

Social trygghet vid inkomstbortfall

Behov av samordning och samverkan

Axel Gisslén

Sven Larsson

Claes-Göran Westrin

Ökad samverkan mellan samhällets olika försäkringssystem för ekonomisk trygghet skulle medföra betydande fördelar för både den enskilde individen och samhället, hävdas i denna artikel. Förslag till försöksverksamhet med administrativ samordning av sjukförsäkring och socialhjälp presenteras. Artikelförfattarna är Axel Gisslén, planeringschef vid socialförvaltningen i Göteborg. Sven Larsson, lärare i socialmedicin vid institutet för arbetsterapeuter och sjukgymnaster i Göteborg och biträdande överläkare vid socialmedicinska kliniken Sahlgrenska sjukhuset, och Claes-Göran Westrin, docent i socialmedicin vid Göteborgs universitet, överläkare vid den socialmedicinska-psykiatriska verksamheten i Skaraborgs län.

I diskussionen om hur man på ett effektivare sätt skall kunna lösa de ökande vårdproblemen, har man under senare år kunnat notera en strävan att på ett bättre sätt integrera verksamheten mellan olika vårdorgan. Former för samverkan mellan sjukvård och socialvård, socialvård och arbetsvård eller sjukvård och arbetsvård har prövats. Frågan om samverkan mellan samhällets system för social trygghet vid inkomstbortfall har ej varit lika uppmärksammas i debatten. Utifrån praktisk erfarenhet är även detta ett väsentligt område, och denna artikel avser att belysa förutsättningarna för en ökad samverkan och i någon mån skissera förslag över tänkbara former här för.

En självfallen förutsättning för att en individ skall uppleva social trygghet är att ekonomiska tillgångar för täckande av levnadskostnader finnes och regelbundet tillföres. Det är naturligt, att samhället har byggt upp ett system att i möjligaste mån bibehålla tryggheten vid inkomstbortfall. Viktiga instrument för detta är den allmänna försäkringen, huvudsakligen vid inkomstbortfall på

grund av sjukdom, arbetslöshetsförsäkring vid arbetslöshet, och socialhjälp vid en rad skilda omständigheter, då de övriga instrumenten ej kan användas eller är otillräckliga. I den fortsatta diskussionen skall uppmärksamheten i första hand riktas mot den del av den allmänna försäkringen, som omfattas av sjukpenningförsäkring och för tidspension, och socialhjälp.

Vad säger lagtexten?

Sjukpenning utgår vid sjukdom som förorsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften. Såsom sjukdom anses jämväl sådant tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som förorsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgivits och som alljämt kvarstår efter sjukdomens upphörande (AFL 3:7). För att erhålla sjukpenning måste personen vara placerad i sjukpenningklass, vilket sker om han har inkomst av förvärvsarbete för år räknat minst 1800 kr. Från principen att inkomst av förvärvsarbete är en förutsättning för sjukpenningförsäkring har gjorts undantag för de så kallade hemmamekeförsäkrade.

Förtidspension kan utgå därest arbetsförmågan p g a sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst hälften och nedsättningen kan anses varaktigt (AFL 7:1).

Socialhjälp kan enligt 12:e § socialhjälpslagen utgå till minderårig, även till den som på grund av ålderdom, sjukdom, lyte eller eljest bristande kropps- eller själskrafter icke kan försörja sig genom arbete eller som av hälsoskäl bör helt eller delvis avhålla sig från arbete i den mån han själv saknar medel och hans behov inte tillgodoses på annat sätt. Därutöver kan socialhjälp erhållas enligt 13:e § enligt grunder som kommunens fullmäktige bestämmer eller vad socialnämnden prövar erforderligt.

I särskilda bestämmelser om sjukförsäkring (AFL 4:2) stadgas att: Har sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård utgivits för 90 dagar i följd eller föreligger eljest skälig anledning skall den allmänna försäkringskassan, i den utsträckning Riksförsäkringsverket så föreskriver, undersöka huruvida skäl föreligger att vidtaga åtgärder, som är ägnat att förkorta sjukdomstiden eller att eljest helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga. Befinnes åtgärd som nu sagts erforderlig skall kassan tillse att lämplig sådan vidtages.

