

Nordiska rehabiliteringssystem – likheter och olikheter

En komparativ beskrivning med inriktning på rehabiliteringsprocess och rundgångsproblematis

Jo Cranner Sofia Adolfsson Sigurdur Thorlacius
Alf Bergroth Jan Ekholm Rainer Grönlund Jenny Kärrholm
Torunn Pettersson

I samband med den – inte minst av politiker – uppmärksammade ökningen av kostnaderna för socialförsäkringssystemets sjukförsäkringsdel, arbets-marknadsverket och social-tjänsten, har man bl.a. kommit att intressera sig för att vissa personer hamnar i rundgång mellan myndigheterna. Följden av rundgången blir att individens rehabiliteringsbehov inte på något avgörande sätt blir åtgärdat. Anledningen till att personer hamnar i rundgång mellan myndigheterna har inte kartlagts men problematiken återfinns i samtliga nordiska länder. Efter ett initiativ från socialförsäkringssidan påbörjades ett projekt där, som ett första steg, de olika systemen kring rehabiliteringsprocessen i nordiska länder skulle beskrivas.

Jo Cranner är planerings- och projektkoordinator vid Fylkestrygdekontoret i Oslo och har fungerat som redaktör för den första interna rapporteringen av detta projekt. Sofia Adolfsson är fil.kand. med socialpsykologi som profil och är verksam på FoU-enheten, Försäkringskassan Stockholms län, för detta projekt med anknytning till CSF, Sigurdur Thorlacius är medicinsk direktör vid Tryggingastofnun riksins (Riksförsäkringsverket i Island) och docent vid medicinska fakulteten, Islands universitet, Department of Public Health Sciences, samt projektledare för det Nordiska forsknings- och utvecklingsprojektet, Alf Bergroth är professor i rehabiliteringsvetenskap vid Mitthögskolan Östersund, föreståndare för CSF samt f.d. FoU-chef vid Försäkringskassan Stockholms län, Jan Ekholm är professor i rehabiliteringsmedicin vid Karolinska Institutet, Stockholm och överläkare vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Karolinska sjukhuset samt aktiv inom CSF, Rainer Grönlund är samh. lic och arbetar som socialarbetare vid Forsknings och Utvecklingsenheten på Folkpension-sanstalten, Åbo, Jenny Kärrholm är socionom och anställd vid Försäkringskassan Stockholms län samt doktorand vid Institutionens för Folkhälsovetenskap sektion för rehabiliteringsmedicin, Karolinska Institutet och CSF Mitthögskolan. Torunn Pettersson är avdelningschef vid Fylkestrygdekontoret i Oslo. Samtliga är aktiva inom det nordiska utvecklings- och forskningsprojektet.

INLEDNING

Sedan mitten av 1990-talet har det i Sverige uppmärksamats att vissa personer bollas mellan myndigheterna. Trots att åtgärder,

bl.a. i form av samverkan, har vidtagits för att komma till rätta med problematiken så finns den fortfarande kvar. På en nordisk försäkringskassakonferens 1998 påtalades

problematiken och det kunde konstateras att problemet fanns i hela Norden. En projektgrupp bestående av personer från socialförsäkringsinstitutionerna på Island, Finland, Norge och Sverige bildades. Danmark är det enda nordiska land som ännu inte deltar i projektet. Idén var att genom ett gemensamt nordiskt projekt skulle man kunna ta tillvara varandras erfarenheter kring dessa problemområden utifrån de olika nordiska välfärdssystemen och på så sätt försöka finna de goda lösningarna.

För att få en jämförelsegrund mellan länderna när det gäller rundgångsproblematiken började projektgruppen med att ta fram en systembeskrivning över välfärdssystemet i respektive land, samt att titta på de formella sidorna av välfärdssystemet som påverkar möjligheten till och viljan att samarbeta mellan de olika myndigheterna.

Det finns några få aktuella översikter med beskrivningar av olika länders trygghetssystem (Johansson m.fl. 2000, SSA 1999, SOU 2000:78). Dessa är rent deskriptiva och tar inte upp rehabiliteringsprocessen ur rundgångsproblematiksynpunkt.

SYFTE

Syftet med systembeskrivningarna och jämförelsen av de olika välfärdssystemen i de nordiska länderna är att se vilka likheter och skillnader som finns mellan länderna. Detta för att kunna sätta in rundgångsproblematiken i en kontext.

Med rundgångsproblematik avses här företeelsen att personer som är i behov av insatser eller åtgärder från någon offentlig organisation med rehabilitering ingående i verksamheten, men där det visat sig svårt att avgöra vilken institution som har huvudansvaret, vilket leder till att personerna blir

hänvisade till en myndighet efter en annan utan att individens rehabiliteringsbehov på något avgörande sätt blir åtgärdat.

Frågeställningar

Vilka likheter och skillnader finns i de nordiska ländernas välfärdssystem?

För att besvara denna övergripande fråga har följande underfrågor utarbetats.

- Vilka institutioner har vilken roll inom ramen för välfärdssystemet?
- Är rättigheter generella eller selektiva (dvs. med eller utan behovsprövning)?
- Vilken är institutionens konkreta målsättning?
- Hur ser rehabiliteringsprocessen ut?

Dessa frågor behandlas utifrån de olika ländernas institutioner i alfabetisk ordning: Finland, Island, Norge och Sverige.

METOD

Artikeln har sin utgångspunkt i en matris med informationsområden som utarbetades hösten 1999 och våren 2000. Utifrån denna har kompletterande material inhämtats inom varje land via samtal med individer inom respektive myndighet. En sak som varit komplicerad under processen är att flera begrepp som används har en liknande, men inte samma, innebörd i de olika länderna. Det har varit en utmaning att göra en jämförelse av innebörden av begreppen i förhållande till de olika ländernas institutioner. Beteckningarna på institutionerna har varit olika,

En sak som varit komplicerad under processen är att flera begrepp som används har en liknande, men inte samma, innebörd i de olika länderna

och vad de olika institutionerna har som uppgift har inte varit direkt jämförbara. Orsakerna till detta kan vara både struktur- och organisationsmässiga, de kan även bero på språkliga eller kulturella orsaker.

RESULTAT

Intentioner och målsättningar

Finland

Folkpensionsanstalten (FPA) har som huvuduppgift att utreda rehabiliteringsmöjligheter och utföra rehabiliteringsaktiviteter. Huvudmålsättningen för FPA är att "förbättra och upprätthålla brukarnas/klienternas arbetsförmåga". I förlängningen är det en rad speciella försäkringssystem (olycksfallsförsäkring, trafikförsäkring etc.) som administreras av andra institutioner. FPA bygger på ett omfattande system, där alla som uppfyller de uppsatta kriterierna har rätt till existerande bidrag. I Finland räknas det praktiska arbetet med den medicinska och/eller sociala rehabiliteringen som en del av kommunens generella sociala tjänsteutbud. Medicinsk rehabilitering kan även anordnas och bekostas riksomfattande av FPA för gravt handikappade och för personer med en speciell sjukdom. Yrkesinriktad rehabilitering och längre rehabiliteringsperioder finansieras mestadels av FPA, men även andra institutioner har rehabilitering som en av sina uppgifter. Detta gäller mestadels rehabiliteringsinsatser på olika rehabiliteringsanstalter. FPA:s roll är i detta sammanhang mer som remissleverantör än som en aktör i rehabiliteringsprocessen.

Individen skriver själv sin rehabiliteringsansökan och har därmed själv möjligheten att ta initiativ till att söka rehabilitering. Ansvaret för att initiera rehabilitering och/eller utredningar ligger också hos både häl-

sovården och FPA, men de övriga institutionerna har även de möjlighet att ta initiativ. Rehabilitering kan också ges av socialtjänsten, arbets- eller utbildningsförvaltningen och av forsknings- och arbetspensionssystem. I de fall en klient behöver rehabilitering och det inte är ändamålsenligt att organisera den genom endast en av myndigheterna, ska klienten hänvisas till den mest möjliga anpassade rehabiliteringen eller till annan hjälp utanför myndigheterna.

