

Handikappersättning

Antoinette Hetzler

Rättssociologiska institutionen, Lunds universitet

I det socialpolitiska regelsystemet, primärt inom socialförsäkringen, har man utvecklat ett strikt rättstekniskt synsätt när det gäller hur olika former av handikapp ska värderas i avseende på ekonomiska stödinsatser från staten. I forskningsprojektet "Socialförsäkringen och de handikappade" studeras 3 382 ärenden rörande handikappersättning enligt AFL 9:2. Målet har varit att frilägga den socialförsäkringsrättsliga utformningen av handikappbegreppet och den faktiska tillämpningen av de lagar som reglerar handikappersättningen. Detta är en undersökning av den verklighet som omger uppkomsten och avgränsandet av ett handikappersättningsärende inom försäkringskassan. Projektet knyter samman en rad aspekter på det allmännas roll och funktion att stödja resurssvaga eller resurskrävande grupper i samhället.

Databasen, som tidsmässigt fördelar sig på två perioder – fyra månader före resp. efter den tidpunkt då beslutsorganet i första instans på ett genomgripande sätt förändrades till karaktär och sammansättning, ger inte blott underlag för analys av tillämpningsteendet, utan kan också, tillsammans med en närläsning av akterna, sk dokumentationsanalys, påvisa aktörernas subjektiva upplevelser och tolkningar av den situation som frambringar stödbehovet.

Projektets betydelse

Projektets vikt ligger inom främst tre områden:

- att ge de handikappade och deras organisationer kunskap om verkligheten bakom de socialförsäkringsrättsliga löftena om ersättning för merkostnader förorsakade av handikappet;
- att ge en bild av det svenska handikappstödet's konkreta utformning i relation till uppställda socialpolitiska mål;
- att ge generella kunskaper om rätten som styrmedel, av intresse inte bara vetenskapligt utan också, i högsta grad, politiskt.

Bakgrund

Sverige har synbarligen nått längst i ett internationellt perspektiv när det gäller att uppfylla de handikappades berättigade krav på samhälleliga stödinsatser, och man har använt sig av såväl rättsliga som icke-rättsliga åtgärdsprogram. De rättsliga insatserna har bl a infogats i socialförsäkringssystemet.

Socialförsäkringens uppgift är att ge ekonomisk kompensation för inkomstbortfall vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom, handikapp, arbetsskada, ålderdom, mm. Socialförsäkringen regleras rättsligt genom i huvudsak Lag (1962:381) om allmän försäkring (AFL). I AFL 9 kap 2 § stadgas om möjligheten att uppbära sk handikappersättning, ekonomisk ersättning för merkostnader som orsakas av handikapp.

2§.

Rätt till handikappersättning tillkommer försäkrad, som fyllt sexton år och som innan han fyllt sextiofem år för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt i sådan omfattning att han

- a) i sin dagliga livsföring behöver mera tidskrävande hjälp av annan,
- b) för att kunna förvärvsarbeta behöver fortlöpande hjälp av annan eller
- c) eljest behöver vidkännas betydande merutgifter.

Föreligger behov av hjälp antingen i den dagliga livsföringen och för att kunna förvärvsarbeta, eller i ett dera av eller båda dessa avseenden och därjämte merutgifter i anledning av handikappet, grundas bedömning av rätt till handikappersättning på det sammanlagda behovet av stöd.

Vid tillämpning av denna paragraf skall med försäkrad som utför förvärvsarbete likställas studerande som åtnjuter studie-stöd enligt studiestödslagen (1973:349) eller endast på grund av bestämmelse om behovsprövning är utesluten från sådan förmån.

Handikappersättning utgår alltid till försäkrad som är blind, döv eller gravt hörselskadad om blindheten, dövheten eller hörselskadan inträtt innan den försäkrade uppnått sextiofem års ålder.

