga vägledare eller medhjälpare på arbetet. Nya lönebidrag har introducerats för arbetsoförmögna med arbete.

## Några slutsatser om den offentliga modellen

Socialförsäkringssystemen hos länderna inom den offentliga modellen omfattar två typer av socialpolitiska modeller – standardskyddsmodell och grundskyddsmodell. Grundskyddsmodellen, som finns i Storbritannien, karakteriseras av enhetligt grundskydd till alla vid inkomstbortfall medan den nordiska standardskyddsmodellen kombinerar grundskyddsmodellens täckning av befolkningen med den korporativa modellens inkomstrelaterade ersättningar. Den offentliga modellen karakteriseras av skillnader mellan de båda socialpolitiska modellerna men också av skillnader mellan länderna tillhörande standardskyddsmodellen.

Sjukförsäkringen är i huvudsak offentlig hos samtliga länder. Därutöver finns stora skillnader mellan hur länderna har utformat sjukförsäkringssystemen. I Finland, Storbritannien och Norge administreras sjukförsäkringen av en offentlig försäkringsmyndighet medan försäkringsgivare i Danmark är kommunen. Ersättningsperioden inleds med ett arbetsgivareinträde i samtliga länder. Denna period är dock avsevärt längre i Storbritannien jämfört med de nordiska länderna. Vidare skiljer sig länderna när det gäller ersättningsnivåer. I Danmark och Norge motsvarar ersättningen 100 procent av inkomstbortfallet upp till ett tak, i Finland utges ersättning efter en ”trestegsmodell” utan tak och i Storbritannien utges ersättning efter ett fast belopp.

I den offentliga modellen finns både privata och offentliga försäkringsgivare för arbetsskadeförsäkringen. Försäkringen finansieras med differentierade arbetsgivaravgifter i Danmark och Finland och med

icke-differentierade arbetsgivaravgifter i Norge och Storbritannien. Arbetsrelaterade risker täcks i något mindre grad än i avtalsmodellen.

Organisationen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skiljer sig betydligt mellan länderna. I Danmark finns en ansvarig aktör – kommunen; i Norge finns det två ansvariga aktörer på området – försäkrings- och arbetsmarknadsmyndigheten; i Finland är ansvaret uppdelat på en mängd olika aktörer, försäkringsgivaren, sjukvården, socialtjänsten m.m. Vidare saknar socialförsäkringssystemet i Storbritannien en riktig organisation för rehabiliteringen (även om det här är på väg att ske förändringar).

Förtidspension, som omfattar alla, finansieras huvudsakligen med avgifter från arbetsgivare i Finland, Norge och Storbritannien och med skattemedel i Danmark. I Finland och Danmark tas hänsyn även till sociala eller ekonomiska skäl vid bedömningen av arbetsoförmåga. I de tre nordiska länderna är pensionen inkomstrelaterad, i Storbritannien utgör förtidspension ett grundskydd och förmånen utgår därmed med enhetligt belopp.

Den offentliga modellen innebär relativt starka positiva ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare i form av sjuklöneperiod i Danmark, Norge och Storbritannien och differentierade arbetsgivaravgifter till arbetskadeförsäkringen i Danmark och Finland.

De försäkrades rättigheter vid sjukdom och rehabilitering varierar i omfattning från en mycket stark anställningstrygghet i Finland till en mycket svag anställningstrygghet i Danmark. Både det danska och brittiska systemet erbjuder anställda stöd av medhjälpare och vägledare på arbetsplatsen vid nedsatt arbetsförmåga.

I de nordiska länderna utgör ordinarie arbetsmiljöarbete enligt arbetsmiljölagen en viktig del i det förebyggande arbetet. För övrigt har företagshälsovården som sin uppgift att förebygga av ohälsa på olika sätt, främst i form av sekundärprevention. Företagshälsovårdens ansvar är mest omfattande i Finland och socialförsäkringen ersätter hälften av arbetsgivarnas kostnader för dess service. Subventioner förekommer även i Danmark.

## 8 Nio starka motiv

Vilka är förutsättningarna för en ny reform? Frågan har redan indirekt besvarats genom de inledande kapitlen där utredningens olika kartläggningar och studier presenterats. I detta kapitel sammanfattas dessa förutsättningar och anges motiven för en ny reform. Utredningen har identifierat nio starka motiv.

Utredningen motiv för en ny reform är följande:

- Rehabiliteringsreformen 1991/92 har inte nått sitt fulla syfte att bl.a. minska sjukfrånvaron och utslagning från arbetslivet.
- Individerna i centrum kräver en ny ordning som fokuserar på en samordning av individens rehabilitering framför myndigheternas samordning.
- Ohälsan ökar samtidigt som många hjälp- och stödbehov inte tillgodoses alls eller i rimlig tid inom dagens ordning. Psykiska besvär inklusive stress/utbrändhet ökar. Rehabiliteringsbudgeten varierar kraftigt i landet.
- Ett annorlunda och ökat framtida behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Arbetslivsinriktad rehabilitering är nödvändig för att säkra kommande behov av arbetskraft.
- Samhällets kostnader för ohälsa ökar och tränger undan andra viktiga välfärdsfrågor.
- Det är samhällsekonomiskt mycket lönsamt med framgångsrik rehabilitering sett över de fyra offentliga sektorerna.
- Arbetsgivaren har begränsade ekonomiska drivkrafter att satsa på rehabilitering. Den företagsekonomiska lönsamheten ligger främst i förebyggande insatser.
- Det finns ett stort stöd för en ny reform bland ett 80-tal remissinstanser.

Utredningen har i de inledande kapitlen pekat på några av de faktorer som har bidragit till dagens negativa utveckling av framförallt långtids-sjukskrivningarna. För att komma tillrätta med dessa brister har jag

bl.a. övervägt om det är tillräckligt med justeringar inom dagens ordning. Med hänsyn till bristernas karaktär och med beaktande av framtidens behov av en kraftfull arbetslivsinriktad rehabilitering har jag emellertid funnit att det inte räcker med sådana justeringar. I stället behövs det en ny reform inom området.

Utredningens argument för en ny reform bygger i huvudsak på nio motiv, motiv som vart och ett i sig motiverar en ändring av dagens ordning. Dessa motiv är följande:

## Rehabiliteringsreformen 1991/92 har inte nått sitt fulla syfte

Utredningens kartläggning visar som tidigare påpekats att statsmakernas syfte med den arbetslivsinriktade rehabiliteringsreformen 1991/92 – dvs. att minska sjukfrånvaron och utslagning från arbetslivet och därmed också motverka ökande kostnader i socialförsäkringen samt att få till stånd tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser – inte har nått sitt fulla syfte. I kapitel 1 har redogjorts för några av de faktorer som utredningen anser har bidragit till att syftet inte har uppnåtts. Utredningen har inte hellre noterat några tydliga tecken som talar för att den oroväckande trenden är på väg att brytas.

Mot denna bakgrund krävs det enligt min mening att skyndsamma åtgärder sätts in från statsmakernas sida. Utredningens kartläggning visar att de nödvändiga åtgärderna är av mer eller mindre genomgripande karaktär och att de inte kan genomföras inom ramen för den nuvarande ordningen.

## Individen i centrum

Utredningen konstaterade i sin diskussionspromemoria att det var dags att sätta individen i centrum, något som också ett 80-tal remissinstanser har ställt sig bakom. För att sätta individen i centrum anser utredningen att det krävs en ändring av dagens system. Dagens samordnade rehabilitering har nämligen snarare fokuserat på myndigheterna och deras samordning än på en samordning av individens rehabilitering.

För att individen skall vara i centrum är det vidare viktigt att samhället ställer upp med nödvändiga insatser för att så långt som möjligt undvika onödiga sjukskrivningsperioder och passiv väntan. Detta inte minst av mänskliga skäl eftersom vårt samhälle är uppbyggt kring arbete. Arbetets psykologiska betydelse i vår kultur kan inte heller överskattas. Detta ger också utslag i olika undersökningar och studier

som visar att ett förlorat arbete rankas som en av de viktigaste orsakerna till negativ stress. Arbetet har således stor betydelse för de flesta av oss, vi vill tillhöra den gemenskap som arbetslivet utgör. Med denna utgångspunkt följer också att vi normalt, när vi blir sjuka eller skadade, vill tillbaka till arbetet så fort som möjligt. Om sjukdomen eller skadan medför att vi inte kan återgå till det gamla arbetet eller ett nytt arbete kan det skapa en personlig kris hos oss. I förlängningen innebär detta att uteblivna rehabiliteringsåtgärder kan medföra mänskligt lidande hos individen. Aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser är enligt utredningens mening motiverade av stora mänskliga vinster även när en återgång till arbetet inte är möjlig.

Ett individperspektiv bör vidare ställas i relation till utredningens kartläggning som visar att aktiva rehabiliteringsinsatser ger positiva effekter för individen i förhållande till passiv sjukskrivning. Att bedöma effekterna av rehabiliteringsinsatser är visserligen inte helt oproblematiskt och är också enligt utredningens bedömning omöjligt att göra i strikt traditionell vetenskaplig mening. Utredningen har emellertid tagit del av en mängd rapporter från olika projekt och studier som gjorts i både Sverige och utomlands. Dessa studier och utvärderingar pekar så gott som entydigt på att aktiva sammansatta rehabiliteringsinsatser ger positiva effekter när det bl.a. gäller individens funktion, antal sjukdagar, grad av återinsjuknande och förtidspensionering samt in- eller återinträde i arbetslivet. Sammantaget bedömer jag att tendensen är tillräckligt klar för att dra slutsatsen att aktiva rehabiliteringsinsatser ger positiva effekter för individen i förhållande till passiv sjukskrivning.

## Det finns ett stort behov av arbetslivsinriktad rehabilitering som inte tillgodoses inom dagens ordning

Det faktum att uteblivna eller alltför sena rehabiliteringsinsatser medför mänskligt lidande bör ställas mot utredningens slutsatser att det finns ett stort behov av arbetslivsinriktad rehabilitering som inte blir tillgodosett bland dagens drygt 217 000 personer som är sjukskrivna mer än en månad. Ohälsan ökar samtidigt som hjälp- och stödbehoven inte tillgodoses.

Som framgått av kapitel 3 är det visserligen inte helt lätt att försöka uppskatta omfattning av rehabiliteringsbehov bland de långtidssjukskrivna. Med ledning av olika kartläggningar och studier – både utredningens egna men även andra – har jag ändå kunnat konstatera att detta behov är stort. Vid en samlad bedömning av behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering – utifrån ett individperspektiv – är min bedöm-



ning att mer än 100 000 individer av de pågående drygt 200 000 långtidssjukskrivna har ett behov av mer sammansatta insatser än bara medicinsk behandling.

Utredningen har vidare konstaterat att psykiska besvär (inklusive stress/utbrändhet) ökar som orsak till långtidssjukskrivning, vilket bl.a. beror på förändringar i arbetslivet som har anknytning till psykiska, sociala och organisatoriska faktorer. Kartläggningen i kapitel 3 visar också att nya yrkesgrupper ökar bland de sjukskrivna, att utbudet av rehabiliteringstjänster och aktiva insatser varierar kraftigt i landet mellan olika kommuner och mellan land och storstad, att mindre än hälften av försäkringskassornas medel för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering används till aktiva åtgärder samt att lämpliga rehabiliteringsåtgärder för psykiskt funktionshindrade, stress m.m. saknas på många orter.

### Ett annorlunda och ökat framtida behov av arbetslivsinriktad rehabilitering

Om det redan idag finns ett rehabiliteringsbehov som inte blir tillgodosett eller kommer ifråga sent så är det svårt att se tecken på att detta behov skulle bli mindre i framtiden, snarare tvärtom. Utredningens kartläggning visar att arbetslivet fortsatt mot 2010-talet kommer att präglas av ett starkt omvandlingstryck som riskerar att få konsekvenser i form av bl.a. ökad stressrelaterad belastning på individen. Detta oavsett om individen står inom eller utanför arbetsmarknaden. Betydelsen av psykiska, sociala och organisatoriska faktorer för ohälsan kommer därför att öka även fortsättningsvis. Kraven kommer också att ändra karaktär för alltfler i arbetslivet genom strukturomvandling och teknikutveckling.