Det finska systemet har även ett kompletterande privat system med arbetspensionsanstalter (APL). Dessa förvaltar pensions- och rehabiliteringssystem för tidigare yrkesaktiva, och är för dessa klienter alternativ till FPA. De har som huvuduppgift att välja ut och anpassa yrkesinriktad rehabilitering till sjukanmälda yrkesaktiva.

Arbetskraftsministeriet har som huvuduppgift att hänvisa till den bästa möjliga åtgärden för den arbetssökande. Därutöver ska Arbetskraftsministeriet anpassa yrkesinriktad rehabilitering och bidra med olika typer av utbildningsutbud, för att underlätta den arbetssökandes möjligheter på arbetsmarknaden. Detta är också generella bidrag, vilka alla som uppfyller kriterierna för insatser, har rätt till. FPA betalar dagpenning till arbetslösa. Därutöver betalar de enskilda fackförbunden inkomstrelaterad dagpenning. Andra bidrag som utbetalas är arbetsmarknadsstöd, utbildningsstöd, vuxenupplärningstillägg, avgångsbidrag, arbetslöshetspension, sysselsättningsstöd (till arbetsgivare) och företagsstöd.

Hos socialtjänsten ligger generellt socialt arbete, rådgivning i familjefrågor, hemhjälp, institutionsbehandling, familjevård samt stöd och omsorg för närstående. Social-

Alla rättigheter är generella, men i många fall är storleken på bidragen beroende på klientens sociala/ekonomiska situation

tjänsten är selektiv i den mån att bidrag är baserade på behovsprövning. Huvudmål-sättningen hos socialtjänsten är att fungera som stöd för den enskilda kommunens invånare.

Island

Tryggingastofnun Ríkisins (TR) roll är att avgöra ansökningar om sjukpenning, rehabilitering/sjukbidrag och förtidspension och göra utbetalningar av bidrag. Huvudmål-sättningen för TR är att få brukarna tillbaka i arbete genom olika rehabiliteringsaktiviteter. Alla rättigheter är generella, men i många fall är storleken på bidragen beroende på klientens sociala/ekonomiska situation.

Vinnumalastofnun (Arbetsstyrelsen) har som uppgift att administrera arbetsförmedling och olika arbetsmarknadsåtgärder på Island. Alla som har varit i arbete i tio veckor, utöver självständigt näringsdrivande, har rättighet till arbetslöshetsförsäkring. Olika åtgärder för kompetensutveckling tar sikte på att få folk tillbaka i arbete så fort som möjligt. Därutöver har Vinnumalastofnun ansvaret för bl. a. lönegarantifonden, arbetsmarknadsutbildningsfonden och arbetslöshetsförsäkringen.

Målsättningen för socialtjänsten i Reykjavik är definierad i den antagna lagen om kommunernas skyldigheter och då först och främst i lagen om kommunernas sociala service, fiskefångstlagen, lagen om handikappades angelägenheter och lagen om äldre.

Socialtjänsten i Reykjavik erbjuder ett brett urval av hjälpprogram och tillämpar vid varje tillfälle de hjälpmedel som är nödvändiga för att uppnå de fastställda målen. Åtgärderna kan grovt indelas i service i hemmet, bostadsservice, rådgivning och vägledning, familjestöd, ekonomisk hjälp och förebyggande projekt. Rådgivning och vägledning är en av de viktigaste funktionerna för socialtjänsten i Reykjavik. Den riktas mot enskilda personer, familjer och vid vissa tillfällen grupper, t. ex. på grund av sjukdom, invaliditet, arbetslöshet, ekonomiska problem eller fiskeuppgifter. Har man ingen inkomst, eller en inkomst under accepterat minimum, har man rätt till ekonomisk hjälp. Likaså erbjuds vid vissa tillfällen ekonomisk hjälp till självhjälp, för att sätta vederbörande i stånd till att försörja sig själv och sin familj även om inkomsten är högre än accepterat minimum. Invånare med låg inkomst har rätt till bostadsbidrag.

Norge

Den norska trygdeetatens viktigaste roll i rehabiliteringshänseende är, vid sidan av att avgöra enskilda ärenden och utbetala sjuk- och rehabiliteringspenning, att följa upp sjukanmälningar. Det norska trygghetssystemet är generellt. Alla som uppfyller kriterierna, som är uppsatta för trygde- etats bidrag, har rätt till dessa bidrag.

Huvudsyftet med uppföljningen av de sjukanmälda är att sörja för att personer med sjuk- eller rehabiliteringspenning kommer tillbaka i arbete, helt eller delvis, så att de inte blir utstötta från arbetslivet. Centralt i detta sammanhang är att så fort som möjligt få en förståelse för den sjukanmäldas möjligheter att komma tillbaka i arbete. I Norge definieras det grundläggande elementet i

Det offentliga ska vara pådrivande i detta arbete, men arbetsgivarnas ansvar måste också understrykas

uppföljningen av sjukanmälda, arbetslinjen, för det första genom åtgärder som inriktas mot att få arbetsoförmögna tillbaka i arbete. För det andra innebär arbetslinjen en förpliktelse att tänka i arbetslivsriktning framför passiv kontantutbetalning. Centrala begrepp är här tidig och aktiv uppföljning och en effektiv rehabiliteringsapparat. Det offentliga ska vara pådrivande i detta arbete, men arbetsgivarnas ansvar måste också understrykas.

Aetat (tidigare Arbeidsmarkedssetaten) har som huvuduppgift att administrera utbetalningen av dagpenning till arbetslösa, värdera och verkställa åtgärder för arbetslivsinriktad rehabilitering och att driva generell arbetsförmedling. Sosialetaten i Norge administrerar bidrag till personer som inte har rätt till bidrag från folketrygden och/eller Aetat. Därutöver kan personer som har inkomster, men under en viss nivå, få stöd i form av bostadsbidrag och/eller försörjningsstöd. Sosialetaten är selektivistisk, d.v.s. att bidragen är beroende av den sökandes inkomst och förmögenhet.

Sverige

Försäkringskassan har tilldelats tillsyns- och samordningsansvar i rehabiliteringssammanhang. Det innebär att Försäkringskassan har ett generellt ansvar för att klargöra klientens rehabiliteringsbehov och för att åtgärder vidtas som är nödvändiga för en effektiv rehabilitering. Lagen om allmän försäkring, AFL 22:1, fastslår att Rehabili-

tering ska syfta till att återge den som drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (RFV 2001). Sjukförsäkringen är allmän och regleras i Lagen om allmän försäkring.

Länsarbetsnämnderna har som huvuduppgift att förmedla arbete till arbetslösa, men har också ett ansvar för personer som riskerar att bli arbetslösa. Länsarbetsnämnderna ska genom platsförmedling, vägledning, yrkesinriktad rehabilitering och aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder främja arbetslinjen, arbeta för effektiv arbetsmarknad och ta tillvara de svaga gruppernas ställning på arbetsmarknaden. Arbetslöshetsförsäkringen är allmän och omfattar både medlemmar och icke-medlemmar. Det är emellertid olika bidragsnivåer mellan dessa två grupper.

Kommunens socialtjänst är pålagd ansvar för verksamheterna i Socialtjänstlagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade –LSS. Socialtjänsten omfattas också av två kompletterande tvångslagar, inriktade mot missbrukare och barn/ungdomar som är i behov av hjälp. Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag, med en kombination av ansvar för kommunen och rättigheter för den enskilde. Avsikten med Socialtjänstlagen är att vara det yttersta skydds nätet för personer som av olika orsaker inte får sina behov tillgodosedda på andra sätt, t. ex. genom arbete, genom socialförsäkringssystemet eller via arbetsmarknadsåtgärder. Bistånd ska utformas så att det stärker den enskildas förmåga att leva ett självständigt liv, bland annat genom att bli självförsörjande. Rättigheterna knyts till den enskildes behov vid varje enskilt tillfälle (Ehlin 2001).

