

De ekonomiska konsekvenserna av fördjupad rehabilitering

Reviderat maj 2000

Stefan Fölster
e-post: stefan.folster@.hui.se

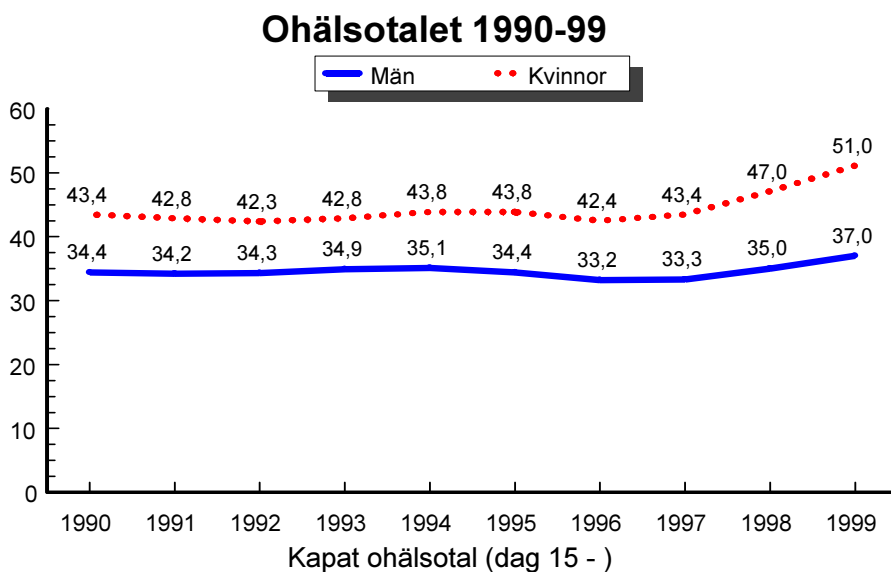
Rapport till Utredningen om den arbetslivsinriktade
rehabiliteringen (S 1999:8)

1 Inledning

Femton procent av svenskarna mellan 18 och 65 år lever i dag på sjukbidrag, förtidspension eller sjukpenning. Antalet dagar med sjukskrivning eller förtidspension per försäkrad, det s.k. ohälsotalet, har varit i stort sett oförändrat under 1990-talet (figur 1). Under 1998 och 1999 har dock sjukfrånvaron – och därmed även ohälsotalet – börjat öka betänkligt.

Ändå har de ekonomiska villkoren för sjukskrivning och förtidspension försämrats under 1990-talet. På flera sätt har också kontrollen skärpts. Under lågkonjunkturerna på 1970- och början av 1980-talet var förtidspensionering av arbetsmarknadsskäl mycket vanligt. Även delpension förekom i relativt stor utsträckning. I själva verket hade den officiellt registrerade arbetslösheten under dessa konjunktursvackor legat flera procentenheter högre om inte tusentals arbetslösa äldre hade gått i förtidspension.

Figur 1. Ohälsotalet, antal för året ersatta dagar per försäkrad 16–64 år Sjukpenning (dag 15-), arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringssjukpenning, förebyggandesjukpenning, sjukersättning vid utbildningsbidrag och dagar med förtidspension och sjukbidrag. Dagar med partiell ersättning är omräknade till hela dagar.



Under 1980-talets andra hälft skärptes reglerna för förtidspensionering av arbetslösa. Först försvann möjligheten att pensioneras av arbetsmarknadsskäl. Antalet förtidspensioneringar fortsatte emellertid att öka kraftigt, ofta motiverat av en kombination av medicinska orsaker och arbetslöshet. Numera får arbetslöshet inte heller tas med som en kompletterande faktor till den medicinska analysen. Samtidigt har också de rent medicinska kriterierna skärpts, vilket tidvis har lett till en kraftig minskning av antalet nya förtidspensioneringar under de senaste två åren. År 1993 beviljades 60 500 svenskar förtidspension eller sjukbidrag. Tre år senare var siffran nere på 37 600, vilket ger en minskning med 38 procent. Många personer var emellertid i stället långtidssjukskrivna, varför det totala ohälsotalet ändå inte minskade.¹

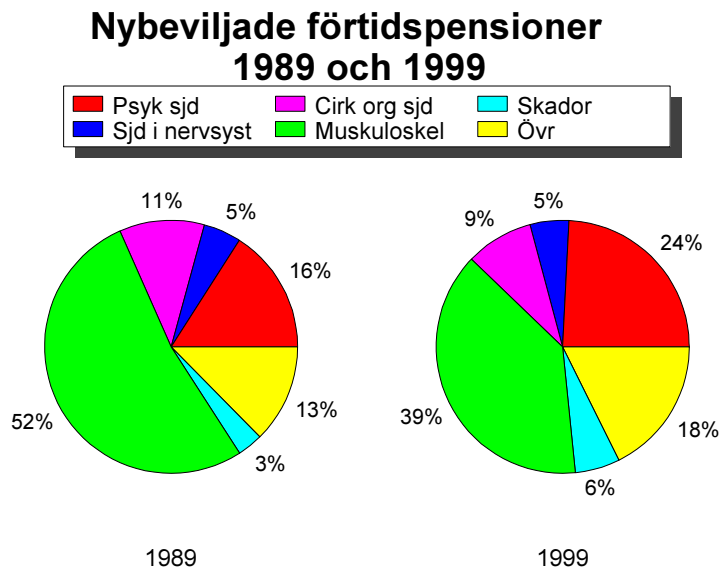
Under 1990-talet har också rehabilitering diskuterats ivrigt och ett antal rehabiliteringsprogram har satts. Trots detta erbjöds endast ungefär 20 procent av de långtidssjukskrivna någon form av rehabilitering. Det finns också skäl att ifrågasätta om rehabiliteringsarbetet alltid skett i en effektiv form. En vanlig företeelse har varit att ansvaret för en persons rehabilitering har varit för splittrat på olika organisationer och inte kunnat individanpassas tillräckligt. Åtminstone en omfattande statistisk studie finner att många nuvarande rehabiliteringsformer inte gett någon positiv effekt jämfört med en kontrollgrupp av liknande personer som inte fått rehabilitering (Fröhlich, Heshmati och Lechner, 2000).²

63 procent av alla nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag 1999 beror på besvär i rörelseorganen eller psykiska sjukdomar. Nedanstående diagram visar också tydligt en tendens under 90-talet. Andelen med psykiska besvär som grund för sin förtidspension har ökat från 16 procent till 24 procent. Kvinnor förtidspensioneras oftare än män till följd av muskel- och skelettproblem, medan män något oftare har psykiska besvär och andra åkommor.

¹ Regeringen tog dock 1997 flera steg tillbaka mot pensionering av arbetsmarknadsskäl. Då infördes en s.k. avgångsersättning under perioden 1/7-31/12 1997 till långtidsarbetslösa (minst 12 månader) över 60 år. Ersättningen motsvarade a-kassan och det ställdes inga krav på aktivt jobbsökande. Dessutom infördes en s.k. "generationsväxling" som innebar att 63- och 64-åringar fick förtidspension om en långtidsarbetslös yngre person gick in i deras ställe.

² Det visades också att arbetsplatsrelaterad rehabilitering var mycket effektivare än andra rehabiliteringsformer. En annan studie med en något annorlunda statistisk ansats kom fram till något mer positiva resultat för nuvarande rehabiliteringsformer sammantaget, utan att skilja mellan olika rehabiliteringsformer (Heshmati & Engström, 1999).

Figur 2.



Syftet med denna rapport är att ge en bild av de ekonomiska effekterna som en bättre rehabilitering skulle kunna ge upphov till. Till de ekonomiska effekterna hör kostnaderna för själva rehabiliteringen, men också de besparingar som kommun, landsting, stat, socialförsäkringssektor och privata försäkringsbolag gör. Därtill kommer de ekonomiska effekterna som uppstår för arbetsgivare och för individen själv i form av högre inkomst. Metoden är att sammanställa de olika tänkbara ekonomiska effekterna och, mot bakgrund av forskning och kända samband, söka fastställa storleksordningen av dessa effekter.³

Principerna för beräkningen följer en vedertagen praxis på området, som beskrivs t.ex. i Rogers (1997). Grunden i detta är en beräkning av de ekonomiska effekter som uppstår för den offentliga sektorn, dels för arbetsgivare, och dels för den som rehabiliteras. Dessa tre räknas sedan ihop för att ge en bild av de ekonomiska effekterna för samhället totalt. I denna sammanräkning kvittas rena överföringar bort, så att totalen avser resurskostnader. Denna princip illustreras i tabblån nedan. En rehabilitering kan t.ex. leda till att den offentliga sektorn spar sjukpenning. Men individen får en motsvarande minuspost när hon inte

³ En rad samhällsekonomiska konsekvensutredningar har gjorts på arbetsmarknadsområdet t.ex. av Vlachos i "Lönebidrag för arbetshandikappade – en samhällsekonomisk utvärdering", Ds 1989:19, Arbetsmarknadsdepartementet.

längre får sjukpenning. För individens del kompenseras denna minuspost emellertid normalt av ökade löneinkomster.

Tabell 1. En schematisk kalkyl som illustrerar vad som händer när en person rehabiliteras och arbetar i stället för att vara sjukskriven, för ett år.

	Individen	Skatte- betalaren	Arbets- givaren	Total
Bruttolön	100			100
Skatt på lön	-35	35		0
Soc. avgifter		30	-30	0
Vinst för arbetsgivaren efter lön			50	50
Sjukpenning	-80	80		0
Skatt på sjukpenning	30	-30		0
Vårdkostnader		50		50
Total	15	165	20	200

De beräkningsprinciper som följs här skiljer sig i vissa avseenden från det som nationalekonomer ibland åsyftar med en fullständig samhällsekonomisk kalkyl. Nyttan av rehabiliteringen utöver inkomstförändringar värderas t.ex. inte i vår beräkning. Inga hänsyn har heller tagits till de samhällsekonomiska vinster som uppstår till följd av att lägre socialförsäkringsutgifter kan leda till lägre skatt och därmed större motiv att investera och arbeta.

Flera avgörande faktorer som påverkar den ekonomiska beräkningen är inte kända. I dessa avseenden bygger kalkylen på antaganden, där det empiriska underlaget saknas eller är tunt. Det gäller t.ex. frågan hur stor andel av förtidspensionärerna som faktiskt kan rehabiliteras. I den mening skulle kalkylen också kunna beskrivas som räkneexempel. Samtidigt visas emellertid i beräkningarna hur ändrade antaganden förändrar slutsatserna. I den mening ges ändå en bild av vilka ekonomiska effekter som uppstår, givet den osäkerhet som råder om vissa ingångsvärden eller samband. Det visas också utförligt hur ändringar i dessa antaganden påverkar resultatet. Även om ekonomiska konsekvensanalyser inte är någon exakt eller helt objektiv vetenskap så ger de en tämligen exakt beskrivning av på vilka grunder en bedömning har gjorts.

Trots osäkerheten leder kalkylerna fram till en ganska entydig slutsats. De ekonomiska effekterna av en fördjupad rehabilitering är

mycket stora i förhållande till de sannolika kostnader för själva rehabiliteringen.

2 Kalkyler på individnivå

I detta avsnitt undersöks de ekonomiska konsekvenserna av fördjupad rehabilitering för några typfall. I avsnitt 3 extrapoleras kalkyler på individnivå till den samlade ekonomiska effekten för den offentliga sektorn, arbetsgivare, och individens inkomster.

Som redan antytts finns några faktorer som vi vet väldigt lite om. Detta innebär att analysen måste ha karaktären av ”räkneexempel” med olika antaganden om ej kända faktorer.

I viss mån lutar sig kalkyler på utfallet på ett försök med rehabiliteringsinsatser för psykiskt långtidssjuka i Västernorrland. Detta försök har både visat sig framgångsrikt och utvärderats ovanligt väl.⁴

Arbetsrehabilitering i Västernorrland

Drygt femtio personer har ingått i ett individanpassat rehabiliteringsprogram under åren 1995-1997. De särskilda rehabiliteringsinsatserna beräknades kosta sju miljoner kronor, eller ungefär 132 000 kronor per person. Besparingen – i genomsnitt per person – angavs under det första året efter behandlingen vara

Kommunen	32 000 kronor
Landstinget	71 700 kronor
Försäkringskassan	20 800 kronor
Staten ⁵	0
Indviden	11 300 kronor
Arbetsgivaren ⁶	–

Redan efter ett år ansågs behandlingen leda till en vinst. En möjlig invändning kan vara att en del av de rehabiliterade personerna kanske hade kunnat ta sig tillbaka till arbetsmarknaden på eget initiativ även utan rehabilitering.

⁴ Se t.ex. Larsson & Bergendorff (1998) och Huldt (1998).

⁵ Statens vinster i form av ökade intäkter för inkomstskatter, arbetsgivaravgifter m.m var ungefär lika stora som ökade kostnader för lönebidrag.

⁶ I Västernorrlandsstudien har vinster för arbetsgivaren inte räknats in. De räknas däremot in i denna rapport längre fram.

Även andra utvärderingar visar liknande resultat

Utvärderingen av Västernorrlandsprojektet är enbart en av ett antal utvärderingar av fördjupade rehabiliteringsinsatser.

Ett exempel är en fördjupad rehabilitering av arbetslösa med psykiatrisk diagnos i Norrköping (Jonsson & Husberg, 1999). Ett rehabhus erbjuder där en samordnad rehabilitering, där t.ex. socialtjänsten, primärvård, psykiatri, försäkringskassa och andra samarbetar under ett tak med den enskilde brukaren. I utvärderingen har 52 personer följts. Programmet kostade ungefär 11 000 kronor per deltagare. Men efter ett år hade vårdkostnaderna sjunkit med över 30 000 kronor per person och år. Då är inte besparingar till följd av sänkta bidrag, och vinsten av ökad sysselsättning inräknade.

Ett annat exempel är en utvärdering av ett fördjupat arbete för ökad integration av traumatiserade flyktingar i samhället (Åsa-projektet). Utvärderingen visade att vårdkostnaderna minskade kraftigt och de rehabiliterades arbetsinsatserna ökade kraftigt (Malmquist, 2000). Totalt bedömdes vinsterna vara 3,5 gånger större än kostnaderna för projektet.

En särskild intressant utvärdering har gjorts av en fördjupad ryggrehabilitering (Rygghälsan, Göteborgs Sjukvård). Där jämförs inte bara enskilda personer före och efter rehabilitering, utan dessa jämförs också med en kontrollgrupp som inte fått tillgång till denna fördjupade rehabilitering. Utvärderingen visar att efter två år hade 83 procent av de som gått den fördjupade rehabiliteringen blivit arbetsföra efter två år (Lindström, 1996). Men enbart 70 procent av de i kontrollgruppen var då arbetsföra.

En nyligen släppt rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) framhåller att dyr medicinsk behandling av själva rygg- och nacksymptom ofta var mindre effektiv än mer individstyrda sammansatta insatser.

Förutsättningar för en ekonomisk kalkyl

I de ekonomiska kalkyler som redovisas nedan skall ytterligare ett antal faktorer beaktas. En sådan är hur arbetsmarknaden och produktionen hos arbetsgivaren påverkas av bättre rehabilitering. En annan är hur intäkterna ser ut i ett livstidsperspektiv. Dessutom vill vi beakta att en del personer kanske hade tillfrisknat på egen hand eller med traditionella rehabiliteringsinsatser. Vi vill också ta hänsyn till att intäkter och kostnader kan se olika ut beroende på vilka individer som rehabiliteras.

Kalkylerna har utförts med en beräkningsmodell som år för år beräknar en individs ekonomi under hela den tid då personen är i arbetsför ålder. Modellen utgår från en löneutveckling. Därefter tas hänsyn till frånvaro. Sjukpenning, förtidspension, a-kassa, föräldraförsäkring, socialbidrag samt utfall från privata försäkringar beräknas. Hänsyn tas till kostnader för sjukvård och kommunala åtgärder samt för försäkringskassans och andra aktörers administrativa kostnader. Därefter beräknas individens skatter och arbetsgivaravgifter. Slutligen tas också hänsyn till vinster för arbetsgivaren.

De exakta antaganden som styr beräkningarna redovisas mer utförligt i ett appendix. I huvudtexten visas de principiella resonemangen och huvudresultaten i figurer och enkla tabeller.

Arbetsmarknaden

Om en person rehabiliteras kan det få två olika slags konsekvenser på arbetsmarknaden. Den ena är att någon annan inte får arbetet, eller trängs undan. Den andra möjligheten är att det faktiskt sker en ökning av det totala antalet arbetande.

I det första fallet ökar inte den totala produktionen. Men en konsekvens kan ändå vara att en lönedrivande spiral motverkas. Dels uppstår den därför att företagen som anställer ser ett större utbud. I det konjunkturuppsving som vi nu bevittnar blir det allt vanligare att vi ser hög arbetslöshet för vissa samtidigt som det uppstår flaskhalsar vad gäller personer med rätt kompetens. Därför kan åtminstone en del företag tvingas erbjuda högre löner. En annan lönedrivande effekt är att fackföreningarna kan vara mindre återhållsamma i sina lönekrav om den registrerade arbetslösheten blir lägre.

Empiriskt finns få studier om just den lönedrivande påverkan som sjukskrivning eller förtidspensionering kan ha. Däremot finns många studier som visar att arbetsmarknadspolitiska åtgärder, t.ex. beredskapsarbete, kan vara lönedrivande jämfört med öppen arbetslöshet. Mer relevant är studier som visar lönedrivande effekter av en minskad arbetskraft.⁷ Typiska resultat i denna litteratur är att om arbetskraften minskar med en procent (för ett givet antal sysselsatta), så ökar reallönen med 1 procent. En reallöneökning med en procent kan antas minska sysselsättningen med 10 000 personer, enligt flera OECD-

⁷ I praktiken skattas effekten av antal sysselsatta delat med antal personer i arbetskraften på reallönen. En av de senaste studierna är Forslund, A. "Unemployment: Is Sweden still different", Swedish Economic Policy Review, 1995, vol 2, nr.1.

studier.⁸ Dessa samband kan ställas i relation till arbetskraftens storlek i Sverige, och innebär då att en förtidspensionering som minskar arbetskraftsutbudet med en person minskar sysselsättningen med en tredjedels person. Den ekonomiska förlusten som uppstår är då produktionsbortfallet av denna sysselsättningsminskning som vi beräknar till en tredjedel av produktionsbortfallet.⁹ Detta innebär också att vinsten av en rehabilitering som uppstår för arbetsgivare och den offentliga sektorn i form av t.ex. inkomstskatt och annat som är en följd av produktionen inte kan tillgodoräknas i sin helhet, utan endast till en tredjedel.

Den andra möjligheten är att den rehabiliterade inte tränger ut någon annan. I så fall uppstår ett produktionstillskott som i sin helhet utgör en vinst av rehabiliteringen för arbetsgivaren, individen och den offentliga sektorn. Vi antar att arbetsgivarens vinst är lika med en normal vinst på ökad produktion.¹⁰ Vi tar ingen direkt hänsyn till att även denna vinst i viss mån tillfaller staten i form av ökade bolags-skatter och andra kapital-skatter. Det bör också betonas att resonemanget här avser de direkta effekterna på arbetsmarknaden. Andra ordningens effekter som uppstår, t.ex. därför att rehabilitering stärker offentliga finanser vilket leder till fler offentligt anställda, skall inte räknas in som en vinst för arbetsgivare eftersom dessa värden fångas av de poster i kalkylen som mäter vinster av rehabilitering för offentlig verksamhet.

En genomsnittlig rehabiliteringskandidat

Följande räkneexempel söker fånga olika representativa personer som kan komma i fråga för rehabilitering. Antagandena bygger till stor del på en granskning av 15 000 sjuk- och rehabiliteringsärenden från september 1998 och 1999 som Riksförsäkringsverket genomfört. Den

⁸ Ett exempel är OECD Jobs Study, OECD, 1994. SAF använder sig också av liknande samband vid beräkning av effekter av ändringar i socialförsäkringsavgifter.

⁹ Att lönen ökar innebär en överföring från konsumenter och företagare till löntagare, vilket inte i sig utgör någon samhällsekonomisk vinst eller förlust.