Socialhjälpslagens 14:e § föreskriver: Socialhjälp bör lämnas på sådant sätt att den behövande såvitt möjligt blir i stånd att för framtiden genom eget arbete försörja sig och de sina.

Likheter

En gemensam målsättning för såväl sjukförsäkring som socialhjälp är, att träda in med kompensation i den sociala funktionssvikt, som bortfall av inkomst utgör. Vid enbart läsning av lagtexten förefaller det sannolikt, att de båda kompensationsformerna kommer att fungera i ungefär likartade situationer. Som bakgrundsfaktorer till funktionssvikten återges i båda fallen sjukdom eller bristande kropps- eller själskrafter. Även i målsättningen för behandlingen hittar man gemensamma drag redan i författningstexten. Krav på breddning av behandlingsinsatserna utöver enbart

ekonomisk hjälp mot rehabiliterande och förebyggande åtgärder föreskrives (AFL 4:2, Soc.hjälpslagen 14 §).

I verksamhetens praktiska utformning är det också uppenbart, att man till stor del arbetar inom samma problemområde, och utredningar och ställningstaganden blir ofta likartade. Vid försäkringskassorna noterar man en ökande benägenhet hos allmänheten att vända sig till kassans kontor för en allmän social rådgivning. Man får därifrån exempelvis hänvisa den försäkrade till specialistvård inom sjukvården, till socialvård, bostadsförmedling, arbetsvård, familjerådgivning m.m. Socialvården har genom ändrade organisationsformer för det praktiska arbetet och skilda behandlingsexperiment sökt möta kraven på uppsökande, förebyggande och rehabiliterande verksamhet.

Skillnader

Fastän det föreligger stora likheter i målsättning och praktisk tillämpning, återfinner man även betydande skillnader i sjukpenningförsäkringens och socialhjälpens struktur. *Kvalifikationskraven* är olika. Sjukpenningförsäkringen ställer vissa krav på den försäkrades verksamhet, antingen att han skall ha inkomst på minst 1800 kronor per år, eller att han skall vara så kallad hemmamaake. Detta innebär att försäkringen ej omfattar vissa personer, vilka placerats i en s.k. 0-klass. Vidare träder sjukpenningförsäkringen i kraft endast om inkomstbortfallet grundas på arbetsoförmåga på grund av sjukdom. Socialhjälpens är behovsprövad, och kan träda i kraft så snart ett hjälpbehov har visats föreligga, oavsett orsakerna till hjälpbehovet (sjukdom eller annat). Den omfattar alla, som vistas i landet, oberoende av tidigare inkomstförhållanden.

Skillnader mellan försäkringsformerna föreligger även vad beträffar reglerna för *ersättningens storlek*. Sjukpenningen ger en ersättning för inkomstbortfall, där ersättningens storlek bestäms av den försäkrades tidigare inkomstnivå, och ej av hans egentliga behov av ekonomisk hjälp. Eftersom socialhjälpens är behovsprövad, kommer också den ekonomiska ersättningsnivån att anpas-

sas till vad den sökande behöver för sitt livsuppehälle. Det bör emellertid särskilt noteras, att även sjukpenningförsäkringen har en behovsprövad ersättning, nämligen barntillägget till sjukpenningen för eget eller makes barn under 16 år.