Sammanfattning och slutsatser beträffande intentioner och målsättningar

Roller, intentioner och målsättningar hos myndigheterna är i högsta grad lika. Även om ordvalet som används för att beskriva skillnader varierar, så har man i stort sett liknande målsättningar i de tre verken.

En olikhet kan ligga i det finska systemet, som har flera olika institutioner för att administrera olika speciella bidrag. I olika fall har de i processen aktiva institutionerna ansvar för sin del i rehabiliteringsprocessen men det finns ingen huvudansvarig för processen i helhet.

I Norge har arbetet med den yrkesinriktade rehabiliteringen varit delat mellan trygghetstaten och Aetat/arbetsmarknadsstaten. Bakgrunden till denna delning var att man önskade utnyttja dessa båda organisationers olika kompetenser för rehabiliteringsprocessen, och man önskade styrka samarbetet mellan institutionerna.

Huvudslutsatsen i förhållande till de frågor vi har granskat ovan är att de olika länderna har fler likheter än olikheter och att olikheterna inte är av central karaktär.

Struktur och organisation

Finland

FPA har tre olika nivåer. Det är en central och nationell enhet, fem regionkontor och ett stort antal lokalkontor. Det centrala kontoret är ett överordnat förvaltningsorgan som har som huvuduppgift att ange riktlinjer för FPAs verksamhet, genom att bl. a. konkretisera lagar och ge riktlinjer för an-

vändning i de underliggande enheterna. När det gäller ärendehandläggning fattas i praxis de flesta besluten på lokalkontoren. Undantag är förtidspension och enskilda ärenden rörande studiestöd. Dessa typer av ärenden avgörs av det nationella kontoret. Generellt har regionkontoren rollen av rådgivare och ärendehandläggare, utöver att genomföra upplärning. De har också ansvaret för att planera rehabilitering och att koordinera denna i samarbete med andra myndigheter. FPA är en statlig institution, där emellertid enskilda uppgifter inom socialförsäkringen administreras bland annat av försäkringsbolagen, genom Arbetspensionslagarna (APL). Dessa måste därför anses som privata lösningar inom socialförsäkringen.

Arbetskraftsministeriet har två underliggande nivåer, regionkontor och lokala Arbetskraftskontor. Regionkontoren är en del av Arbetskrafts- och näringscentraler, och har som uppgift att ge stöd och råd till företag, att verkställa den regionala Arbetskraftspolitik, och att planlägga och organisera den Arbetskraftspolitiska vuxenutbildningen. Regionkontoren har med andra ord ett stort ansvar för att delta i, och påverka, utvecklingen i sin egen region. Arbets- och näringscentrum stärker och utvecklar verksamheten på de lokala Arbetskraftskontoren.

Island

På Island är det två nivåer inom socialförsäkringsinstitutionerna. Förutom TR som är den nationella enheten, har Island också 25 lokala enheter, anslutna till de lokala "sysselmannsembetene". Den isländska socialförsäkringen är statlig och ligger under Hälso- och socialförsäkringsdeparte-

De olika länderna har fler likheter än olikheter och olikheterna är inte av central karaktär

mentet. Alla som har fast uppehålle på Island, och de som har haft det inom EES de senaste sex månaderna, har rätt till sjukpenning. För att ha rätt till rehabiliteringspenning eller förtidspension måste man antingen ha haft fast uppehållstillstånd på Island under tre år före ansökan eller varit 100 procent arbetsför då man bosatte sig på Island, man kan då få förtidspension eller rehabiliteringspenning efter sex månader.

Vinnumalastofnun är under statligt ansvar. Under Vinnumalastofnun är det åtta regionala arbetsförmedlingar, dessutom flera lokala informations- och registreringsenheter. Dessa tar sig an registrering av arbetslösa, arbetsförmedling och utbetalning av arbetslöshetsersättning. Vinnumalastofnun driver dessutom egen arbetsförmedling/registrering i två städer, och har i andra städer kontrakt med olika parter (kommuner, fackförbund etc.) om registreringen. Medan TR är under Hälso- och socialförsäkringsdepartementet är Vinnumalastofnun och Socialtjänsten under Socialdepartementet.

Norge

Det är tre nivåer i den norska trygde Staten. Utöver Rikstrygdeverket (RTV), som är det överliggande förvaltningsorganet för trygde Staten, finns det 19 fylkestrygdekontor, och 470 trygdekontor (minst ett i varje kommun – de största städerna har fler).

RTV ligger under Social- och hälso-departementet. Som förvaltningsorgan står det RTV fritt att definiera medel som kommer från departementet. Fylkestrygdekontoren (FTK) har huvudansvaret för koordinering av trygdekontorens verksamhet i varje enskilt förvaltningsområde. FTK lägger ramen för de lokala trygdekontoren, och

har enskilda specialfunktioner som är anslutna till dem, bland annat räkenskap och upplärning, utöver ärendehandläggning och rådgivning i konkreta ärenden. I övrigt är FTK klagomålsinstans för beslut fattade på trygdekontoren. Även om FTK har koordineringsansvaret för trygdekontorens verksamhet i förvaltningsområdet som helhet, har alla enheter en viss grad av självstyrelse. Den norska trygde Staten är statlig. Alla invånare i Norge, eller personer som arbetar på norska företag och institutioner utomlands, kan söka om bidrag från Folketrygd. Det är emellertid olika krav för olika bidrag. För förtidspension är det för det första ett krav på att man har en sjukdomsdiagnos som trygde Staten accepterar som underlag för verkställandet. Därutöver är det krav på att individen ska ha varit bosatt i Norge i tre år.

Aetat är en statlig institution. När det gäller Aetat, är det även här tre nivåer. Det överliggande nationella organet har som funktion att utarbeta överordnade planer för Aetats verksamhet. Under detta är det regionala kontor som administrerar de lokala arbetskontoren

Sosialetaten i Norge är kommunal. Det är två nivåer, där socialkontoren är underordnade den kommunala administrationen.

Sverige

Den svenska regeringen fastslår verksamhetsmål för socialförsäkringsadministrationen. Målet för år 2000 var t. ex. att man skulle bli bättre på att ta tillvara den enskildes arbetsförmåga och återställa förlorad arbetsförmåga. Detta skulle ske i samarbete mellan berörda myndigheter och andra aktörer. Utifrån regeringens mål sätter Riksförsäkringsverket (RFV) nationella mål och Försäk-

Den svenska regeringen fastslår verksamhetsmål för socialförsäkringsadministrationen

ringskassan lokala mål.

RFV är den centrala förvaltningen för socialförsäkringen och anslutna bidragssystem. RFV ska arbeta för att socialförsäkrings- och bidragssystemen används lika och rättssäkert. RFV ska också arbeta för att aktiva åtgärder verkställs för att reducera behovet av långtidssjukskrivningar och förtidspension. Under RFV:s tillsyn ligger Försäkringskassorna inom varje enskilt län, med sina underliggande lokalkontor. Försäkringskassorna behandlar de enskilda ärendena inom socialförsäkrings- och bidragssystemen på regional och lokal nivå. Försäkringskassorna samordnar och utövar tillsyn över rehabiliteringsverksamheten. Detta gäller också annan rehabilitering än den yrkesinriktade. Utöver de centrala direktiven från Riksdag och Regering och RFV, styr försäkringskasseledningen till viss del verksamheten vid lokalkontoren. Försäkringskassan är en självständig förvaltningsenhet, under tillsyn av RFV som är en statlig myndighet. Alla medborgare som är bosatta i Sverige och som har fyllt 16 år (särskilda regler som en konsekvens av EES-avtalen) blir inskrivna hos Försäkringskassan. Sjukpenning och förtidspension ska ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Detta innebär att en person kan få sjukpenning eller förtidspension/sjukbidrag från Försäkringskassan om inkomsten uteblir av medicinska orsaker. Avgörande är i vilken grad sjukdomen reducerar arbetsförmågan.

Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) är central förvaltningsenhet för generella arbetsmarknadsfrågor samt högsta myndighet för Länsarbetsnämnderna. Länsarbetsnämnderna har ansvaret för generella arbetsmarknadsfrågor i länet, med huvuduppgift att leda, samordna och utveckla verksamheten i länet. Arbetsförmedlingarna är de lokala enheterna under Länsarbetsnämnderna som ska verkställa arbetsmarknadspolitiken. Inskrivna på Arbetsförmedlingarna blir alla som är arbetslösa och står till arbetsmarknadens förfogande, eller som riskerar att bli arbetslösa. Länsarbetsnämnden är en statlig myndighet. Arbetslöshetsförsäkringen handhas av 40 arbetslöshetskassor. Dessa är skapade av fackföreningarna. Rätten till ersättning från arbetslöshetsförsäkringen beror på ett så kallat arbetsvillkor, som innebär att individen ska ha arbetat i en viss utsträckning under en viss tidsperiod innan arbetslöshetsperioden påbörjades. Särskilda villkor gäller för konventionsärenden och EES-ärenden. Vidare ska man bl. a., för aktivitetsstöd till arbetsmarknadspolitiska aktiviteter som t. ex. arbetsmarknadsutredning, vara arbetslös eller riskera att bli arbetslös, vara 20 år och söka arbete via den offentliga arbetsförmedlingen samt vara bosatt i Sverige. Särskilda undantag finns för vissa grupper t. ex. flyktingar och funktionshindrade.

Socialtjänsten är en kommunal angelägenhet, under tillsyn av Socialstyrelsen, som är en statlig myndighet. Hur kommunens socialtjänst är organiserad varierar från kommun till kommun, bl. a. utifrån storleken på kommunen. Det vanliga är en indelning i ärendeområden, särskilt i större kommuner, med enheter för ekonomiskt stöd, arbete med individ- och familjestöd, familjerätt och

missbruk. I några kommuner finns också speciella enheter som arbetar med invandrare. Det vanligaste är att verksamheten drivs av kommunen själv. Köp av privata tjänster, eller att verksamheter privatiserats, är mest vanligt när det gäller behandling av missbrukare, ungdomar med psykosociala problem, missbruksproblem och kriminalitet samt hemtjänst och boende för äldre och funktionshindrade. Social-tjänstlagen reglerar rättigheter när det gäller socialbidrag, vård och omsorg. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till stöd till egen försörjning och till övriga nödvändiga utgifter.

Sammanfattning och slutsatser beträffande struktur och organisation

Samtliga av de nordiska ländernas socialförsäkrings- och arbetsmarknadsinstitutioner är statliga. Undantaget är Finland, där man har olika institutioner med olika ägarstruktur som tar sig an enskilda specifika uppgifter. Huvudregeln i de nordiska länderna är att ha tre nivåer på de statliga institutionerna. Undantaget är Island, där det på grund av landets storlek och befolkning, inte har varit förutsättning för att upprätta en regional institution. Det finns också skillnader i hur de olika nivåerna definieras i förhållande till varandra, där det visat sig att trygdestaten i Norge är relativt centralstyrd i förhållande till de övriga ländernas socialförsäkringsinstitutioner. När det gäl-

ler socialtjänsten, så är den kommunal i samtliga länder och följaktligen direkt underordnade kommunstyrelsen. Det är enskilda variationer mellan de olika institutionerna när det gäller medlemskapssystem och medborgarrättsliga kriterier i förhållande till att ha rätt till bidrag. På Island är medlemskapskriterierna för medlemskap mycket hårdare än i Norge.

Formaliserade samarbetsstrukturer Finland

Det är regelbaserad styrning av arbetet mellan de olika institutionerna i Finland. Institutionerna är skyldiga att ha ett tätt samarbete, både på regional och lokal nivå, inom rehabiliteringsområdet. Arbetspensionsanstalten, som privat institution, är dock inte med i detta samarbete men samarbetar dock i enskilda ärenden, och betalar också de övriga förvaltningarna för tjänster som de kan utföra.

Vilka bidrag man får från enskilda förvaltningar beror på anställningsförhållanden. Har man rätt till arbetsrelaterade bidrag (arbetslöshetsbidrag, rehabiliteringspenning och pensioner) är detta förstaprioritetsbidrag, tillsammans med arbetssjukdom och trafikskador. Det finns en lagreglerad skyldighet till generellt samarbete mellan institutionerna. Vilka specifika områden det samarbetas kring är emellertid i hög grad bestämt av institutionerna själva. Detta samarbete mellan institutioner pågår på alla nivåer.

Island

Samtliga institutioner är oberoende av varandra, och ansökningar avklaras som regel oberoende av de övriga institutionerna. Det är inte heller regelbestämt om samarbets-

Samtliga av de nordiska ländernas socialförsäkrings och arbetsmarknadsinstitutioner är statliga

Samtliga institutioner är oberoende av varandra, och ansökningar avklaras som regel oberoende av de övriga institutionerna

strukturer mellan olika institutioner. I anslutning till de regionala arbetsförmedlingsinstitutionerna finns det regionala råd, med representanter för arbetsmarknadens parter, kommuner och utbildningsinstitutioner.

Norge

De tre institutionerna (trygde-, sosial- och aetaten) i Norge är klart separata från varandra. Trygdeetatens huvudsamarbete med Aetat går ut på yrkesinriktad rehabilitering, i processen med att avgöra vem som har förutsättningar för att genomgå ett sådant rehabiliteringsprogram. Trygdeetatens bidrag är rättighetsbaserat. Det betyder att personer med reducerad eller bristande arbetsförmåga ska ansöka om bidrag hos trygdeetat, innan sosialetaten kommer in i bilden för eventuellt bidrag. Även Aetats bidrag är rättighetsbaserade och följaktligen måste mottagarna av sociala bidrag först ha varit i kontakt med Aetat.

Samarbetet när det gäller yrkesinriktad rehabilitering är regelstyrkt, så det har varit relativt klart hur arbetsfördelningen mellan organisationerna ska vara. Det är också upprättat intentionsavtal för samarbetet mellan institutionerna på lokal- och förvaltningsnivå. Samarbetet mellan de tre myndigheterna blir emellertid svårbedömt bl. a. genom motstridiga målsättningar. Resultatkraven för Aetat är hur många klienter institutionen får tillbaka i arbete. Detta betyder att Aetat har som förutsättning för att bidra

till en rehabiliteringsprocess att individen har goda möjligheter att komma tillbaka i arbete. Trygdeetaten har å sin sida som målsättning att arbetsoförmögna ska tillbaka till arbete. Förutsättningen är därmed att individen måste vara för sjuk för att kunna arbeta, för att komma in under reglerna för yrkesinriktade bidrag. En annan sida av samarbetsproblematiken är olika definitioner av var skillnaden går mellan sjukdom och social missanpassning, där Sosialetaten definierar denna skillnad annorlunda än trygdeetaten. Detta kan skapa problem med att klarlägga vilken institution som har ansvaret för vederbörande. Trygdeetaten kan komma till slutsatsen att individen inte är sjuk, bara socialt missanpassad, och därför inte har rätt till bidrag. Sosialetaten kan emellertid definiera detta som att vederbörande är sjuk och därför först måste söka om bidrag från trygdeetaten.

Sverige

Försäkringskassan har ett lagreglerat tillsyns- och samordningsansvar i rehabiliteringsfrågor. Försäkringskassan ska, i samråd med den aktuella individen, samarbeta med arbetsgivare och arbetstagarorganisationer, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsförmedlingen, samt andra relevanta myndigheter.

Länsarbetsnämnden ska samarbeta på alla nivåer med andra aktörer. Detta är i huvudsak lagreglerat. I anslutning till länsarbetsnämnderna finns en rådgivande nämnd med representanter från parterna i arbetslivet. Det finns också representanter för arbetslivet med i yrkesinriktad rehabilitering.