En annan tendens för framtiden är att demografiska förändringar ökar trycket för bl.a. förtidspensionering och långtidssjukskrivning (jfr kap. 4). Demografiska förändringar medför bl.a. att jag bedömer att antalet nybeviljade förtidspensioneringar riskerar att öka med bortåt 8 000 fler personer per år de kommande åren. Detta medför i sin tur ökat krav på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och administrationen.

Enligt utredningens bedömning medför vidare ett ökat och delvis annat rehabiliteringsbehov i framtiden bl.a. att vissa sjukdomsgrupper (psykisk ohälsa samt stressrelaterade besvär) förväntas öka i högre takt, att det behövs mer omfattande insatser i framtiden, att det blir fler äldre att rehabilitera, att det finns en diskrepans mellan hälso- och sjukvårdens utbud och vad folk vill ha, att rehabilitering till gamla arbetsplat-

sen inte bör gälla i samtliga fall samt att det finns behov av en kompletterande arbetsmarknad.

Förändringarna på arbetsmarknaden, demografiska förändringar och ett ökat och delvis annat rehabiliteringsbehov medför sammantaget att det behövs en kraftfullare arbetslivsinriktad rehabilitering för att möta det framtida behovet. Annars kommer alltfler individer inte att orka arbeta ett helt arbetsliv.

## Samhällets kostnader för ohälsa ökar och tränger undan andra viktiga välfärdsfrågor

För närvarande kostar ohälsan samhället drygt 72 miljarder kronor enbart i försäkringsersättning. Enbart ökningen av långtidssjukskrivningarna det senaste året innebär en merkostnad på ca 10 miljarder kr på årsbasis. Samhällets kostnader för ohälsan kommer troligtvis att stiga ännu mer om inga nya åtgärder vidtas för att bromsa denna utveckling. Utredningens uppskattningar pekar exempelvis på att enbart demografiska förändringar kommer att påverka samhällets kostnader för passiva ersättningar med ytterligare ett antal miljarder kronor inom den närmaste tioårsperioden. Detta riskerar att tränga undan viktiga välfärdsfrågor. Enligt min mening kan dessa våra gemensamma skattemedel användas på ett effektivare sätt, vilket kommer att gagna inte bara individen utan även samhället i stort.

## Det är samhällsekonomiskt mycket lönsamt med framgångsrik rehabilitering

Som tidigare har konstaterats ger aktiva rehabiliteringsinsatser positiva effekter för individen. Frågan är om det även är samhällsekonomiskt lönsamt med fördjupad rehabilitering. Inför diskussionspromemorian gjorde utredningen en samhällsekonomisk studie, för övrigt den första i sitt slag, som visade att de samhällsekonomiska effekterna av fördjupad rehabilitering är mycket stora i förhållande till de sannolika kostnaderna för själva rehabiliteringen. En satsad krona ger nio kronor tillbaka.

Vid remissbehandlingen kunde noteras delade meningar från instanserna. Olika intresseorganisationer ansåg att beräkningarna i vart fall inte var för lågt räknade medan vissa myndigheter ifrågasatte om vinstpotentialen var så hög.

Utredningen har nu ytterligare bearbetat och fördjupat den samhällsekonomiska studien och kan konstatera att det inte finns någon

anledning att justera ned tidigare beräkningar. Slutsatsen är entydig; det är samhällsekonomiskt lönsamt med framgångsrik rehabilitering sett över de fyra offentliga sektorerna. De ekonomiska effekterna är mycket stora i förhållande till kostnaderna för själva rehabiliteringen. Enligt utredningens beräkningar skulle en fördjupad rehabilitering som 7 000 personer per år deltar i kunna ge samhället ekonomiska vinster på 9 miljarder kronor om året. Denna beräkning bygger på en rad antaganden som närmare redovisats i kapitel 5. Antagandena är i flera avseenden försiktigt hållna. 7 000 personer som antas delta i rehabiliteringen varje år utgör inte mer än en dryg procent av sjukskrivna och förtidspensionerade personer. Av dessa 7 000 personer antas endast 1 260 bli helt rehabiliterade. Ett större antal, 1 400, antas inte bli rehabiliterade alls. Övriga antas få enbart 20 procent arbetsförmåga.

Det är mycket möjligt att fler än så kan bli framgångsrikt rehabiliterande. Viktigast är kanske att den rent ekonomiska kalkylen skymmer de betydande vinsterna som de personer som rehabiliteras själva förmodligen upplever i form av ökad livskvalitet och självrespekt.

Utredningen har för säkerhets skull vänt på kalkylen, och beräknat hur ofta den fördjupade rehabiliteringen måste lyckas för att vara värt kostnaden. Resultatet visar att vinsten överstiger kostnaden om var femte deltagare i en fördjupad rehabilitering ökar sin arbetsinsats med 15 procent och har ett minskat behov av vård- och omsorgsinsatser motsvarande 15 procent av det typfall som utredningen beskriver som en helt lyckad rehabilitering. Redan vid en så låg procent är alltså rehabilitering samhällsekonomiskt lönsamt.

Det är viktigt att notera att utredningens beräkningar bygger på effekterna över de fyra sektorerna – kassakistorna – inom den offentliga sektorn. Bristen i dag är att det inte råder klara samband mellan ”insats och vinst” för respektive sektor. Den ena sektorn, t.ex. sjukvården (landstinget), får ökade kostnader för en behandling samtidigt som en annan sektor, socialförsäkringen, får besparingar när det gäller kostnader för sjukersättning om behandlingen leder till kortare sjukskrivningsperiod.

## Arbetsgivaren har begränsade ekonomiska drivkrafter

Arbetsgivarna finansierar visserligen sjukförsäkringen och borde redan där ha drivkrafter för ett effektivt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete. Problemet är att dessa kostnader är lika stora, oavsett den enskilde arbetsgivarens insatser, eftersom de utgår i form av generella arbetsgivaravgifter. Olika studier som redovisas i kapitel 6 visar dess-

utom att sena rehabiliteringsinsatser i regel är en ren förlustaffär för arbetsgivaren, sett enbart ur en företagsekonomisk synvinkel.

Däremot är det företagsekonomiskt mycket lönsamt för arbetsgivaren att satsa på tidiga rehabiliteringsinsatser för att bryta den anställdes sjukskrivning. Ännu bättre blev resultatet enligt de redovisade studierna om arbetsgivaren lyckades förebygga och därmed förhindra att sjukskrivning och rehabiliteringsinsatser överhuvudtaget behövdes. Vinsten för arbetsgivaren ligger alltså främst i förebyggande insatser.

## Kommande behov av arbetskraft

Utöver de samhällsekonomiska aspekterna för de fyra sektorerna och arbetsgivarna är det också nödvändigt att beakta kommande behov av arbetskraft. Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) har beräknat att det under den närmaste tioårsperioden kommer att kunna skapas runt 300 000 nya arbetstillfällen. Samtidigt medför demografiska förändringar att det blir färre personer i yrkesverksam ålder och av dessa ser vi tydliga tendenser till andelsmässigt färre i arbete jämfört med 1990-talets senare del. Vi får t.ex. 200 000 fler ålderspensionärer samtidigt som alltfler tar tidigare uttag av pension (förtids-, avtals-, privat och förtida uttag av ålderspensionen). I dag är endast 1 av 3 i åldern 60–64 kvar i arbete. Den genomsnittliga pensionsåldern inklusive s.k. avtalspensionering bedöms för stora grupper vara 58 år eller lägre. Med nu gällande "risk" skulle vi få ett tillskott med 50–75 000 nya förtidspensionärer den kommande tioårsperioden. Skulle dessutom senaste årens frekvens av långtidssjukskrivningar gälla för 2000-talets växande grupp 50-59-åringar så blir än fler borta från arbetslivet. Summeras nuvarande tendenser för långtidssjukskrivning och utredningens uppskattning av förtidspensionering riskerar vi enligt min bedömning att få ytterligare 100–150 000 personer färre i arbetskraften än vad som hittills beräknats i bl.a. långtidsutredningen och AMS prognoser mot år 2010.

Om inte Sverige lyckas minska nuvarande tendenser i sjuktalen och få fler att arbeta över 60 år, kommer vår försörjningskvot (antalet arbetande som skall "försörja" icke arbetande) enligt utredningens slutsatser att bli mycket ansträngd. Arbetslivsinriktad rehabilitering är därför nödvändig för att säkra kommande behov av arbetskraft. I ett sådant läge har vi nämligen inte – ännu mindre än i dag – råd att låta personer som är rehabiliteringsbara passivt uppbära ersättning utan att erbjuda dem adekvata insatser. Rimligtvis måste vi få fler som kan arbeta att också göra det. Det måste finnas förutsättningar för fler individer att – efter förmåga – orka arbeta ett helt arbetsliv. Utöver de mänskliga

aspekterna kommer alla att behövas i produktionen för att bidra till vår gemensamma allmänna välfärd.

### Stort stöd för en ny reform bland 80-tal remissinstanser

Sist men inte minst motiveras en ny reform av det stora gensvaret utredningen har fått från remissopinionen, sammanlagt ett 80-tal instanser. Så gott som samtliga remissinstanser är eniga om att dagens ordning inte fungerar och att det finns behov av en ny reform inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det råder också stor samstämmighet när det gäller de redovisade motiven för en ny reform. I diskussionspromemorian angavs fem motiv; mänskliga hänsyn, ökade kostnader för ohälsa, samhällsekonomiska skäl samt risk för arbetsbrist.

Av de alternativa modellerna anser endast ett fåtal att justeringar bör göras inom nuvarande system, dvs. modell ett. Stödet är i stället stort för modell två med en offentlig huvudaktör. Även modell tre med ett tydligare arbetsgivaransvar har vunnit gehör hos många remissinstanser.

Utöver det breda stödet från remissopinionen har jag också noterat ett stort stöd för en ny reform från olika lokala och regionala konferenser runt om i landet.

Sammantaget finns det således nio starka motiv för att en ny reform kommer till stånd inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Hur en sådan reform bör vara konstruerad återkommer jag till i kapitel 12.

## 9 Individens ställning i rehabiliteringsprocessen

I föregående del har utredningen redogjort för vilka förutsättningar som finns för en ny reform. I nästa del III föreslås innehållet i en sådan ny reform. Innan är det dock nödvändigt att något beröra de nuvarande bestämmelserna som omgärdar dagens arbetslivsinriktade rehabilitering. Detta görs i tre kapitel med tonvikt i tur och ordning på individen, arbetsgivaren och det offentliga.

I detta kapitel redogörs således för individens ställning i rehabiliteringsprocessen. Framställningen inleds med de nuvarande kriterierna för rätt till ersättning från socialförsäkringen. Därefter reglerna om rehabiliteringstidens längd och vilken ersättning individen kan få under rehabiliteringen.

Avslutningsvis görs en kort genomgång av individens ställning enligt de lagar som kan påverka individens rehabilitering.

### 9.1 Rätten till ersättning avgörs enligt steg-för-steg-modellen

- Enligt nuvarande ordning är en grundförutsättning för individens rätt till ersättning från sjukförsäkringen och förtidspensioneringen att hans eller hennes arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom samt att den nedsatta arbetsförmågan har konsekvenser för individens förmåga att försörja sig genom eget arbete.
- Bedömningen av en persons arbetsförmåga görs stegvis enligt sju steg, den s.k. steg-för-steg-modellen. I första hand relateras arbetsförmågan till det tidigare arbetet och därefter till ett annat arbete hos den nuvarande arbetsgivaren (steg 1–4). I steg 5 och 6 prövas arbetsförmågan mot arbetsmarknaden i övrigt. Slutligen prövas i steg 7 rätten till förtidspension.

## Grundförutsättningen är att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom med minst en fjärdedel

Begreppen sjukdom och arbetsförmåga är centrala i socialförsäkringen. Hur dessa begrepp tillämpas av försäkringskassorna och domstolarna är av avgörande betydelse för den enskilde individen som blir sjuk eller skadad. De avgör nämligen om individen får rätt till ersättning i form av sjukpenning, rehabilitering eller sjukbidrag/förtidspension.

En grundförutsättning för individens rätt till ersättning från sjukförsäkringen och förtidspensioneringen är enligt nuvarande regler att hans eller hennes arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom samt att den nedsatta arbetsförmågan har konsekvenser för individens förmåga att försörja sig genom eget arbete.