¹⁰ En god approximation är en vinst på sju procent uttryckt i förhållande till produktionen. Den faktiska vinstandelen i näringslivet är betydligt högre, men täcker då även avkastningskraven på kapital. De sju procent som vi använder är således ett mått på en genomsnittlig vinst efter att den vinst som täcker avkastningskraven för den anställdes kapitalanvändning har dragits ifrån. Eftersom vinsten på kapitalandelen inte räknas med, bör inte kapitalkostnaden för detta kapital tas med i kalkylen.

genomsnittlige rehabiliteringskandidaten antas ha en teoretisk heltidslön något under genomsnittet, men nära medianen. Branschfördelningen av sjuka tyder inte på någon kraftig avvikelse från medellönen (enligt RFV, 1999). Det har också antagits att inkomsten är lägre än heltidslönen, dels därför att en del arbetar deltid, dels därför att det finns en del naturlig och kortvarig sjukfrånvaro. Båda dessa har antagits ligga på genomsnittliga nivåer.¹¹ Vidare har hänsyn tagits till att arbetslösheten ligger högre för sjukskrivna än för arbetskraften som helhet, nämligen på 22 procent (enligt RFV 1999). Det antas därför att 22 procent av den teoretiska heltidslönen ersätts av a-kassa och socialbidrag.¹² Vidare antas att den genomsnittliga personen sjukskrivs vid 54 års ålder och därefter är arbetsoförmögen fram till pensioneringen.¹³ Utifrån dessa genomsnittsantaganden beräknas individens skatter, arbetsgivaravgift m.m.

I det första exemplet har kostnader för rehabilitering och andra parametrar satts till ungefär samma storleksordning som i Västernorrlandsprojektet. Rehabiliteringsåtgärden som sätts in kostar 135 000 (i samma storleksordning som i Västernorrlandsprojektet). Denna kostnadsnivå är alltså rejält tilltagen för en genomsnittlig rehabiliteringsinsats när man beaktar den totala populationen potentiella individer som kan bli aktuella för aktiva rehabiliteringsinsatser.

En lyckad rehabilitering

Först presenteras ett typexempel för en psykiskt långtidssjuk med stort vårdbehov som inte hade rehabiliterats utan fördjupad rehabilitering. Till följd av denna fördjupade insats återförs personen till normal arbetskapacitet inom ett år. En sådan fenomenal återhämtning kanske inte är särskilt vanligt, utan den presenteras som ett riktmärke för den maximalt tänkbara vinsten i ett enskilt fall. För den aggregerade kalkylen senare i pappret utgår vi ifrån att den allra största delen av de som får fördjupad rehabilitering inte rehabiliteras, eller bara delvis rehabiliteras.

Vad den lyckade rehabilitering betyder för den enskildes ekonomi visas i figur 3. År för år anges där individens disponibla inkomst. Den

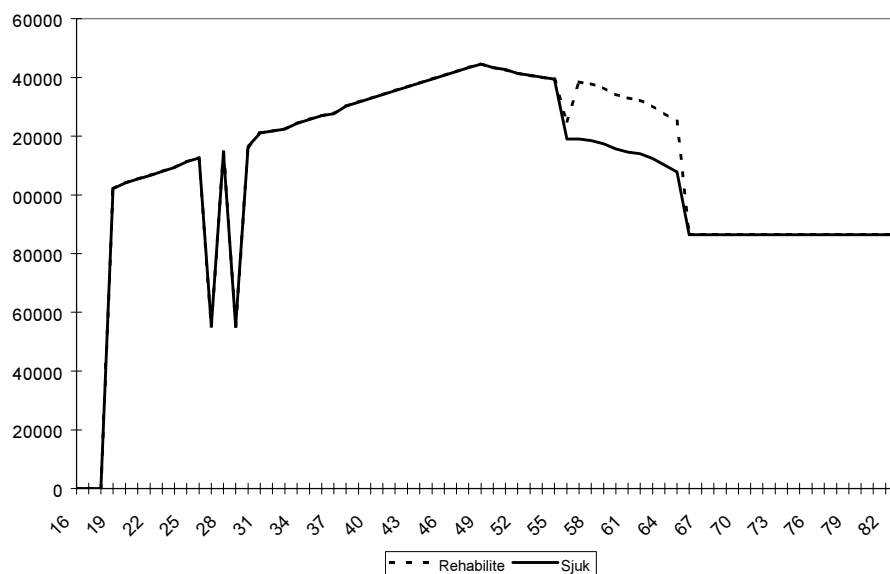
¹¹ Enligt RFV (1999) har 75% av de sjukskrivna heltidsersättning, medan 16 % har halvtidsersättning.

¹² Två tredjedelar av detta antas ersättas av a-kassa och en tredjedel av socialbidrag.

¹³ Den antagna åldern har betydelse för kalkylen. Tyvärr så finns det ingen god information om snittåldern på de personer som är lämpliga kandidater för en fördjupad rehabilitering. Åldern 54 år får ses som ett försiktigt antagande.

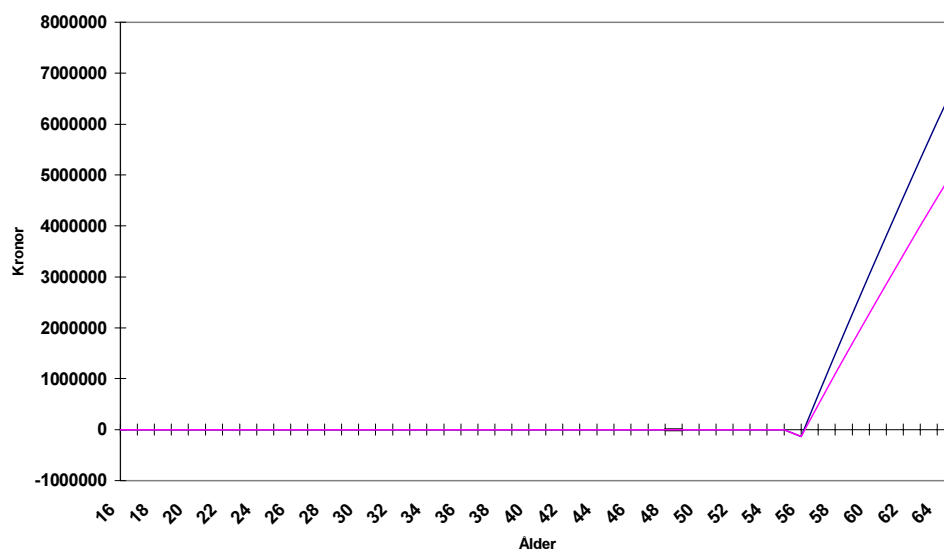
streckade linjen visar hur den utvecklas med en framgångsrik rehabilitering.

Figur 3. Jämförbar disponibel inkomst hela livet.



Dessutom antas att sjukvårdskostnader, kostnader för kommunala åtgärder, utbetalningar från frivilliga försäkringar m.m. står i direkt proportion till sjukfrånvaron, enligt de förhållanden som gäller i genomsnitt i verkligheten. I Figur 4 visas hur den ekonomiska vinsten av rehabiliteringen ackumuleras efter tiden för den lyckade rehabiliteringen. I denna summering över livstiden har inte framtida intäkter diskonterats med någon ränta.

Figur 4. Vinst av rehabilitering



Den ackumulerade vinsten av rehabiliteringen är negativ under det första året då rehabiliteringskostnaden uppstår. Sedan växer vinsten till mellan fem och knappt sju miljoner kronor. Spännvidden visar utfallet mellan de två olika antagandena om hur arbetsmarknaden påverkas. Den högre siffran gäller om arbetsplatsen skulle gå förlorad utan rehabiliteringen.

I tabell 2 har posterna delats upp på vilken huvudman som sparar. Vinsten för landstinget utgör här en av de största posterna. Om man härleder vinsten direkt från Västernorrlandsprojektet borde vinsten för en helt rehabiliterad person av det slag som beskrivits här ligga på 427 000 kronor efter ett år.¹⁴ Att vinsten blir så stor beror på att en dygnskostnad för psykvård i Västernorrland enligt uppgift (Huldt, 1998) uppgår till 3 990 kronor. Det skulle således innebära att personen går från 107 vårddyggn per år innan rehabilitering till noll efteråt.¹⁵ Alternativt skulle man kunna utgå från ett lägre antal vårddyggn och ta i

¹⁴ Detta har härletts från utifrån utgångspunkten att den genomsnittliga sjukfrånvaron minskade med 16 procent i Västernorrlandsprojektet vilket ledde till en genomsnittlig kostnadsminskning på 71 700 kronor för landstingen. En 100-procentig minskning av sjukfrånvaro leder då till en kostnadsminskning med 427 000 kronor.

¹⁵ Om man utgick från en mer måttlig dygnsvårdskostnad på 2 000 kronor skulle exemplet innebära att antal vårddagar minskar från 214 dagar om året till noll.

beaktande att det för personer med psykiska besvär även uppstår en rad andra medicinska kostnader, t.ex. läkemedel.

Tabell 2. Vinster av rehabilitering i det bästa utfallet (tkr).

Kostnadsposter	Vinster efter ett år	Vinst över livstiden
Kommunen	140-142	1176-1 192
Landstinget	427	3576
Försäkringskassan	47-157	402-1 340
Staten*	0	0
Individen	6-19	51-172
Arbetsgivaren	9-14	40-121
Skatteintäkter	14-43	121-389
Försäkringsbolag	7-20	52-174
Totalt	650-822	5 417-6 964

* Här avses effekter för staten som utbetalning av lönebidrag utöver de som är inräknat i andra poster, t.ex. skatteintäkter och Försäkringskassan.

Det bör noteras här att alla intäkter som härrör ur individens ökade arbetsförmåga (lön, arbetsgivaren intäkt och ökade skatteintäkter) enligt tidigare diskussion har dragits ned till en tredjedel av bruttovärden för att ta hänsyn till risken att andra personer i stället trängs undan från arbetsmarknaden. Därför är dessa poster också förhållandevis små i tabell 2.

Ett normalt utfall

Exemplet ovan gällde ett ovanligt lyckat utfall av fördjupad rehabilitering. I verkligheten är ett sådant lyckokast knappast det vanligaste utfallet. I många fall lyckas rehabiliteringen inte alls. I den aggregerade kalkylen som presenteras senare i avsnitt 2 antas därför uttryckligen att den fördjupade rehabiliteringen i många fall inte ger någon vinst alls.

Men i många, och kanske de vanligaste, fallen lyckas rehabiliteringen delvis. Det kan bero på att någon som varit helt utslagen enbart får en del av arbetsförmågan tillbaka och kanske arbetar då och då. Arbetet är kanske också subventionerat med lönebidrag eller liknande, vilket ibland innebär att arbetsinsatsen inte är fullt så stort som hos en frisk person.

Det kan också bero på att en person som får fördjupad rehabilitering har en viss arbetsförmåga och hälsa i utgångsläget. Även om denna person helt återintegreras i arbetslivet, så är naturligtvis vinsten av

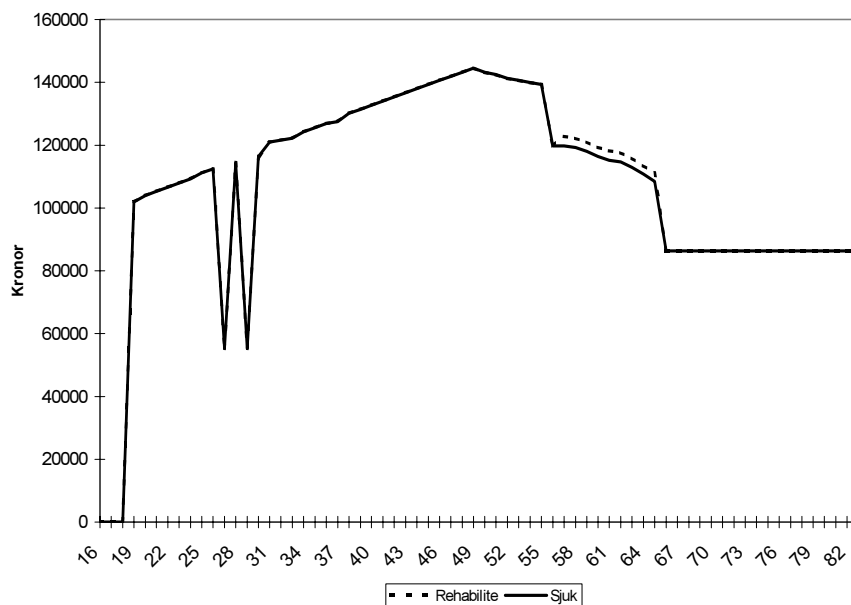
fördjupad rehabilitering inte lika stort som i det ovan undersökta fallet. Detsamma kan också sägas om vårdkostnader. De flesta av tänkbara rehabiliteringskandidater har nog färre än de 107 vårddygn per år som antogs för det mest lyckade utfall ovan.

Ett tredje hänsyn som måste tas är att en del personer även utan fördjupad rehabilitering frisknar till, antingen av egen kraft eller med hjälp av de rehabiliteringsinsatser som redan erbjuds idag.

För att fånga dessa olika möjligheter beskrivs i det följande ett typfall där rehabiliteringen leder till att personen arbetar 15 procentenheter (av heltid) mer än innan rehabiliteringen, samt att sjukvårds- och andra kostnader minskar med 15 procent. Dessutom antas att det satsas ett visst lönebidrag för att öka arbetsinsatsen.

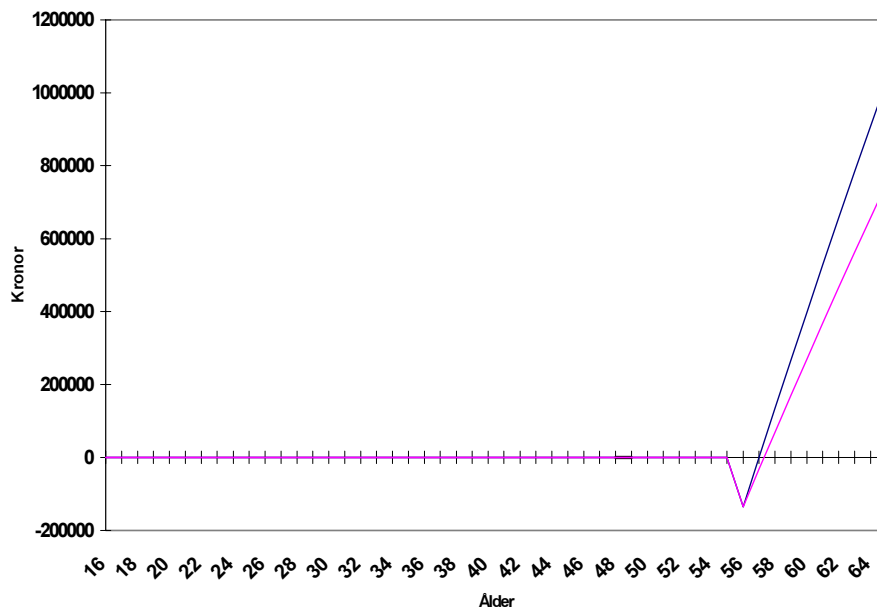
Dessa antaganden skall inte tolkas bokstavligen så att en stor grupp människor efter fördjupad rehabilitering arbetar på 15 procent deltid fram till pensionen. I stället skall kalkylen ge en genomsnittlig bild över alla de olika varianterna, där en person kanske arbetar heltid två år och sedan går i förtidspension, en annan kanske arbetar halvtid efter rehabilitering med många sjukpass emellan, och en tredje kanske arbetade 85 procent redan innan den fördjupade rehabiliteringen och återställdes helt.

Figur 5. Jämförbar disponibel inkomst hela livet.



Den ekonomiska vinsten för samhället är nu mycket mindre, vilket figur 6 visar. Tabell 3 visar de olika komponenterna i denna beräkning. Vinsten efter ett år är nu betydligt lägre än den genomsnittliga vinsten i det ovan diskuterade Västernorrlandsprojektet.

Figur 6. Intäkter av rehabilitering.



Vinsten ligger ett år efter avslutad rehabilitering runt noll när rehabiliteringskostnaden är inräknad. Den ekonomiska vinsten över livstiden ligger nu mellan drygt 700 000 och knappt en miljon kronor under den återstående tiden fram till pensionsåldern.

Tabell 3. Intäkter av rehabilitering i normalutfallet (tkr).

Kostnadsposter	Vinster efter ett år	Vinst över livstiden
Kommunen	18	152-154
Landstinget	55	464
Försäkringskassan	6-20	52-174
Staten* (lönebidrag)	-4	-26
Individen	1-3	7-22
Arbetsgivaren	1-2	5-16
Skatteintäkter	2-7	16-50
Försäkringsbolag	1-3	7-23
Totalt	80-104	694-903

* Här avses effekter för staten som utbetalning av lönebidrag utöver de som är inräknat i andra poster, t.ex. skatteintäkter och Försäkringskassan.

Båda utfall som diskuterats hittills tar utgångspunkt i försöket med de psykiskt långtidssjuka i Västernorrlandsprojektet. För dessa var vinsten av besparingar i sjukvårdskostnaden sannolikt högre än för många andra diagnoser. Eftersom dygnskostnaden för psykiatrisk slutenvård är hög, så kan en framgångsrik rehabilitering i vissa fall leda till mycket stora besparingar.

För en annan stor grupp av långtidssjuka, de som lider av problem med ryggen och rörelseorganen, är kalkylen däremot en annan. Trogligtvis finns i denna grupp större sannolikhet att rehabilitering lyckas. En grundlig utvärdering av fördjupade och mer sammansatta rehabiliteringsinsatser för rygg/nacke, astma- och kranskärlspatientser tydde på betydande vinster i termer av minskade sjukskrivningar och förtidspensioneringar (Nygren, 1999). Hur de medicinska kostnaderna påverkas är dock ännu inte utrett. Ett försiktigt antagande är att den medicinska behandlingen normalt inte innebär sjukhusvård, utan en mer normal blandning av läkarbesök, sjukgymnastik och vissa sjukhusbehandlingar. Besparingen av medicinska kostnaden i det mest lyckade utfallet skulle då kunna ligga på 400 kronor per dag i stället för de knappt tusen kronor som antogs för de psykiskt långtidssjuka. Med det antagandet skulle landstingets besparingar för en person som blir helt rehabiliterad vara 120 000 efter det första året och en miljon under den återstående tiden fram till pensionen. Vinsterna visas i tabell 4. Mot dessa vinster måste återigen rehabiliteringskostnaden på 134 000 kronor ställas.

Tabell 4. De ekonomiska intäkterna av rehabilitering av rygg- och nackpatienter samt andra långtidssjuka (tkr).

	Intäkter efter ett år	Intäkter under livet
Helt rehabiliterad	340-510	2 920-4 460
Delvis rehabiliterad	24-32	377-710

3 En aggregerad ekonomisk kalkyl

Enligt en kartläggning av köp av rehabiliteringstjänster (RFV, 1999c) under åren 1991–1998 var 30 procent av dem som hade fått någon rehabiliteringsinsats i arbete året efter och 21 procent var i arbete tre år efter. Den genomsnittliga rehabiliteringsinsatsen kostade 34 000 kronor under 1998. I många fall består insatsen inte av mer än en kartläggning av rehabiliteringsbehovet.

Frågan som den aggregerade kalkylen försöker besvara är vilka ekonomiska konsekvenser som skulle uppstå om fler av de sjukskrivna som idag får otillräcklig rehabilitering, alternativt ingen rehabilitering alls, skulle få en intensivare och mer framgångsrik rehabilitering. Kalkylerna på individnivå visar rätt tydligt i vilken riktning de ekonomiska konsekvenserna går. I den mån en kvantifiering av effekter är möjlig kan det vara intressant att undersöka vad den samlade effekten kan bli för samtliga som kommer fråga för rehabilitering. Överlag skall försiktiga antaganden göras för att ge en slags nedre gräns för vilka ekonomiska vinster en fördjupad rehabilitering skulle kunna ge.

Den aggregerade kalkylen bygger på en kartläggning av potentialen för rehabilitering utifrån en genomgång av 15 000 ärenden hos Försäkringskassan. Utgångspunkter för kalkylen visas i tabell 5.

Sammanlagt fanns hösten 1999 ungefär 180 000 personer som varit sjukskrivna i minst en månad. Därtill kommer 420 000 förtidspensionärer. Vi tar inte hänsyn till att sjukskrivningen ökar snabbt och antal sjukskrivna därför riskerar att vara ännu större om några år.

Initialt delas sjukskrivna och förtidspensionärer upp i tre diagnosgrupper. Bland de sjukskrivna har t.ex. 86 000 diagnoser som har samband med rygg eller rörelseorgan (enligt RFV 1999).