I Socialtjänstlagen finns ett övergripande ansvar för att samarbeta med det övriga

Några direkt formaliserade samarbetsstrukturer finns emellertid inte

samhället. Några direkt formaliserade samarbetsstrukturer finns emellertid inte. Detta innebär att varje enskild kommun söker sina egna lösningar. Alla möjligheter inom andra institutioner ska prövas innan socialtjänsten, utifrån sin målsättning om att vara det yttersta säkerhetsnätet, ska ta det yttersta ansvaret för den enskildes behov. Om det är konflikt mellan institutionerna om hur ansvaret ska vara fördelat, ska socialtjänsten aktiveras i väntan på att ansvaret ska klarläggas. Eftersom samarbetet inte är lagreglerat, finns det många lokala variationer av samarbetet.

I Försäkringskassans samordningsansvar ligger kravet på att organisera ett effektivt samarbete mellan olika institutioner med uppgifter inom rehabiliteringsområdet. Lokala samverkansgrupper ska enligt RFVs föreskrifter finnas i varje kommun, för att underlätta samarbetet i rehabiliteringen. De lokala samverkansgrupperna utgör bas för den lokala samverkan. Det är erfarenhetsmässigt en ändamålsenlig form för aktörerna att samordna sina resurser, prioritera och komma till enighet om hur samarbetet ska gå till i det praktiska arbetet omkring den enskilda klienten. Motsvarande arbetsgrupper ska finnas på länsnivå. I uppgifterna för denna regionala samverkansgrupp ingår bl. a. att ha ansvaret för gemensam upplärning och att initiera projekt- och försöksverksamhet inom länet/kassaområdet. En annan uppgift är det uppföljningsarbete som ska föregå all rehabiliteringsverksamhet på länsnivå. Det samarbete som är nöd-

vändigt i de enskilda rehabiliteringsärenden sker i mer informella grupper, som upprättas utifrån de behov av rehabiliteringsåtgärder som individen har. Sammansättningen av en sådan arbetsgrupp varierar från fall till fall. Ett vanligt sätt att diskutera enskilda ärenden på är så kallade flerpartersamtal, där individen, Försäkringskassan och andra arbetsparter deltar. På riksnivå har RFV ansvaret för att ett organiserat samarbete mellan ansvariga centrala myndigheter verkställs. Detta samordningsansvar innebär att ha ansvaret för den uppföljning och evaluering av rehabiliteringsarbetet som är nödvändig för Regeringens och Riksdagens arbete. En annan uppgift är att sammanställa och sprida erfarenheter från enskilda lokala och regionala kontor till resten av landet.

Sammanfattning och slutsats beträffande formaliserade arbetsstrukturer

När det gäller det konkreta samarbetet mellan institutionerna, är det olika former som träder fram. I Norge består det bland annat av ett samarbete kring uttagningen av personer till yrkesinriktad rehabilitering. En slutsats är att ett tätt samarbete blir svårare genom att institutionerna har olika resultatkrav. Institutionerna kan ha samma målsättningar, men olika resultatkrav vilket medför olika prioriteringar mellan institutionerna. Som setts i Norges fall, kan sådana prioriteringar medföra att individer befinner sig i systemet utan att någon vill ansvara för dem, vilket är kärnan i rundgångsproblematiken. För Sveriges vidkommande är det fastlagt att socialtjänsten ska ha ansvaret för dessa rundgångsfall, tills det är utrett vilken institution som ska ha huvudansvaret. Detta döljer, men avhjälper inte, problemet

som bristen på målsättningar mellan institutionerna skapar. Kärnproblemet i samarbete, det som i verkligheten skapar rundgångsproblematiken, är att institutionerna i varje land har målsättningar och kräver förutsättningar som är olika och till viss del oförenliga med varandra. Dessa motsättningar kan leda till ett avståndstagande från ansvar från varje institution i förhållande till enskilda ärenden, och kan påverka det generella samarbetsklimatet mellan institutionerna. Emellertid varierar också samarbetet mellan institutionerna från stad till stad, där några kommuner och regioner upplever ett bättre samarbete än andra. Detta indikerar att hur samarbetet fungerar kan vara ett resultat av personliga engagemang från de tillsatta på de enskilda kontoren. Ifall ett kontor har eldsjälarna inom området, är det möjligt att samarbeta med de övriga, för att kontoren ska fungera bättre. Det ser med andra ord ut som att de formaliserade rutinerna för samarbete i anknytning till rundgångsklienter inte fungerar.

Alla institutioner arbetar därför med att hitta lösningar på de praktiska utmaningarna runt samarbetet som kan formaliseras, så att ett bra samarbete ska bli mindre beroende av personlighet och engagemang hos de som praktiserar samarbetet. Samarbetet berör alla nivåer i de olika enheterna, men det är de ärendehandläggande enheterna som utövar det praktiska samarbetet och som därför är mest beroende av välfungerande formaliserade rutiner för hur samar-

betet ska skötas. Dessutom har olika kontor olika geografiska ansvarsområden, något som kan skapa problem i förhållande till samarbete i konkreta ärenden. Kontor som samarbetar med ett annat kontor i handläggningen av ett ärende, kan vara tvungna att samarbeta med ett annat kontor i handläggningen av ett annat ärende.