Kriterierna för rätt till sjukpenning återfinns i 3 kap. 7 § lagen om allmän försäkring medan reglerna för förtidspension finns i 7 kap. 3 § samma lag. Enligt förarbetena (prop. 1996/97:28) skall samma arbetsförmågebegrepp användas vid både sjukpenning och förtidspension. Av förarbetena framgår det vidare att bedömningen av en persons arbetsförmåga skall göras stegvis. I första hand skall arbetsförmågan relateras till det tidigare arbetet och därefter till ett annat arbete hos den nuvarande arbetsgivaren (steg 1–4).

Personer som efter rehabilitering har möjlighet att erhålla annat arbete hos sin arbetsgivare får rätt till ersättning från försäkringen, även om han eller hon utan rehabiliteringen skulle kunna utföra annat arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Om det däremot saknas möjlighet till annat arbete hos arbetsgivaren eller om ett sådant arbete kräver alltför långvariga rehabiliteringsinsatser prövas arbetsförmågan mot annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Alltför långvariga rehabiliteringsinsatser anses i det här sammanhanget sådana som bedöms pågå längre tid än ett år.

I steg 5 och 6 skall arbetsförmågan prövas mot arbetsmarknaden i övrigt. Slutligen skall det i steg 7 prövas rätten till förtidspension.

## Steg-för-steg-modellen

Grundkriteriet för att en person skall ha rätt till sjukpenning eller förtidspension är alltså att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom med minst en fjärdedel

Steg-för-steg-bedömningen eller modellen är tänkt att tjäna som en arbetsinstruktion för hur handläggaren på försäkringskassan arbetsplatsen skall bedöma arbetsförmåga, rehabiliteringsinsats och rätt till sjukpenning. Modellen är utförligt beskriven i propositionen 1996/97:28

och är formulerad som ett antal frågor som handläggaren i tur och ordning ska ta ställning till:

<b>Steg 1.</b> Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling och konvalescens?	
Ja	<b>Nej</b>
Sjukpenning betalas ut under behandlingen och konvalescensen.	Jfr steg. 2



<b>Steg 2.</b> Kan den försäkrade utföra sina vanliga arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna?	
Ja	<b>Nej</b>
Ersättning betalas ut under behandling och rehabilitering.	Jfr steg 3.



<b>Steg 3.</b> Kan den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser?	
Ja	<b>Nej</b>
Sjukpenning betalas ut under nödvändig behandling eller konvalescens, men inte i avvaktan på att det aktuella arbetet blir ledigt.	Jfr steg. 4.



<b>Steg 4.</b> Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifterna eller liknande rehabiliterande insatser?	
Ja	<b>Nej</b>
Sjukpenning under behandling och konvalescens. Ersättning under rehabilitering (ca ett år) samt eventuell kostnad för anpassning av arbetsplatsen.	Jfr steg 5.





<b>Steg 5.</b> Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, utan extra insatser?	
<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Den enskilde har inte rätt till ersättning från socialförsäkringen utan anses som arbetsför och arbetslös och är därför hänvisad till arbetslöshetsförsäkringen.	Jfr steg 6.



<b>Steg 6.</b> Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser, t.ex. utbildning eller omskolning?	
<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Ersättning lämnas under rehabilitering i regel under max ett år.	Jfr steg 7.



<b>Steg 7.</b> Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen?	
<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Rätt finns till förtidspension eller sjukbidrag.	Detta alternativ finns inte enligt förarbetena.

Det formella kravet på arbetsförmågans nedsättning för rätt till hel förtidspension har från den 1 januari 1999 ändrats från "helt nedsatt" till "helt eller i det närmaste helt nedsatt".

Enligt modellen skall individens arbetsförmåga och arbetsmarknadsproblem hållas isär från det som är individens medicinska problem (dvs. de funktionsproblem som finns till följd av sjukdomen). Om individen inte kan utnyttja sin resterande arbetsförmåga, sjukdomen till trots, eller om arbetsförmågan återvunnits är detta i första hand ett arbetsmarknadsproblem och personen i fråga bör inte ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen (prop.1996/97:28 s. 10). Det formella ansvaret ligger då på arbetsmarknadsmyndigheterna.

När det gäller begreppet "normalt förekommande arbete" på arbetsmarknaden bör bedömningen enligt förarbetena göras i förhållande till den nationella arbetsmarknaden (jfr prop. 1996/97:28 s.17 f).

## 9.2 Rehabiliteringstidens längd och ersättning

- Rehabiliteringsersättningen kan ges ut i två former, dels som rehabiliteringspenning, dels som särskilt bidrag. Rehabiliteringspenningen skall täcka den inkomstförlust för individen när han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och är för närvarande 80 procent av sjukpenninggrundande inkomsten, dvs. samma som sjukpenningen. Det särskilda bidraget skall täcka kostnader som uppstår i samband med rehabilitering.
- Rehabiliteringsersättning betalas enligt praxis vanligen ut under högst ett år.

### Rehabiliteringsersättningen består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag

En försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering har enligt 22 kap. 7 § lagen om allmän försäkring rätt till rehabiliteringsersättning om hans eller hennes arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom (jfr ovan). Arbetsförmågan skall anses nedsatt om den försäkrade inte kan förvärvsarbeta på grund av att han eller hon deltar i rehabiliteringsåtgärden.

Rehabiliteringsersättning kan ges ut i två former, dels som rehabiliteringspenning och dels som särskilt bidrag. Rehabiliteringspenning skall täcka den inkomstförlust som uppstår för den försäkrade när han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och uppgår för närvarande till 80 procent av sjukpenninggrundande inkomst, dvs. samma nivå som sjukpenningen.

Det särskilda bidraget skall täcka kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen och kan t.ex. lämnas för vissa kursavgifter och resekostnader. Vilka kostnader som det särskilda bidraget kan utgå för anges i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning. Där framgår att ersättning kan lämnas för kursavgifter inom det reguljära utbildningsväsendet, under förutsättning att det inte avser kost och logi. Vidare kan särskilt bidrag lämnas för kostnader för tal- och punktskriftsböcker och även i övrigt för merkostnader för läromedel till handikappade om dessa kostnader inte betalas av kursanordnaren eller sjukvårdshuvudmannen. Har den enskilde andra skäligena kostnader under studietiden som överstiger 300 kronor och som inte betalas av kursanordnaren lämnas särskilt bidrag med hälften av kostnaderna.

För övrigt kan bidrag erhållas för skäligen betraktade merkostnader för resor som överstiger 300 kronor i månaden. Om rehabiliteringsorten ligger längre bort från bostadsorten än normalt pendlingsavstånd kan bidrag i viss utsträckning utgå för resor. Även traktamente och ersättning för logikostnader kan utgå för denna typ av situationer. Om den enskilde individen är funktionshindrad och behöver en ledsagare kan även ersättning utgå för dennes resekostnader, förlorad arbetsförtjänst samt för uppehälle.

Rehabiliteringsersättning utges efter ansökan av den försäkrade och en förutsättning för rätt till ersättning är att försäkringskassan upprättat en rehabiliteringsplan i vilken den aktuella rehabiliteringsåtgärden ingår.

En individ som genomgår utbildning kan ha rätt till rehabiliteringsersättning om han eller hon genomgår yrkesutbildning, allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning, orienterad utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning. Rehabiliteringsersättning lämnas dock inte vid grundutbildning för vuxna, t.ex. grundvux och grundläggande svenskundervisning för invandrare.

### Rehabiliteringstiden är begränsad till ett år

Rehabiliteringsersättning betalas enligt praxis vanligen ut under högst ett år. I samband med rehabiliteringsreformen förelag regeringen att ettårsgränsen skulle framgå av lagtexten. Enligt regeringen hade utvecklingen i praxis medfört att allt längre och allt mer omfattande utbildningar kommit att bedrivas med ersättning i form av sjukpenning. Regeringen ansåg därför att det behövdes vissa klarlägganden och skärpningar (jfr prop. 1990/91:141 s. 61–62). Under riksdagsbehandlingen avvisades dock detta förslag. I stället uttalades i Socialförsäkringsutskottets betänkande att inriktningen på rehabiliteringsarbetet borde vara att en försäkrad skulle ha återfått sin arbetsförmåga inom ett år och att i vart fall en eventuell utbildning borde vara avslutad inom ett år (bet. 1990/91:SfU16 s. 34). Dessa uttalanden har medfört att rehabiliteringsersättning enligt praxis endast i undantagsfall lämnas under längre tid än ett år.

När det gäller utbildning som kan finansieras med studiemedel framgår det av 3 § förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning att rehabiliteringsersättning får lämnas endast om utbildningen omfattar högst 40 studieveckor.

### 9.3 Individens ställning varierar enligt olika regelverk

- Enligt lagen om allmän försäkring har individen möjligheter till rehabilitering och rätt till rehabiliteringsersättning. Individen är skyldig att delta i rehabiliteringen annars kan ersättningen dras in, helt eller delvis.
- Arbetsmiljölagen ger den enskilde arbetstagaren en form av indirekta rättigheter genom reglerna om anpassning av arbetsförhållanden. Arbetstagaren är skyldig att medverka i arbetsmiljöarbetet.
- Enligt lagen om anställningsskydd utgör sjukdom hos arbetstagaren i regel inte saklig grund för uppsägning. Den anställda har i sin tur skyldighet att medverka i rehabiliteringsåtgärder annars riskeras att anställningen upphör.
- Enligt socialtjänstlagen har den enskilde under vissa omständigheter rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt (annat bistånd). Den enskildes skyldighet är att göra vad hon eller han kan för att bli självförsörjande, t.ex. genom att delta i rehabiliteringsåtgärder, annars kan sökt bistånd vägras.
- Hälso- och sjukvården ger inte den enskilde någon formell rätt till hälso- och sjukvård. Den enskilde kan när som helst avbryta pågående vård och behandling.

Individens ställning i en rehabiliteringssituation varierar beroende på vilket regelverk som är aktuellt. De aktuella lagarna är – utöver lagen om allmän försäkring – arbetsmiljölagen, anställningsskyddslagen, socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Dessa regelverk styr också det offentligas ansvar, vilket närmare redogörs för i kapitel 11.

#### Individens ställning enligt lagen om allmän försäkring

Enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) har en person som är inskriven hos allmän försäkringskassan, dvs. i regel från 16 år, möjligheter till rehabilitering och rätt till rehabiliteringsersättning enligt regler som närmare anges i 22 kapitlet samma lag. Rätten till ersättning är beroende av försäkringskassans bedömningen. Rehabiliteringen skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig genom eget förvärvsarbete.

Den enskilde individen har ingen rätt att erhålla rehabiliteringsinsatser enligt lag utan hans eller hennes rätt är beroende av dels att arbetsgivaren eller försäkringskassan bedömer att det finns behov av sådana insatser, dels att de finansierar insatserna. Rehabiliteringsåtgärder skall enligt AFL planeras i samråd med individen och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov.

Rehabiliteringsersättning består som tidigare nämnts av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag (jfr ovan).

När det gäller den försäkrades skyldigheter krävs det att han eller hon efter bästa förmåga skall medverka aktivt i såväl planeringen som när det gäller att genomföra åtgärderna. Den som inte medverkar till beslutade åtgärder kan bli av med sin ersättning helt eller delvis. Bestämmelser om detta finns i 22 kap. 16 § och 20 kap. 3 §.

Enligt förarbetena bör detta komma i fråga t.ex. om det framgår att den försäkrade skulle kunna återgå i arbete om han medverkade till en rimlig rehabiliteringsinsats (prop. 1990/91:141 s. 48).

Försäkringskassans beslut att dra in eller sätta ned ersättningen kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

## Individens ställning enligt arbetsmiljölagen

Reglerna som ger den enskilde individen en form av indirekta rättigheter är reglerna om anpassning av arbetsförhållandena. Dessa regler framgår av arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML) och Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter (AFS 1994:1). Dessa regler och föreskrifter redogörs för i kapitel 10 om arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering.

Den enskilde arbetstagarens skyldighet är att medverka i arbetsmiljöarbetet och att delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Konsekvenserna för arbetstagaren kan ytterst bli att han eller hon förlorar sin anställning. Detta redogörs för närmare i nästa avsnitt.