Det finns flera undersökningar som tyder på att många skulle kunna komma ifråga för rehabilitering. I en av utredningen initierad analys, RFV (1999b), anser handläggare på försäkringskassan att minst 20 procent av de sjukskrivna borde komma ifråga för rehabilitering. Av

de långtidssjuka själva tror många fler (ca 55 % av alla tillfrågade) att de skulle kunna rehabiliteras.

I kalkylen görs ett försiktigt antagande att femton procent av de sjukskrivna med diagnoser relaterade till rygg- och rörelseorganen kommer i fråga för rehabilitering i så måtto att de vare sig hade tillfrisknat på egen hand eller med traditionella rehabiliteringsinsatser, eller är för illa därhän för en rehabilitering. Detta rör det sig om 13 000 personer. När det gäller de med psykiska besvär antas potentialen för rehabilitering vara lägre, tio procent av de sjukskrivna. De med andra diagnoser, som vi vet minst om, antas försiktigt bara komma i fråga för fördjupad rehabilitering i fem procent av fallen.

När det gäller förtidspensionärer antas att andelarna med respektive diagnos som kommer ifråga för behandling är hälften så stora som för sjukskrivna. Allt som allt är det då drygt 40 000 personer som skulle komma ifråga för en fördjupad rehabilitering. Av dessa kommer den fördjupade rehabiliteringen förmodligen i många fall inte att vara framgångsrikt jämfört med de behandlingsinsatser som sker redan idag.

Som framgår av tabellen är gruppen sjukskrivna som erbjuds rehabilitering lika stor som gruppen förtidspensionerade. Det innebär också för samtliga beräkningar nedan att ungefär hälften av vinsten härrör från rehabilitering de som redan är förtidspensionärer.

Tabell 5. Hur många kan ges fördjupad rehabilitering?

	Huvudsaklig diagnos	Antal	Antal som ges fördjupad rehabilitering	
Sjukskrivna		180 000	19 500	
	Rygg- och rörelseorganen	86 000	12 900	(15%)
	Psykiska besvär och sjukdomar	32 000	3 400	(10%)
	Andra	62 000	3 200	(5%)
Förtidspensionerade		420 000	21 510	
	Rygg- och rörelseorganen	197 000	14 775	(7,5%)
	Psykiska besvär och sjukdomar	76 000	3 800	(5%)
	Andra	147 000	2 940	(2%)
Totalt		600 000	41 000	

Nästa steg är att beräkna de tänkbara vinsterna av ett rehabiliteringsprogram. Till en början bortser vi från tidsaspekten och antar att alla som kommer ifråga för rehabilitering får den omedelbart. Tabell 6 visar

antagandet om hur framgångsrik rehabiliteringen kan tänkas bli. Här utgår vi från de typfall som beskrevs i föregående avsnitt och visar hur de som deltar i en fördjupad rehabilitering kan fördelas mellan typfallen. I tabellen visas t.ex. antagandet bland de psykiskt att enbart var tionde blir rehabiliterad, och att 70 procent rehabiliteras delvis (15 % ökad arbetsförmåga). De vinster som uppstår måste ställas mot kostnaderna, som enligt de tidigare gjorda antaganden skulle ligga på 4,3 miljarder kronor.

Tabell 6. Vinster av att 41 000 individer deltar i fördjupad rehabilitering exklusive rehabiliteringskostnaden, i miljarder kronor.

	Andel	Vinst efter ett år	Vinst under livet
Psykiskt långtidssjuka (7 200 personer)			
Helt rehabiliterade	10 %	0,63	5,2
Delvis rehabiliterade	70 %	0,7	4,7
Ej rehabiliterad alls	20 %	0	0
Rygg/nacke och andra (33 800 pers)			
Helt rehabiliterade	20%	3,13	26
Delvis rehabiliterade	50%	1,24	8,4
Ej rehabiliterad alls	20%	0	0
SUMMA		5,7	44,3

Men hur känslig är denna kalkyl för antaganden? En känslighetskalkyl kan göras utifrån förändringar i många olika värden i kalkylen. Det mest centrala är emellertid antaganden om hur många som blir helt eller delvis rehabiliterade.

I tabell 7 visas kalkylen först under antagandet att ingen överhuvudtaget blir helt rehabiliterad.

Tabell 7. När ingen blir helt rehabiliterad: Vinster av att 41 000 individer deltar i fördjupad rehabilitering exklusive rehabiliteringskostnaden, i miljarder kronor.

	Andel	Vinst efter ett år	Vinst under livet (=10 år)
Psykiskt långtidssjuka (7200 personer)			
Helt rehabiliterade	0 %	0	
Delvis rehabiliterade	75 %	0,75	5
Ej rehabiliterad alls	25 %	0	0
Rygg/nacke och andra (33 800 pers)			
Helt rehabiliterade	0%	0	0
Delvis rehabiliterade	60%	1,5	10,1
Ej rehabiliterad alls	30%	0	0
SUMMA		2,25	15,1

Den fördjupade rehabiliteringen ger således fortfarande en god vinst. Man kan sedan fråga hur låg rehabiliteringskvoten måste vara för att den fördjupade rehabiliteringen skall löna sig. Detta visas i tabell 8. Break-even nås redan om enbart 17–20 procent blir delvis rehabiliterade även om ingen blir helt rehabiliterade.

Tabell 8. När ingen blir helt rehabiliterad: Vinster av att 41 000 individer deltar i fördjupad rehabilitering exklusive rehabiliteringskostnaden, i miljarder kronor.

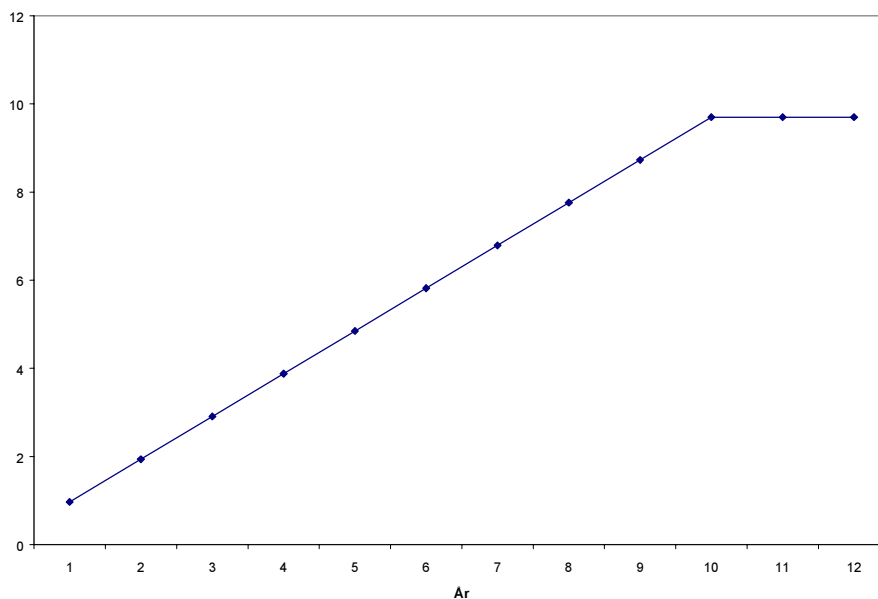
	Andel	Vinst efter ett år	Vinst under livet
Psykiskt långtidssjuka (7200 personer)			
Helt rehabiliterade	0 %	0	
Delvis rehabiliterade	21 %	0,21	1,4
Ej rehabiliterad alls	79 %	0	0
Rygg/nacke och andra (33 800 pers)			
Helt rehabiliterade	0%	0	0
Delvis rehabiliterade	17%	0,42	2,9
Ej rehabiliterad alls	83%	0	0
SUMMA		0,63	4,3

Denna beräkning är naturligtvis naiv i den bemärkelsen att det i praktiken inte skulle vara möjligt att rehabilitera alla på en gång. Även om det skulle vara möjligt skulle det åren efter inte finnas en lika stor andel personer som är möjliga att rehabilitera.

Ett alternativt beräkningssätt kan vara att beräkna den vinst per år som skulle göras om man varje år rehabiliterade dem som representerade ett nytilskott. Ett antagande baserad på de ovan refererade kartläggningar av sjukskrivna kan vara att det rör sig om sju tusen personer per år.

Om sju tusen personer deltar i fördjupad rehabilitering varje år blir den årliga kostnaden en miljard kronor. Enligt vår huvudsakliga kalkyl (tabell 6 ovan) skulle break-even nås efter det första året. Men under det andra året kvarstår ju vinsten för många av dessa, samtidigt som ytterligare lika många rehabiliteras. Men efter ett antal år (10 år i räkneexemplet) når de som rehabiliterats först den normala pensionsåldern. För dessa kan då inte fler vinster av rehabilitering beräknas. Figur 7 visar hur vinsten i så fall skulle öka och konvergera mot knappt 10 miljarder kronor per år vilket skall ställas emot den årliga rehabiliteringskostnaden på en miljard kronor.

Figur 7. Den årliga vinsten av att sju tusen personer per år deltar i fördjupad rehabilitering, exkl. rehabiliteringskostnaden, i miljarder kronor.



4 Slutsatser

En fördjupad rehabilitering som sju tusen personer per år deltar i skulle kunna ge samhället ekonomiska vinster på 9 miljarder kronor om året. Denna bygger på en rad antaganden som betonats ovan. Nyckelfrågan är hur framgångsrik en fördjupad rehabilitering kan bli i verkligheten.

Antagandena som ligger till grund för beräkningen är ändå i flera avseenden försiktigt hållna. Sju tusen personer som antas delta i rehabiliteringen varje år utgör inte mer än en dryg procent av sjukskrivna och förtidspensionerade. Enbart 1 260 av dessa sju tusen antas bli helt rehabiliterade. Ett större antal, 1 400, antas inte bli rehabiliterad alls. Övriga antas få enbart 20 procent arbetsförmåga.

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

För säkerhets skull har vi också 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 vi beskriver som en helt lyckad rehabilitering.

Referenser

Forslund, A (1995) "Unemployment: Is Sweden still different?" Swedish Economic Policy Review, 1995, vol 2, nr 1.

Fröhlich, M., Heshmati, A. och Lechner, M. (2000) A Micro-econometrid evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden. SSE/EFI Working Paper no. 373. Handelshögskolan, Stockholm.

Heshmati, A. och Engström, L.-G. (1999) Estimating the effects of vocational rehabilitation programs in Sweden. SSE/EFI Working Paper no. 298. Handelshögskolan, Stockholm.

Huldt (1998) Psykprojektet i Västernorrland – en samhällsekonomisk utvärdering. Samhalls Resurs AB.

Jonsson, D. och Husberg, M. (1999) Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabhuset von Platen – EU-projekt: Socialfond mål 3. CMT Rapport 1999:4, Hälsouniversitetet, Linköpings Universitet.

Josephson, M. (1999) Långtidssjukskrivna i Uppsala kommun. Hakulrapport nr. 1.

Larsson och Bergendorff (1998) Utvärdering av arbetsrehabilitering inom psykiatrisk vård i Västernorrland, 1995–1997.

Lindström, L. (1996) 2 års jämförande uppföljning av sjukskrivningsdata. Göteborgs sjukvård. Rygghälsan.

Lund, K. (1999) Arbetslivsinriktad rehabilitering. SIFO.

Malmquist, C. (2000) Samhällsekonomisk utvärdering av Åsa-projektet. EkOrren AB.

Nygren, Å. (1999) HUR-Projektet – Vetenskaplig utvärdering av rehabilitering. Karolinska Institutet.

OECD (1994) OECD Jobs Study.

RFV (1999a) Enkätresultat. Granskning av sjukfall pågående 1998-09-04

RFV (1999b, på uppdrag av utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen) Behov av arbetslivsinriktade åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär.

RFV(1999c) Köp av arbetslivsinriktade tjänster 91-98.

Rogers, E.S. (1997) Cost-benefit studies in vocational services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20/3, 25-33.

Sandemo, G. (1996) Hur drabbas unga vid yrkeshudsjukdom – identifiering av faktorer av betydelse för rehabilitering. Rapport från Yrkes- och miljödermatologiska enheten, nr 1 – 1996.

Vlachos, (1989) Lönebidrag för arbetshandikappade – en samhälls-ekonomisk utvärdering. Arbetsmarknadsdepartementet, Ds 1989:19.

Appendix: Antaganden bakom beräkningarna

Kalkylmodellen har skapats för att i detalj beräkna en individs egen ekonomi och påverkan på den offentliga sektorn under hela livstiden. Kalkylerna som redovisas i denna rapport tar emellertid sin utgångspunkt i ”representativa” individer som skall svara mot hur en potentiell kandidat för fördjupad rehabilitering kan se ut i genomsnitt. För att beskriva denna representativa individ har vissa förenklade antaganden gjorts. Följande appendix beskriver de viktigaste delarna av kalkylmodellen och förenklade antaganden.

Kalkylmodellen utgår från en löneutveckling år för år under åldern 20 till 64 år. Lönen har satts till genomsnittet för respektive årskull. I löneutvecklingen har beaktats att en del personer arbetar deltid. Källan för information om löneutveckling över arbetslivet är databasen LINDA. Förekomsten av egna företagare har inte beaktats.

Skatter och sociala avgifter

Den allmänna försäkringen omfattar sjukförsäkring, tandvårdsförsäkring, föräldraförsäkring, folkpension och ATP, försäkringarna vid arbetsskada och arbetslöshet samt det nya pensionssystemets försäkringar. Finansiering av dess komponenter sker med sociala avgifter, allmänna skattemedel och avkastning på fonderade medel. De sociala avgifterna tas ut som arbetsgivaravgifter, egenavgifter eller allmänna pensionsavgifter. En särskild löneskatt på 24,26 procent tas ut på anställda och egna företagare som är äldre än 65 år.

1999 uppgår avgifterna för egna företagare till 31,25 procent av redovisat underlag medan arbetsgivaravgifterna för anställda uppgår till 33,06 procent av löneunderlaget.

Såväl anställda som egna företagare har dessutom att betala en allmän pensionsavgift på 6,95 procent av inkomsten upp till 8,06 förhöjda basbelopp (vilket innebär att den högsta pensionsgrundande inkomsten är 7,5 förhöjda basbelopp).

Från 1999 skall staten betala statliga ålderspensionsavgifter för pensionsgrundande socialförsäkringsersättningar och pensionsgrundande belopp för försäkrade som uppfyller kraven för sådana belopp. Avgiften betalas på underlag upp till 8,06 förhöjda prisbasbelopp. För de socialförsäkringsersättningar där allmän pensionsavgift tas ut av individen – exempelvis sjukpenning – är den statliga avgiften 6,4 procent, medan den för övriga är 18,5 procent. Detta som ett led i finansieringen

av det nya pensionssystemet, där finansieringen ursprungligen skulle delas lika mellan den enskilde och arbetsgivaren, med 9,25 procent av pensionsgrundande inkomst för vardera.

Egenföretagare får göra ett avdrag med 9 000 kronor per år före avgiftsberäkningen. Därtill kommer att såväl egenföretagare som arbetsgivare i vissa kommuner inom regionalpolitiska stödområden har rätt till nedsättning av sina avgifter.

Utbetalningar från arbetslöshetsförsäkringen betalas av arbetsmarknadsavgiften som är en del av arbetsgivaravgifterna (5,84 procent) och egenavgifterna (3,30 procent) samt med medel tillskjutna av arbetslöshetskassorna. Arbetslöshetskassornas verksamhet är finansierad av medlemsavgifter och statsbidrag.

Ersättning vid sjukdom

En anställd får sjuklön från arbetsgivaren under de första fjorton dagarna (en karensdag), därefter sjukpenning från försäkringskassan. Sjuklönen är 80 procent av ordinarie lön och andra anställningsförmåner. Sjukpenningens storlek baseras på sjukpenninggrundande inkomst (SGI) vilken i sin tur bestäms av beräknad årlig förvärvsinkomst för anställda och av nettointäkt i rörelsen för egna företagare. SGI bestäms 1999 till lägst 8 800 kronor och högst 7,5 prisbasbelopp. Egna företagare och vissa andra grupper får ersättning enbart från försäkringskassan efter en karensperiod som kan väljas till 3 eller 30 dagar. Sjukpenningen utgår med 80 procent av SGI.

Numera finns tre typer av basbelopp, inkomstbasbelopp, prisbasbelopp och förhöjt prisbasbelopp. De båda senare styrs av konsumentprisindex, medan det första bestäms av ett index för den allmänna inkomstutvecklingen i samhället. För 1999 är prisbasbeloppet 36 400 kronor och ligger till grund för pensioner och vissa andra förmåner. Det förhöjda prisbasbeloppet uppgår till 37 200 kronor och används vid beräkning av pensionsgrundande inkomst och pensionsrätt. Detta kommer efterhand att avlösas av inkomstbasbeloppet.

Om man är sjukskriven mer än fyra veckor skall en rehabiliteringsutredning göras. På basis av denna beslutas rehabiliteringsåtgärder. Arbetsgivaren är inom vissa gränser skyldig att medverka till dessa. Rehabiliteringspenning utgår med 80 procent av SGI. Därtill kan ett särskilt bidrag utgå.

Förtidspension/sjukbidrag

Om arbetsförmågan blir varaktigt nedsatt kan ersättning utgå från pensionssystemet i form av förtidspension eller sjukbidrag med vissa möjliga tillägg. Orsaken till den nedsatta arbetsförmågan skall vara medicinsk och arbetsförmågan skall vara varaktigt nedsatt med minst en fjärdedel för att förtidspension skall komma ifråga. Sjukbidrag kan utgå om arbetskapaciteten inte är varaktigt nedsatt men väntas vara så under minst ett år.

Kraven för att bli berättigad till förtidspension/sjukbidrag har skärpts. Om man inte kan gå tillbaka till sitt vanliga arbete prövas om något annat arbete är möjligt. Försäkringskassorna har fått ökade skyldigheter att utreda den medicinska situationen innan beslut fattas.

Hel förtidspension/sjukbidrag från folkpensioneringen utgår med 90 procent av prisbasbeloppet för ensamstående och med 72,5 procent till gifta personer, alltså något lägre belopp än ålderspension från folkpensioneringen. Tillägg från folkpensioneringen kan ges som pensions-tillskott, bostadstillägg (BTP), hustrutillägg och särskilt bostadstillägg (SBTP).

Förtidspension/sjukbidrag från ATP kan utgå för person som uppfyller kraven enligt folkpensioneringen för dessa förmåner och som har tjänat in ATP-poäng för ett antal år.

Pensioner

I beräkningarna har vi bortsett från den påverkan som sjukfrånvaro kan ha på individens pensionsanspråk, eftersom detta oftast är försumbart. Däremot har hänsyn tagits till att frånvaro minskar inbetalningar av pensionsavgifter och andra sociala avgifter.

Arbetskadeförsäkring

I kalkylen antas att fyra procent av sjukskrivna får ersättning från arbetsskadeförsäkringen. Försäkrade är alla förvärvsarbetande – även egna företagare – och de som genomgår utbildning, om denna är förenad med särskild risk för arbetsskada. Ersättning utgår enligt samma regler som vid annan sjukdom. Dessutom ersätts alla kostnader för sjukvård, tandvård och särskilda hjälpmedel.

Om vid sjukskrivningens slut arbetsförmågan fortfarande är nedsatt kan livränta utgå fram till pensioneringen vid 65 års ålder. Livräntan ersätter hela den inkomstförlust som blivit resultatet av skadan, den är skattepliktig samt pensionsgrundande. Livränta utgår om arbetsför-

mågan har nedsatts med minst en femtondel och syftar alltså till att fylla ut inkomstbortfallet.

Arbetslöshetsförsäkring

I kalkylen har antagits att 22 procent av sjukskrivna är arbetslösa. Två tredjedelar av dessa antas få arbetslöshetsersättning, övriga socialbidrag.

Det kontanta arbetsmarknadsstödet (KAS) upphörde från årskiftet 1997/98 och ersattes med en ny grundförsäkring som kan ge ett maximalt grundbelopp på 240 kronor per dag för någon som arbetat heltid. Detta kräver att ett arbets- eller studerandevillkor är uppfyllt.

Som ett komplement till grundförsäkringen finns en frivillig inkomstrelaterad försäkring. Tillsammans ger de två försäkringarna en dagpenning som motsvarar 80 procent av förlorad inkomst, dock maximalt 580 kronor per dag fem dagar per vecka (alltså 11 800 kronor per månad). Ersättningen är pensionsgrundande och skattepliktig. En karenstid på fem dagar är kopplad till försäkringarna.

Ersättning utgår under 300 dagar (450 dagar för personer äldre än 57 år) vid första arbetslöshetstillfället. Efter prövning av arbetslöshetskassan kan en ny period erbjudas.