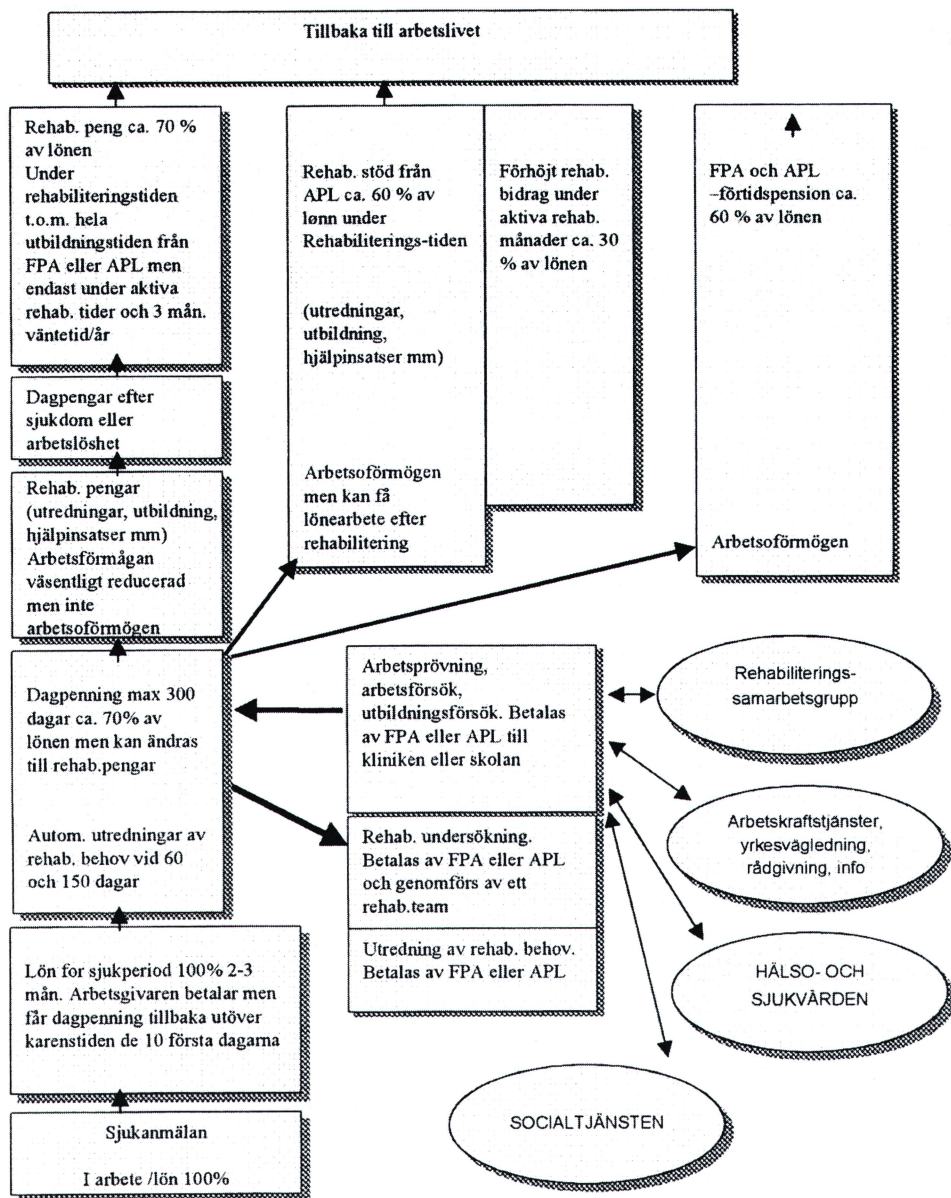
Rehabiliteringsprocessen

Finland

Den finska modellen (*figur 1*) för rehabilitering innebär en viss grad av valmöjlighet i förhållande till hur man går tillväga i rehabiliteringsprocessen. Det finns två olika alternativ, beroende på den sjukanmäldas arbetssituation före sjukanmälan. För det första är det Arbetspensionsanstalterna (genom Arbetspensionslagen, APL). Detta är privata institutioner, bestående av omkring tio stora forskningssällskap och en rad mindre pensionsstiftelser, som socialstyrelsen övervakar. Det är obligatoriskt medlemskap i dessa för alla yrkesaktiva, som tar sig an alla former av pension – ålderspension, förtidspension, deltidspension – utöver arbete med rehabilitering och rehabiliteringsstöd. För att kunna motta bidrag genom APL, måste man ha varit yrkesverksam en viss kontinuerlig period före sjukanmälan och under det sista året före sjukanmälan. Sjukskrivna som inte har varit yrkesverksamma, eller som har varit det under en kortare tid, kan gå till FPA. FPA är den statliga socialförsäkringsinstitutionen, och bidrar till rehabiliteringen av sjukskrivna som har varit yrkesaktiva i mindre utsträckning det sista året.

I Finland har man ingen karensdag för yrkesaktiva. Det är en arbetsgivarperiod på 1-3 månader. Under denna period är sjuk-

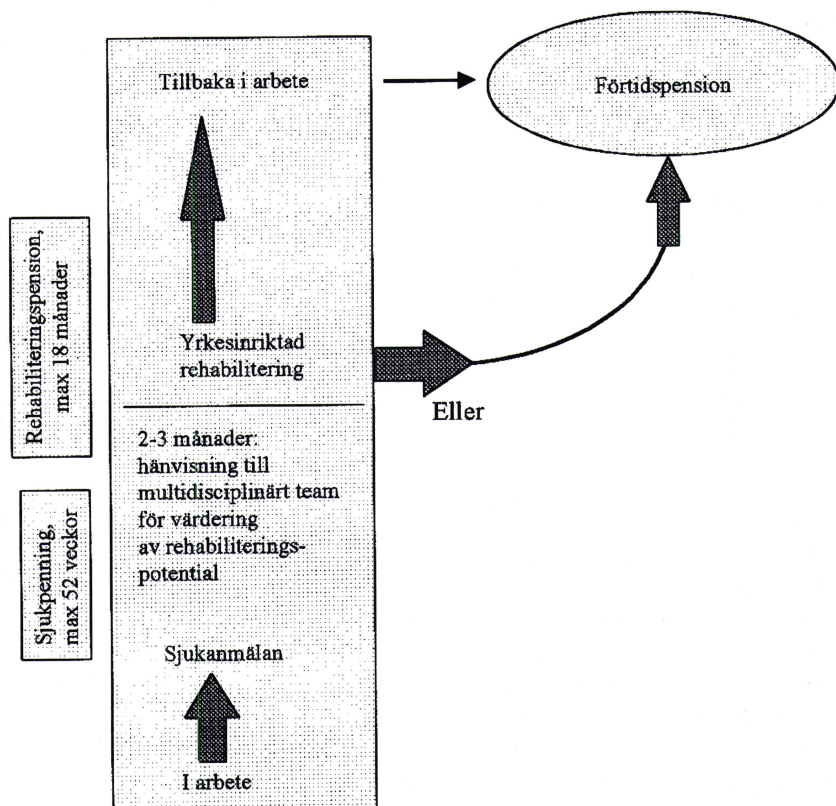
Det ser ut som att de formaliserade rutinerna för samarbete i anknytning till rundgångsklienter inte fungerar



Figur 1. Olika alternativa rehabiliteringsstigar- och processer i Finland.

penningen 100 % av lönen. Efter 10 dagars sjukfrånvaro får arbetsgivaren 70 % täckning av utgifterna för sjukpenningen. Ifall man inte deltar i arbetslivet (t. ex. studerar) under sjukskrivningstidpunkten, påbörjas det med 10 karensdagar, arbets-löshetsdagpenning kan betalas under karensdagarna. Efter arbetsgivarperioden får man sjukpenning i maximalt 300 dagar, som motsvarar maximalt 70 % av inkomsten. Denna procentandel reduceras emellertid ifall inkomsten överskrider 140.000 mark/år. Under medicinsk rehabilitering mottar den sjukskrivna maximalt 70 % av inkomsten i rehabi-

literingspenning, uträknat på samma sätt som för sjukpenning. Här är det ingen begränsning av varaktigheten på rehabiliteringen. Det är emellertid en karenperiod på upp till 30 dagar, beroende på vilka bidrag som tidigare utdelats (t. ex. sjukpenning och/eller pension). Under yrkesinriktad rehabilitering vid FPA får den sjukanmälda maximalt 70 % av tidigare inkomst. Vid APL får vederbörande överlag 60 % av inkomsten, utöver 33 % av lönen/rehabiliteringsstöd. Det är ingen begränsning i längd av rehabiliteringen. Förtidspension motsvarar omkring 60 % av inkomsten. Detta är



Figur 2. Rehabiliteringsstigen på Island.

beräknat från pensionspoäng, men har ingen storleksbegränsning.

Island

När individen har varit sjukanmäld i 2-3 månader, och prognosen angående arbetsförmåga är oklar, kan försäkringsläkare vid TR hänvisa klienten till värdering av rehabiliteringspotential (*figur 2*). Denna värdering utförs av ett multidisciplinärt team (rehabiliteringsläkare, socialarbetare, psykolog och fysioterapeut). Den sjukskrivna kallas till intervju/undersökning hos teamets enskilda medlemmar. Därefter avgör teamet om det är troligt att rehabilitering (medicinsk eller yrkesinriktad) kommer att öka den sjukanmäldas arbetsförmåga. Om detta är aktuellt, förordar teamet vilken typ av rehabilitering som ska väljas och hur den ska genomföras. Teamet arbetar självständigt, med kontrakt med TR. Från september 1999 kan försäkringsöverläkaren vid TR, enligt försäkringslagen, sätta som villkor att den som söker om förtidspension hänvisas till ovan nämnda team och rehabilitering för ytterligare värdering. TR har kontrakt med rehabiliteringsinstitutioner angående rehabilitering av sjukanmälda.

På Island har man en karenstid på 14 dagar för sjukpenning från socialförsäkringen. Detta är ett relativt lågt belopp. De flesta arbetstagarna på Island har emellertid avtal med sina arbetsgivare som garanterar dem full lön upp till ett år. Ifall den sjukanmälda inte har ett sådant avtal, har fackföreningarna också speciella sjukfonder för sina medlemmar. Sjukpengar från socialförsäkringen kan ges maximalt 52 veckor inom en period på två år. Ifall den sjukanmälda endast har rätt till sjukpenning från socialförsäkringen, är det eventuellt möjligt att få

tilläggsstöd från socialkontoret. Under aktiv rehabilitering utbetalar trygdekotoret sjukbidrag. Sjukbidraget är betydligt högre än sjukpenning från trygdekotoret och kan beviljas upp till 18 månader. Därefter blir det eventuellt aktuellt med förtidspension.