## Individens ställning enligt lagen om anställningsskydd

Arbetstagarens skydd i samband med uppsägning regleras i 7 § lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS). Kopplingen mellan anställningsskyddet och rehabiliteringsreglerna finns på så sätt att en uppsägning kan bedömas sakna saklig grund om arbetsgivaren inte har levt upp till ansvaret enligt lagen om allmän försäkring och arbetsmiljölagen. Sjukdom utgör i regel inte grund för uppsägning. Arbetsdom-

stolen har i ett antal avgörande lagt fast en praxis som klargör hur LAS ska tillämpas vid uppsägning på grund av en arbetstagares sjukdom. För en utförligare redovisning hänvisas till kapitel 10.

Den anställde har i sin tur skyldighet att medverka i rehabiliteringsåtgärder. Om han eller hon utan giltigt skäl vägrar att medverka i sådana åtgärder kan följden bli att det anses som att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar. Arbetsgivaren har därmed rätt att säga upp anställningsavtalet.

Även om allmän domstol i ett visst fall slår fast att arbetsgivaren saknar saklig grund för uppsägning, t.ex. på grund av uteblivna rehabiliteringsåtgärder, innebär detta inte nödvändigtvis att arbetstagaren får behålla arbetet och bli föremål för rehabiliteringsåtgärder. Det finns nämligen en möjlighet för arbetsgivaren att betala sig fri från sitt ansvar. Enligt bestämmelser i LAS är en arbetsgivare som vägrar att rätta sig efter en dom varigenom en uppsägning har ogiltigförklarats, skyldig att i sådant fall betala skadestånd som motsvarar minst 16 månadslöner och högst 48 månadslöner (39 §).

## Individens ställning enligt socialtjänstlagen

Enligt socialtjänstlagen (1980:620) har den enskilde rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt (annat bistånd) om han eller hon inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes resurser att leva ett självständigt liv.

I socialtjänstlagens inledande ”portalparagraf” anges att verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. Som en allmän riktlinje anges det vidare i lagen att socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.

Det innebär att frivillighet och självbestämmande skall vara vägledande vid handläggningen av enskilda ärenden inom socialtjänsten. Frivilligheten skall gälla vid såväl vård- och behandlingsinsatser som andra av socialtjänsten förmedlade sociala insatser. Den enskilde har emellertid inte någon ovillkorlig rätt att erhålla en viss bestämd insats. Enligt förarbetena måste valet av insats ske med beaktande av vad som är möjligt och rimligt med hänsyn till kommunens resurser (prop. 1979/80:1).

Den enskildes skyldighet är att göra vad hon eller han kan för att bli självförsörjande. Det kan gälla krav att den enskilde genomgår läkar-

undersökning av hälsotillstånd och arbetsförmåga, godtar lämpliga rehabiliteringsåtgärder som syftar till att han eller hon återvinner eller förbättrar sin arbetsförmåga, att han eller hon anmäler sig som arbetsökande vid arbetsförmedlingen osv. (prop. 1979/80:1 s. 196).

Under senare år har nya bestämmelser införts i socialtjänstlagen som ytterligare förtydligar socialtjänstens skyldighet att i högre utsträckning bistå med aktiva åtgärder samt den enskildes eget ansvar att göra vad han eller hon kan för att bli självförsörjande.

Konsekvenserna för individen kan annars bli att han eller hon vägras sökt bistånd.

## Individens ställning enligt hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ger inte den enskilde någon formell rätt till hälso- och sjukvård. Lagen, som har en utpräglad ramkaraktär, innehåller i stället bestämmelser om de krav som kan ställas på sjukvårdsverksamheterna.

Av lagen framgår att vård och behandling skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskilde kan också när som helst avbryta pågående vård och behandling.

Eftersom den enskilde inte kan utkräva rätt till sjukvård finns det inte heller någon möjlighet till domstolsprövning. Det går inte att genom överklagande få sig tillerkänd viss undersökning eller behandling. En patient kan emellertid i efterhand göra gällande att den vård som han eller hon har fått inte varit i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet eller att vård borde ha givits trots att så inte skett. Efter anmälan mot berörd hälso- och sjukvårdspersonal prövas detta av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Nämndens beslut kan överklagas till domstol. Ett fällande beslut kan leda till disciplinär påföljd för den felande. Det kan också ha betydelse vid en eventuell skadeståndstalan.

Socialstyrelsen har tillsyn över verksamheten inom hälso- och sjukvården och kan vidta åtgärder för att komma till rätta med verksamheten som inte uppfyller kraven på god vård och därigenom stärka patientsäkerheten.

## 10 Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering

Arbetsgivaren har en central roll när det gäller anställdas arbetsmiljö och rehabilitering. I detta kapitlet redovisas kortfattat hur detta ansvaret ser ut enligt olika regelverk.

Inledningsvis redogörs för arbetsgivarens ansvar för den anställdes arbetsmiljö enligt arbetsmiljölagen. Därefter görs en beskrivning av hur ansvaret ser ut enligt lagen om allmän försäkring. I sammanhanget är det också intressant vilket anställningsskydd den enskilde arbetstagaren har under sjukdom och rehabilitering. Därför redovisas kortfattat för reglerna i lagen om anställningsskydd och Arbetsdomstolens praxis.

Även arbetsgivarens skyldighet att betala sjuklön nämns i ett särskilt avsnitt. De sista två avsnitten behandlar dels företagshälsovårdens utveckling under 1990-talet, dels vilka möjligheter som egenföretagare har till rehabilitering enligt de nuvarande reglerna.

### 10.1 Arbetsgivaren har ansvar för arbetsmiljön

- Enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren ett långtgående ansvar för den anställdes arbetsmiljö. Arbetsgivaren skall genom att anpassa arbetsförhållanden eller genom att vidta andra lämpliga åtgärder ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Vid planläggning eller anordnande av arbetet skall arbetsgivaren beakta människors olika förutsättningar att utföra arbetsuppgifterna.
- Arbetsgivaren skall vidare se till att det i verksamheten finns lämplig arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som är organiserad på ett sådant sätt att arbetsgivaren kan fullgöra sina uppgifter enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring.



- Yrkesinspektionen utövar tillsynen över att arbetsmiljölagen och Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter efterlevs. Yrkesinspektionen kan meddela förelägganden eller förbud och även förena sådana beslut med vite.

En av hörnstenarna i reformen 1991/92 var en bättre arbetsmiljö. Detta innebar att det infördes nya bestämmelser om arbetsanpassning och rehabilitering i arbetsmiljölagen den 1 juli 1991.

Grundtanken med arbetsmiljölagen är att förebygga ohälsa och olycksfall samt att i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. Lagen gäller i princip för alla anställda, inklusive elever. Arbetsmiljölagen är en ramlag. Det betyder att den anger de yttre ramarna för arbetsmiljöarbetet. Den belyser de grundläggande reglerna om arbetsmiljöns utformning, anger vem som har ansvaret och hur arbetsmiljöarbetet skall organiseras. Hur lagen skall tillämpas mer i detalj anges i Arbetarskyddsstyrelsens olika kungörelser med föreskrifter och allmänna råd.

## Internkontroll av arbetsmiljön

I arbetsmiljölagen (3 kap. 2 a §) och Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter (AFS 1996:6) finns regler om en metodik som skall underlätta för arbetsgivaren att styra verksamheten i arbetsmiljöhänseende, så kallad internkontroll.

Med internkontroll menas att systematiskt planera, genomföra och följa upp verksamheten så att arbetsmiljökraven fortlöpande uppfylls. Internkontrollen skall vara naturligt inordnad i verksamheten och omfatta alla förhållanden av betydelse för arbetsmiljön. Arbetsgivaren skall ta fram en arbetsmiljöpolicy, där målet med internkontrollarbetet slås fast. Han eller hon skall fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som behövs till följd av detta.

Grundtanken bakom bestämmelserna är att arbetsgivaren måste se till att verksamheten bedrivs så, att han eller hon kan uppfylla sin skyldighet att se till att arbetsmiljön blir tillfredsställande och att ohälsa och olycksfall förebyggs. Vidare skall arbetsgivaren – i den utsträckning verksamheten kräver – dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna samt upprätta handlingsplaner. Om arbetstagarnas kunskaper inte räcker till för att arbetsmiljökraven skall kunna uppfyllas skall arbetsgivaren se till att arbetstagaren får de kunskaper som saknas. Män och kvinnors olika villkor och förutsättningar skall beaktas. Arbetsgivaren skall årligen följa upp internkontrollarbetet och vidta nödvändiga förbättringar.

Internkontrollkungörelsen är för närvarande föremål för omarbetning och en ny reviderad upplaga planeras att träda i kraft den 1 januari 2001.

## Arbetsanpassning och rehabilitering

Arbetsgivaren skall vidare se till att det i hans eller hennes verksamhet finns en arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som är organiserad på lämpligt sätt så att han eller hon kan fullgöra sina uppgifter enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. Detta framgår av 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen. Närmare bestämmelser finns i Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter (AFS 1994:1).

Enligt föreskrifterna skall arbetsgivaren ange mål för verksamheten och fortlöpande ta reda på vilka behov av arbetsanpassning och rehabilitering som finns bland arbetstagarna. Detta arbete bör påbörjas så tidigt som möjligt, helst innan arbetstagaren hunnit bli sjuk eller drabbats av ohälsa på annat sätt. Arbetsgivaren skall klargöra hur detta arbete skall fördelas. Den som arbetar med frågorna skall ha de befogenheter och de resurser samt de kunskaper och den kompetens som behövs. Arbetet skall organiseras så att det kan ske i samarbete med de arbetstagare som berörs.

Vidare skall verksamheten med arbetsanpassning och rehabilitering organiseras så att den kan bedrivas i samarbete med försäkringskassan och andra myndigheter som är berörda. Arbetsgivaren skall årligen följa upp verksamheten och göra de ändringar som behövs. Om det behövs skall arbetsgivaren dokumentera sina rutiner skriftligt.

När det gäller arbetsanpassning för den enskilde individen framgår det av föreskrifterna att arbetsgivaren skall anpassa arbetstagarnas arbetssituation med utgångspunkt från deras förutsättningar för arbetsuppgifterna. Därvid skall särskilt beaktas om den enskilde arbetstagaren har någon funktionsnedsättning eller annan begränsning av arbetsförmågan. När det gäller åtgärder för att anpassa arbetet är det viktigt att arbetet utformas utifrån en helhetssyn, där människors såväl fysiska och psykiska behov som deras olika förutsättningar beaktas.

Målsättningen med den individuella arbetsanpassningen är att vidta sådana åtgärder att arbetstagaren kan vara kvar eller återkomma i 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 bör andra arbetsuppgifter, eventuellt efter anpassning av arbetssituationen, som ligger inom arbetsgivarens skyldighet erbjudas den anställde.

De anpassningsåtgärder som nämns i föreskrifterna är anskaffning av tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap, förändringar i den fysiska arbetsmiljön eller arbetsorganisation, förändring av arbetsuppgifter, arbetsfördelning, arbetstider samt de psykologiska och sociala förhållanden. Andra åtgärder som nämns är personella stödinsatser, särskilda informationsinsatser, arbetsträning eller arbetsprövning. Omplacering nämns också men det bör enligt föreskrifterna tillgripas i sista hand.

## Yrkesinspektionen utövar tillsynen

Tillsynsmyndigheter för att arbetsmiljölagen efterlevs är Arbetarskyddsstyrelsen och, under styrelsens överinseende och ledning, yrkesinspektionen. Tillsammans kallas de Arbetarskyddsverket.

Om yrkesinspektionen t.ex. finner att en arbetsgivare bryter mot lagen eller en föreskrift skall inspektionen ingripa. I allmänhet får då arbetsgivaren ett inspektionsmeddelande med skriftliga krav. Om arbetsgivaren inte följer inspektionsmeddelandet kan yrkesinspektionen utfärda ett föreläggande eller förbud. I ett sådant beslut kan också vite sättas ut. Om inte arbetsgivarna vidtar de åtgärder han eller hon har blivit förelagd kan yrkesinspektionen göra en åtalsanmälan eller ansöka hos länsrätten att utdöma vitet. Yrkesinspektionens beslut kan överklagas hos Arbetarskyddsstyrelsen. Vissa ärenden kan också överklagas till regeringen.

Yrkesinspektionens tillsyn avser arbetsmiljön och rehabiliteringsverksamheten i sin helhet, inte enskilda rehabiliteringsåtgärder. Inspektionen kan ingripa om arbetsmiljön behöver åtgärdas för att, enligt kraven i arbetsmiljölagen, anpassas efter en enskild arbetstagers behov. Vid tillsynen av rehabiliteringsarbetet är det yrkesinspektionens uppgift att se till att det finns ett organiserat arbete, rutiner, resurser m.m. Underlag för sådana inspektioner kan bl.a. hämtas från försäkringskassan.