Den arbetslöse måste vara beredd att söka och tillträda ett lämpligt arbete som anvisas av arbetsförmedlingen, under förutsättning att det erbjuder en lön som överstiger dagpenningen. Om ett sådant erbjudande avvisas kan resultatet bli avstängning från rätten till ersättning från arbetslöshetskassan i upp till 60 ersättningsdagar.

Socialbidrag

Det yttersta skyddsnätet i socialpolitiken erbjuds av socialtjänsten i form av försörjningsstöd och annat ekonomiskt stöd. Försörjningsstödet omfattar dels ett schablonbidrag enligt en riksnorm, dels bidrag för skäliga kostnader för vissa utgifter. Schablonbidraget avses täcka kostnader för mat, kläder, förbrukningsvaror, hälsa och hygien samt dagstidning, telefon och TV. År 1999 är riksnormen för dessa kostnader 2 900 kronor per månad för ensamstående och 4 870 kronor för gifta tillsammans (utan barn). Bidraget för vissa utgifter skall täcka kostnaderna för bostad, arbetsresor, hemförsäkring, läkarvård mm.

Annat ekonomiskt stöd utöver försörjningsstödet, kan avse bidrag till hemutrustning, resor och vissa behandlingar. Ett flertal kommuner tillämpar egna socialbidragsnormer där man lagt samman andra kost-

nader än riksnormens till en schablon. En för riket genomsnittlig sådan utvidgad norm torde 1999 ligga på nivån 7 250 kronor per månad för ensamstående.

Familjepolitik

Den allmänna försäkringen ger ekonomiskt kontantstöd till föräldrar i samband med barns födelse och uppväxt. Stödet kan utgå som havandeskapspenning, föräldrapenning, samt tillfällig föräldrapenning för vård av sjukt barn.

Föräldrapenning betalas ut under högst 450 dagar. Dessa dagar kan tas ut till det att barnet fyllt 8 år eller gått ut första klass, om detta sker senare. Flerbarnsfödelse ger högre bidrag. Föräldrarna har rätt att fördela de tillgängliga dagarna lika mellan sig. Föräldrapenning utgår med samma belopp som sjukpenningen, dock finns en garantinivå på 60 kronor per dag vid låg eller ingen sjukpenning. Dessutom gäller för alla att föräldrapenningen är begränsad till 60 kronor under en period om 90 dagar.

Föräldrapenning vid vård av sjukt barn kan utgå under längst 60 dagar per barn och år. Nivån är densamma som vid barns födelse. Barnbidrag och underhållsstöd har inte explicit beaktats i beräkningarna eftersom det antas att det inte påverkas av sjukdom eller rehabilitering.

Läkarbesök och sjukhusvård

Sjukhuskostnader för den representativa individen med psykiska sjukdomar har schablonmässigt satts till 980 kronor per hel sjukdag. Detta är ungefär i enlighet med flera av utvärderingarna som diskuterats ovan. För andra sjukskrivna har sjukvårdskostnaderna satts till 400 kr per hel sjukdag.

Besök hos läkare i primärvården är 1999 belagda med en patientavgift på 120 kronor. Det första besöket hos en specialistläkare efter remiss från distriktsläkare eller husläkare kostar 110 kronor för patienten. Uppföljande besök hos specialistläkare kostar 230 kronor. För ett besök hos distriktssköterska är patientavgiften 60 kronor. Även sjukgymnaster omfattas av systemet.

I den slutna vården utgår avgifter varierande mellan 70 och 80 kronor per dygn beroende på ålder, den lägre taxan för patienter som fyllt 70 år. Förtidspensionärer under 40 år betalar 40 kronor per dygn.

Systemet är kompletterat med ett högkostnadsskydd, som innebär att en patient inte behöver betala mer än 900 kronor i patientavgifter

under ett år till landstingets mottagningar eller till privata mottagningar som ersätts av landstinget. Frikortet gäller dock inte vid inläggning på sjukhus.

Inköp av läkemedel på recept beläggs med egenavgifter i kombination med subventionering enligt en rabattrappa. Systemet är konstruerat på ettårsbasis och innebär att inköp av mediciner upp till 900 kronor betalas utan subvention. Därefter erhålls 50 procents rabatt upp till en kostnad om 1 700 kronor. Rabatten stiger sedan till 75 procent upp till kostnad på 3 300 kronor och till 90 procent upp till 4 300 kronor. Kostnader utöver denna nivå subventioneras till 100 procent via ett frikort. Detta betyder att kostnaden för receptbelagda mediciner inte kan överstiga 1 800 kronor under en 12-månadersperiod. Efter ett år börjar proceduren om med osubventionerade mediciner upp till 900 kronor. Nivån för högkostnadsskyddet höjdes under 1999 från tidigare 1 300 till 1 800 kronor.

Bostadsstöd

Bostadsbidrag kan betalas ut till barnfamiljer och ungdomar utan barn. Ett preliminärt bidrag beviljas efter ansökan och betalas ut skattefritt i lika belopp per månad. Efter taxeringen för det år när bidraget utgått görs en avstämning mot ett slutligt fastställt bidrag.

Barnfamiljer kan ha rätt till bidrag för bostadskostnader och ett särskilt bidrag för hemmavarande barn. Det senare utgår med 600, 900 eller 1 200 kronor per månad för respektive ett, två eller fler än två barn. Bidraget för bostadskostnader baseras på regler för bostadsstorlek vid olika antal barn. Det slutliga bidragets storlek per månad bestäms sedan av inkomstens storlek, på så sätt att summan av de båda ovannämnda komponenterna minskas med 20 procent av den del av den bidragsgrundande inkomsten som överstiger 9 750 kronor per månad. Den bidragsgrundande inkomsten är summan av inkomster från tjänst, näringsverksamhet och kapital. Den påverkas dock också av storleken på en förmögenhet som överstiger 100 000 kronor.

Privata kompletterande försäkringar

Det offentliga systemet är i Sverige liksom i andra länder kompletterat med olika grader av privata försäkringar. I Sverige är till exempel vissa avtalsförsäkringar viktiga. I kalkylen har antagits att PTK-avtalet är representativt. Tabellen nedan illustrerar situationen på det privata tjänstemannaområdet (PTK). För LO-kollektivet kan detta innebära en

viss överskattning. Men å andra sidan har inte helt frivilliga försäkringar räknats med alls.

Socialförsäkringar och avtalsförsäkringar inom PTK-området

	Socialförsäkring	PTK-avtal
Sjukdom	Dag 1: karensdag Dag 2-14: sjuklön 80% Dag 15- : sjukpenning 80% upp till 7,5 basbelopp	Dag 15-90: sjuklön kompletterar upp till 90% Dag 91- : sjukpension 65% för del av lön över 7,5 basbelopp
Arbetskada	Som vid sjukdom Bestående skada: förtidspension samt livränta upp till 100% för inkomster upp till 7,5 basbelopp	Trygghetsförsäkring vid arbetskada (TFA) ger ersättning för olika merkostnader, för lyte och men samt för sveda och värk Inkomstbortfallskompensation upp till 100% om arbetsgivaren varit vållande
Ålderspension	Folkpension ATP Pensionstillskott och bostadstillägg	ITP 10% upp till 7,5 basbelopp 65% för inkomster häröver Kompletterande ITP härutöver
Förtidspension	Som ålderspension	ITP:s sjukpension 15% för lön under 7,5 basbelopp 65% härutöver
Arbetslöshet	Arbetslöshetsförsäkring 80% upp till 580 kr Grundförsäkring ger 240 kr En veckas karens	Avgångsersättning (AGE) ger 75% av lönen över taket Andra förmåner enligt trygghetsavtal Minst 40 års ålder

Schematisk översikt över försäkringssystem

Huvudsaklig källa för information om sjukförsäkring, arbetsskade-
försäkring och förtidspension:

Social Security Programs Throughout the World
Social Security Administration. SSA Publication No. 13 - 11805,
August 1999
Washington D C, US Government Printing Office

Sjukförsäkring

Arbetsgivarmodell						
Land/ Gällande lag från år	Sjukpenning, rehabiliteringspenning el. dyl					Finansiering ¹
	Arbetsgivar- period/sjuklön	Väntetid (Karens)	Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga	Partiella förmåner	Maximitid	
Nederländerna 1996	52 veckor	Nej	70 %	Nej	52 veckor	Försäkrad 11,8 % Arbetsgivare: 5,85 % Stat: Subvention av sjukvårds- förmåner
Australien 1991	Varierar mellan olika delstater. Obegränsad i New South Wales	7 dagar	Enhetligt belopp anpassat efter försörjningsbörda	Nej		Försäkrad: 1,5 % av viss inkomst (för sjukvård) Arbetsgivare: – Stat: dagpenning för mindre bemedlade, del av sjukvård
USA ² Varierar mellan delstaterna	Varierar mellan olika delstater. Frivillig i Kalifornien	7 dagar	Varierande, t.ex. 53–75 %		52 veckor	Försäkrad: 1,2 % för sjuk- penning, 1,45 % för sjukhus- vård Arbetsgivare: 1,45 % för sjukhusvård, varierande andel för sjukpenning

¹ Avser sjukförsäkring och föräldraförsäkring om inget annat anges.

² Avser 5–6 delstater, däribland Kalifornien.

Avtalsmodell						
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Sjukpenning, rehabiliteringspenning el. dyl</i>					<i>Finansiering³</i>
	<i>Arbetsgivar- period/sjuktön</i>	<i>Väntetid (Karens)</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner</i>	<i>Maximitid</i>	
Frankrike 1978	Nej	3 dagar	50–66,7 %, anpassat efter försörjningsbörda	Nej	360 dagar under en 3- årsperiod. Vissa sjuk- domar 3 år.	Försäkrad: 6,8 % Arbetsgivare: 12,80 % Stat: del av sjukvård ⁴
Spanien 1994	Nej	4 dagar. Lön utbetalas dock ofta under tiden			12 mån. Kan förlängas till 18 mån. (30 mån i vissa fall)	
Tyskland 1988	6 veckor	Nej	6 veckor: 100 % därefter 70 %	Nej	78 veckor under en 3-årsperiod	Försäkrad: 6,9 % Arbetsgivare: 6,9 % Stat: för arbetslösa

³ Avser sjukförsäkring och föräldraförsäkring om inget annat anges.

⁴ Avser sjukförsäkring, föräldraförsäkring, förtidspension och efterlevandepension.

Offentlig modell						
Land/ Gällande lag från år	<i>Sjukpenning, rehabiliteringspenning el. dyl</i>					Finansiering ³
	<i>Arbetsgivar- period/sjuklön</i>	<i>Väntetid (Karens)</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner</i>	<i>Maximitid</i>	
Danmark 1989	14 dagar	Nej	<2 758 kr/vecka, stat och kommun 100 %	Nej	52 veckor under 18 må- nader	Försäkrad: – Arbetsgivare: – Stat/kommun: hela kostnaden
Finland 1996	Nej (Ingen lagstad- gad sjuklön)	10 dagar Lön utgår enligt avtal från dag 1	70, 40, 25 % (regressiv)	Nej	300 vardagar inkl. lördagar	Försäkrad: 1,5 % Arbetsgivare: Privat 1,6 % Offentlig 2,85 % Stat: resten
Norge 1997	16 dagar	Endast vid tillfälliga anställningar (14 dagar)	100 %	Nej	52 veckor	⁶ Försäkrad: 7,8 % Arbetsgivare: 14,1 % Stat: eventuellt underskott
Storbritannien 1994	28 veckor (lön) >66 GBP per vecka) Nej (lön <66 GBP per vecka)	3 dagar 3 dagar	Enhetligt belopp 59,55 GBP per vecka Enhetligt belopp efter försörjnings- börda	Nej Nej	28 veckor 28 veckor	Försäkrad: 10 % ⁷ Arbetsgivare: 12,2 % ⁸ Stat: störst del av NHS ⁹

⁵ Avser sjukförsäkring och föräldraförsäkring om inget annat anges.

⁶ Avser sjukförsäkring, föräldraförsäkring, ålderspensionsförsäkring, förtidspension, arbetsskadeförsäkring och arbetslöshetsförsäkring.

⁷ I vissa inkomstklasser, avser sjukförsäkring, föräldraförsäkring, arbetsskadeförsäkring, arbetslöshetsförsäkring och pension, 15 % av dessa går till finansiering av sjukförsäkring (National Health Service).

⁸ Såsom de försäkrade.

⁹ Sjukförsäkring (National Health Service).

Arbetskadeförsäkring 1999

Arbetsgivaremodell					
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Typ av försäkring</i>	<i>Ersättning vid tidsbegränsad arbetsförmåga</i>	<i>Ersättning vid bestående arbets- förmåga</i>	<i>Differentierade arbetsgivaravgifter/ premier</i>	<i>Finansiering</i>
Nederländerna	Integrerad i sjukförsäkring/förtidspensionsförsäkring	Se sjukförsäkring	Se förtidspension	Nej	Integrerad i sjukförsäkring/förtidspensionsförsäkring
Australien Förmånerna varierar mellan delstaterna.	Offentlig eller privat försäkringsgivare	Minst 95 % * i 26 veckor. Kan förlängas på en lägre nivå.	Samma som vid *. Även proportionell partiell förmån. Engångsbelopp förekommer.	Ja	Arbetsgivare: hela kostnaden, vissa arbetsgivare undantagna och står för kostnaderna vid skada.
USA Förmånerna varierar mellan delstaterna.	Offentlig, privat, egenförsäkring	66–75 %. Utgår efter 2–7 dagars väntetid upp till 6 veckor.	Total arbetsförmåga 66–75 % av arbetsinkomst, proportionell partiell förmån.	Ja	Försäkrade: nominella avgifter i några delstater. Arbetsgivare: hela kostnaden i de flesta delstater, merparten i andra, i genomsnitt 2,05 %

Avtalsmodell					
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Typ av försäkring</i>	<i>Ersättning vid tidsbegränsad arbetsförmåga</i>	<i>Ersättning vid bestående arbets- förmåga</i>	<i>Differentierade arbetsgivaravgifter/ premier</i>	<i>Finansiering</i>
Spanien 1994	Ingen särskild arbetskadeför- säkring	75 % av basbeloppet upp till 12 mån. (18, 30 mån.) ¹⁰	Se förtidspension	Ja	Arbetsgivare: 0,812–16,20 %. i genomsnitt 1,98%
Frankrike 1994	Offentlig försäk- ringsgivare	60 % i 28 dagar, 80 % därefter. Väntetid 1 dag.	100 %. Formel för partiell förmån. Ned- sättning av arbets- förmåga mindre än 10 %: engångs- belopp	Ja	Arbetsgivare i genomsnitt 2,26%
Tyskland 1996	Olika försäkrings- givare för olika branscher med partsammansatt förvaltning	Se sjukförsäkring	Total arbetsförmåga: 66,7 % av föregående årets arbetsinkomst. Nedsättning minst 20 %: proportionell partiell förmån.	Ja	Arbetsgivare i genomsnitt 1,4 % Stat: subvention av olycksfallsförsäkring för jordbrukare, studeranden

¹⁰ Kan förlängas till 18 månader, i särskilda fall till 30 månader.

Offentlig modell					
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Typ av försäkring</i>	<i>Ersättning vid tidsbegränsad arbetsoförmåga</i>	<i>Ersättning vid bestående arbets- oförmåga</i>	<i>Differentierade arbetsgivaravgifter/ premier</i>	<i>Finansiering</i>
Danmark 1998	Privat olycksfallsförsäkring, oberoende arbetssjukdomsförsäkring	Se sjukförsäkring	Total arbetsoförmåga: 80 % av föregående årets inkomst. 50–99 % nedsättning: proportionell förmån. 15–49 % nedsättning: engångsbelopp	Ja	Tidsbegränsad arbetsoförmåga: sjuklön se sjukförsäkring. Bestående oförmåga: arbetsgivare
Finland 1981	Privat försäkringsgivare	100 % Nedsättning minst 10 %: proportionell förmån. Upp till 12 mån.	Total arbetsoförmåga: 85 % Nedsättning minst 10 %: proportionell förmån.	Ja	Arbetsgivare: 0,5–11,7 %, i genomsnitt 1,4 %. Staten undantagen, står för kostnaderna vid skada.

Offentlig modell					
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Typ av försäkring</i>	<i>Ersättning vid tidsbegränsad arbetsförmåga</i>	<i>Ersättning vid bestående arbets- förmåga</i>	<i>Differentierade arbetsgivaravgifter/ premier</i>	<i>Finansiering</i>
Norge 1997	Privat försäkringsgivare	Sjukpenning upp till 52 veckor, därefter rehabiliteringsersättning eller förtidspension	Total arbetsförmåga: 100 % av basbeloppet ¹¹ . Nedsättning minst 16 %: proportionell partiell förmån. Nedsättning mindre än 30 %: engångs- belopp. Även inkomstbaserad förtidspension.	Nej	Arbetsgivare: 14,1 % ¹² Stat: eventuellt underskott ¹³
Storbritannien 1992	Offentlig försäkringsgivare	Samma som statlig kortvarig ersättning vid arbetsförmåga 52 veckor	Total arbetsförmåga: upp till 108,10 GBP per vecka. 15 veckors väntetid. 14–90 % nedsättning: partiell förmån.	Nej	Se sjukförsäkring

¹¹ 45 370 NOK 1999.

¹² Inkl. ålderspension, förtidspension, arbetsskada.

¹³ Inkl. ålderspension, förtidspension, arbetsskada.

Förtidspension

Arbetsgivaremodell					
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Kvalifikationskrav</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner/ ersättningsnivå</i>	<i>Omprövning</i>	<i>Finansiering¹⁴</i>
Nederländerna 1966, 1998	Från 15 år Minst 15 % ned- sättning av arbets- oförmåga. Medicinska skäl.	70 %	Sex partiella förmåner	Omprövas efter ett år och därefter vart tredje år efter en läkarundersökning	Arbetslösa för- säkrade: 8,42 % Arbetsgivare: 6,95 % (generell), 0,85 % (i genom- snitt, differentierad). Ett tillägg på 2,2 % av årlig lönesumma upp till ett tak. Stat: upp till social- bidragsnorm

¹⁴ Finansiering av förtidspension, ålderspension och efterlevandepension om inget annat anges.

Arbetsgivaremodell					
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Kvalifikationskrav</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner/ ersättningsnivå</i>	<i>Omprövning</i>	<i>Finansiering¹⁵</i>
Australien 1992	Från 18 år. Minst 20 % nedsättning av arbetsförmåga, oförmåga att arbeta 30 tim/vecka eller att omskola sig de närmaste 2 åren. Behovsprövad om inte blind.	Högst 178,65 AUD per vecka	Nej	Ingen information	Stat: hela kostnaden
USA	Nedsatt arbetsförmåga Oförmåga att förvärvsarbeta minst 1 år. Medicinska skäl	Upp till 2 552 USC/mån för familj, 1 701 USD för ensamstående	Nej	Nej	Försäkrad: 6,2 % Arbetsgivare: 6,2 % Stat: behovsprövad förtidspension

¹⁵ Finansiering av förtidspension, ålderspension och efterlevandepension om inget annat anges.

Avtalsmodell					
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Kvalifikationskrav</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner/ ersättningsnivå</i>	<i>Omprovning</i>	<i>Finansiering¹⁶</i>
Frankrike 1995	Minst 2/3 nedsättning av försörjningsförmåga i alla yrken. Medicinska skäl.	50 %	30 %	Kan omprövas när som helst	¹⁷ Försäkrade: 6,8 % Arbetsgivare: 12,8 % Stat: 12 % tilläggsavgift på vissa försäkringspremier
Spanien 1985	Från 16 (18) år Yrkesförmåga: minst 33 % nedsättning. Medicinska skäl	Total arbetsförmåga: 100 % av basbeloppet Total arbetsförmåga i yrket: 55 % (75 % om över 54 år)	Yrkesförmåga (varaktig, partiell): engångsbelopp motsvarande 75 % av basbeloppet under två år	Ingen information	Försäkrade: 4,7 % Arbetsgivare: 23,6 % Stat: årlig subvention
Tyskland	Avgifter inbetalda i minst 60 månader. Yrkesförmåga: minst 50 % nedsättning. Medicinska skäl Arbetsförmåga: minst 6/7 nedsättning. Medicinska skäl	Pensionsfaktor 0,667 Pensionsfaktor 1	Nej Nej	Nej	Försäkrad: 9,75 % Arbetsgivare: 9,75 % Stat: eventuellt underskott

¹⁶ Finansiering av förtidspension, ålderspension och efterlevandepension om inget annat anges.