Den försäkringsrättsliga definitionen av handikappbegreppet utgår således från en beräkning av merkostnaden för individen till följd av handikappet. Vi noterar också att handikappersättning är en *rättighet*, givet att de krav som lagen uppställer är uppfyllda. Lagstiftningen rymmer emellertid en rad osäkerhetsfaktorer; framför allt gäller det tolkningsfrågor. Tillämpningsmyndigheten, försäkringskassan, ska bl a bedöma funktionsförmågans grad av nedsättning och den försäkrades hjälpbehov, och dessa bedömningar ska jämte ansökan ligga till grund för beslut. Till detta kommer ytterligare faktorer utanför lagen som kan inverka på beslutsfattarens ställningstagande: tillgången på ekonomiska resurser, relationen mellan central tillsynsmyndighet, riksförsäkringsverket, och de decentraliserade tillämpnings- och beslutsorganen, avsaknaden av samlad information om tillämpningspraxis, inomorganisatoriska funktioner av varierande slag. Det finns en uppenbar risk att den lagstadgade rättigheten i tillämpningen av lagen förlorar sitt innehåll.

1982 skrev beredningsgruppen för internationella handikappåret att handikappersättningen har tillkommit för att kompensera för de merutgifter och det ökade hjälpbehov som en funktionsnedsättning kan ge upphov till. "Många handikappade kompenseras emellertid inte till fullo för det extra stödbehov och de merutgifter som funktionsnedsättningen medför. Vissa handikappgrupper står också helt utanför ersättningsystemet (SOU 1982:46.

Hittills vunna resultat inom projektet kastar ljus över den situation som beskrivs av beredningsgruppen, genom att visa hur och på vilka grunder handikappersättning beviljas eller avslås. Det har inte funnits någon samlad kunskap om hur de som önskar utnyttja "rätten" till handikappersättning upplever sin situation som handikappade, vilka definitioner och tolkningar som ligger bakom deras bedömningar att de är i behov av och berättigade till stöd.

På samma sätt saknas det kunskap om myndigheternas tolkningar, hur väl de överensstämmer med de sökandes, eller bevekelsegrunderna för beslutet, godkännande eller avslag, på ansökan. Detta område har länge varit av begränsat intresse för forskningen, samtidigt som den typ av forskning som erfordras är svagt representerad i Sverige. Också myndigheter och politiker har varit tämligen ointresserade; en lagstadgad rättighet uppfattas lätt som ett uppnått mål i sig, och utvärderingar av tillämpning och rättspraxisutveckling har inte bedömts som socialpolitiskt motiverade.

Databasen

Det empiriska underlaget för den aktuella undersökningen utgörs av förstagsåndsärenden, dvs individer som för första gången ansöker om handikappersättning, avgjorda under 1986-87. Det är med andra ord i många fall fråga om nyblivna handikappade, medan det i andra fall kan röra sig om en hänvändelse till kassan när andra stödsystem fallit bort eller blivit otillräckliga. Populationen från 1986 består av 1 835 fall som är alla ärenden i Sverige under de sista fyra månaderna 1986. Populationen från de första fyra månaderna 1987 består av 1 546 fall, också de från hela landet.

Varje ärende representeras av den personakt som skapas på försäkringskassan på grundval av den inkomna ansökan. Akten består av social och ekonomisk utredning, den sökandes egen tolkning av hjälpbehovet, diverse externa intyg samt föredragningspromemoria med förslag till beslut, beslut och beslutsmotivering. Dessa personakter har rekvirerats till institutionen från samtliga försäkringskassor, samlats där, och blivit föremål för kvantitativ och kvalitativ analys.

Kassorna ombads i ett cirkulärbrev att till projektet skicka samtliga relevanta akter från den aktuella tidsperioden. Projektets syfte

förklarades ingående, och riksförsäkringsverket uttryckte skriftligt sitt stöd för projektet. Samtliga kassor ställde upp reservationslöst, och kopior av akterna tillsändes projektet, vanligen varannan vecka, efter beslutssammanträdet. Akterna registrerades vid ankomst med uppgift om försäkringskassa, datum och antal. När en förväntad försändelse uteblev kontaktades kassan med en påminnelse. På detta sätt garanterades validiteten i materialinsamlingen.

En första preliminär rapportering från projektet ledde till att vissa kassor hävdade att de haft fler ärenden än vad som uppgavs i avrapporteringen. En validitetskontroll visade att några kassor hade underlåtit att skicka in samtliga akter till projektet. Något skäl till försummelsen har inte gått att få fram. Det har av tekniska skäl inte varit möjligt att inför denna redovisning inkludera de saknade fallen i det statistiska materialet. Det antal fall som därmed saknas är emellertid så litet att det endast medför marginella ändringar av diagrammen och inte alls påverkar analysen.