I sammanhanget kan också nämnas att regeringen lämnade en proposition i maj 2000 (prop. 1999/2000:141) till riksdagen om förslag till ändringar i arbetsmiljölagen. Bl.a. förelås att Arbetarskyddsstyrelsen och yrkesinspektionen skall ombildas till en myndighet, Arbetsmiljöverket. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 2001.

## 10.2 Arbetsgivaren har ansvar för anställdas rehabilitering

- Arbetsgivaren har ett förstahandsansvar för att uppmärksamma och utreda behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering, se till att åtgärderna kommer till stånd samt att finansiera dem. Kritik har riktats mot att arbetsgivarens ansvar är för otydligt. Ansvaret har i praktiken förskjutits till det offentliga.
- Arbetsgivaren skall påbörja en rehabiliteringsutredning om det inte framstår som obehövt vid sjukfrånvaro mer än fyra veckor, vid upprepad korttidsfrånvaro samt när den anställda begär det.
- Av olika undersökningar framkommer det att ansvaret för rehabiliteringsutredningar fungerar dåligt; arbetsgivarna lämnar inte in rehabiliteringsutredningar för sin anställda i den utsträckning som var avsett.
- Försäkringskassan bevakar tillsynsinsatser för enskilda individer och skall påkalla ingripande från yrkesinspektionen om arbetsgivaren vid upprepade tillfällen försummat sina skyldigheter. I praktiken har ytterst få ärenden blivit föremål för denna form av ingripanden.

### Arbetsgivaren har förstahandsansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering

Arbetsgivarens ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen framgår av 22 kapitlet lagen om allmän försäkring. Kapitlet infördes i lagen den 1 januari 1992 i samband med rehabiliteringsreformen.

Av bestämmelserna och förarbetena framgår att arbetsgivaren har ett förstahandsansvar för att uppmärksamma och utreda behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering, se till att åtgärderna kommer till stånd och att finansiera dem. Rehabiliteringsansvaret syftar till att återställa den enskildes arbetsförmåga, oavsett orsaken till skadan eller sjukdomen.

Ansvaret för finansieringen begränsas till det ansvar som arbetsgivaren har för åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten eller för att den anställda skall kunna vara kvar i verksamheten.

Exempel på åtgärder som kan ingå i arbetsgivarens ansvar är arbetsprövning, arbetsträning, utbildning och omplacering. Det kan

även handla om att vidta tekniska åtgärder eller att anskaffa särskild utrustning för att ändra den fysiska miljön och därmed minska arbetsbelastningen för den enskilde.

## Kritik har riktats mot att arbetsgivaren ansvar är för otydligt

Det ansvar som lades på arbetsgivaren i samband med reformen 1991/92 har enligt många uppfattning inte fått det genomslag som var avsett. Den kritik som framförallt har framförts är att arbetsgivarens roll och ansvar i rehabiliteringsarbetet har varit otydligt. Enligt min mening är det otydliga arbetsgivaransvaret också en av orsakerna till att reformen inte har fått fullt genomslag. Detta har i praktiken medfört att rehabiliteringsansvaret har förskjutits till det offentliga.

Arbetsgivarens ansvar har utretts vidare efter reformen, senast 1997 när en statlig utredning fick regeringens uppdrag att se över arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering (jfr SOU 1998:104).

## Arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning

En central del i arbetsgivarens ansvar är ansvaret för rehabiliteringsutredningen. Arbetsgivaren skall påbörja en sådan utredning om det inte framstår som obehövt

- vid sjukfrånvaro mer än fyra veckor
- vid upprepad korttidsfrånvaro
- när den försäkrade själv begär det.

Arbetsgivaren har utredningsansvaret oavsett hur rehabiliteringsbehovet har uppstått. Behovet av rehabiliteringsåtgärder skall klarläggas i samråd med arbetstagaren. Utredningen skall därefter skickas till försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för sjukanmälan. Rehabiliteringsutredningen skall sedan ligga till grund för den rehabiliteringsplan som försäkringskassan ansvarar för och som är en förutsättning för att rehabiliteringsersättning skall betalas ut.

Rehabiliteringsutredningen är central i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Av olika undersökningar framkommer dock att detta ansvar fungerar dåligt; arbetsgivarna lämnar inte in rehabiliteringsutredningar för sina anställda i den utsträckning som var avsett. I Riksförsäkringsverkets senaste granskning av försäkringskassornas ohälsöarbete konstaterades t.ex. att rehabiliteringsutredning saknades i

75 procent av sjukfallen som pågått 90 dagar eller längre. Enligt en annan undersökning som Arbetarskyddsstyrelsen genomförde 1999 om arbetsrelaterade besvär uppgav 38 procent av arbetstagarna, som skulle haft en rehabiliteringsutredning enligt lagen om allmän försäkring, att de också hade fått en sådan utredning.

## Försäkringskassan bevakar tillsynsinsatser för enskilda individer

Medan yrkesinspektionen utövar tillsynen över arbetsmiljön och rehabiliteringsverksamheten i sin helhet är det försäkringskassans uppgift att i det enskilda fallet bevaka/se till att arbetsgivaren vidtar rehabiliteringsutredning. Försäkringskassan skall också följa upp att arbetsgivaren fullgör sitt åtgärdsansvar. Utöver detta har kassan inte något formellt tillsynsansvar. Denna fördelning av tillsynsfunktionen framgår av förarbetena till rehabiliteringsreformen.

Tillsynen att arbetsgivaren fullgör sitt ansvar ligger alltså på yrkesinspektionen. Försäkringskassan skall dock enligt förarbetena påkalla ingripande från yrkesinspektionen om arbetsgivaren vid upprepade tillfällen försummat sina skyldigheter. I praktiken har yrkesinspektionen emellertid i mycket ringa omfattning erhållit sådan information, varför ytterst få ärenden har blivit föremål för denna form av ingripanden.

### 10.3 Arbetsgivarens arbetsrättsliga ansvar

- Uppsägning på grund av sjukdom kan i regel endast ske i de fall arbetstagarens arbetsförmåga på grund av sjukdomen blivit varaktigt nedsatt i sådan mån att han eller hon inte kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren.
- För att det skall föreligga saklig grund för uppsägning krävs vidare att arbetsgivaren har fullgjort sitt ansvar enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring.
- Saklig grund för uppsägning föreligger inte heller om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren i stället bereder annat arbete hos sig. Arbetsgivaren skall därför göra en noggrann utredning i omplaceringsfrågan.

- Även arbetstagarens eget beteende, särskilt dennes medverkan i de rehabiliteringsinsatser som arbetsgivaren tillhandahåller, är av betydelse för bedömningen. Om arbetstagaren utan godtagbar anledning vägrar anta ett erbjudande är arbetsgivaren inte skyldig att lämna ytterligare erbjudande.

## Sjukdom utgör i regel inte saklig grund för uppsägning

Arbetstagarens anställningsskydd under tid då rehabiliteringsinsatser pågår hänger intimt samman med de regler som gäller allmänt för anställningsskydd under sjukdom. Enligt förarbetena till anställningsskyddslagen och Arbetsdomstolens praxis utgör sjukdom och därav följande nedsatt prestationsförmåga inte i och för sig saklig grund för uppsägning. 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 eller hon inte längre kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Av motivuttalanden till anställningsskyddslagen (prop. 1973:129 s. 126 och prop. 1981/82:71 s.66) framgår att en anställning normalt inte kan bringas att upphöra förrän arbetstagaren har fått rätt till sjukbidrag eller förtidspension enligt lagen om allmän försäkring och i varje fall inte så länge arbetstagaren uppbär sjukpenning från försäkringskassan.

Av Arbetsdomstolens praxis framgår också att det endast är i undantagsfall som arbetsgivaren har saklig grund för uppsägning med hänvisning till arbetstagarens sjukdom. Ett sådant betydande undantag föreligger som sagt om arbetstagaren inte kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren. I ett avgörande från 1999 (AD 1999 nr 124) ansåg Arbetsdomstolen att en elinstallatör som hade drabbats av en s.k. pisksnärtsskada inte kunde fullgöra något arbete av betydelse, såvitt avsåg de arbetsuppgifter som låg i hans anställning. Arbetstagaren kunde inte omplaceras till andra arbetsuppgifter i bolaget och det gick inte hellre att anpassa hans arbetsuppgifter. Det fanns därför saklig grund för uppsägning.

## Arbetsgivaren skall ha fullgjort sina skyldigheter enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring

Frågan om uppsägning på grund av sjukdom har också ett samband med frågan om arbetsgivarens skyldighet att medverka till arbetsanpassning och rehabilitering. För att det skall kunna föreligga saklig

grund för uppsägning krävs nämligen att arbetsgivaren har uppfyllt de krav som ställs i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. Detta framgår av Arbetsdomstolens praxis (t.ex. AD 1993 nr 42).

I ett avgörande från 1999 (AD 1999 nr 10) prövade Arbetsdomstolen om det hade förelegat saklig grund för uppsägning av en arbetstagarare hos ett slakteriföretag. Frågan var om företaget hade fullgjort sin skyldighet att medverka till arbetstagarens rehabilitering och sin skyldighet att söka omplacera denne. Arbetstagaren hade på grund av en knäskada nedsatt arbetsförmåga. Domstolen – som ansåg uppsägningen inte var sakligt grundad – konstaterade att det inte var klarlagt i målet att det fullständigt hade saknats arbetsuppgifter för arbetstagaren inom ramen för företagets verksamhet. I stället hade domstolen fått intrycket att företaget inte hade sett som sin skyldighet och i varje fall inte gjort några egentliga ansträngningar i syfte att åstadkomma en lösning.

### Arbetsgivaren har en skyldighet göra en noggrann utredning om omplaceringsfrågan

Enligt 7 § anställningsskyddslagen föreligger inte heller saklig grund för uppsägning om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren i stället bereder arbetstagaren annat arbete hos sig. Som Arbetsdomstolen uttalat i t.ex. AD 1997 nr 115 och 1999 nr 10 (jfr ovan) åligger det arbetsgivaren att göra en noggrann utredning i omplaceringsfrågan och därvid verkligen ta tillvara föreliggande omständigheter att ordna en omplacering. Det arbete som arbetsgivaren bör erbjuda ska så långt möjligt vara 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 kringgås genom ett oskäligt erbjudande om arbete när mer lämpliga arbeten finns hos arbetsgivaren.

Underlåter en arbetsgivare att göra en omplaceringsutredning, eller föreligger det oklarhet om huruvida omplacering har kunnat ske, bör det enligt Arbetsdomstolens praxis normalt anses att omplaceringsskyldigheten inte är fullgjord. Omständigheterna kan dock vara sådana att arbetstagarparten har en viss bevisbörda vad gäller vilka lediga arbeten som hade kunnat erbjudas den anställde (jfr t.ex. AD 1987 nr 34).

Arbetsgivarens omplaceringsskyldighet omfattar inte befattningar som redan är besatta och arbetsgivaren är inte heller skyldig att inrätta nya befattningar för att undvika uppsägningar. Arbetsgivarens omplaceringsskyldighet gäller vidare ifråga om arbeten för vilka arbetstagaren har tillräckliga kvalifikationer. I detta har ansetts ligga att arbetstagaren



skall ha de allmänna kvalifikationer som normalt krävs av den som söker arbetet i fråga. En viss upplärningstid får arbetsgivaren acceptera. Arbetsgivaren är däremot inte skyldig att genomföra en omplacering som skulle innebära omskolning av arbetstagaren. Som exempel kan nämnas ett avgörande från 1999 (AD 1999 nr 24). Målet handlade om en arkitekt vid en statlig myndighet som blev uppsagd på grund av arbetsbrist. Frågan var om arkitekten kunde anses ha haft tillräckliga kvalifikationer för arbete som handläggare av EU-stöd och därför borde ha omplacerats till en sådan befattning. Arbetsdomstolen konstaterade att arbetstagarens bristande kvalifikationer inte var av det slag att de hade kunnat avhjälpas med en viss tids upplärning. Arbetstagaren hade därför inte haft tillräckliga kvalifikationer för arbetet i fråga.