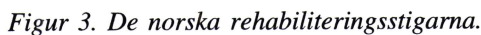
Norge

I Norge (*figur 3*) är det ingen karenstid, men en arbetsgivarperiod på 16 dagar efter sjukanmälan. Sjukpenningen är 100 % täckning av lönen, men maximalt sex gånger grundbeloppet, det vill säga omkring 294.000 norska kronor/år. Man får sjukpenning i en period på maximalt 248 arbetsdagar (ett år). Därefter värderas rätten till rehabiliteringspengar, som motsvarar 60 % av lönen, beräknat från pensionspoäng. Bidraget man får vid yrkesinriktad rehabilitering motsvarar samma belopp. Rehabiliteringspengar kan man som huvudregel inte få mer än ett år. Det finns emellertid undantag från denna regel. Stöd till yrkesinriktad rehabilitering är inte tidsbegränsat, men förutsätter att åtgärderna är nödvändiga och ändamålsenliga. Ifall man går i förtidspension, motsvarar detta omkring 53 % av den ursprungliga inkomsten.

Sverige

Den svenska rehabiliteringsprocessen kan beskrivas med hjälp av *Tabell 1*. I Sverige har man en karenstid för den sjukskrivna, och en arbetsgivarperiod på 14 dagar. Den sjukskrivna får 80 % av inkomsten i sjukpenning upp till ett tak på 7,5 ggr prisbasbeloppet (276 750 kronor/år för år 2001). Detta är det samma som rehabiliteringspenningens nivå. Sjukpenning betalas också i samband med medicinsk rehabilitering medan rehabiliteringspenning utbetalas i

att vara begränsad. Om det emellertid finns en prognos som sträcker sig över ett år, ska sjukskrivningen bytas ut mot sjukbidrag eller förtidspension. Sjukbidrag och förtids-



Tabell 1. Bedömning av individens arbetsförmåga görs av handläggaren på försäkringskassan, ofta i samarbete med andra aktörer, utifrån sju steg.

Steg 1	Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling och konvalescens?
Steg 2	Kan den försäkrade utföra sina nuvarande arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifter?
Steg 3	Kan den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser?
Steg 4	Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser?
Steg 5	Kan den försäkrade klara annat arbete på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, utan extra insatser?
Steg 6	Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden förekommande arbete efter vissa insatser t ex utbildning eller omskolning?
Steg 7	Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen?

pension beräknas utifrån pensionspoäng, och motsvarar omkring 60 % av tidigare lönenivå. Sjukbidraget fastställs för mellan ett och tre år, varefter en ny bedömning kan göras. Förtidspension prövas för tiden fram till ålderspension, men med möjlighet för individen att komma tillbaka till arbete om denna fått tillbaka någon del av sin arbetsförmåga.

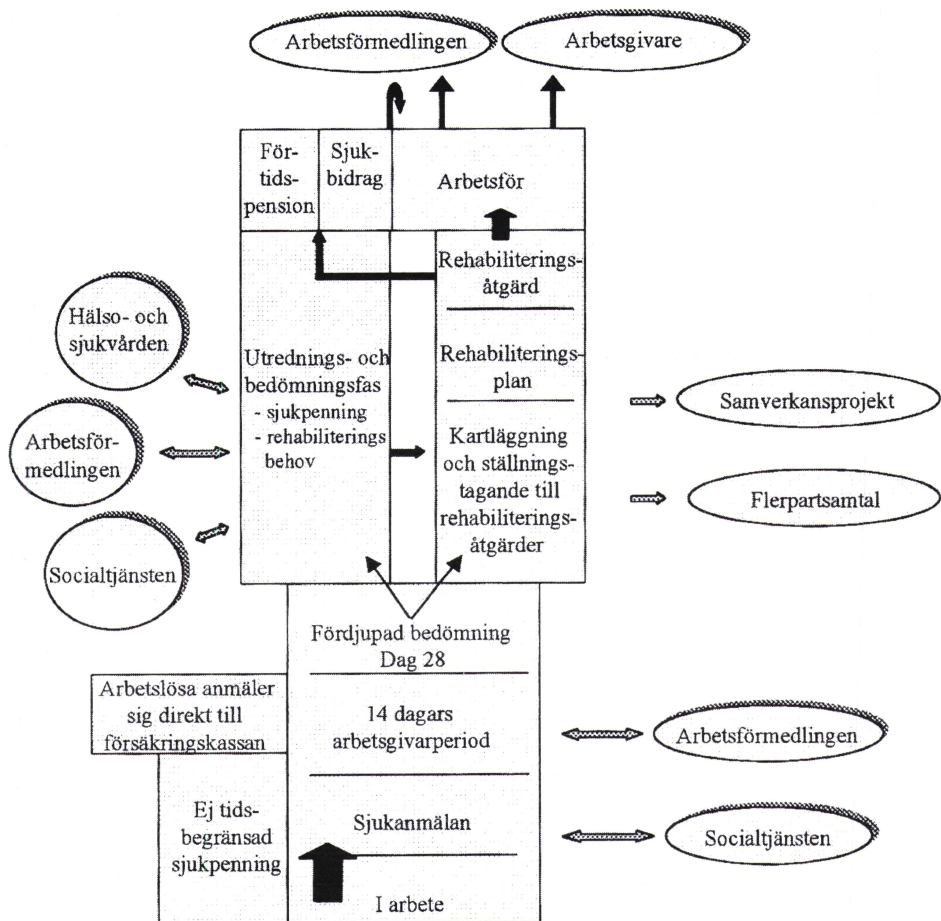
Rehabiliteringsprocessen (*figur 4*) påverkas på många sätt, men huvudsakligen av att de olika institutionerna har olika definition på arbetsoförmåga och sjukdom. Regeringen har genom propositioner fastställt att institutionerna måste samordna verksamheterna för att komma tillrätta med rundgångsproblematiken.

Sammanfattning och konklusion beträffande rehabiliteringsprocessen

Figurerna 1-4 visar att de nordiska systemen i stor utsträckning är liknande med hänsyn till rehabiliteringsprocessen. Det är dock enskilda olikheter mellan processerna som kan ha stor betydelse för hur lyckad rehabiliteringsprocessen kan vara. Det system som kanske skiljer ut sig mest, är det finska. I Finland finns det, som tidigare beskrivits, två olika alternativ med hänsyn till rehabilitering, ett privat och ett statligt, med utgångspunkt från personens tidigare anknytning till arbetslivet. Det finns också stora skillnader bland annat i förhållande till antalet karensdagar, ersättning till arbetsgivare, nivå på utbetalning vid de olika stegen i processen och varaktigheten på de olika leden i processen. En annan skillnad som framträder är tidpunkten för en djupare värdering av sjukdomssituationen för den sjukanmälda. I Sverige är denna tidpunkt efter fyra veckors sjukskrivning, medan det i Norge sällan värderas förrän omkring åttonde veckan. Ifall vi spekulerar i att tidigt ingripande i processen ger bättre möjlighet att lyckas med rehabiliteringen, visar detta att Sverige i förhållande till detta element har en bättre utgångspunkt i processen.

AVSLUTANDE OCH ÖVERGRIPANDE KOMPARATION OCH KOMMENTARER **Klientperspektivet - ett rättesnöre för det vidare arbetet?**

Det är många institutioner som kan bidra till att hjälpa personer tillbaka i arbete. Av dessa institutioner står socialtjänst-, socialförsäkrings- och arbetsmarknadsinstitutionerna i en särställning. Dessa institutioner har klart definierade resultatkrav att få de enskilda klienterna bort från offentliga bi-



Figur 4. De svenska rehabiliteringsvägarna.

drag och in i en arbetssituation. Det centrala i det arbetet, är för det första att behålla fokus på den överordnade målsättningen med att hjälpa den enskilda att komma tillbaka till ett arbete och egen försörjning, med de hjälpåtgärder de olika institutionerna har till förfogande. Det är alltid den enskilde brukarens behov som ska stå i centrum, och inte vilka typer av hjälp-

åtgärder varje enskild institution har eller inte har tillgång till.