Sjukdomsbegreppet

Ett krav för att sjukpenning skall kunna utbetalas är som nämnts att arbetsoförmågan skall förorsakas av sjukdom. Arbetsoförmåga på grund av sjukdom — situationen kan synas klar och lätt att avgränsa. Så är emellertid alltid ej fallet, utan gränsdragningen kan vara svår. Själva begreppet sjukdom är ju långt ifrån entydigt, och dess innehåll kan växla, från tid till annan, eller beroende på utgångspunkten för en bedömning. Från sjukförsäkringens synpunkt är det ej sjukdomsbegreppet i strikt medicinsk mening som primärt är av intresse. Det är inte de symptom som patienten upplever eller som kan iakttagas, eller de organförändringar som kan bestämmas, som är avgörande. Det är istället sjukdomsbegreppet i social mening som skall fokuseras, dvs *den sociala funktionssvikt* som den sjuka människan råkar in i. Egentligen är det bara en liten del av den sociala funktionssvikten som uppmärksammas, den som yttrar sig i arbetsoförmåga. Svårighetsgraden av sjukdomen i medicinsk mening är ej heller ensam avgörande för i vilken omfattning den sociala funktionsvikten uppträder. En person med utbredda förändringar i ett organsystem, exempelvis omfattande pareser, kan lika fullt ha en helt bibehållen arbetsförmåga, om hans färdigheter och egenskaper i övrigt är lämpliga, och arbetet av lämplig art. En person som har mycket små mätbara eller iakttagbara sjukdomstecken kan lika fullt vara helt arbetsoförmögen om ovannämnda faktorer är ogynnsamt utformade. En social funktionssvikt är sällan beroende av endast en bakgrundsfaktor, som exempelvis medicinsk sjukdom, utan ofta har vi en multifaktoriell bakgrund, där faktorer som vissa konstitutionella svagheter, ofullständig utbildning eller erfarenhet, en tung belastning p g a problem av annat slag ofta finns med i bilden. Jämsides med arbetsoförmågan kan andra former av social funktionssvikt föreligga — från

svårigheter av typen transportproblem till och från arbete, till relationsproblem i familj eller på arbetsplatsen. Bilden blir suddig och gränsen mellan sjukdom och icke sjukdom oskarp. Vi får ett område, där bedömningen kan variera, kanske beroende på den enskilde bedömarens erfarenhet och normer, och där ärendena kan fördelas tillsynes slumpmässigt mellan gruppen sjuka och icke sjuka och således sjukpenningberättigade resp. icke sjukpenningberättigade. En liten illustration till frågor inom denna gränsdragningsproblematik:

58-årig gift man med en son i 20-årsåldern. Han har ett arbete som kamrer i ett mindre företag. Har gått sjukskriven c:a sex månader under diagnos nervös sjukdom. Vid samtal med mannen framkommer, att sonen är svår narkotikamissbrukare. Mannen anger att den ständiga oron omkring sonens förhållanden gör att han ej kan orka med arbetet. Efter dessa uppgifter från den försäkrade blir frågan från försäkringskassan: Är inte detta en social problematik? Har mannen rätt att uppbära sjukpenning p g a att sonen är narkoman? Samtal med behandlande läkare, som haft kontakt med den försäkrade ett par år före den aktuella problematiken med sonen, gav besked, att mannen länge klagat över ökad trötthet, koncentrationssvårigheter och minnessvårigheter. Läkaren ansåg, att den försäkrade redan tidigare p g a begynnande senilitet hade uppenbara svårigheter att klara sitt arbete, och att den ökade belastningen med bekymmer från annat håll nu helt tömt hans psykiska resurser och gjort honom varaktigt insufficient.

I detta fall föreligger en tydlig funktionssvikt med multifaktoriell bakgrund. Som de två väsentliga bakgrundsfaktorerna har vi dels mannens sviktande psykiska funktionsförmåga, och dels en ökad belastning i hemmiljön. I ett skede föreföll det, som om de sociala belastningsfaktorerna skulle komma i förgrunden, och avgöra ärendets bedömning. Vilket försäkringssystem som skall träda i funktion beror på en intrikat medicinsk och juridisk bedömning. Är detta rationellt? Vad kommer det att innebära, för fortsatt hadläggning och för patientens rehabilitering om det ena eller det andra försäkringssystemet träder i funktion? Den medicinska komponenten väcker behov av exem-

pelvis ett mindre krävande arbete, således en omplacering av något slag, kanske t o m en pensionering. De sociala funktionsstörningarna i familjen leder förstås till önskemål om mera aktiv behandling av den narkotikamissbrukande sonen, vilket i perioder sannolikt medför en ökad belastning och ökade krav på familjens, inklusive mannens, förmåga att medverka. Utan samordning av åtgärder riktade mot de olika bakgrundsfaktorerna är det risk att behandlingen blir ofullständig.