¹⁷ Gemensam för förtidspension, efterlevandepension, sjukförsäkring, föräldraförsäkring (jämför sjukförsäkring).

Offentlig modell					
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Kvalifikationskrav</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner/ ersättningsnivå</i>	<i>Omprövning</i>	<i>Finansiering¹⁸</i>
Danmark 1984	Från 18 år. Minst 50 % nedsättning av arbetsförmåga. Medicinska skäl/ sociala skäl.	2 generella och 2 behovsprövade förmåner. Enhetliga belopp.	67 %, 50 % Tre typer av förmånader	Ingen information	Stat: hela kostnaden
Finland 1996, 1998	Generell: Från 16 år. Inkomstprövad. Hänsyn till hälsa, ålder yrkeskicklighet m.m. Inkomstrelaterad: Från 14 år. Minst 40 % nedsättning av arbetsförmåga. Även sociala och ekonomiska skäl. Båda: Även individuell förtidspension 58–64 år (ålder, arbetsförhållanden, slitage)	Ca 60 % (generell + inkomstrelaterad)	Nej 100 %, 50 %	Ingen information	Försäkrad: – Arbetsgivare: 2,4–4,9 % (privat), 3,95 % (offentlig) Stat: 36 % Försäkrad: 4,7 % Arbetsgivare: 10,34–24,35 % beroende på ålder, kön, antal anställda

¹⁸ Finansiering av förtidspension, ålderspension och efterlevandepension om inget annat anges.

Offentlig modell					
<i>Land/ Gällande lag från år</i>	<i>Kvalifikationskrav</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner/ ersättningsnivå</i>	<i>Omprövning</i>	<i>Finansiering¹⁹</i>
Norge 1997, 1998	Från 18 år Generell: Minst 50 % nedsättning av arbetsförmåga. Medicinska skäl huvudorsak Inkomstrelaterad: Minst 50 % nedsättning av arbetsförmåga, 3 års avgifter över basbeloppet. Medicinska skäl huvudorsak	Upp till 100 % av basbeloppet, minst 50 % av förväntad ålderspension. 42 % av basbeloppet x pensionspoäng för de 20 bästa åren	Proportionell till arbetsförmåga Proportionell till arbetsförmåga	Ingen information	²⁰ Försäkrade: anställda 7,8 % Arbetsgivare: 14,1 %, samt avgift i vissa regioner Stat: eventuellt underskott
Storbritannien 1995	a) Avgifter inbetalda i två år. Medicinska skäl. b) Från 16 år. Medicinska skäl.	66,75 GBP per vecka + ev. andra förmåner 40,35 GBP bidrag vid grav invaliditet + ev. andra förmåner	Nej Nej	Nej	²¹ Försäkrad: 10 % Arbetsgivare: 12,2 % Stat: Hela kostnaden för inkomstprövade bidrag och avgiftsfria bidrag

¹⁹ Finansiering av förtidspension, ålderspension och efterlevandepension om inget annat anges.

²⁰ Gemensam för förtidspension, ålderspension, efterlevandepension, sjukförsäkring, föräldraförsäkring och arbetslöshetsförsäkring.

²¹ Av löneinkomst mellan 66 GBP och 500 GBP i veckan. Frivillig anslutning för anställda med veckolön understigande 66 GBP. Finansieringen avser sjukförsäkring, föräldraförsäkring, arbetsskadeförsäkring, arbetslöshetsförsäkring och pensionsförsäkring.

Rättigheter, stöd och drivkrafter vid arbetsförmåga och rehabilitering 1999

Arbetsgivaremodell							
Land	Rättigheter/stöd vid arbetsförmåga och rehabilitering			Ekonomiska drivkrafter för försäkrade		Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare	
	Anställnings-trygghet	Kvotering	Stöd vid rehabilitering/återgång i arbete	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa
Nederländerna	I princip upp till 2 år under förtidspension	Nej		Tilläggsförmån för dem som riskerar lägre lön vid arbetsåtergång. Partiella förtidspensioner finns. Förtidspension omprövas.	Ingen karens i sjukförsäkringen Ingen partiell sjukpenning. Relativt hög förtidspension	Sjuklöneperiod 52 veckor. Böter för sen rapportering till socialförsäkring. Del av avgift till förtidspension är differentierad.	
Australien		Nej. Diskrimineringslag.		Karens i sjukförsäkringen 7 dagar. Sjukpenning och förtidspension inte inkomstrelaterade.	Ingen partiell sjukpenning/förtidspension	Differentierade avgifter i arbetsskadeförsäkring. Lönebidrag. Medel till anpassning av arbete.	Ingen sjuklöneperiod

Arbetsgivaremodell							
<i>Land</i>	<i>Rättigheter/stöd vid arbetsförmåga och rehabilitering</i>			<i>Ekonomiska drivkrafter för försäkrade</i>		<i>Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare</i>	
	<i>Anställnings-trygghet</i>	<i>Kvotering</i>	<i>Stöd vid rehabilitering/ återgång i arbete</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>
USA	Under sjukskrivning, 12 veckor (inte generell)	Nej Diskrimineringslag		Karens i sjukförsäkringen 7 dagar. Relativt låg sjukpenning. Skatteavdrag på lön p.g.a. nedsatt arbetsförmåga för låginkomsttagare. Engångsbelopp vid arbetsskador förekommer. Sjukpenning och förtidspension inte inkomstrelaterad. Tidsbegränsad arbetsskada: endast 6 veckors ersättning	Ingen partiell sjukpenning/ förtidspension. Rättsprocesser om skadestånd vid arbetsskada	Lön får understiga gängse nivå p.g.a. nedsatt arbetsförmåga. Differentierade avgifter i arbetsskadeförsäkring.	Ingen risk för skadestånd vid arbetsskador hämmar anpassning av arbetsplats tills skadestandsfrågan är löst.

Avtalsmodell							
<i>Land</i>	<i>Rättigheter/stöd vid arbetsförmåga och rehabilitering</i>			<i>Ekonomiska drivkrafter för försäkrade</i>		<i>Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare</i>	
	<i>Anställnings-trygghet</i>	<i>Kvotering</i>	<i>Stöd vid rehabilitering/ återgång i arbete</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>
Frankrike	Ja. Arbetsgivaren måste skaffa ett annat arbete vid eventuellt avsked.	Ja		Karens i sjukförsäkringen 3 dagar. Ersättning under omskolning högre än övriga relevanta förmåner. Bonus efter genomförd utbildning. Förtidspension omprövas.	Ingen partiell sjukpenning	Straffavgift för att inte anställa personer med nedsatt arbetsförmåga upp till kvoten. Differentierade avgifter i arbets-skadeförsäkringen.	Ingen sjuklöneperiod
Spanien	Ja	Ja. Även distrimineringslag		Karens i sjukförsäkringen 4 dagar. Total ykresoförmåga ger lägre förtidspension än total arbetsförmåga.	Ingen partiell sjukpenning	Differentierade avgifter i arbets-skadeförsäkring Sjuklöneperiod 15 dagar	

Avtalsmodell							
<i>Land</i>	<i>Rättigheter/stöd vid arbetsförmåga och rehabilitering</i>			<i>Ekonomiska drivkrafter för försäkrade</i>		<i>Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare</i>	
	<i>Anställnings-trygghet</i>	<i>Kvotering</i>	<i>Stöd vid rehabilitering/ återgång i arbete</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>
Tyskland	Ja. Arbetsgivaren kan dock ansöka om tillstånd att avskeda hos en särskild myndighet.	Ja	En intern medhjälpare på företaget kan avlönas helt eller delvis av myndigheterna.	Total yrkesförmåga ger lägre förtidspension än total arbetsförmåga.	Ingen karens i sjukförsäkringen, 100 % i sjuklön. Ingen partiell sjukpenning, förtidspension	Sjuklön 6 veckor. Straffavgift för att inte anställa personer med nedsatt arbetsförmåga upp till kvoten. Differentierade avgifter i arbets-skadeförsäkringen.	

Offentlig modell							
<i>Land</i>	<i>Rättigheter/stöd vid arbetsförmåga och rehabilitering</i>			<i>Ekonomiska drivkrafter för försäkrade</i>		<i>Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare</i>	
	<i>Anställnings-trygghet</i>	<i>Kvotering</i>	<i>Stöd vid rehabilitering/ återgång i arbete</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>
Danmark	Möjligt att avskeda efter 120 dagars sjukskrivning	Nej	Medhjälpare på arbetet		Ingen karens i sjukförsäringen	Sjuklön 14 dagar. Differentierade avgifter i arbets-skadeförsäkring	Lagstadgad
Finland	Ja	Nej		Högre förtids-pension under rehabilitering	Ingen partiell sjukpenning Ingen karens p.g.a. lön enligt avtal	Differentierade avgifter i arbets-skadeförsäkring Sjuklön enligt avtal i 8 vardagar	Ingen lagstad-gad sjuklöne-period
Norge		Nej		Sjukpenning dras in om fördjupat läkarutlåtande inkl. den försäkrades förklaring inte kommit in efter 8 veckor. Höjd fribelopp vid förtidspension. Vilande förtids-pension i 3 år	Ingen karens i sjukförsä- ringen. Sjuklön/sjuk- penning 100 %	Sjuklön 16 dagar	Avgifter till arbets-skadeför-säkringen inte differentierade

Offentlig modell							
<i>Land</i>	<i>Rättigheter/stöd vid arbetsförmåga och rehabilitering</i>			<i>Ekonomiska drivkrafter för försäkrade</i>		<i>Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare</i>	
	<i>Anställnings-trygghet</i>	<i>Kvotering</i>	<i>Stöd vid rehabilitering/ återgång i arbete</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>
Storbritannien	Ja	Nej. Diskrimineringslag	Personliga vägledare/medhjälpare på arbetet	Karens i sjukförsäkringen 3 dagar. ”Fuskinspektion”. Skatteavdrag om man skaffar sig arbete trots nedsatt arbetsförmåga. Sjukpenning endast 28 veckor. Sjukpenning och förtidspension inte inkomstrelaterade	Ingen partiell sjukpenning/förtidspension.	Sjuklön i 28 veckor	Avgifter till arbetsskadeförsäkringen inte differentierade

Arbetslivsinriktad rehabilitering – synsätt och forskningsbehov

Kerstin Ekberg
Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering (RAR)
Hälsouniversitetet
581 85 Linköping

Bakgrund

Behovet av en ökad satsning på forskning och utvecklingsarbete inom arbetslivsinriktad rehabilitering är påtaglig. Området är inte speciellt väl avgränsat vare sig avseende teoretisk grund, grundläggande värdesystem, metoder eller fokus. Över åren tycks det dock ha utvecklats en förändring i synsätt. Utvecklingen har gått från att fokusera på diagnos eller specifika symptom som utgångspunkt för rehabiliteringsprocessen till att fokusera på individen som helhet och hennes förutsättningar eller resurser (Wright 1980) och i viss mån även de förhållanden som *befrämjar eller hindrar* hennes hälsa (ohälsa). Synsättet på vilka förhållanden som anses befrämja eller hindra hälsa/ohälsa har även förändrats från att vara relativt snävt inriktat på individens *inre resurser* i form av vilja, förmåga, motivation, till att även i någon omfattning vilka *yttre förhållanden* som befrämjar vilja, förmåga eller motivation, och på sikt hälsa. Hittills har intresset i hög grad riktats mot strukturella förhållanden, t.ex. vem skall betala för vad och när. Ett mer processinriktat synsätt där arbetslivsinriktad rehabilitering inriktas på vilka förhållanden och förhållningssätt som under olika faser befrämjar hälsa respektive ohälsa för olika grupper och individer kan vara mer fruktbart. Denna utveckling leder i sin tur till att ansvar och roller mellan rehabiliteringsaktörer och de sjukskrivna måste förändras.

Det mer processinriktade förhållningssättet bygger på en annan människosyn än den som hittills dominerat inom samhället gentemot personer som är i behov av stöd eller hjälp. De nya tankegångarna utgår i högre grad från att individen har egna resurser och kapacitet som kan mobiliseras och utvecklas.

Hälsa

Arbetslivsinriktad rehabilitering kan sägas syfta till att individen skall uppnå tillräcklig hälsa för att kunna arbeta (i enlighet med arbetslinjen). Under senare år har dock arbetslinjen ibland ifrågasatts, då det är sannolikt att för vissa individer befrämjas hälsa och livskvalitet inte i första hand av återgång i arbete. Vi måste därför inledningsvis diskutera vad vi avser med "hälsa", eftersom detta har betydelse för den fortsatta synen på behov av utveckling och forskning. Med den utveckling av ohälsa som vi ser i dagens samhälle, med en ökande andel långtids-sjuka i olika former av stressrelaterade besvär, är det betydelsefullt att klargöra olika synsätt på hälsa respektive ohälsa, eftersom olika synsätt leder till att man prioriterar olika former av rehabilitering. Inte minst individens egen roll påverkas av vilket synsätt på hälsa man företräder från samhällets och rehabiliteringsaktörernas sida.

Under senare tid har ett par olika huvudperspektiv på hälsodefinitioner utvecklats. Det ena synsättet bygger på ett traditionellt medicinskt perspektiv. Med utgångspunkt från ett biologiskt synsätt beskrivs hälsa som det tillstånd som statistiskt är normaltillståndet (Boorse 1977). Hälsa är enligt detta synsätt frånvaro av sjukdom och en individ har fullständig hälsa endast om hon inte har en sjukdom (en skada i ett kroppsorgan). Härigenom inriktas rehabilitering på huvudsakligen medicinska insatser. Om skadan eller sjukdomen behandlats framgångsrikt har individen återfått sin hälsa. Därmed förväntas hon även ha arbetsförmåga. Erfarenheten visar emellertid att inte enbart den fysiska hälsan har betydelse för om individen kan återgå i arbete eller ej.

För många står hälsa för ett annat synsätt, som bygger på holistiska definitioner, där människans handlingsförmåga eller aktivitet är utgångspunkten. Ett exempel är Nordenfelt (1986, 1995) som har definierat människans hälsotillstånd som balansen mellan hennes uttalade mål för handling och hennes inre resurser eller förmåga att förverkliga dessa mål, i det sammanhang (standardomständigheter) hon befinner sig. "Att ha hälsa är relaterat till i vilken utsträckning människa har förmågan att förverkliga sina vitala mål givet rimliga förutsättningar, socialt, kulturellt och ekonomiskt" (Nordenfelt 1991). Vitala mål är de

grundläggande mål som är viktiga för individen och som hon själv värdesätter. "Hälsans kärna finns i människors handlingsförmåga och inte i fysiologiska kroppsförändringar" (Nordenfeldt 1996). Detta kan tolkas som att vi inte alltid, i vår roll som experter eller samhällsaktörer, med säkerhet kan ange vilka insatser som är bäst för olika individer. I olika faser i livet, och beroende på vilken bakgrund man har, är de vitala målen och förutsättningarna för handlingsförmåga olika. Det primära i en rehabiliteringsprocess blir inte att uppställa mål åt individen, eller att ange med vilka metoder hon ska uppnå dessa mål, utan snarare *att tillse att det skapas möjligheter för individen att själv formulera rehabiliteringsmål och att genom egna aktiviteter och handlingar nå sina mål.*

Som en konsekvens av ett holistisk synsätt på hälsa bör rehabilitering och hälsofrämjande insatser omfatta arbete på flera nivåer:

1. Förändring eller anpassning av det yttre sammanhanget för att förebygga ohälsa.
2. Förändring eller utveckling av personens inre resurser och förmågor för att öka hennes handlingsförmåga.
3. Förändringar som leder till att individen kan utveckla sina vitala mål och därmed öka sin hälsa och livskvalitet.

Det yttre sammanhanget

Det yttre sammanhanget utgörs av arbetsplats, familjesituation och sociala nätverk samt samhällsaktörerna. Det yttre sammanhangets roll och betydelse för en framgångsrik rehabiliteringsprocess har t.ex. visats för personer med en anställning, där rehabilitering är mer framgångsrik om rehabiliteringsprocessen involverar arbetsplatsen, och att det finns en benägenhet i individens omgivning att stödja och medverka i förändringsarbetet (t.ex. Ekberg m.fl. 1994). Personer som uppger sig ha bristande stimulans eller små möjligheter till inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet har en sämre prognos för återgång i arbete efter sjukskrivning, än de som har ett bättre arbetsinnehåll (Ekberg och Wildhagen 1996).

För personer som saknar anställning är samhällsaktörerna betydelsefulla som "yttre sammanhang". Väsentliga karakteristika som stimulerar individens handlingsförmåga är förhållanden som ger trygghet (Gustavsson m.fl. 1998), inflytande, delaktighet och socialt stöd (Karasek och Theorell 1990, Starrin 1997). I flera studier (Svenning 1993, Hane 1999) har man beskrivit att individen upplever sig kränkt eller illa hanterad, delvis som en konsekvens av att rehabiliteringsaktö-

terna ej haft förenliga mål, delvis som en konsekvens av bristande socialt stöd och små möjligheter för individen att vara aktivt delaktig i sin rehabilitering. I en situation där man saknar tillit blir benägenheten (motivationen) att medverka i en rehabiliteringsprocess hämmad. Ett problem idag är att individens möjligheter att använda sina resurser begränsas av de strukturella förutsättningar som styr rehabiliteringsaktörerna under en rehabiliteringsprocess (Svenning 1998, Hane 1999).

Arbetsplatsens betydelse under rehabiliteringsprocessen

Anställda som till följd av olika symptom eller besvär under en period inte kunnat uppfylla sin roll på arbetsplatsen eller som haft upprepade kortare sjukperioder, kan uppfattas som "mindre önskvärda" på arbetsplatsen eftersom de är mindre produktiva eller oregelbundet frånvarande. Försök till återgång i arbete efter rehabilitering kan återuppväcka negativa attityder och förväntningar från kollegor och arbetsledare, dvs. det utvecklas krafter emot individens återgång. Dessa krafter riskerar i sin tur att främja ett återfall hos individen.

Det finns inte mycket forskning gjord om samband mellan arbetsplatskulturen och dess betydelse för rehabiliteringsverksamhet. Viss vägledning kan man få av en intervjustudie som genomfördes av Edlund m.fl. (1998). Utifrån intervjustvaren gjorde man en uppdelning av arbetsgivare i fem typer, varav två bedömdes som välfungerande och tre som mindre välfungerande avseende förhållningssätt till arbetsmiljö, sjukfrånvaro och rehabilitering. Det gemensamma för de välfungerande är att de har ett aktivt förhållningssätt i rehabiliteringsfrågor och en flexibel kommunikativ förmåga. Med detta menas att man förankrar och tillämpar policy, mål och strategier inom sin organisation, i en "bry-sig-om" kultur där arbetstagarna är en resurs som man har anledning att vårda. Inte minst är man öppen för att utnyttja lagstiftningen som ett stöd, och andra aktörer, såsom försäkringskassan, som en resurs i rehabiliteringsprocessen. Ett proaktivt förhållningssätt från arbetsgivaren där man ser och behåller sitt ansvar för sin personal, bedöms som fruktbart för att en framgångsrik arbetslivsinriktad rehabiliteringsprocess skall kunna genomföras. Detta ställs i kontrast till de mindre välfungerande arbetsgivarna som karakteriseras av ett tydligare revirtänkande och en bristande samverkan med andra aktörer i rehabiliteringsprocessen. I viss mån kan detta förhållningssätt vara en yttring av bristande kunskap om arbetsgivarens och arbetsplatsens betydelse i rehabiliteringsarbetet.

Mycket tyder på att arbetsgivarna brister i kunskap om hur man skall utveckla strategier och metoder för sin medverkan i den arbets-

livsinriktade rehabiliteringen. Forskningen är också bristfällig i detta avseende. Traditionellt används arbetsträning som metod, vilket dock inte alltid innebär en aktiv medverkan från arbetsplatsen. Detta kan delvis förklara att enbart arbetsträning inte tycks ha någon påtaglig effekt på återgång i arbete (Arneson 2000). Arbetsledarna har en speciellt viktig funktion i rehabiliteringsarbetet bland annat genom sin möjlighet till aktivt socialt och emotionellt stöd och sin betydelse i att vara normgivande för arbetsplatsens förhållningssätt gentemot sina sjukskrivna (Hedin 1994). Svårigheterna för arbetsledarna att fylla denna funktion framgår emellertid av att förvånansvärt få intervjuade i en kvalitativ studie av personer med ryggbesvär berättade om att arbetsgivaren medverkat när det gällde återgång i arbete (Lagerström Östlund m.fl. 1998). Andra forskare har funnit liknande resultat (Svenning 1993, 1998, Hensing m.fl. 1997). Även arbetets innehåll har betydelse. Personer som har ett lågt arbetsinnehåll i termer av bristande stimulans eller små möjligheter till inflytande och utvecklingsmöjligheter har en sämre prognos för återgång i arbete efter sjukskrivning än de som har ett bättre arbetsinnehåll (Ekberg och Wildhagen 1994).