### Arbetstagaren är skyldig att delta i rehabiliteringen

Det är emellertid inte bara arbetsgivarens ansvar för rehabilitering som har betydelse för bedömningen av om en uppsägning är sakligt grundad. Även arbetstagarens eget beteende, särskilt dennes medverkan i de rehabiliteringsinsatser som arbetsgivaren tillhandahåller, är av betydelse för bedömningen. Om en arbetstagare utan giltigt skäl vägrar att delta i en rehabilitering, kan dennes vägran få till följd att arbetsgivaren anses ha fullgjort sitt rehabiliteringsansvar och därmed också att arbetstagaren inte längre kan göra anspråk på att få behålla sin anställning hos arbetsgivaren. Om arbetstagaren utan godtagbar anledning vägrar anta ett erbjudande om annat arbete är vidare arbetsgivaren inte skyldig att lämna ytterligare erbjudande.

Arbetsdomstolen har prövat frågan om möjligheten att säga upp en person mot bakgrund av om arbetsgivaren uppfyllt kravet på rehabiliteringsåtgärder. I ett rättsfall från 1993 (AD 1993 nr 96) ansåg domstolen att en sådan vägran kan leda till att anställningen avslutas efter arbetsgivarens uppsägning. I målet hade landstinget anmodat en arbetstagare att arbetsträna på ett annat sjukhus än det där han var anställd. Den anställde vägrade att inställa sig till arbetsträning med motivering att han inte behövde arbetsträna vid ett annat sjukhus än det där han var anställd. Arbetsdomstolen fann dock att landstinget inte var skyldigt att erbjuda arbetstagaren någon annan placering och att det på grund av arbetstagarens vägran förelåg saklig grund för uppsägning.

I ett annat rättsfall (AD 1997 nr 39) ansåg Arbetsdomstolen att posten hade saklig grund för sin uppsägning av en postsorterare när denne inte medverkade till rehabiliteringsåtgärder utan bl.a. avstod från att gå en erbjuden utbildning med motivering att han var tvungen att passa sina barn.

## 10.4 Arbetsgivaren ansvarar för sjuklön till den anställde

- Arbetsgivaren ansvarar för sjuklön till den anställda under de första 14 dagarna (exklusive karensdag) av varje sjukdomsfall (sjuklöneperiod)
- Arbetsgivaren kan försäkra sig mot kostnader för sjuklön. Försäkringens omfattning tyder dock på att det främst är företag med en förhållandevis hög sjukfrånvaro som bedömer sig ha behov av försäkringen.

### Arbetsgivaren betalar ut sjuklön under de första 14 dagarna

Arbetsgivarens ansvar är också att betala ut sjuklön till den anställda under de första 14 dagarna (exklusive karensdag) av varje sjukdomsfall (sjuklöneperiod). Bestämmelser om detta finns i lagen (1991:1047) om sjuklön som infördes den 1 januari 1992. Såsom framgått i kapitel 1 var detta en av hörnstenarna i rehabiliteringsreformen 1991/92.

Syftet med reglerna var att öka arbetsgivarens ansvar för de anställdas arbetsmiljö och hälsa och att tillförsäkra de anställda en mer rättvis kompensation till följd av sjukdom. Dessutom skapades ett effektivare sätt att administrera den korta sjukfrånvaro.

Efter 1992 har sjuklöneperiodens längd ändrats vid två tillfällen. Den 1 januari 1997 förlängdes perioden till 28 dagar. Drygt ett år senare, den 1 april 1998, ändrades perioden tillbaka till 14 dagar. Det har inte gjorts någon samlad utvärdering när det gäller effekterna av den förlängda perioden, dvs. om den påverkat sjukfrånvaron och medfört tidigare rehabiliteringsinsatser.

### Arbetsgivaren kan försäkra sig mot kostnader för sjuklön

I samband med införandet av sjuklöneperioden 1992 infördes också en frivillig försäkring mot kostnader för sjuklön för att skydda småföretagen mot höga sjuklönekostnader. Avgiften för försäkringen har varierat under årens lopp och anpassats efter sjuklöneperiodens längd. För närvarande är avgiften 1,4 procent av arbetsgivarens beräknande sam-

manlagda lönekostnader. Den beräknade lönesumman får inte överstiga 130 basbelopp, dvs. för närvarande 4 758 000 kr.

Avgiften för försäkringen är lika stor för alla företag oavsett vilken nivå sjukfrånvaron normalt ligger på. Försäkringens omfattning tyder på att det främst är företag med en förhållandevis hög sjukfrånvaro som bedömer sig ha behov av försäkringen. I juni 1992 hade 13 300 företag tecknat försäkringen. Antalet hade fem år sedan sjunkit till 7 800 och i maj 2000 omfattade försäkringen ca 5 600 företag.

## 10.5 Företagshälsovården kan utgöra ett stöd för arbetsgivaren

- Ett naturligt stöd för arbetsgivaren i rehabiliteringsarbetet är företagshälsovården.
- Det särskilda statsbidraget togs bort 1993 och företagshälsovården har därefter successivt minskat i omfattning. I den senaste undersökningen uppger drygt 72 procent av de anställda att de har tillgång till företagshälsovård. Anslutningsgraden varierat dock starkt beroende på företagsstorlek.
- Från och med den 1 januari 2000 har det införts nya regler i arbetsmiljölagen som innebär en skärpning när det gäller kravet på att arbetsgivaren att tillhandahålla företagshälsovård. Det har också införts en definition av företagshälsovården.
- Arbetsgivare får göra avdrag för kostnader relaterade till företagshälsovård och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder.

Av ovanstående redovisning framgår att det ställs långtgående krav på arbetsgivaren enligt olika regelverk. Enligt min mening finns det skäl att anta att en stor del av arbetsgivarna bedriver sitt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete på ett tillfredsställande sätt utan att det behöver initieras eller styras av regelverket.

Av de uppgifter som utredningen har tagit del av framkommer emellertid att arbetsgivarna på framförallt mindre företag har svårt att leva upp till dessa skyldigheter. I kapitel 3 har jag också redogjort för några undersökningar som visar att många arbetsgivarna behöver stöd i detta viktiga arbete. Ett naturligt stöd för arbetsgivaren har under årens lopp varit företagshälsovården.

## Företagshälsovården har under 1990-talet successivt minskat i omfattning

Från och med år 1986 infördes en lagfäst skyldighet för arbetsgivaren att under vissa omständigheter ordna företagshälsovård för sin anställda. Fram till 1993 betalades också särskilt statsbidrag till verksamheten.

Det särskilda bidraget togs bort den 1 januari 1993. Bidraget utgjorde då drygt 25 procent av den totala kostnaden för verksamheten. Efter 1992 har företagshälsovården minskat med ca 25–30 procent i omfattning. I dag finansieras företagshälsovården i huvudsak genom avgifter från de arbetsgivare som slutit avtal med berörd företagshälsovårdscentral.

Uppgifterna om företagshälsovårdens omfattning är något svår-fångade sedan det statliga bidraget försvann. Helt klart är dock att branschen dragits med stora nedskärningar, både antalsmässigt och resursmässigt. Branschen uppskattar att det för närvarande finns ca 700 centraler och ca 7 000 anställda med olika professioner.

Arbetskyddsstyrelsen genomför vartannat år urvalsbaserade intervjuundersökningar om arbetsmiljön. I den senaste undersökningen uppger drygt 72 procent av de anställda att de har tillgång till företagshälsovård. Anslutningsgraden varierar dock starkt beroende på företagsstorlek, från ca 36 procent på företag med högst fyra anställda till ca 94 procent på företag med mer än 500 anställda. På frågan om man haft kontakt med företagshälsovården uppger ca 33 procent av de som har tillgång till denna tjänst att man också har haft detta. Kontakten varierar dock kraftigt mellan olika branscher. De branscher där vi i dag har hög sjukfrånvaro är skola och vård/omsorg. Där har endast 26 procent respektive 23 procent haft kontakt med företagshälsovården.

## Nya regler gäller från den 1 januari 2000

Från och med den 1 januari 2000 har det införts nya regler i arbetsmiljölagen som innebär att arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållanden kräver finns att tillgå. Detta innebär en skärpning av kraven i förhållande till tidigare regler. I arbetsmiljölagen har det också införts en definition av företagshälsovården: *”Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa”*.

Syftet med att definiera begreppet var att ge uppmärksamhet åt företagshälsovårdens förebyggande och rådgivande roll och att bidra till en renodling av verksamheten (jfr prop. 1998/99:120).

I dagsläget är det för tidigt att säga något om vilka praktiska effekter som de senaste ändringarna har medfört för företagshälsovårdens verksamhet och utveckling. Det saknas än så länge praxis hur lagstiftning kommer att tillämpas av yrkesinspektionen.

## Arbetsgivaren får göra avdrag för företagshälsvård och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder

Enligt kommunalskattelagen (1928:370) (KL) har arbetsgivare rätt till avdrag för kostnader relaterade till företagshälsovård och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Avdragsrätten regleras i punkt 34 av anvisningarna till 23 § KL.

Enligt anvisningspunktens tredje stycke får avdrag göras för kostnader för företagshälsovård. I fjärde stycket framgår att arbetsgivaren har rätt att göra avdrag för kostnader för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som följer av ansvaret enligt 22 kapitlet i lagen om allmän försäkring. Avdrag medges också för åtgärder som syftar till att den anställda skall kunna fortsätta att förvärvsarbeta, dvs. förebyggande behandling och rehabilitering. Den anställdes förmån av fri rehabilitering beskattas inte.

Exempel på vanliga rehabiliteringsåtgärder som enligt förarbetena bör vara avdragsgilla är behandling hos sjukgymnast, vård av missbrukare på behandlingshem och ryggträning på rygginstitut. Även försäkringar som bekostar åtgärder inom ramen för 22 kapitel lagen om allmän försäkring eller som syftar till att den anställda skall kunna fortsätta att förvärvsarbeta är enligt förarbetena avdragsgilla (prop. 1994/95:182).

Avdrag för sådana kostnader får också göras i en enskild näringsverksamhet eller i ett handelsbolag om den skattskyldige kan visa att rehabiliteringen syftar till att han eller hon skall kunna fortsätta sitt förvärvsarbete. Avdrag får även göras för kostnader för förebyggande behandling, om den skattskyldige kan visa att behandlingen har ett sådant syfte.

Enligt vad jag har erfarit är det svårt att uppskatta hur väl företagen känner till denna avdragsmöjligheten. Det finns skäl att anta att informationen brister.

Avdragsmöjligheten omfattar inte de offentliga arbetsgivare. Det finns inte heller någon möjlighet att få ersättning för detta i form av bidrag. Detta är enligt min mening en stor nackdel, inte minst mot bak-

grund att det är i den offentliga sektorn antalet långtidssjukskrivningarna har ökat mest.

## 10.6 Egenföretagare har små möjligheter till rehabilitering

- De nuvarande kriterierna för rätt till sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjukbidrag/förtidspension medför att egenföretagaren saknar reella möjligheter till rehabilitering.

En generell princip i socialförsäkringen är att anställda och företagare behandlas lika vid bedömning av rätt till ersättning. Det finns dock en betydande skillnad när det gäller möjligheterna att få ersättning under rehabilitering. Här särbehandlas nämligen egenföretagaren.

De i föregående kapitlet redovisade kriterierna för rätt till sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjukbidrag/förtidspension (steg-för-steg-modellen) tar sikte på i första hand annat arbete hos arbetsgivaren. Detta innebär att företagaren, som av naturliga skäl inte har någon arbetsgivare, ges mindre möjligheter än arbetstagare till rehabiliteringsåtgärder i den egna verksamheten innan arbetsförmågan bedöms mot alla på arbetsmarknaden normalt förekommande arbeten.

Som framgår av redovisningen av modellen kan rehabiliteringsinsatser för företagare enligt dagens regler vidtas för återgång till nuvarande arbetsuppgifter, steg 2, och för återgång i annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, steg 6. Däremot saknas i princip utrymme för bedömning av företagare enligt stegen 3 och 4 då dessa steg uttalat tar sikte på återgång i arbete hos en arbetsgivare.