Ekonomiskt utfall

Det ekonomiska stöd som en person eller en fa-

milj får, blir vanligtvis av olika storlek, beroende på om sjukpenning eller socialhjälp utgår. Oftast ger sjukpenningen det högre beloppet. Det omvända kan dock förekomma, exempelvis om inkomsten är låg, om försörjningsbördan är stor genom stort barnantal, eller boendekostnaden mycket hög. I nedanstående exempel har schablonar-tat räknats fram en jämförelse mellan vad sjukpenning och socialhjälp ger i ett par olika situationer. Hyreskostnaden har satts till ett uppskattat genomsnittsvärde för en familj av ifrågavarande storlek. Socialhjälpens beräknad efter den socialhjälpnorm som gällde i Göteborg augusti 1971.

1. Man, hemmafru, 2 minderåriga barn

Bostad	2 r. o. k. beräknad hyra	375: —
beräknad årsinkomst		30.000: —
sjukpenning		43: —/dag + barntillägg 2: —/dag
<i>Ekonomisk nivå vid sjukskrivning</i> <i>summa:</i> 1.395: —/mån. (31 d.)		

Socialhjälpnorm

uppehälle: 2 vuxna	620: —	
2 barn	340: —	(170: —/barn)
	960: —	960: —
bruttohyra	375: —	
bostadstillägg	0: —	
nettohyra	375: —	375: —
	<i>summa:</i> 1.335: —	/mån.

2. Man, hemmafru, 2 minderåriga barn

Bostad	2 r. o. k. beräknad hyra	375: —
beräknad årsinkomst		21.000: —
sjukpenning		34: —/dag + barntillägg 2: —/dag

Ekonomisk nivå vid sjukskrivning

sjukpenning	1.116: —/mån. (31 d.)
bostadstillägg	110: —/mån.
<i>summa:</i>	1.226: —/mån.

Socialhjälpsnorm

uppehålle: 2 vuxna	620: —	
2 barn	340: —	(170: —/barn)
	<u>960: —</u>	960: —
bruttohyra	375: —	
bostadstillägg	— 110: —	
nettohyra	<u>265: —</u>	265: —
	<i>summa:</i>	<u>1.225: —/mån.</u>

3. Ensamstående kvinna, 1 minderårigt barn

Bostad	1 r. o. k. beräknad hyra	275: —	
beräknad årsinkomst	16.000: —	bidragsförskott	230: —/mån,
sjukpenning	28: —/dag + barntillägg	2: —/dag	

Ekonomisk nivå vid sjukskrivning

sjukpenning	930: —/mån. (31 d.)
bidragsförskott	230: —/mån.
bostadstillägg	60: —/mån.
<i>summa:</i>	<u>1.220: —/mån.</u>

Socialhjälpsnorm

uppehålle: 1 vuxen	105: —	
1 barn	170: —	
	<u>575: —</u>	
bidragsförskott	— 230: —	
	<u>345: —</u>	345: —
bruttohyra	275: —	
bostadstillägg	— 60: —	
nettohyra	<u>215: —</u>	215: —
	<i>summa:</i>	<u>560: —/mån.</u>

Samordningsbehov i praktiken

Som illustration skall ytterligare tre fall redovisas, där samordningsfrågor mellan sjukförsäkring och socialhjälp har kommit till diskussion.

I det första fallet rör det sig om en 20-årig yngling, som under de senaste två åren haft fyra sjukskrivningsperioder under diagnos gastrit, varav en omfattande c:a 5 månader. Uppvuxen i en hemmiljö som präglades av ett ganska uttalat alkoholmissbruk hos fadern. En äldre bror hade varit föremål för barnavårdsnämndsåtgärder p g a ungdomskriminalitet och

narkotikamissbruk. Hos patienten är intet missbruk känt. Endast en mycket bagatellartad kriminalitet (bedrägeri) i 18-års ålder. Patienten bodde officiellt hos den fränskilde fadern. Vid närmare kontakt med patienten kom det fram, att han i själva verket sammanbodde med en jämnårig fästmo, och att de hade ett tvåårigt barn. Barnet hade en medfödd missbildning, som medförde att det var något mer vårdkrävande än genomsnittligt, och det hade varit svårt att finna daghemsplacering. Fästmon ägnade sin tid att sköta barnet, var socialt totalt isolerad, och mycket rädd och ängslig inför alla kontakter. Hon försörjdes genom social-

hjälp. Stämningen i hemmet var irriterad, och kontakten mellan parterna konfliktfylld. Man försökte arrangera ett behandlingsprogram för hela denna familj. Daghem kunde skaffas till barnet med förtur. Kvinnan hjälptes ut i förvärvsarbete. Mannen erhöll via länsarbetsnämnden omplacering i ett mer stadigvarande arbete än de han tidigare innehaft. Efter ett års förlopp kan man konstatera att familjens situation är betydligt förbättrad. Kvinnans sociala isolering är bruten. Familjens ekonomi är god och intet ekonomiskt hjälpbehov föreligger. Relationen mellan de vuxna parterna betydligt förbättrad enligt bådas uppgift. Mannen har haft två korta sjukperioder under ett år (en resp två veckor).