Hinder för att återgå i arbete är således inte begränsat till enbart individens faktiska symptom eller funktionshinder, i de flesta fall finns även andra hindrande faktorer som uppstår i interaktionen mellan individen och hennes yttre sammanhang. I praktiken är integrationen av rehabilitering, prevention och hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen ännu inte speciellt väl utvecklad och oftast begränsas insatserna till förändringar i de fysiska förhållandena på arbetsplatsen (Elo och Leppänen 1999). Trots att man inför ett hälsoperspektiv på organisatoriska förhållanden tenderar insatserna att bli individfokuserade. Exempelvis granskade van der Hek och Plomp (1997) litteraturen med avseende på effekterna av olika former av stresshantering i arbetslivet. Av 24 studier som uppfyllde uppställda kvalitetskrav fokuserade 20 arbeten på individinriktad intervention (avslappning, meditation, kognitiva copingstrategier, m.m.) utan parallella processer som involverade arbetsplatsen, två studier fokuserade på samspelet mellan individ och organisation och två arbeten fokuserade på organisatoriska förändringar. Erfarenheten visar emellertid att ett enbart individinriktat perspektiv har låg effektivitet.

I de fall rehabiliteringsprocessen bygger på förändringar hos individen eller på arbetsplatsen, och förändringarna sker oberoende av varandra, riskerar de att inte samverka eller stödja varandra, utan snarare att öka den ömsesidiga rigiditeten. I praktiken innebär detta att arbets-situationen kan dels orsaka ohälsa, dels även vidmakthålla individens sjukroll genom bristfälliga rutiner för arbetslivsinriktad rehabilitering, bristande socialt stöd och bristfällig information och kommunikation.

Om däremot förändringsprocesserna sker parallellt och interaktivt möjliggörs en successiv och samtidig utveckling av strategier och mål för förändring hos individen och på arbetsplatsen.

Inre resurser

Många studier har visat att individens självförtroende, copingförmåga (Lazarus 1984), känsla av sammanhang (Antonovsky 1991), tillgång till social stöd och kompetens (Orth-Gomér och Perski 1999) och förmåga att känna empati (Jahoda 1958) är betydelsefullt för hennes hälsa och livskvalitet. En framgångsrik rehabiliteringsprocess måste därför inriktas på att utveckla dessa inre resurser hos individen, snarare än att hämma dem. Dessa inre resurser är nära relaterade till "empowerment", som enkelt beskrivet innebär att individen känner sig ha makt över eller bemästrar sin livssituation och vågar stå emot yttre tryck. Tillgång till information, förmåga att göra val, självförtroende och säkerhet är termer som tillsammans utgör komponenter av empowerment (Rogers m fl 1997). Att känna sig kompetent att klara sin livssituation utgör livskvalitet (Wennberg och Hane 1998), att känna sig sårbar, beroende, utlämnad till godtycke, innebär dess motsats.

Att utveckla individens empowerment bygger på en process som utgår från individen och hennes önskemål. Processen syftar till att öka förmågan och motivationen att effektivt ta ansvar för sitt liv och sin hälsa och att utveckla strategier för att kunna bemästra omvärlden (Feste och Andersson 1995, ref. i Medin och Alexanderson 2000). Distinktionen mellan empowerment och paternalism tydliggör begreppets natur. "Empowerment, med en utgångspunkt i individen och hennes egen förmåga att bemästra omvärlden, ser individen som 'deltagare' i arbetet för hennes hälsa. Paternalism däremot är en handling från en yttre aktör som riktar sig mot individen för att gynna henne. ...Denna yttre aktör ser sig som bättre skickad att avgöra vilka handlingar som främjar en annan individs, eller grupp, bästa utifrån sina erfarenheter och kunskaper. Individen blir 'mottagare' för någon annans åsikt om vad som är bäst för hennes hälsa"(Medin och Alexanderson 2000).

Motivation

Framgångsrik rehabilitering antas ofta i hög grad bygga på att individen själv skall känna sig motiverad att "bli rehabiliterad" och, i detta sammanhang, att återgå i arbete. Anekdoter om att välmotiverade

patienter presterar bättre i rehabiliteringsprogram och är mer framgångsrika i sin rehabilitering än de som är lågmotiverade är vanligt förekommande. Berglind (1999) framhåller att motivation måste diskuteras dels med avseende på vilja till rehabilitering, dels med avseende på vilja till att återgå i arbete. Att vara motiverad att återgå i arbete innebär inte nödvändigtvis att man också är motiverad till att delta i de rehabiliteringsaktiviteter man blir föreslagna.

Det kan vara fruktbart att granska vilka omständigheter som hindrar patientens motivation och följsamhet. Begreppet motivation är emellertid ett svårfångat begrepp och det finns många olika teorier om vad som är eller skapar motivation hos individen. I detta sammanhang finns inte utrymme att diskutera mångfalden olika teorier om motivation. Det är väsentligare att diskutera konsekvenserna för individen av vilket synsätt på motivation som rehabiliteringsaktörer företräder.

Vissa teorier utgår från huvudsakligen ”inre” individbundna faktorer, behov eller drivkrafter som motivationskälla (Maclean och Pound, 2000). Motivation anses ofta vara ett personlighetsdrag och brist på motivation hänförs därmed till inre faktorer hos individen. Flera studier (Talo m.fl. 1989, Clark 1978) har belyst den nära kopplingen mellan teorier om individualistiska motivationsfaktorer och moraliserande, ofta negativa, värderingar om individers beteenden. Detta innebär att om individen inte medverkar i föreslagna åtgärder beror det på ”brister” hos henne. Motivation sammanlänkas ofta med individens följsamhet (eng. compliance) till rehabilitering eller behandling, dvs. i vilken grad individen medverkar i rehabiliteringsarbetet. En motiverad person anses ofta vara en person som ställer upp på de förslag man som rehabiliteringsaktör anser vara bäst för individen. Med en personlighetsbaserad teori om motivation utesluter man att motivation eller följsamhet kan påverkas av de yttre omständigheter under vilka rehabiliteringsprocessen bedrivs och de mål som formuleras för rehabiliteringsarbetet. Fokus läggs istället på individen och hennes brister respektive resurser.

Andra teorier fokuserar på det sociala sammanhang och de värderingar som dominerar i det sammanhang rehabiliteringsprocessen bedrivs. 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 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. Vad man lägger i begreppet delaktighet kan emellertid i praktiken variera från information eller samtal om rehabiliteringsarbetet, möjligheter att ge synpunkter på rehabiliteringsarbetet till att det skapas förutsättningar för aktiv påverkan och delaktighet från den försäkrades sida. Andra betydelsefulla faktorer är acceptans för individuella idiosynkrasier, respekt för individens värdesystem i teori och praktik, socialt stöd (Maclean och Pound 2000, Resnick 1996) samt tillgång till information.

Forskningen om motivation inriktas numera på att beskriva beteenden eller handlingar snarare än det teoretiska begreppet motivation i sig. Betydelsen av yttre förutsättningar lyfts fram. Enligt den s.k. goal-setting teorin (eng. goal=mål, setting=att sätta), som är en av de dominerande motivationsteorierna, leder specifika, svåra mål regelmässigt till bättre prestation än lätta mål, allmänna och diffusa mål eller inga mål alls. Ellström (1992) formulerar det som att uppgiften skall innebära något av en utmaning för individen. Häri inbegrips komplexitet, utrymme för individen att själv påverka formulering av uppgifter och mål, att välja arbetsmetod och att kunna värdera resultatet av sina ansträngningar. Goal-setting är mest effektivt om man får feedback som gör att man kan utvärdera om man är på rätt väg mot målet. En förutsättning för att uppställda mål skall påverka individens prestation är således att individen själv har accepterat målet och under processen fortsätter att göra detta. Detta innebär att det måste finnas förutsättningar för regelbunden kommunikation om mål och handlingar under rehabiliterings-processen. Studier under 1990-talet har pekat på att om individen själv formulerar sina mål och om individen har hög self-efficacy (eng. self=självtilltro, efficacy=verksam kraft) förbättras prestationen. Detta stämmer väl med studier som visar att om individen har egna förväntningar eller mål om att kunna återvända till sitt arbete påverkas prognosen positivt (Carosella et al 1994).

Berglind och Gerner (1999) diskuterar motivation från ett handlingsteoretiskt perspektiv. Enligt detta perspektiv är tre omständigheter grundläggande för individens beteende: vad individen vill, vad individen tror sig kunna klara, och slutligen vad individen tror sig kunna få för arbete. Den sjukskrivnes egna uppfattning vid början av sjukskrivningen visade i deras studie samband med återgång i arbete inom två år. Studien visar också betydelsen av att kunna utveckla en realistisk bild av sin förmåga och av sina möjligheter i arbetslivet. Felaktig uppfattning och bristande tro på sina egna resurser ger negativa effekter på motivationen. Resultaten understryker betydelsen av regelbunden feedback och kommunikation under rehabiliteringsprocessen för att den försäkrade skall kunna få en relevant bild av sitt handlingsutrymme och sin förmåga.

Litteraturen visar att motivation som begrepp är abstrakt och svår-fångat, men används trots detta ofta i rehabiliteringssammanhang, men då ofta som ett drag av personligheten. Motivation kan dock inte ses lösryckt ur sitt sammanhang. Att bli motiverad till att återgå i arbete, i enlighet med arbetslinjen, innebär i princip att individen själv måste värdera återgång som ett viktigt mål och att "sammanhanget" ger motiv och handlingsmöjligheter för detta. Rehabilitering och hälsofrämjande processer kan således beskrivas som en process som bygger på att det yttre sammanhanget stimulerar, utvecklar och stödjer de inre resurser som krävs för att öka individens handlingsförmåga. Ökad handlingsförmåga innebär i sin tur att individen får resurser att påverka i sitt yttre sammanhang, om detta är väsentligt för att utveckla eller uppnå sina viktiga mål.

Mål

Individens mål kan vara föränderliga över en tidsperiod. I en rehabiliteringsprocess är det rimligt att anta att en sådan föränderlighet äger rum, initialt kan t.ex. att "bli smärtfri" upplevas som ett viktigt mål. Över en tidsperiod kan målen förändras till "att kunna arbeta trots smärta", eller "att lära nytt" eller att förändra i sina yttre förhållanden i något avseende.

Vissa former av rehabilitering, t.ex. stresshantering, smärthantering och kognitiv beteendeterapi, fokuserar på att öka individens förmåga att hantera påfrestningar eller smärta på ett sådant sätt att även andra mål kan utvecklas. Härigenom får individen större möjligheter att bemästra påfrestande situationer, dvs. man kan säga att man i någon bemärkelse stärker individens inre resurser så att hon kan utveckla sina mål. Metoderna innebär emellertid inte i sig att man förändrar de förhållanden som förorsakat smärta, utan snarare att individen själv interagerar med dessa förhållanden på ett annorlunda och mer hälsofrämjande sätt. Samma yttre förhållanden skapar förändrade inre reaktioner hos individen. Detta leder i sin tur till att upplevelsen av påfrestning eller belastning minskar. Ångest och rädsla kan leda till att man undviker t.ex. att röra sig eller att pröva att återgå i arbete. Linton (2000) menar att rädsla/undvikande är en viktig faktor som hindrar återgång i arbete, liksom negativ självvärdering och stress. Kognitiv beteendeterapi kan underlätta att hantera akut smärta och den ångest och rädsla som smärtan skapar och möjliggör därför för individen att frigöra resurser för att utveckla nya mål.

De mål som uppställs i en rehabiliteringsprocess definieras ofta av samhällets aktörer. I detta sammanhang är återgång i arbete det över-

gripande målet men olika delmål kan utvecklas under rehabiliteringsprocessens gång. Om flera olika aktörer är involverade kan de uppställda målen bli motstridiga för den enskilda individen (Lindqvist 1998). De mål som då kommer att dominera, ur individens synpunkt, kan variera efter vilka behov som i första hand behöver tillgodoses, t.ex. försörjning. Om målen för rehabiliteringsprocessen är realistiska ur individens perspektiv förbättras prognosen för framgång (McIntosh m.fl. 1995). Exempelvis är återgång till ett oförändrat arbete eller till arbete överhuvudtaget, inte primärt ett realistiskt eller ens önskvärt mål för alla. Praxis leder ibland till att den enskilde individen i alltför hög grad måste lägga tid och kraft på att bevisa att man är sjuk, för att få intyg som säkrar försörjningen ytterligare en tid. Samhällets ansvarspraxis leder därmed till att man fokuserar på sjukdom, snarare än hälsa (Svenning 1993, Hane 1999). Lika allvarligt är att denna situation inte befrämjar individens möjligheter att mobilisera egna, psykosociala resurser, eller att utveckla sin handlingsförmåga i den egna rehabiliteringsprocessen.

Individens handlande formas i hög grad av de begränsningar och möjligheter som den aktuella omgivningen erbjuder (Ellström 1992). Det individen gör beror, med andra ord, i hög grad på interaktionen med omgivningen, genom successiva anpassningar till förändrade omständigheter. Forskningen visar att mål ofta är inkonsistenta och vagt formulerade, att mål ofta förändras och omtolkas. 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 av den berörda individen. Målen konkretiseras, formas och omformas under själva handlandet beroende på situationens krav och omständigheter. Lärande och utveckling sker i hög grad genom att man i efterhand reflekterar över handlandet och dess konsekvenser. Detta innebär att rehabiliteringsprocessen måste ges tid och bygga på feedback och kommunikation.

Hindrande och främjande faktorer för förändringsprocesser

Utifrån den hittills förda diskussionen är det möjligt att dra slutsatser om några betydelsefulla förhållanden för att en rehabiliteringsprocess skall bli framgångsrik. Dessa faktorer är generella i den bemärkelsen att de är giltiga oberoende av vilken eller vilka rehabiliteringsmetoder som används i rehabiliteringsprocessen.

Individens handlande beror i hög grad på hur samspelet med omvärlden utvecklas. Arbetsplatsen, rehabiliteringsaktörerna, hälso- och sjukvården och egna den sociala situationen utgör tillsammans det yttre sammanhang i vilket den försäkrade befinner sig. Detta yttre sammanhang kan skapa olika möjligheter, hindra eller underlätta, för individen att aktivt agera för att kunna återgå i arbete. Stöd, möjligheter till delaktighet och reellt inflytande är väsentliga ingredienser för att skapa trygghet för den försäkrade i rehabiliteringsprocessen, medan otydlighet, bristande stöd, motstridiga eller oklara beslut och ett styrande förhållningssätt leder till att individens tro på sig själv och sin handlingsförmåga hämmas. Det yttre sammanhanget kan således skapa grogrund för en positiv utvecklingsprocess för individen, men kan lika lätt driva in henne i en negativ och uppgiven situation där sjukrollen riskerar att vidmakthållas.

Acceptans och respekt är nyckelbegrepp under en rehabiliteringsprocess. Utsatta individer, som det vanligtvis är fråga om i dessa sammanhang, har ofta svaga psykosociala resurser i termer av självförtroende, copingförmåga, tro på att kunna påverka och de har många gånger ett bristfälligt socialt stöd. Dessa faktorer, som är betydelsefulla för att individen skall våga eller vilja gå in i den förändringsprocess som rehabilitering utgör, kan stärkas och utvecklas om de yttre förutsättningarna stimulerar detta.

Det yttre sammanhanget har således betydelse för att individen skall kunna mobilisera och utveckla sina egna, inre resurser. Förmåga att hantera påfrestningar, copingstrategier, social kompetens, tro på sig själv och sin handlingsförmåga är väsentliga ingredienser för den försäkrades möjlighet att aktivt vara delaktig i en målinriktad rehabiliteringsprocess. Att arbeta i grupp främjar sociala relationer och nätverk och hjälper människan att hantera de krav och stressorsaker som hon möts av (Edvarson Stiwne 1992). Att skapa sociala arenor är därför en viktig förutsättning i en rehabiliteringsprocess, medan utanförskap i sig är en allvarlig riskfaktor för ohälsa.

En förutsättning för att rehabiliteringsmålen skall påverka individens handlande är att individen själv har accepterat dem, eller helst själv har formulerat dem och att hon successivt ges möjlighet att värdera resultatet av sitt handlande (feedback). En viktig förutsättning är därför att det tillskapas målrelaterade kommunikationsprocesser där individen i samverkan med rehabiliteringsaktörer successivt kan utveckla sin benägenhet att pröva nya, lagom utmanande mål. Rehabiliteringsprocessen blir härigenom en förändringsprocess där individen själv har inflytande och kontroll.

Nya roller för rehabiliteringsaktörer

Att se rehabiliteringsprocessen som en förändringsprocess ger en utmaning för rehabiliteringsaktörerna i att skapa stabilitet för de berörda individerna under förändringsprocessen. Att leda förändringsarbete ställer krav på att man kontinuerligt skapar överblick och kontinuerligt övervakar och kommunicerar information under processen. En förändringsprocess där andra personer är berörda och subjekt i förändringsarbetet ställer också krav på att dessa personer är aktivt involverade och delaktiga i ordets djupaste betydelse.

Keep (1999) identifierar följande faktorer som 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

Samhällets aktörer, framför allt de handläggare som aktivt arbetar med de försäkrade, får med detta synsätt en annan roll än den som man tillämpar idag. Deras uppgift blir att leda förändringsarbete med individer som under rehabiliteringsprocessen i hög grad själva arbetar fram sina mål och utvecklar strategier för att nå dessa mål. Man minskar härigenom den ojämlika beroendeställning som många individer befinner sig i gentemot samhällsaktörerna. Det innebär också att handläggarna slipper att tillgodose sina egna behov av att ”lyckas” med sina klienter genom att driva igenom förslag som den berörda individen ej är motiverad att medverka i (Berglind och Gerner 1999).

Att leda förändringsprocesser ställer krav på att man har god och relevant kunskap om det område som förändringsprocessen syftar till. Evidens-baserad rehabilitering är ännu inte ett väletablerat begrepp. I princip innebär det att man ställer frågan ”hur vet du att det du gör fungerar?” Svårigheterna i att arbeta utifrån evidens-baserad kompetens visar sig bland annat idag i den problematik handläggarna ställs inför i selektionsprocesserna. Vilka skall få arbetslivsinriktad rehabilitering och vilken form av rehabilitering skall man föreslå? De kunskapsbaser

man har att tillgå omfattar dels systematisk forskning, dels klinisk expertkunskap, kliniska bedömningar av patienter och patienternas preferenser (Bury 1999). I dagsläget finns ej någon stabil och entydig vetenskaplig bas för evidens-baserad arbetslivsinriktad rehabilitering. Men även om forskning inte alltid visat att intervention är effektiv innebär detta inte att det finns evidens för motsatsen. I många fall saknas helt enkelt forskning eller den har inte varit av sådan kvalitet att man kan dra säkra slutsatser om kvalitet och resultat. Här finns således ett stort utvecklingsbehov.

Uppföljning inriktas på att besvara frågor om målen för verksamheten uppfylls och bygger på kontinuerlig monitorering av verksamheten. De kriterier som Materson presenterar (1997, ref. i Åberg 1998) är användbara för att granska process och utfall i rehabiliteringsarbetet ur ett kvalitetssäkringsperspektiv:

- Individens roll och funktion, t.ex. inflytande, motivation, förståelse av processen och målet.
- Aktörens värderingar, t.ex. mänsklighet och känslighet, respekt för individens behov, information.
- Det yttre sammanhanget för rehabiliteringsprocessen, t.ex. samordningen av olika åtgärder mellan olika aktörer, åtgärdernas omfattning.
- Ansvar och etik, t.ex. målinriktning av insatserna och effektivitet, hantering av kritik och förslag.

Nya roller för rehabiliteringsaktörerna ställer även krav på nya former av kompetens. En angelägen uppgift blir att utforma utbildningsprogram som gör det möjligt för handläggare att hantera de nya förutsättningar och krav som kan komma i deras yrkesroll.

Utvärdering av arbetslivsinriktad rehabilitering

Utvärdering innebär i princip att man söker svar på frågan ”är den metod vi använder bra? Är metoderna eller verksamheterna vi använder kostnadseffektiva?” Att utvärdera effekter av intervention eller rehabilitering är en komplex uppgift som behöver utvecklas både teoretiskt och metodologiskt.