En statlig utredning har haft i uppdrag att belysa effekter som kan uppstå i samband med företagares rätt till ersättning från arbetslöshets- och socialförsäkringen

Regeringen konstaterade i sina direktiv till utredningen (dir 1997:137) att dagens regler inte ger företagare med partiellt nedsatt arbetsförmåga i den egna verksamheten, men där det medicinska tillståndet inte utgör något hinder för företagaren att arbeta heltid i annat normalt förekommande arbete, rätt till ersättning från socialförsäkringen. För företagare finns inte heller rätt till ersättning från arbetslöshetsförsäkringen om han eller hon väljer att stanna kvar i den egna verksamheten på deltid, eftersom kravet är att hela rörelsen avvecklas. – Utredningen föreslog i betänkande Företagare med restarbetsförmåga (SOU 1998:34) en anpassning av steg-för-steg-modellen så att egenföretagare omfattas av alla stegen. Enligt utredningens uppfattning var

detta lämpligt som ett led i att öka likabehandlingen av arbetstagare och företagare. Steg 3 och 4 skulle därmed uttalat omfatta även företagare.

Vid remissbehandlingen var remissinstanserna överlag positiva till förslaget. Regeringen har emellertid inte föreslagit några ändringar. I stället har jag nyligen fått ärendet överlämnat till mig.

## 11 Det offentliga ansvar

Tidigare har jag kunnat konstatera att ansvaret för rehabiliteringen alltmer har förskjutits från arbetsgivaren till det offentliga. Det offentliga består i sin tur av fyra parallella och likvärdiga sektorer; landstingets hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst samt statens arbetsförmedling och socialförsäkring (försäkringskassan). I det följande redovisas kortfattat för hur dessa sektors ansvar ser ut i dag. Ett särskilt avsnitt ägnas åt hur ansvaret fördelar sig när det gäller ersättning till arbetshjälpmedel.

Enligt min mening präglas det offentliga ansvaret av en internationellt sett relativt hög grad av sektorisering. En sektorisering som jag anser har bidragit till att reformen 1991/92 inte har nått sitt fulla syfte. För att överbrygga denna sektorisering har statsmakterna under senare delen av 1990-talet uppmuntrat till samverkansaktiviteter i olika former. Kapitlet avslutas därför med en redogörelse för dessa aktiviteter.

### 11.1 Fyra parallella sektorer med olika mål, medel och ansvar

- Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen, till vilket bl.a. räknas – utöver ordinär sjukvård – rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning. Sjukvårdens rehabiliteringsmål är att så långt som möjligt återställa individens funktionsförmåga. Rehabiliteringen kan också syfta till att förbättra en nedsatt funktion och träna kompenserande funktioner.
- Kommunens socialtjänst ansvarar för den sociala rehabiliteringen, vilket bl.a. avser frågor som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter. Kommunen har ett särskilt ansvar för alkohol- och narkotikamissbrukare samt de psykiskt långtidssjuka. Kommunen har också det yttersta ansvaret för att invånarna i kommunen får den hjälp, service och stöd de behöver.



- Arbetsförmedlingen ansvarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen. Målet för den yrkesinriktade rehabiliteringen är att arbetslösa med funktionshinder skall finna, få och behålla ett arbete, i första hand på den reguljära arbetsmarknaden. Exempel på åtgärder är arbetsprövning, arbetsträning, fördjupad vägledning och utbildning.
- Försäkringskassan har en initiativroll och samordningsansvar för all rehabilitering av personer som är sjukskrivna hos försäkringskassan eller har rätt till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring. Försäkringskassan ansvarar för att individer med rehabiliteringsbehov uppmärksammas, behov av åtgärder klarläggs samt att individen motiveras att delta i åtgärderna.

## Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen

Med medicinsk rehabilitering avses närmast att återställa grundläggande funktioner. Ansvaret för den medicinska rehabilitering ligger på sjukvårdshuvudmannen, dvs. landstinget.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har landstinget ett ansvar för befolkningens hälsa men också stor frihet att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Verksamheten skall bedrivas så att den uppfyller krav på kvalitet, trygghet, lättillgänglighet m.m.

Landstinget skall också enligt hälso- och sjukvårdslagen bl.a. erbjuda rehabilitering samt hjälpmedel till funktionshindrade.

Till den medicinska rehabiliteringen räknas – utöver ordinär sjukvård – t.ex. undersökning och behandling vid enheter/avdelningar för sjukgymnastik, syn- och hörselcentraler samt sysselsättnings- och arbetsterapi. Till medicinsk rehabilitering räknas också rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning.

Sjukvårdens rehabiliteringsmål är att så långt som möjligt återställa individens funktionsförmåga. Rehabiliteringen kan också syfta till att förbättra en nedsatt funktion och att träna kompenserande funktioner.

En annan viktig uppgift för hälso- och sjukvården är att förmedla underlag till försäkringskassan och andra som har att bedöma rehabiliteringsbehov och olika typer av åtgärder.

## Kommunens socialtjänst ansvarar för den sociala rehabiliteringen

Kommunens ansvar för social rehabilitering av den enskilde individen regleras i socialtjänstlagen (1980:620) och ärendena handläggs av socialnämnden. Med social rehabilitering avses frågor som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter.

Övergripande mål för socialtjänsten är att för enskilda skapa ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhället.

Socialtjänstens mål kan mera konkret sägas vara att ta reda på vilka hjälpbehov som finns hos kommunens invånare och att informera om de möjligheter till stöd och hjälp som står till buds. Ytterligare mål är att vid behov förmedla kontakter och insatser från andra myndigheter och att ta sig an och göra något åt de behov av stöd och hjälp som inte tillgodoses av någon annan myndighet. Kommunen har ett särskilt ansvar för alkohol- och narkotikamissbrukare samt de psykiskt långtidssjuka.

Kommunen har det yttersta ansvaret för att invånarna i kommunen får den hjälp, service och det stöd de behöver. Stödet skall ges så att den enskilde inte fräntas det egna ansvaret för sin livsföring. Samtidigt får socialnämnden inte avstå från att träda in i svåra situationer. Av förarbetena till rehabiliteringsreformen framgår att kommunens ansvar för rehabiliteringsåtgärder träder in först när någon annan rehabiliteringsaktör inte har ansvar för den enskilde och varar till dess en annan rehabiliteringsaktör är skyldig att ta över ansvaret (prop. 1990/91:141 s. 56).

## Arbetsförmedlingen ansvarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen

Arbetsmarknadsmyndigheterna skall i första hand använda sina resurser för att hjälpa personer som saknar arbete att få ett sådant. Ansvaret omfattar dock även att hjälpa personer som har en anställning med rehabiliteringsinsatser om de riskerar att förlora sin anställning och rehabiliteringsinsatserna kan förhindra detta.

Målet för den yrkesinriktade rehabiliteringen är att arbetslösa arbetssökande med funktionshinder skall finna, få och behålla ett arbete, i första hand på den reguljära arbetsmarknaden.

Den yrkesinriktade rehabiliteringsverksamheten är sammanhållen inom Arbetsmarknadsverket (AMV) via Arbetsmarknadsinstitutet (Ami) som nära samspelar med arbetsförmedlingen och med övriga

myndigheter som direkt hos Ami aktualiserar arbetslösa sjukskrivna med behov av yrkesinriktad rehabilitering. Verksamheten vid Ami består bl.a. av arbetsprövning och arbetsträning samt fördjupad vägledning. Arbetsprövning syftar till att kartlägga individens intressen och anlag samt fysiska, psykiska och sociala funktions- och arbetsförmåga i förhållande till kraven och utvecklingen på arbetsmarknaden.

Arbetsförmedlingen beslutar bl.a. om platsförmedling, arbetsförberedande åtgärder i form av vägledning och utbildning samt sysselsättningsskapande åtgärder. Arbetsförmedlingen tillhandahåller även olika hjälpmedel och anordningar som är nödvändiga för att en funktionshindrad skall kunna få och utföra sitt arbete.

För en utförlig redovisning av olika stödformer som tillhandahålls av arbetsmarknadsmyndigheterna hänvisas till bilaga 9.

Vid sidan av de uppgifter som AMV har ålagts så har verket runt om i landet utvecklat tjänster, ALT, inom arbetslivsinriktad rehabilitering, främst arbetsprövning/träning. Den får inte belasta ordinarie verksamhet utan skall täckas av intäkter från kunder och är således inte heller en myndighetsuppgift.

Samhall AB har till uppgift att ge ett meningsfullt och utvecklande arbete till arbetslösa personer som söker arbete genom arbetsförmedlingen eller Ami och som på grund av fysiska, psykiska, intellektuella eller socialmedicinska handikapp inte kan få arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Koncernen tillhandahåller anpassade arbetsplatser. I en kompletterande roll säljer koncernen arbetslivsinriktad rehabilitering till olika myndigheter och arbetsgivare genom dotterbolaget Samhall Resurs AB.

## Försäkringskassan har en initiativroll och ett samordningsansvar för all rehabilitering

Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses sådana rehabiliteringsåtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång för personer som är långvarigt sjukskrivna eller uppbär sjukbidrag/förtidspension. Såsom framgått i föregående kapitel har arbetsgivaren enligt nuvarande regler ett förstahandsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Försäkringskassan ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs.

Försäkringskassan har därutöver en initiativroll och ett samordningsansvar för all rehabilitering av personer som är sjukskrivna hos försäkringskassan eller har rätt till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring. Försäkringskassans arbete med rehabilitering avser således

alla olika typer av rehabilitering i långa sjukfall och inte endast arbetslivsinriktad.

Det innebär att försäkringskassan även har 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 samt att individen motiveras att delta i åtgärdena.

Försäkringskassan bör även verka för att det inom försäkringskassans geografiska område finns en fungerande organisation för samverkan mellan myndigheter och organ med uppgifter inom rehabiliteringsområdet.

En annan uppgift för försäkringskassan är att följa upp och utvärdera hur rehabiliteringsverksamheten i stort fungerar inom området. Såsom framgått av föregående kapitel skall försäkringskassan även se till att arbetsgivaren fullgör vad som faller inom deras ansvar. Några sanktionsmöjligheter finns inte enligt lagen om allmän försäkring.

Sedan den 1 juli 1990 har försäkringskassan haft möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster upp till ett högsta tak per år som anvisas över statsbudgeten. Det budgetprövas således till skillnad mot medlen till kontantersättningar. Dessa tjänster kan avse dels utredning av förutsättningarna för rehabilitering, dels direkta åtgärder som syftar till att underlätta individens återgång i arbete. Fram till år 1998 har dessa medel varierat mellan ca 400 – 500 miljoner kr/år. Från och med budgetåret 1998 ingår anslaget i de s.k. särskilda medlen som också anvisas över statsbudgeten och som försäkringskassan även skall använda för samverkan med andra myndigheter samt för en del ersättningar och bidrag (jfr avsnitt 11.3).

Försäkringskassan beslutar och betalar ut sjukersättning (inklusive rehabiliteringspenning), arbetsskadeersättning och sjukbidrag/förtidspension.

## 11.2 Ansvar för arbetshjälpmedel delas av flera

- Hälso- och sjukvården svarar för hjälpmedel som personer med funktionshinder behöver för sin dagliga livsföring.
- Arbetsmarknadsverket svarar för bidrag till arbetshjälpmedel och liknande som behövs för att en arbetslös person skall kunna få och utföra ett arbete.
- Försäkringskassan svarar 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.

- Arbetsgivaren har ett generellt anpassningskrav att se till att förebygga ohälsa och olycksfall på arbetsplatsen, t.ex. genom att utrusta arbetsplatsen med olika hjälpmedel eller anpassa arbetsredskap efter individens förutsättning.
- Gränsdragningsproblem uppstår framförallt mellan försäkringskassans och arbetsgivarens ansvar.

Om den enskilde individen behöver hjälp med att skaffa arbetshjälpmedel eller andra tekniska hjälpmedel kan han eller hon få ersättning för att skaffa sådant hjälpmedel. Vem individen skall vända sig till för att få sådan ersättning beror på hjälpmedlets syfte och art. Ansvaret delas nämligen av flera, både offentliga aktörer och arbetsgivare.

Hälso- och sjukvårdshuvudmannen svarar för hjälpmedel som funktionshindrade behöver för sin dagliga livsföring.

Arbetsmarknadsverket i sin tur svarar för bidrag till arbetshjälpmedel och liknande som behövs för att en arbetslös person med funktionshinder skall kunna få och utföra ett arbete.

Försäkringskassan svarar 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. Kassan har även möjlighet att under vissa omständigheter träda in med ekonomisk ersättning för arbetshjälpmedel när ingen annan kan göra det.