Med någon förenkling skulle man kunna säga, att i detta fall har den sociala funktionssvikten hos en av familjemedlemmarna behandlats med farmaka och sjukpenning, hos en annan med socialhjälp. Först genom en samordning av utredningen, får man en klar bild av de sammanvävda bakgrundsfaktorerna. Behandlingen kan sedan inriktas på gemensamma och väsentliga bakgrundsfaktorer. Så vitt man hittills har kunnat se, har behandlingsresultatet också varit betydligt förbättrat efter samordningen.

Det andra fallet rör sig om en 35-årig frånskild kvinna som har vårdnaden om fyra barn i åldrarna från 13 till 6 år. Patienten har en anställning, men har haft mycket långa sjukskrivningsperioder under senare år och nu gått sjukskriven ungefär ett år. Har en långvarig psykiatrisk anamnes med upprepade behandlingsperioder sedan sju år tillbaka. Beskrives som spänningsbenägen med hög ångestberedskap och hysteroid. Psykologisk testning visar att hon allmänt intellektuellt fungerar något undergenomsnittligt. Två av kvinnans barn har nervösa besvär. Hon befinner sig sedan skilsmässan i konflikt med f d maken. Det bedömes att kvinnan i och för sig är arbetsförmögen, men att hennes resurser ej kan räcka till både ett förvärvsarbete på heltid och de höga krav som hennes familjesituation ställer. Patienten avser således att för något år avstå från förvärvsarbete och ägna sig åt hemmet och barnen. Hon är berättigad till socialhjälp, men avböjer detta, och hävdar att hon istället bör ha sjukpenning, eftersom hon ej känner sig frisk, utan ofta är trött, nedstämd och har

sömnsvårigheter. Med sjukpenning och bibehållet bidragsförsäkring för barnen blir hennes ekonomi också avsevärt bättre än vid socialhjälp (jmf. ex. 3 i den ekonomiska översikten). Patienten kommer i denna situation i mötsatsförhållande till såväl socialbyrå som försäkringskassa. Hon upplever det psykiskt påfrestande att hänvisas mellan de olika instanserna.

I detta fall väljer kvinnan således mellan två heltidsarbeten, antingen i förvärvslivet eller att vårda de fyra minderåriga barnen. Hon väljer det senare, men hennes ekonomiska kompensation för utebliven inkomst blir avsevärt lägre, än om hon avstod från förvärvsarbete p. g. a. sjukdom. Möjligen anser hon det också något mer socialt deklasserande att uppbära kronisk socialhjälp än att få sjukpenning. Kontrollen över hennes ekonomiska förhållanden blir också betydligt mindre i händelse av sjukpenning. Möjligen styrks hennes önskan om sjukpenning även av den ej ovanliga missuppfattningen, att sjukpenningen till en del utgör ersättning för "sveda och värk", och att hennes kvarvarande symtom således skulle ge henne ersättningsrätt. Hela situationen leder till en ofruktbar diskussion mellan olika myndigheter och kvinnan, vem som skall stå för kostnaderna. Processen var så påfrestande för kvinnan att hon tidvis blev psykiskt försämrad och oförmögen att även klara barntillsynen. Betydande behandlingsresurser både inom socialvård och sjukvård torde ha kunnat frigöras, om man ej hade upptagits av den formella gränsdragningen sjuk och sjukpenningberättigad respektive socialhjälpberättigad.