Utvärdering av arbetslivsinriktad rehabilitering kan och bör göras på flera olika nivåer. På mikronivå berörs individen och de faktorer som är direkt relaterade till henne. På makronivå berörs grupp- och organisationsfaktorer.

För att identifiera vilka faktorer som kan vara betydelsefulla i en utvärderingsprocess kan man utgå från följande frågor (efter Duncan m.fl. 1997):

- *Varför* valde man den aktuella rehabiliteringsformen?
- *Vilken är strukturen* för rehabiliteringsprocessen?
- *Hur* har rehabiliteringen genomförts?

Den första frågan riktas mot *vilka effekter rehabiliteringen förväntas leda till*. Om den förväntade effekten är att öka individens fysiska styrka så är valet av styrketräning rätt rehabiliteringsform. Utvärderingen bör ske i termer av om förändring i fysisk styrka har betydelse för att uppnå målet, t.ex. återgång i arbete. Om den förväntade effekten omfattar förändringar på fler nivåer, t.ex. förändrad handlingsförmåga, ökad arbetsförmåga eller ökad livskvalitet ökar komplexitetsgraden genom att en rad av de faktorer som diskuterats tidigare i detta kapitel antingen involveras som komponenter i rehabiliteringsprocessen, eller får anses som tänkbart modifierande faktorer som kan ha betydelse för utfallet. Valet av aktuell rehabiliteringsform har sin grund i den teoretiska referensram som rehabiliteringsprocessen bygger på. Om man t.ex. har det synsätt som förespråkats i detta kapitel, att rehabiliteringsprocessen är en del av en förändringsprocess som syftar till att öka individens handlingsförmåga, dels genom att stärka de inre resurserna, dels genom att skapa förutsättningar för förändring av yttre omständigheter, bör utvärderingen omfatta samtliga dessa faktorer.

De yttre förutsättningar som rehabiliteringsprocessen bedrivs inom *utgör strukturen* för rehabiliteringsprocessen. Bedrivs rehabiliteringsprocessen i grupp eller individuellt, i vilket sammanhang bedrivs den, vem ansvarar för den, vilka resurspersoner eller organisationer är involverade, är arbetsplatsen, familjen och olika samhällsaktörer involverade? Dessa frågor kan ge svar på under vilka omständigheter insatser är mest ändamålsenliga.

Hur rehabiliteringsprocessen bedrivs är också betydelsefullt i utvärderingen. Är den individualiserad och specifikt symptomriktad eller är den mer generell och riktas mot basala förutsättningar? Hur omfattande är den tidsmässigt? Innebär rehabiliteringsprocessen en stegvis accelerering av metoder och aktiviteter?

Utvärdering och uppföljning försvåras av att många studier brister i design, man saknar t.ex. kontrollgrupper, uppföljningstiderna är för korta, selektionsproblem är vanligt liksom bristande rapportering av bortfall under studiens gång. Utvärderingsmått varierar i hög grad och är ibland inte relevanta, vissa är direkt relaterade till återgång i arbete (t.ex. sjukskrivningsgrad), medan andra bygger på en uttalad

eller outtaland hypotes om att förbättring i ett specifikt eller fysiologiskt utfallsmått även skall leda till en förbättring avseende återgång i arbete.

Behov av forskning och utvecklingsarbete

Syftet med detta avsnitt är att försöka belysa några aspekter som behöver utvecklas forskningsmässigt. Detta innebär inte att forskningsbehov som inte tas upp här inte kan vara lika viktiga.

Rent allmänt kan sägas att forskning och utvecklingsarbete inom arbetslivsinriktad rehabilitering givetvis kan och bör ha olika utgångspunkter. Vilka förutsättningar och möjligheter skapas för den enskilde individen av socialförsäkringssystemet och förvaltarna av socialförsäkringssystemet, här kallade samhällets aktörer. Vilka förutsättningar skapas för den enskilde individen i samspelet mellan samhällets aktörer och arbetsplatserna? Vilka konsekvenser har det för den försäkrade att olika aktörer har olika värdesystem? Vilka förutsättningar har den enskilde individen i sin interaktion med arbetsplats och med samhällsaktörer beroende på vilken bakgrund, kompetens och personliga resurser som man har? Hur skall rehabiliteringsprocessen utformas så att den blir en stödjande, utvecklande och hälsofrämjande process och inte en passiviserande process som permanentar sjukrollen?

En stor del av den forskning som berör arbetslivsinriktad rehabilitering har haft sin utgångspunkt i ett kliniskt perspektiv som har lett till att fokus i hög grad legat på medicinskt präglade frågeställningar. En förändring i synsätt från att vara relativt symptom- eller diagnosinriktat till att i allt högre grad omfatta inte bara den enskilda individens hälsa eller ohälsa utan även de förhållanden som befrämjar eller hindrar hennes hälsa (ohälsa) och arbetsförmåga börjar dock successivt utvecklas. Detta innebär att frågor som berör både inre, psykosociala resurser och yttre förhållanden kommit att få allt större betydelse. Som har framgått är det angeläget att utveckla den teoretiska grunden för hälsa och arbetsförmåga. Olika synsätt på hälsa leder till olika utformning av rehabiliteringsinsatser och ger även olika perspektiv på vilka roller den berörda individen, arbetsplatsen och samhällsaktörerna har i en rehabiliteringsprocess.

Förutsättningarna för att stödja och utveckla den berörda individens egen delaktighet och motivation för att delta i rehabiliteringsarbetet är inte tillräckligt studerat. Flera studier visar att om individen själv tror att hon/han skall kunna återgå i arbete är prognosen bättre än om man inte tror detta. Vi vet dock mycket lite om vad som har betydelse för individens egen uppfattning om sin prognos. Uppfattningen att man inte kan återgå i arbete kan baseras på bristande kunskap om de egna

möjligheterna, bristande kunskap om de krav som ställs i olika arbets-situationer, bristande självförtroende, eller på annat. Den enskilda individen kan uppfatta sitt handlingsutrymme som betydligt snävare än det faktiskt är. Betydelsen av relevant kommunikation och återkoppling för individens egen bedömning behöver studeras ytterligare.

Det sociala system och de värderingar som dominerar under rehabiliteringsprocessen påverkar individens vilja och motivation att arbeta med sin rehabilitering. Rehabiliteringsaktörernas syn på sin egen roll och på den berörda individens roll kan leda till konstruktiva och stödjande situationer, men även till det motsatta, med destruktiva och hämmande förhållanden. Värderingar och människosyn har betydelse för i vilken grad den berörda individen får möjlighet att vara reellt delaktig och kunna påverka i rehabiliteringsprocessen. De strukturella förutsättningarna under rehabiliteringsprocessen, liksom utformning av strategier som bygger på delaktighet från de berörda sidan behöver studeras.

Konsekvenserna av arbetslinjen för rehabiliteringsaktörernas agerande kort- och långsiktigt och i relation till andra tänkbara mål behöver belysas. Arbetsplatsens betydelse och roll behöver studeras ytterligare.

Av betydelse för att få till stånd effektiva strategier för arbetslivsinriktad rehabilitering är i vilken mån detta arbete även leder till att andra personer på arbetsplatsen inte drabbas av sjukdom. Samband mellan arbetslivsinriktad rehabilitering, förebyggande arbete och hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen, liksom på samhällsnivå, är bristfälligt studerat.

Behovet av utveckling av evidens-baserad arbetslivsinriktad rehabilitering är påtaglig. En utveckling av metoder för utvärdering av olika former av rehabiliteringsprocesser är en angelägen uppgift.

Som angavs i inledningen finns det ett stort behov av en ökad satsning på forskning och utvecklingsarbete inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Speciellt angeläget är att relatera den teoretiska grunden för olika förhållningssätt till olika former av insatser, att utveckla metoder för att utvärdera rehabiliteringsprocesser och att använda dessa resultat till en fortsatt utveckling av metoder och strategier.

Tack till utredare Hanna Arneson, Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering, som har gett värdefulla synpunkter.

Referenser

1. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Köping, Natur och kultur, 1991.
2. Arneson H. Arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser – kvinnors hälsa och återgång i arbete, Rygg och Nacke 7, Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska sjukhuset 2000.
3. Berglind H, Gerner U. Motivation och återgång i arbete bland långtidssjukskrivna. Socialmedicinsk tidskrift 1999;76:5, s. 409-420.
4. Boorse C. Health as a theoretical concept. Philosophy of Science 1977;44:542-573.
5. Bury T. Evidence-based Healthcare explained. I Bury T & Mead J (eds.) Evidence-based Healthcare. A Practical Guide for Therapists. Oxford, Butterworth Heinemann 1999.
6. Carosella AM, Lackner JM, Feuerstein M. Factors associated with early discharge from a multidisciplinary work rehabilitation program for chronic low back pain. Pain 1994;57:69-76.
7. Clark ANG. Morale and motivation. The Practitioner 1978;220:735-737.
8. Duncan PW, Hoenig H, Samsa G, Hamilton B. Characterizing rehabilitation interventions. In Assessing Medical Rehabilitation Practices. The promise of Outcomes Research (Fuhrer MJ., ed.) Baltimore, Paul H Brookes Publishing Co, 1997.
9. Edlund C, Ek Kahn Lund K, Dahlgren L. Arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen. Intervjuer med 21 arbetsgivare i Västerbotten. Socialmedicinsk Tidskrift 1998, nr. 4:183-189.
10. Ekberg K, Björkqvist B, Malm P, Bjerre-Kiely B, Oxelson O. Controlled two-year follow up of rehabilitation for disorders in the neck and shoulders. Occup Environ Med 1994;51:833-838.

11. Ekberg K, Svedin L. Rehabilitering och prevention. Patienten arbetar själv aktivt mot uppställda mål. *Läkartidningen* 1998;95:2473-2478.
12. Ekberg K, Wildhagen I: Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders: The necessary intervention of work conditions.. *Scand J Rehab Med* 1996;28:39-47
13. Ellström P-E. Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Stockholm, Publica, 1992.
14. Elo A-L, Leppänen A. Efforts of health promotion teams to improve the psychosocial work environment. *J of Occupational Health Psychology* 1999;4:87-94.
15. Feste C, Andersson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling* 1995;26:139-144.
16. Gustavsson A, Karlsson T, Ekberg K. Förändringar i arbete och hälsa på försäkringskassan i Östergötland. *Folkhälsovetenskapligt centrum, Linköping, rapport nr 5, 1998.*
17. Hane M. Processer som slår ut respektive integrerar oss i arbetslivet. Samtal med 17 personer med erfarenhet. *Samarbetsdynamik, Onsala, Abonnemangsrapport 73, 1999.*
18. Hedin U-C. Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom. *Inst. för socialt arbete, Göteborgs Universitet, 1994.*
19. Hensing G, Alexandersson K, Åhlgren M, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scand J Soc Welfare* 1997;6:301-309.
20. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health.* New York, Basic Books 1958.
21. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life.* Basic Books, New York 1990.
22. Keep J. *Change management.* I Bury T & Mead J (eds.) *Evidence-based Healthcare. A Practical Guide for Therapists.* Oxford, Butterworth Heinemann 1999.

23. Lagerström Östlund G, Alexandersson K, Cedersund E, Hensing G. Att leva med ryggbesvär: "Så länge man kan stå kan man jobba". Linköping, Inst. för samhällsmedicin, avd för Socialmedicin, 1998.
24. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer 1984.
25. Lindqvist R (red.) Organisation och välfärdsstat. Lund, Studentlitteratur 1998.
26. Linton SJ. Psykologiska faktorerens betydelse. I *Ont i ryggen ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning*. Volym 1. Stockholm, SBU – statens beredning för medicinsk utvärdering 2000.
27. Materson R. Rehabilitation care and outcomes from the patient's perspective. *Medical Care* 1997;35:64-67.
28. Maclean N, Pound P. A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Social Science and Medicine* 2000;50:495-506.
29. McIntosh G, Melles T, Hall H. Guidelines for the identification of barriers to rehabilitation of back injuries. *J of Occupational Rehabilitation* 1995;5:195-201.
30. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande – en litteraturstudie. Linköping, Institutionen för Hälsa och Miljö, avd. för Socialmedicin och Folkhälsovetenskap, Rapport 2000.
31. Nordenfelt L. (ed.) Hälsa Sjukdom Dödsorsak. Linköping, Liber förlag 1986.
32. Nordenfelt L. Livskvalitet och hälsa. Teori och kritik. Falköping, Almqvist & Wiksell 1991.
33. Nordenfelt L. Samtal om hälsan. En dialog om hälsans natur. Falköping, Almqvist och Wiksell medicin/Liber, 1996.
34. Orth-Gomér K, Perski A. (eds.) Preventiv medicin i teori och praktik. En metodik för bättre folkhälsa. Lund, Studentlitteratur 1999.

35. Resnick B. Motivation in geriatric rehabilitation. Image: The Journal of Nursing Scholarship 1996;28:41-45.
36. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. Psychiatric Services 1997;48:1042-1047.
37. S 1999:08 Individen i centrum? En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen.
38. Starrin B. Empowerment som tankemodell. I Forsberg E, Starrin B (red.) *Frigörande kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm, Gothia 1997.
39. Edvardsson Stiwne E. Förändringsprocesser i kommunal organisation. En studie av organisering och meningsskapande i två förvaltningar. Linköping, Linköping Studies in Education and Psychology, no 52, 1997
40. Svenning M. Tillbaka till jobbet, om arbete, ohälsa och rehabilitering. Lund Studentlitteratur 1993.
41. Svenning M. Rehabilitering. Idé och verklighet. Lund, Studentlitteratur, 1998.
42. Talo S, Kervilae A, Haemaelaeinen A, Puukka P, Kallio V. Psychologist's role in functional assessment of rehabilitation patients. *Inte Journal of Rehabilitation Research* 1989;12:251-259.
43. van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programmes: A practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine* 1997;47:133-141.
44. Wennberg B Å, Hane M. Livskvalitet – en fråga om mänsklig omtanke. *Samarbetsdynamik, Onsala Abonnemangsrapport 62*, 1997.
45. Wright G N. Total Rehabilitation. Little, Brown & Co, 1980.
46. Åberg J. Rehabiliteringsteori och rehabiliteringsprinciper under åttio- och nittiotalen. Bilaga i *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*. Betänkande av AGRA-utredningen, SOU 1998:104.

Dagens och 1990-talets arbetsmarknadsprogram och andra former för stöd

Under det gångna decenniet har arbetsmarknadsverket tillämpat olika s.k. program och insatser för arbetslösa och funktionshindrade. Funktionshindrade som saknar arbete och är arbetssökande genom arbetsförmedlingen har tillgång till ett antal arbetsmarknadspolitiska åtgärder, vilka syftar till att underlätta för den enskilde att få ett arbete. Personer med arbetshandikapp är de som på grund av funktionshinder har nedsatt arbetsförmåga och som därför har eller kan förväntas få svårigheter att få eller behålla ett reguljärt arbete.

När det gäller förberedande insatser i form av utredning och vägledning finns resurser för arbetslivsinriktad rehabilitering till förfogande. Det kan gälla vägledningsinsatser men också tillgången till den specialistkompetens som finns hos vissa personalkategorier och som riktas till arbetshandikappade med syn, hörselskada, rörelsehinder, psykiska, intellektuella samt socialmedicinska funktionshinder.

För att öka möjligheterna för dessa grupper att få en anställning finns arbetsmarknadspolitiska åtgärder som riktar sig till dels arbetsgivare som anställer arbetshandikappade dels åtgärder till personer med arbetshandikapp. Arbetslösa arbetshandikappade har liksom övriga arbetslösa tillgång till de konjunkturbetingade arbetsmarknadspolitiska programmen. I vissa av dessa program finns särskilda villkor för arbetshandikappade arbetssökande.

För att tillförsäkra att de arbetshandikappade får del av dessa program har en målsättning varit att arbetslösa arbetshandikappade ska ha tillgång till de konjunkturberoende programmen i minst samma utsträckning som deras andel av arbetslösheten. Dock är proportionella andelen sysselsatta betydligt lägre för funktionshindrade jämfört med de icke funktionshindrade. 76 procent för icke funktionshindrade kontra endast 55 procent för funktionshindrade. Programmet ”särskilda åtgärder för arbetshandikappade” innehåller sex olika åtgärder:

- Lönebidrag
- Offentligt skyddad arbete (OSA)
- Särskilt introduktions och uppföljningsstöd (SIUS)

- Arbetsbiträde
- Arbetshjälpmedel
- Näringshjälp

Programmet finansieras över ett eget anslag – A3, ”Särskilda åtgärder för arbetshandikappade”, som för år 2000 uppgår till drygt 6,8 miljarder kr.

Samtliga stödinsatser syftar till att arbetshandikappade ska ges möjlighet till arbete och egen försörjning utifrån sina egna förutsättningar. Endast bidrag till arbetsbiträde är en åtgärd som kan ges till en redan anställd eller till egen företagare. I övrigt är programmen konstruerade att kompensera en nedsatt arbetsförmåga i form av stöd till individen eller lönesubvention till arbetsgivare. Anställda som till följd av sjukdom eller förvärvat funktionshinder får ett arbetshandikapp har *inte* tillgång till de arbetsmarknadspolitiska programmen.

De i det följande beskrivna stödinsatserna är omgärdade av villkor och adresserade till olika grupper vilka centralt definierats. Detta sätt att relativt hårt anslagsstyra medel beskrivs från Arbetsmarknadsstyrelsens ledning som en för framtiden icke önskvärd ”utbudsstyrning”. I stället signaleras för framtiden ett annat synsätt med större individinriktning där den enskilde individens behov i högre grad påverkar utformningen och mer skraddarsyr stödinsatserna än de nu centralt reglerade villkoren för respektive stödinsats. Detta välkomnas naturligtvis av utredningen som genomgående hävdar vikten av individinflytande.

Lönebidrag

Arbetsgivare som anställer personer med nedsatt arbetsförmåga kan kompenseras ekonomiskt genom lönebidrag. Förutsättningen för att lönebidrag ges är att den anställde får lön och andra anställningsförmåner som följer av eller är jämförbara med kollektivavtal i branschen. Lönebidragets storlek är flexibelt beroende på den arbetshandikappades nedsatta arbetsförmåga ställt i relation till arbetets krav – en generell högsta nivå är satt till 80 procent av lönekostnaden. Högre bidrag kan lämnas för vissa grupper. Om lönekostnaden är högre än 13 700 kr per mån får inte den överstigande delen ligga till grund för bidraget.

Det ska finnas en handlingsplan med uppgifter om utvecklande insatser som kan bidra till att arbetsförmågan ökar. Så länge bidrag lämnas ska arbetsförmedlingen regelbundet följa upp och ompröva bidragets nivå. Alltefter som arbetsförmågan ökar ska bidragsnivån minska och på sikt ska bidragsgivningen upphöra. Bidrag kan lämnas

upp till fyra år men kan förlängas om nedsättningen i arbetsförmågan kvarstår. I april 2000 lämnas lönebidrag för närmare 48 500 personer.

OSA – Offentligt skyddat arbete

OSA kan anordnas av offentliga arbetsgivare - till största delen sker detta hos kommuner. OSA riktar sig till en avgränsad målgrupp och syftar till rehabilitering genom arbete. Den som anställs i OSA får lön och anställningsvillkor enligt avtal men omfattas inte av lagen om anställningsskydd. Statsbidrag lämnas till arbetsgivaren enligt ett flexibelt system där bidragets nivå ska ställas i relation till den arbetshandikappade nedsättning av arbetsförmåga. I stort sammanfaller det med lönebidragets regler.

Den största gruppen är socialmedicinskt arbetshandikappade vilken också åtgärden ursprungligen utformades för. Från 1994 vidgades målgruppen för OSA till att omfatta även personer som är berättigade till insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt personer med psykiska arbetshandikapp. I april 2000 fanns 5 264 anställda i OSA.

SIUS – Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd

SIUS är det senaste arbetsmarknadspolitiska programmet för arbetshandikappade. Det infördes som en reguljär åtgärd den 1 juli 1998 efter fem års försöksverksamhet. SIUS är ett individuellt stöd till en arbetssökande med funktionshinder inför en anställning. Det särskilda stödet ges till såväl den arbetssökande som till arbetsplatsen av en SIUS-konsulent som har särskild kompetens i introduktionsmetodik. SIUS bygger på den amerikanska supported employment metodikens teori och metod. SIUS syftar till att ge ett särskilt stöd vid introduktionen inför en anställning om den arbetssökande har stort behov av individuellt stöd för att träna sig i arbetsuppgifter och annat som krävs i arbetsituationen.