Utöver dessa offentliga aktörers ansvar har också arbetsgivaren ett generellt anpassningsansvar enligt arbetsmiljölagen att se till att förebygga ohälsa och olycksfall på arbetsplatsen. Ett sätt att göra detta kan vara att t.ex. utrusta arbetsplatsen efter individens förutsättningar.

### Särskilt om försäkringskassans ansvar

Försäkringskassan lämnar bidrag till arbetshjälpmedel som ett led i rehabiliteringen av den anställda individen. I förarbetena framgår att bidraget skall kunna lämnas för arbetshjälpmedel när sådana kan medföra att en längre tids sjukskrivning kan brytas och den anställda kan återgå i arbete (prop. 1990/91:141, s.709). Försäkringskassan har också ansvar för bidrag till arbetshjälpmedel och anpassning av arbetsplatsen för den individ som arbetar och har en funktionsnedsättning som kan ge upphov till handikapp i arbetet. Detta under förutsättning att arbetshjälpmedlet bedöms som nödvändigt för att individen skall kunna utföra sina arbetsuppgifter.

Bidrag till arbetshjälpmedel bekostas av sjukförsäkringen. De närmare villkoren för bidraget finns i förordning (1991:1046) om ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring i form av bidrag till arbetshjälpmedel.

Bidraget söks av individen för arbetshjälpmedel medan arbetsgivaren kan ansöka om bidrag som rör anpassning av arbetsplatsen.

Försäkringskassan kan ge bidrag till både den anställde och arbetsgivaren samtidigt för arbetshjälpmedel respektive anpassning av arbetsplatsen. Bidraget är maximerat till 50 000 kronor för arbetsgivaren och den anställde vardera. Bidrag till datorbaserat hjälpmedel får dock beviljas med högre belopp. Finns det synnerliga skäl kan försäkringskassan även i annat fall bevilja medel som överstiger taket.

### Gränsdragningsproblem mellan försäkringskassans och arbetsgivarens ansvar

Försäkringskassans ansvar för ersättning till arbetshjälpmedel förutsätter att arbetsgivaren inte ansvarar för åtgärden enligt arbetsmiljölagen. Stödet från försäkringskassan omfattar således sådana särskilda – individanpassade – arbetshjälpmedel som går utöver det grundläggande ansvaret som arbetsgivaren har för att arbetsmiljön är lämpligt utformad.

Enligt vad jag har erfarit under utredningsarbetet medför denna gränsdragningsproblem i den praktiska tillämpningen. Det uppstår nämligen ofta diskussioner mellan arbetsgivaren, försäkringskassan och den enskilde individen om hur långt arbetsgivarens ansvar sträcker sig.

## 11.3 Samverkan – ett sätt att överbrygga sektoriseringen på offentliga sidan

Statsmakterna har under de senaste åren uppmuntrat till samverkan i olika former:

- Finsam – finansiell samordning mellan två huvudmän, socialförsäkringen och hälso- och sjukvården. Försöksverksamheten avslutades 1997 och ledde till vissa besparingar i försöksområdena.
- Socsam – finansiell samordning mellan tre huvudmän, socialförsäkringen, hälso- och sjukvården och kommunens socialtjänst.

Försöksverksamheten gäller till utgången av år 2002. De ekonomiska utvärderingar som finns visar på ett litet underskott.

- Frisam – frivillig samverkan. Riktlinjerna för Frisam – som inte är en försöksverksamhet – gavs i regeringens proposition 1996/97:63. Samverkansaktiviteterna utvärderas regelbundet. I den senaste lägesrapporten från den 1 juli 2000 har identifierats fem problemområden; individuella och långsiktiga lösningar, särskilt stöd till arbetsgivaren, ökad lokal frihet, nya mätsystem samt legitimitet för samverkan.
- Dagmar-modellen innebär att staten och Landstingsförbundet destinerar en del av de ersättningar (Dagarmedel), som staten betalar till sjukvårdshuvudmannen, för särskilda behandlings- och rehabiliteringsinsatser. För år 2000 uppgår Dagarmedlen till 235 miljoner kr.

Med fyra parallella och likvärdiga offentliga sektorer finns det enligt min mening en uppenbar risk att individer som har behov av mer sammansatta rehabiliteringsinsatser hamnar i en gråzon där problembilden inte ryms inom en enda sektors ram. Det kan då leda till en rundgång mellan olika myndigheter. Denna problematik har också observerats av regeringen och riksdagen som i olika sammanhang har påtalat att det är mycket angeläget att mer effektivt utnyttja samhällets resurser för att bättre kunna tillgodose enskilda individers behov av stöd. Statsmakterna har därför uppmuntrat till samverkan i olika former, dels finansiell samordning mellan olika huvudmän (Finsam och Socam), dels uppmuntrat myndigheterna inom den offentliga sektorn att – utan några större ändringar av systemen – frivilligt samverka inom rehabiliteringsområdet, Frisam. I det följande redogörs kortfattat för dessa olika samverkansaktiviteter inklusive den s.k. Dagmarmodellen.

### Finsam – finansiell samordning mellan två huvudmän

Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvården – även kallat Finsam – pågick i tolv kommuner under perioden 1993–1997. Försöksverksamheten innebar konkret att de två huvudmännen hade en gemensam politisk ledning (t.ex. lokal nämnd) med kostnadsansvar för medel som motsvarade 10 procent av socialförsäkringens beräknade kostnader för sjukpenning och rehabilitering i försöksområdet.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har i en gemensam utvärderingsrapport (Finansiell samordning 1997:1) konstaterat bl.a. att försöksverksamheten har lett till vissa besparingar i försöksområdena för

perioden 1993–1995 samt att det s.k. ohälsotalet minskade med 2,5 dagar i försöksområdena jämfört med rikssiffran som ökade med 2,1 dagar.

Regeringen har efter att försöksverksamheten avslutats i flera olika sammanhang uttalat, att någon fortsättning/utvidgning av Finsam inte är aktuell.

## Socsam – finansiell samordning mellan tre huvudmän

Socsam-modellen innebär en finansiell samordning mellan tre huvudmän – socialförsäkringen, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. I försöksverksamheten prövas nya former för politisk styrning. De tre huvudmännen bildar ett gemensamt politiskt ledningsorgan (beställarförbund) och har ett gemensamt kostnadsansvar för de verksamheter som ingår i försöksverksamheten.

Försöksverksamheten startade den 1 juli 1994 och skulle ursprungligen avslutas vid utgången av år 1997. Försökslagstiftningen har emellertid vid flera tillfällen blivit förlängd – senast i regeringens budgetproposition för år 2000 – och gäller nu till utgången av år 2002.

Antalet försöksområden uppgår för närvarande till sju stycken. Majoriteten av dessa startade först under åren 1997 och 1998. Erfarenheterna från de pågående projekten är att det bl.a. tar lång tid att komma igång med en försöksverksamhet av detta slag. Försöket måste förankras inom de olika organisationerna, både bland politiker och tjänstemän.

De ekonomiska utvärderingar som finns är i form av bokslutssiffror och visar totalt sett på ett litet underskott. När det gäller försöksverksamhetens effekter på individnivå har jag erfarit att det ännu inte finns några sådana, men att utvärderingar pågår på olika håll och att en gemensam rapport planeras till den 1 oktober 2001.

## Frisam – frivilliga försök

Frisam – frivillig samverkan – är till skillnad från Finsam och Socsam ingen försöksverksamhet. Riktlinjerna för Frisam gavs i regeringens proposition 1996/97:63 och trädde i kraft den 1 januari 1998.

Samtidigt fick försäkringskassan – inom ramen för över statsbudgeten anvisade särskilda medel – möjlighet att bedriva olika projekt i syfte att bl.a. uppnå samverkansvinster (jfr avsnitt 11.1). De särskilda medlen uppgår för år 2000 till ca 1 miljard kronor och ska täcka köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, administration, köp av



arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden, särskilda bidrag, samt resor till och från arbetet. Därtill tillkommer Dagmarmedlen med 235 miljoner kr.

Från och med 1998 formulerade också regeringen för första gången gemensamma mål för rehabiliteringsarbetet i de olika myndigheternas respektive regleringsbrev. Målet för socialförsäkringsadministrationen år 2000 är följande: ”Riksförsäkringsverket skall aktivt samverka med Arbetsmarknadsstyrelsen, Socialstyrelsen och Arbetarskyddsstyrelsen så att en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet uppnås. Samverkan på central nivå skall syfta till att skapa förutsättning för aktörerna på regional och lokal nivå att samverka så att varje individs arbetsförmåga tillvaratas och den enskilde ges möjlighet att försörja sig genom eget arbete”. Motsvarande målformuleringar finns i regleringsbrev för Arbetsmarknadsstyrelsen, Socialstyrelsen och Arbetarskyddsstyrelsen.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen och Riksförsäkringsverket utvärdera effekterna av samverkan inom rehabiliteringsområdet. I utvärderingen ingår dessutom Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Socialstyrelsen har hittills kommit med tre lägesrapporter. I den andra lägesrapporten från den 1 juli 1999 redovisades bl.a. resultatet av intervjuer som gjorts med lokala och regionala chefer. De positiva effekter av samverkan ansågs överväga. Av utvärderingarna framgick däremot ännu inte huruvida de olika samverkansprojekten har haft några effekter på individnivå, t.ex. i form av kortare sjukskrivningsperioder, kortare väntetider och snabbare insatser.

I den tredje lägesrapporten från den 1 juli 2000 har utvärderingsgruppen identifierat fem problemområden:

- *Individuella och långsiktiga lösningar.* Enligt gruppen har de människor som hamnar i en rundgång mellan olika myndigheter behov av mer samlade insatser. Utvärderingsgruppens uppfattning är att det krävs en långsiktig planering av åtgärder och finansiering för den grupp som står långt från arbetsmarknaden.
- *Särskilt stöd till arbetsgivaren.* Gruppen anser att arbetsgivaren behöver särskilt stöd för att de utsatta skall komma ut på arbetsmarknaden. Utvärderingsgruppen slår också fast att lönebidrag är en förutsättning för att vissa personer med sammansatt problematik skall erhålla arbete.
- *Ökad lokal frihet.* Enligt utvärderarna varierar det värde samverkan får för individerna mellan olika grupper. Uppfattningen är att det inte finns någon generell lösning på hur samarbetet kring indivi-

derna skall organiseras. Det viktiga är att det finns kontinuitet, respekt, förtroende och ett positivt bemötande. Vikten av att lokalt skapa en systematik i samverkan lyfts dock fram.

- *Nya mätsystem.* Utvärderingsgruppen konstaterar också att de lokala systemen måste ändras mot större flexibilitet. Det gäller bl.a. administrativa system, belöningsystem, delegation, dokumentation m.m. Utvärderingen visar att såväl systemen, där även rutiner, organisationer och delegation kan nämnas, som regelverket utgör hinder.
- *Legitimitet för samverkan.* Det femte och sista problemområdet berör legitimiteten för samverkan både från ledning och politiker. Den mer demokratiska aspekten måste också ingående analyseras. De största hindren för samverkan är enligt utvärderingsgruppen brist på legitimitet och mätsystem.

## Dagmar-modellen

I detta sammanhang bör även noteras den så kallade Dagmar-modellen. Denna modell innebär att staten och Landstingsförbundet destinerar en del av de ersättningar (Dagmarmedel), som staten betalar till sjukvårdshuvudmannen, för särskilda behandlings- och rehabiliteringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Beslut om hur mycket pengar som skall fördelas till de olika landstingsområdena fattas efter årliga överläggningar mellan staten och Landstingsförbundet. För år 2000 uppgår Dagmarmedlen till 235 miljoner kronor och ingår i de särskilda medlen som jag redogjort för ovan.

Det övergripande målet har varit att öka kapaciteten inom området medicinsk rehabilitering för att snabbare återföra individer i arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt. I den överenskommelse som träffades mellan staten och Landstingsförbundet för t.ex. 1996 uttalades bl.a. att medlen i större omfattning skulle inriktas mot rehabilitering av personer med psykiska störningar.

Uppföljning görs årligen på riksnivå av hur Dagmarmedlen använts avseende inriktning m.m. Riksförsäkringsverket har konstaterat att försäkringskassorna i alltför ringa grad har utnyttjat möjligheten som Dagmarmedlen ger att stödja socialförsäkringens behov av projekt och insatser.