Det tredje fallet handlar om en 55-årig ensamstående kvinna, som har ett arbete som affärsbiträde. Hon har varit sjukskriven c:a ett år p g a ryggbesvär. Ortoped bedömer att hon har en måttlig rygginsufficiens, som gör det olämpligt att hon fortsätter i sitt tidigare arbete, som bl a ställer krav på vissa lyft, men att hon borde vara arbetsför i något lättare arbete. Vissa psykiska besvär har bedömts föreligga, och vid en psykiatrisk konsult uppfattas patienten vara torftig med låg vitalitet, sannolikt beroende på en något låg allmänintellektuell nivå. Förutsättningarna för omställning till nya arbetsuppgifter eller till en omskolning bedömes som små. Sammantaget bedömes de

fysiska och psykiska besvären berättiga patienten till en halv pension.

Med en halv förtidspension kommer patienten att hamna på en ganska låg inkomstnivå, som hon knappast kan klara sina levnadskostnader på. Hur skall hon då kunna klara upp sin ekonomi? Enligt pensionsbedömningen har hon en kvarstående arbetsförmåga, men den får väl beskrivas som synnerligen fiktiv. Var och en kan lätt bedöma möjligheterna på arbetsmarknaden för en 55-årig utbildad kvinna med dålig rygg och ringa yrkeserfarenhet. Möjligen kan hon så småningom erbjudas någon form av skyddad anställning. En trolig utveckling är emellertid att hon råkar in i en kronisk försörjningsinsufficiens, som måste täckas genom kompletterande socialhjälp. I och med detta måste hon även finna sig i socialvårdens kontroll av hennes ekonomiska behov och ekonomiska förhållanden. För denna kvinna med en kronisk oförmåga att försörja sig, vore säkerligen mycket vunnet i fråga om social trygghet, om skillnaden mellan fortlöpande kroniskt socialhjälpbehov och en förtidspension ej vore så påtagligt. De förändrade reglerna för förtidspension av äldre personer ger för övrigt uttryck åt tanken, att arbetsförmågan skall bedömas i relation till rådande arbetsmarknadssituation. Om man bygger på denna tankegång, finner man säkert många beröringspunkter med omhändertagandet av de kroniskt socialhjälpbehövande.

Några exempel på samverkan

Den förda diskussionen avser att visa, att så snart man utifrån den probleminitiering som det ekonomiska hjälpbehovet utgör, vidgar åtgärderna mot förebyggande eller rehabiliterande behandlingsinsatser, kommer de två verksamheterna till stora delar att ha samma innehåll. Man kan befara att ett ofruktamt och resurskrävande dubbelarbete sker. Det är omvittnat, att ogynnsamma effekter kan uppstå genom att patienten känner sig bollad mellan myndigheterna. Vidare är det nästan ofrånkomligt, att det trygghetssystem som återstår till sist — sedan den hjälpbehövande

diskvalificerats från de andra — blir socialt deklasserande.

Dessa förhållanden borde väcka behov av samarbete och någon form av samordning. Man har också i praktiken på flera håll startat eller planlagt starta i olika samarbetsformer. I försäkringskassorna finns samarbetslag med representanter för försäkringskassa och arbetsvård, där även frågor av ovannämnda slag ofta dryftas. I Göteborg har konstituerats en samrådsgrupp med representanter för sjukvård, öppen socialvård, försäkringskassa, länarbetsnämnd, kommunal arbetsvård och företagshälsovård. I den socialmedicinska basorganisationen i Göteborg har man redan i organisationen byggt in förutsättningar för samverkan mellan sjukvård, försäkringskassa, socialvård och arbetsvård. I planeringen av den öppna vården inom Skaraborgs län, finns försäkringskassan inkopplad i vårdcentralen, och medverkar i det integrerade samarbetet. Från många håll rapporteras om trevande och informella försök att etablera kontakt och samarbete mellan lokala försäkringskontor och socialbyråer. Slutligen kan nämnas, att man i Danmark finner uttryck för liknande tankegångar i ett lagförslag som förelagts folkettingen, att de danska sjukförsäkringarna skall kommunaliseras vid ingången av år 1971. I förslaget återfinnes bl. a., att sjukpenningen vid arbetsoförmåga skall administreras och utbetalas av kommunens sociala förvaltning.