SIUS-konsulenterna samverkar med arbetsplatsen om uppläggning av introduktionen och svarar för att ge det individuella stödet till den arbetssökande enligt en handlingsplan. I vissa fall arbetar SIUS-konsulenterna sida vid sida med den arbetssökande i de aktuella arbetsuppgifterna under en tid. Stödet trappas ned successivt under stödperioden för att helt upphöra när den arbetssökande kan utföra arbetsuppgifterna självständigt. Stöd genom en SIUS-konsulent kan lämnas under högst sex månader. Ett visst uppföljningsstöd kan lämnas under ett år från

anställningens början. Under introduktionstiden föreligger inget anställningsförhållande utan den arbetsökande erhåller aktivitetsstöd. För att stöd från en SIUS-konsulent ska lämnas ska det finnas ett anställningslöfte från arbetsgivaren.

Målgruppen för SIUS har främst varit personer med psykiska eller intellektuella arbetshandikapp. Under 1999 fanns 666 personer registrerade som deltagare i SIUS. Därutöver fanns drygt 450 personer som påbörjat SIUS under senare delen av 1998 men som inte har registrerats i arbetsförmedlingens system eftersom denna möjlighet inte fanns före den 1 januari 1999. Programmet är under uppbyggnad och det finns för närvarande ca 100 SIUS-konsulenter fördelade på samtliga län.

Arbetsbiträde

Bidrag till arbetsbiträde kan lämnas i samband med en nyanställning, men även för en redan anställd som har behov av särskilt stöd för att klara av sitt arbete. Bidrag kan också lämnas till egenföretagare. Bidrag kan lämnas med upp till 50 000 kr per år. För arbetshandikappade egenföretagare med ett funktionshinder som medför ett stort kommunikationshandikapp kan ett högre bidrag lämnas med upp till 100 000 kr per år. Arbetsbiträdet är vanligtvis en kollega som får avdela en viss tid för stöd till den arbetshandikappade och som för arbetsgivaren medför att visst produktionsbortfall, vilket bidraget ska kompensera.

Arbets hjälpmedel

Arbets hjälpmedel kan vara både tekniskt hjälpmedel till den enskilde arbetshandikappade eller ett bidrag till vissa anpassningsåtgärder som görs på arbetsplatsen, i det senare fallet är det arbetsgivaren som ansöker om bidrag. Bidrag till arbets hjälpmedel kan lämnas inför en anställning eller för behov som uppstår under de första 12 månaderna av anställningen. Därefter övergår ansvaret till arbetsgivare och försäkringskassa enligt lagen om allmän försäkring. Bidrag kan lämnas med upp till 50 000 kr vardera för den arbetshandikappade och för arbetsgivaren. I vissa fall kan arbetsgivare göra en delfinansiering beroende på anpassningsåtgärdens art. Bidrag kan i vissa fall lämnas med högre belopp för datoriserade hjälpmedel.

Näringshjälp

Näringshjälp kan lämnas till arbetslös arbetshandikappad som har en affärsmässigt bra lösning till att starta egen verksamhet som alternativ för anställning. Bidrag kan lämnas med upp till 60 000 kr till investeringar som är nödvändiga för att starta verksamheten. Näringshjälp kan också kombineras med det generella programmet. Bidrag lämnas under de första sex månaderna av uppbyggnaden av företaget.

De arbetsmarknadspolitiska programmen ger vissa möjligheter att finna lämpliga lösningar för den enskilde. Programmens utformning medger dock bara i undantagsfall att en redan anställd kan omfattas av dem även om det skulle vara en lämplig rehabiliterande insats. Vissa försök har prövats att ge en viss möjlighet till lönebidrag för redan anställda med arbetshandikapp som riskerade att bli arbetslösa vid strukturförändringar hos företagen. Platserna var främst tänkta för mindre företag där arbetsgivare var beredd att ta ett socialt ansvar för en redan anställd men där förutsättningar saknades vid nedskärning och omstrukturering av verksamheten. 500 platser fick användas för detta ändamål under åren 1995–1998. Försöket förlängdes inte trots att många vittnade om att behovet var mycket stort och att platserna skulle kunna utökas för att förhindra att personer slogs ut från arbetsplatser där de kunnat fungera trots sin nedsatta förmåga.

Samhall

Utöver beskrivna program motsvaras en stor del av det antal personer av de funktionshindrade som har arbete av de 27 000 anställda funktionshindrade i Samhall. Syftet med Samhall är att tillgodose ett behov av arbete för funktionshindrade vilka i utgångsläget inte klarar ett arbete på reguljära arbetsmarknaden. Behovet av dessa arbeten är emellertid betydligt högre än vad Samhallgruppen för närvarande kan erbjuda. Efterfrågan är alltså väsentligt större än de 27 000 funktionshindrade personer vilka vid utgången av 1999 hade anställning vid Samhall.

Samhall har fyra mål att tillgodose, satta av ägaren, riksdagen:

- Erbjudas meningsfullt arbete över hela landet, där behoven finns.
- Uppnå målet om årliga nyanställningar om minst 40 procent från prioriterade grupper av personer med svårare funktionshinder och/eller flera funktionshinder.
- Klara årligen mellan 3–6 procent s.k. övergångar till den reguljära arbetsmarknaden.
- Nå uppsatta företagsekonomiska mål.

För de personer vilka har mer omfattande funktionshinder och som har stora svårigheter att få en anställning på den reguljära arbetsmarknaden kan alltså en anställning hos Samhall vara ett alternativ. Den som anställs hos Samhall har avtalsenliga villkor men omfattas inte av lagen om anställningsskydd. Ett syfte med anställningen hos Samhall är för många utveckling genom arbete för att på sikt möjliggöra anställning hos annan arbetsgivare med eller utan lönebidrag. För de som har mycket stora funktionshinder eller där arbetsförmågan inte kan förväntas öka ses anställningen i väl anpassade arbetsuppgifter vid Samhall som en i praktiken permanent anställning. Exempel på sistnämnda är när anställda personer har en sjukdom vilken successivt försvårar funktionshindret över tiden eller en anställd person med betydande begåvningshandikapp.

Utveckling av alternativa sysselsättningar genom icke traditionella projekt och inom de olika EU-programmen

Kooperativ

Under många år har olika försök med kooperativa lösningar prövats runt om i landet. Det har oftast startas som rehabiliteringsprojekt för vissa grupper av arbetshandikappade där inslaget har varit utbildning i kooperativa företagsformer. Utbildningen och att arbeta med företagsidéen har i sig varit en rehabiliterande verksamhet där den enskilde fått kunskaper, ökat självförtroende och i demokratiska former vara delaktig i att planera för sin framtida försörjning. Denna inledande fas har av de allra flesta beskrivits som en mycket bra rehabiliterande verksamhet men de flesta kooperativ har sedan stött på problem med att få en godtagbar affärsmässighet som kan försörja kooperativets deltagare.

För många är kanske en realistisk nivå på förvärvsverksamhet halvtid som kan vara kopplad till en halv socialförsäkringsförmån. Det finns skäl att se över formerna för annat stöd till sådan verksamhet. Det finns kooperativ där merparten av deltagarna är psykiskt funktionshindrade och där det har varit nödvändigt med en arbetsledare som kunnat utgöra en stabil stomme i kooperativet. I Norrtälje finns exempel på flera sådana kooperativ där det finns en nära samverkan med kommunen som bidragit med arbetsledarstödet, vilket är en form av stöd som var och en av kooperatörerna annars skulle ha varit berättigade till enligt LASS. Här ges stödet till en grupp som i övrigt kan försörja sig genom arbete.

Alternativ arbetspraktik för psykiskt funktionshindrade

I ett rehabiliteringsprojekt riktat till psykiskt funktionshindrade har man utvecklat en metod för successiv utslussning i arbete med s.k. gruppvis praktik. Många personer med psykiska funktionshinder som inte varit i kontakt med arbetslivet på lång tid känner oftast stor osäkerhet att gå ut på en arbetsplats och för de många oförutsedda situationer som kan uppstå. Genom att starta parvis praktik byggs en grundtrygghet upp i att klara att vara på en arbetsplats vilket är grunden för nästa steg att gå ut på en egen enskild praktik som på sikt helst ska leda till arbete. Med denna metod har många fler än tidigare kunnat klara sina praktikperioder och därmed har chanserna till anställning ökat.

Galaxen

Galaxen inom byggbranschen är en särskild verksamhet som bygger på att branschens parter har tagit ett särskilt ansvar för rehabilitering genom arbete av byggnadsarbetare som fått arbetshandikapp. Föregångare till dagens Galaxenverksamhet är den försöksverksamhet som benämndes "Strukturstöd till byggbranschen" som startade 1986. De större riksomfattande byggföretagen och byggnadsarbetareförbundet drev i samverkan med Arbetsmarknadsverket försöksverksamheten vars syfte var att ta vara på byggarbetskraften och ge rehabilitering genom arbete. De byggnadsarbetare som omfattades av verksamheten fick en anställning i Galaxen som var ett bolag bildat av Svenska Byggmästarföreningen och de större byggföretagen. Bolagets syfte var att anställa byggnadsarbete som genom anpassat arbete, aktiv företagshälsovård och särskilt stöd fick möjlighet att få en rehabilitering för att sedan kunna återgå till en reguljär anställning i branschen.

Under anställningen i Galaxen har lönebidrag lämnats som kompensation för den arbetshandikappades nedsatta arbetsförmåga. Under försökstiden med strukturbidrag var bidraget fastställt till 75 procent. Försöksverksamheten upphörde den 1 juli 1991 och reglerna i den nya förordningen om flexibelt lönebidrag skulle gälla inom Galaxen. I september 1991 slöt Arbetsmarknadsstyrelsen och Central Galaxen Byggnads AB en överenskommelse om hur den fortsatta samverkan skulle ske med förordningen om 1991:333 lönebidrag som grund. I överenskommelsen definierades parternas ansvarsområden och skyldigheter. Galaxen har omfattats av moderbolaget Central Galaxen Bygg AB samt dotterbolag i varje län. Från år 2000 har dotterbolagen slagits samman till sju bolag där varje bolag omfattar två eller flera län.

Central Galaxen har till uppgift att, tillsammans med en central samverkansgrupp, samverka och utveckla verksamheten i Länsgalaxbolagen. I varje län har funnits ett Länsgalaxbolag som har samarbetat med respektive länsarbetsnämnd. I varje län finns en Länsanpassningsgrupp för byggbranschen (LAB) som har en aktiv roll i det rehabiliteringsarbete som förekommer inom Galaxen. I anpassningsgruppen ingår företrädare för byggarbetsgivare, fackliga organisationer, försäkringskassa och arbetsförmedling samt representanter för företagshälsovård.

Det är länsanpassningsgruppen som tar ställning till vilka personer som skall hänvisas vidare till en anställning hos Galaxen. För dessa personer upprättas en handlingsplan som sedan följs upp av länsanpassningsgruppen. För den praktiska uppföljningen med besök och stöd på arbetsplatsen svarar en särskild uppföljare vilken är anställd i Galaxenbolaget. Uppföljaren är en byggnadsarbetare med egna erfarenheter av arbetshandikapp, vilket bedöms vara ett av de viktigaste inslagen i den rehabilitering och stöd som lämnas i Galaxen. När den arbetshandikappade byggnadsarbetaren bedöms ha återfått eller påtagligt förbättrat sin arbetsförmåga ska han anställas direkt i ett av de vanliga byggföretagen. I överenskommelsen mellan Arbetsmarknadsstyrelsen och Central-Galaxen ska minst 10 procent av de Galaxenanställda årligen överföras till anställning utan lönestöd. En uppföljning som Arbetsmarknadsstyrelsen gjort av Galaxenverksamheten visar att det är endast fyra län som överstiger 10 procent övergångar – riksgenomsnittet ligger på 6,5 procent. En markant förändring har dock skett senast halvåret 1999 i flera regioner vilket återspeglar den ökade tillgången till anställningar inom branschen.

Den situation som byggbranschen haft under större delen av 1990-talet med en nästan stillastående marknad förutom i vissa regioner gör att det är svårt att mäta effekter av det rehabiliterande arbete som utförts inom Galaxen då det knappast har funnits några anställningar att tillgå inom branschen. I den centrala överenskommelsen har medgivits att arbetshandikappade byggnadsarbetare med anställning i ett företag ska kunna ges en anställning i Galaxen. Villkoren är att det kan konstateras och skriftligen redovisas att alla omplaceringsförsök har gjorts inom företaget, att ytterligare möjligheter saknas och att den enskilde kommer att sägas upp.

För att den enskilde inte ska behöva gå vägen över arbetsförmedlingen och ha en period som arbetslös kan han aktualiseras för att tas upp i länsanpassningsgruppen för en eventuell anställning hos Galaxen om detta bedöms som den lämpligaste åtgärden. Det har visat sig att gruppen som kommer in i Galaxen direkt från en anställning har ökat och av dem som i september 1999 var anställda i Galaxen kom

58 procent från en anställning. Det har visat sig att medelåldern för anställda i Galaxen har ökat vilket också kan förklara varför övergångar till en vanlig anställning inte förekommer i den utsträckning som är önskvärt. Det har dock inom Galaxen bedömts som ett positivt rehabiliteringsmål att en person har kunna vara kvar i branschen med anpassade arbetsuppgifter fram till pension. Det har från olika håll framförts förslag om någon form av Senior-Galax där äldre byggnadsarbetare med nedsatt arbetsförmåga kan ges anställning så att deras kompetens tas tillvara i branschen men där förutsättningar ges för den enskilde att få arbeta utifrån sin förmåga.

Aktivitetsgarantin

Trots en god arbetsmarknad med hög efterfrågan på arbetskraft finns det stora grupper som inte kommer ifråga för anställning. Det finns en regional obalans och det är framförallt glesbygdskommuner som fortfarande har svag eller ingen efterfrågan på arbetskraft. Men det finns även grupper i storstadsområdena som trots den goda arbetsmarknaden har stora svårigheter att komma ifråga för en anställning. De personer som är långtidsinskrivna vid arbetsförmedlingen saknar den kompetens som efterfrågas. Många har en allt för låg utbildningsnivå medan andra kan ha yrkesutbildningar inom vikande branscher. Flertalet av de långtidsinskrivna vid arbetsförmedlingarna har haft flera perioder där de deltagit i olika arbetsmarknadspolitiska program som dock inte lett till anställning. För närvarande finns ca 67 000 personer som har fastnat i en rundgång mellan arbetsmarknadspolitiska åtgärder och a-kassa.

För att öka möjligheterna för de som varit långtidsarbetslösa mer än två år införs under hösten 2000 en s.k. aktivitetsgaranti som syftar till att denna grupp skall erhålla ett mer personligt och intensivt stöd i sitt sökande efter arbete. De arbetssökande kommer att ingå i mindre grupper om 10–15 personer med en handledare. Tillsammans med handledare ska en individuell jobbsökarplan utarbetas och den ska kunna omfatta den tid som individen bedöms behöva dvs. den ska kunna vara längre än den som anges i de enskilda programmen. Den arbetssökande ska erhålla aktivitetsstöd/utbildningsbidrag för sin försörjning under tiden i aktivitetsgarantin. Om den arbetssökande erbjuds ett tillfälligt arbete ska han ha lön från arbetsgivaren men kan återgå till aktivitetsgarantin igen till dess att det finns en mer permanent lösning. För att öka sin kompetens kan den enskilde delta i flera olika program och aktiviteter som kan stärka hans ställning på arbetsmarknaden. För den som har en låg utbildningsnivå kan det bli aktuellt med varvat arbete och utbildning.

För den som genom arbete ökar sin kompetens och framförallt skaffar sig sociala färdigheter i arbetslivet kan det vara aktuellt att finna någon form av övergångsarbetsmarknad. Detta innebär att arbetsuppgifter skapas genom att kommuner, företag och arbetsmarknadens parter m.fl. samverkar om meningsfulla arbetsuppgifter som behöver utföras men som inte görs av någon annan och som inte sätter konkurrensen ur spel på den lokala marknaden. Den eller de som kan anordna sådana arbetsuppgifter som ställs till aktivitetsgarantins förfogande kan erhålla ett anordnarstöd på högst 150 kr dag/individ för administration och kringkostnader.

Exempel på övrig verksamhet med inslag av övergångsarbetsmarknad

Förutom Galaxen och OSA som beskrivits ovan finns ytterligare verksamheter som har karaktären av övergångsarbetsmarknad

Stiftelsen Activa har byggts upp i samverkan mellan arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget i Örebro. Syftet med Activas verksamhet är att ge funktionshindrade med stora stödbehov en möjlighet till rehabilitering genom arbete. Arbetsträning kan ges dels inom ramen för olika verksamheter hos Activa dels hos andra arbetsgivare. Den funktionshindrade erhåller en anställning hos Activa med lönebidrag men har sin placering hos en annan arbetsgivare. Under introduktionsperioden ger Activa stöd via sina arbetskonsulenter, både till den enskilde och till arbetsgivaren. Arbetsgivaransvaret förblir Activas även om den funktionshindrade behöver en längre tid att komma in i arbetet. Målet är att den enskilde ska övergå till anställning i det företag där arbetet utförts. Liksom i SIUS tillämpas supported employment metodiken. Activa har också utvecklat en datorteksverksamhet för funktionshindrade som syftar till utbildning och arbete.

Kulturarvs IT är en gemensam arbetsmarknadspolitisk och kulturpolitisk satsning som innebär att tillgängligheten till kulturarvet ökar samtidigt som personer med arbetshandikapp bereds arbete. Kulturarvs IT omfattar dels en regional satsning som Riksantikvarieämbetet har projektansvar för och där sammanlagt 24 museer deltar, dels en särskild regionalpolitisk satsning där Stiftelsen Föremålsvård i Kiruna ökar sin verksamhet och även etablerar ny verksamhet i Strömsund och Grängesberg. Verksamheten ger möjlighet för personer med större funktionshinder möjlighet till arbete.

Arbetsuppgifterna innebär digitalisering av bilder och föremål för museer och arkiv. Dataregistreringsarbetet ställer stora krav på noggrannhet men arbetet kan utföras även av den som inte har så hög

arbetskapacitet. Målgruppen för verksamheten är de som är berättigade till 100 procent lönebidrag. Hittills har 100 personer fått utbildning och anställning och ytterligare 90–100 personer är aktuella för en förberedande utbildning i kulturhistoriska ämnen och i dataregistrering med sikte på anställning. Under år 2000 kommer minst 190 personer med omfattande funktionshinder att vara anställda i Kulturarvs IT.

Förutom denna riksomfattande satsning finns sedan tidigare ett antal museer runt om i landet som byggt upp dataregistreringscentraler där arbetshandikappade har anställning, oftast med lönebidrag.

Kooperativ verksamhet

Viss kooperativ verksamhet kan också ses som en form av övergångsarbetsmarknad. Detta gäller särskilt kooperativ med social inriktning där processen haft en rehabiliterande funktion, både genom dess demokratiska arbetsformer och ansvarstagande vid en företagsetablering. Vissa har övergått till att bli fullvärdiga kooperatörer, andra har anställts av kooperativen för att senare kunna övergå till anställning hos annan arbetsgivare.

Arbetsgivarringar

Redan tidigt under 1990-talet har det förekommit samverkan kring rehabilitering mellan arbetsgivare. Det har oftast haft formen av mer informella nätverk på orter eller i geografiskt avgränsade industriområden där företag har känt ett behov av varandras stöd för att kunna fullgöra sitt rehabiliteringsansvar. Vanligtvis var det små eller medelstora företag som trots ansträngningar inte kunnat erbjuda bra rehabiliteringsalternativ i sin egen verksamhet utan har vänt sig till grannföretag eller liknande. I vissa fall har företagshälsovården, ibland annan finansierad personal fungerat som förmedlande länk. Arbetsgivarringarna är ett sätt att hjälpa varandra i rehabiliteringsarbetet med rehabilitering, arbetsprövning, aktiveringskurser, kompetensutveckling och nya yrkeskarriärer. En intresseförening har bildats med mål att bli ett nationellt nätverk för lokala arbetsgivarringar. Idag finns ett antal arbetsgivarringar som är medlemsringar i det nationella nätverket Stockholm (6 ringar), Katrineholm, Kumla, Kalmar, Karlskrona, Svedala och Boden. Sex ytterligare ringar uppges vara aktiva företagsringar.