Om man accepterar detta klientperspektiv som en grundläggande förutsättning kommer man samtidigt att bli tvungen att erkänna att en brist på samarbete mellan de olika institutionerna, där ett sådant samarbete kommer att vara nödvändigt för att uppnå huvudmålsättningen, kommer att ha

En central faktor i arbetet med rundgångsproblematiken - och för de förslag till konkreta åtgärder som kan behöva utformas - är att sätta klienterna i centrum för verksamheten

en väsentlig negativ betydelse för de olika institutionernas förmåga att genomföra de uppgifter de är ålagda. Detta kan möjligen på sikt komma att ifrågasätta deras legitimitet som offentliga förvaltningsinstitutioner.

En central faktor i arbetet med rundgångsproblematiken - och för de förslag till konkreta åtgärder som kan behöva utformas - är att sätta klienterna i centrum för verksamheten. Både i förhållande till de olika institutionernas legitimitet och i förhållande till vilka konkreta åtgärder som behöver sättas in i förhållande till den enskilda klienten kommer detta perspektiv att behöva ses som övergripande i de olika offentliga verksamheterna.

Likheter mellan systemen

De nordiska systemen har i hög grad samma utgångspunkter. Målsättningen för arbetsmarknads-, socialförsäkrings- och socialinstitutionerna i de olika länderna har i stort sätt lika mål och krav på resultat av de politiska myndigheterna. Detta är också, som berörts ovan, en av huvudförutsättningarna för arbetet med att försöka stävja rundgångsproblematiken.

Det är en liknande fördelning av ansvaret för de tre institutionerna. I de deltagande länderna är arbetsmarknads- och socialförsäkringsinstitutionerna statliga, medan socialtjänsten är kommunal. Detta har betydelse för likheten i bidragen till klienter-

na. Socialtjänsten har ett mycket större spelrum, och bidragen är ofta beroende på kommunens generella ekonomi. I anslutning till detta är det också samma grund för att motta bidrag. I samtliga länder är bidragen från arbetsmarknads- och socialförsäkringsinstitutionerna huvudsakligen rättighetsbaserade, medan socialtjänstens bidrag är behovsprövade.

Detta har betydelse för prioriteringar av bidragen mellan de olika institutionerna. I samtliga länder är bidrag från arbetsmarknads- och socialförsäkringsinstitutionerna första prioritet. Det är först när klienten inte har rätt till bidrag från arbetsmarknads- och socialförsäkringsinstitutionerna - eller när bidragen därifrån är mindre än existensminimum för socialbidrag - som socialbidrag kan bli aktuellt.

I samtliga länder har arbetsgivaren ett definierat ansvar att delta i rehabiliteringsprocessen. Detta illustreras bl. a. av kraven på arbetsgivarnas bidrag i början av en sjukskrivningsperiod. Det finns emellertid olikheter mellan systemen när det gäller hur arbetsgivaren deltar i rehabiliteringsprocessen.

Ramen för utformningen av välfärdsinstitutionerna, och samarbetet mellan dem, har många likheter i de medverkande länderna. Det är emellertid en rad olikheter mellan systemen, som kan ha stor betydelse för rundgångsproblematiken

Olikheter mellan systemen

När det gäller regelmässiga och andra

I samtliga länder har arbetsgivaren ett definierat ansvar att delta i rehabiliteringsprocessen

Resultaten visar att samarbete, speciellt på rehabiliteringsfronten, fungerar dåligt. Detta hör troligen ihop med de olika prioriteringar som finns mellan institutionerna, som överskuggar kravet på samarbete

institutionaliserade ledningsverktyg för ett samarbete mellan de olika institutionerna, är det stora variationer. I Norge är arbetsmarknads- och socialförsäkringsinstitutionerna tvungna via regler att samarbeta, medan det på Island inte finns sådana ledningsverktyg. De flesta länderna har i mer eller mindre grad aktiviteter med en eller annan form av samarbete, men det är skillnad på inom vilka områden och i vilken omfattning detta rör sig om. Resultaten visar emellertid att detta samarbete, speciellt på rehabiliteringsfronten, fungerar dåligt. Detta hör troligen ihop med de olika prioriteringar som finns mellan institutionerna, som överskuggar kravet på samarbete.

En annan väsentlig olikhet är hur de olika institutionerna är styrda och administrerade. Intrycket är att vissa av länderna har en stark central dirigering av de statliga institutionerna. RTV i Norge är relativt aktiva i styrningen och organiseringen av de underliggande enheterna, medan i de övriga länderna de regionala och lokala enheterna har större grad av autonomi i förhållande till hur målen nås. Detta kan ha betydelse för hur de olika underliggande institutionerna förhåller sig till mellaninstitutionellt samarbete, och i vilken grad de regionala enheterna har möjlighet att utföra åtgärder oberoende av den centrala enheten.

I Sverige är det valda ledamöter på den regionala nivån som fattar många beslut på

det strategiska och taktiska planet. Detta kommer troligen att öka möjligheten för att utföra nödvändiga åtgärder där det behövs mest. Samtidigt kräver en sådan lösning att de regionala och lokala institutionerna är lyhörda gentemot den centrala enheten, och att den centrala enheten är i hög grad aktiv i sin koordinering av de olika regionala enheterna

De konkreta rollerna inom socialförsäkringsinstitutionerna varierar också. Finland skiljer här ut sig, med ett stort antal aktörer som används i processen. En nackdel med ett sådant system är att det är olika institutioner som utreder och som genomför rehabiliteringsåtgärderna. Det är med andra ord ännu ett led i processen, som ytterligare fordrar god kommunikation mellan leden. Samtidigt är detta en mycket stark drivkraft för samarbete mellan FPA och kommunerna, och kommunerna brukar ofta ha bättre överblick över arbetsplats- och bostadssituation för klienten.

Vi ser också att Island skiljer sig i förhållande till hur många nivåer det är i de olika institutionerna. Medan det är tre nivåer (lokal, regional och nationell) i de övriga länderna, har Island bara två nivåer (lokal och nationell). Vidare är de lokala enheterna underställda ämbetsmannen i de enskilda förvaltningsdistrikten på Island, något som, naturligt nog, ökar möjligheten till samarbete på lokal nivå.

Tack! Vi vill tacka Forsknings- och utvecklingsenheten på Folkpensionsanstalten i Åbo, Tryggingastofnun Ríkisins i Reykjavík, Fylkestrygdekontoet i Oslo och FoU-avdelningen vid Försäkringskassan, Stockholms län för ekonomiskt stöd för detta projekt.

Vi vill även tacka biomedicinska analytiker Lisbet Broman, Inst. f. Folkhälsovetenskap, avd. f. Rehabiliteringsmedicin, Karolinska Institutet för ovärderliga insatser beträffande koordinering, grafik och teknisk editering av detta manuskript (och övriga CSF-manuskript i detta temanummer)

REFERENSER

- Ehlin, Bengt (red.): *Sociallagarna. Lagtexter för socialtjänsten*. Stockholm, Gothia. 2001.
- Johansson, Per & Bergendorff, Sisko (2000): *Social trygghet vid arbetsförmåga – en jämfö-*

relse mellan tio länder. Rapport till utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Nordstedts 2000.

RFV: *Socialförsäkring. Lagen om allmän försäkring och andra författningar*. Riksförsäkringsverket, januari 2001.

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

SOU 2000:78. *Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum*. Slutbetänkande av Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Bilaga 7. Schematisk översikt över försäkringssystem. Fritzes, Stockholm. 2000.

*Dags att förnya prenumerationen
för år 2002!*