Fördelar för den enskilde — och för samhället

Behovet av en samordning kan man således konstatera såväl direkt ifrån författningstext som ifrån erfarenhet av praktisk verksamhet. Fördelarna borde bli betydande både för den enskilde individen och för samhället. Några väsentliga fördelar kan sammanfattas enligt följande:

För den enskilde:

1. En mer ändamålsenlig behandling i och med att åtgärdsplaneringen bättre kan riktas mot patientens hela sociala funktionssvikt.
2. Antalet inblandade utredare och vårdgivare kan reduceras.

3. Risken för att vissa typer av funktionssvikt betraktas som socialt deklasserande minskar.
4. Större möjligheter, att man i en varaktig försörjningsinsufficiens under tidigare stadium kan sätta punkt med en definitiv lösning (exempelvis genom ökad möjlighet av förtidspensionering).

För samhället:

1. Resursbesparing genom effektivare behandlingsmöjligheter. I det nuvarande systemet är det risk för att betydande intresse och resurser kommer att ägnas den administrativa och juridiska frågan om gränsdragning mellan sjuka och icke sjuka. Bakgrundsfaktorernas betydelse för att åstadkomma effektivast möjliga totala sociala och medicinska behandling kan lätt komma i bakgrunden.
2. Resursbesparing genom bättrade utrednings- och kontrollmöjligheter. En kontrollfunktion är sannolikt ofrånkomlig i ett socialt trygghetssystem. Både sjukskrivning och socialhjälp medför ju betydande ingrepp i patientens situation. Sjukskrivningen är ett ofta använt terapeutiskt instrument. De gynnsamma eller ogynnsamma effekter som denna terapi kan medföra, överväges troligen inte lika noggrant vid insättandet, som exempelvis effekter och biverkningar vid farmakoterapi. Ett kontrollsystem kan hjälpa till att utvärdera effekten av åtgärderna, och till att samordning med andra stödåtgärder kommer till stånd, när så behövs.
3. Sannolikt bättre möjligheter till adekvat resursfördelning och bättre överblick av behoven av generella förändringar i hela det sociala trygghetssystemet.

0-klass eller sociallön i botten?

Givetvis kan en samordning även medföra vissa nackdelar eller i varje fall problem som noga bör övervägas. Frågan om nivån för den ekonomiska ersättningen från försäkringen utgör kanske det viktigaste problemet. Försäkringens 0-klass måste

givetvis upphöra, och grundbeloppet i försäkringen bör ligga på en nivå, som schablonmässigt motsvarar de nödvändigaste utgifterna för livsuppehållet. Man kan, om man så vill, uttrycka det, att man i botten på försäkringen skulle lägga en form av sociallön. Uppbyggnaden av en försäkring i olika ersättningsklasser därutöver samt finansieringsfrågor får givetvis bli föremål för utförliga överväganden.

Administrativ samordning — förslag till försöksverksamhet

Sammanfattningsvis vill vi sålunda framhålla, att mycket synes vara att vinna på en utökad samverkan mellan de olika systemen för social trygghet vid inkomstbortfall. Det torde emellertid vara svårt att utan en försöksverksamhet överblicka vilka effekter av gynnsam eller ogynnsam art som detta kan medföra. Därför borde man i ett första steg pröva ett par olika modeller av administrativ samverkan. Dessa kan exempelvis tänkas uppbyggda enligt följande förslag:

1. Samtliga socialhjälsärenden inom ett område handlägges inom försäkringskassan, förstärkt med socialvårdspersonal. Så snart sjukförsäkringen ej kan tillämpas, eller ersättningen ej uppgår till gällande socialhjälpnorm, träder socialhjälp in.
2. Försäkringskasseärenden inom ett område handlägges vid en förstärkt socialbyrå. Socialhjälp utbetalas enligt gällande normer, så snart grunderna för socialhjälp föreligger, utan att formella kriterier för att erhålla sjukpenning behöver föreligga.

I en sådan försöksverksamhet skulle man dels kunna studera effekterna av att dubbelarbetet minskar eller försvinner, och dels också vilka skillnader som uppstår i handläggningen av ärenden mellan de båda modellerna men också gentemot tidigare system. Utifrån erfarenheter härifrån skulle man efter hand måhända finna en lämplig form för samordning av sjukförsäkring och socialhjälp, så småningom kanske även arbetslöshetsunderstöd.