Den största skillnaden gäller en kassa som enligt en jämförelse mellan beslutsprotokoll från kassan och våra noteringar av inkommet material uppvisade en diskrepans på 44 fall. En detaljerad genomgång av de aktuella fallen när vi senare mottog dem visar att endast 10 av dessa, eller totalt ca 7% av samtliga ärenden i kassan, var verkliga förstagångsärende. De resterande hade sökt tidigare, eller begärde förhöjning av redan godkänd ersättningsnivå.

Slutsatsen av validitetskontrollerna är att projektets empiriska material är tillförlitligt, samt att de felaktigheter som kunnat beläggas endast är marginella, utan betydelse för analysen. Ytterligare en slutsats kan dras av detta, nämligen att kassornas beslutsprotokoll inte är tillförlitligt underlag för statistikändamål, att betänka främst för riksförsäkringsverket som har just detta underlag för den officiella socialförsäkringsstatistiken.

För närvarande finns i Sverige ca 40 000 individer som uppbär handikappersättning. Gruppens storlek förändras ständigt på grund av nytillkomna ersättningsberättigade handikappade och på grund av att handikappade lämnar gruppen när ersättningsbehovet upphör eller av natrliga skäl, t ex dödsfall.

Valet att i den aktuella studien bara ta med förstagångsärenden har gjorts på metodologiska grunder. Handikappersättning är en förmån som underkastas bevakning inom försäkringskassan, dvs en beviljad handikappersättning ska kontrolleras i förhållande till hjälpbehovet efter ett eller två år. Det kan också vara fallet att er-

sättning beviljats för en begränsad period, varefter ansökan om förlängning ska göras. Sådana ärenden behandlas på ett annat sätt än förstagångsärenden i försäkringskassan, eller annorlunda uttryckt, beslutsprocessen ser helt annorlunda ut beroende på om det är ett förstagångsärende eller någon form av omprövning.

Tidigare undersökningar av andra socialförsäkringsförmåner, t ex arbetsskadeförsäkringen och förtidspensioneringen (sjukbidrag) har visat att en beviljad förmån som omprövas vanligen beviljas även i fortsättningen.

Det står sålunda klart att den första bedömning som görs av ett ärende också påverkar den fortsatta behandlingen av ärendet. Det är därför nödvändigt att i undersökningspopulationen endast ta med ärenden som inte tidigare varit i kontakt med beslutsprocessen. En sådan insnävning innebär dessutom att materialet får ett värde för en eventuell longitudinell undersökning. En upprepning av den aktuella studien exempelvis vart femte år skulle vara av betydelse för att skapa en långsiktig förståelse för de socialpolitiska insatsernas funktion och effekter, samt ge en bild av utvecklingen av de handikappades situation i samhället och samhällets attityder till resursvaga grupper i behov av samhälleliga stödinsatser.

Preliminära resultat

Sjukdomstyp

En av de viktigaste informationer som kan vinnas ur projektets databas gäller vilken typ av handikapp som ger upphov till upplevda behov av ersättning från socialförsäkringen (tabell 1).

Vi ser av tabellen att 60% av samtliga handikappade individer som under den aktuella åttamånadersperioden ansåg sig vara i behov av, och ansökte om, handikappersättning finns i sjukdomstyperna Neurologiska sjukdomar/Hjärninfarkt, Reumatism/Degeneration, Utvecklingsstörd och Hörselskada. I diagrammen 1 och 2, i vilka populationen fördelats efter år, ser vi att handikappade med rörelsehinder under båda perioderna är den största gruppen. Samtidigt var, under båda perioderna de näst största grupperna Reumatism/Degeneration, Hörselskada respektive Utvecklingsstörd. Dessa tre sjukdomstyper svarar för vardera ca 10% av populationerna. Handikapp av typen astma eller olika hudproblem är inte så vanligt

Diagram 1 Handikappärenden. Avslagsfrekvens efter sjukdomstyp, 1986.

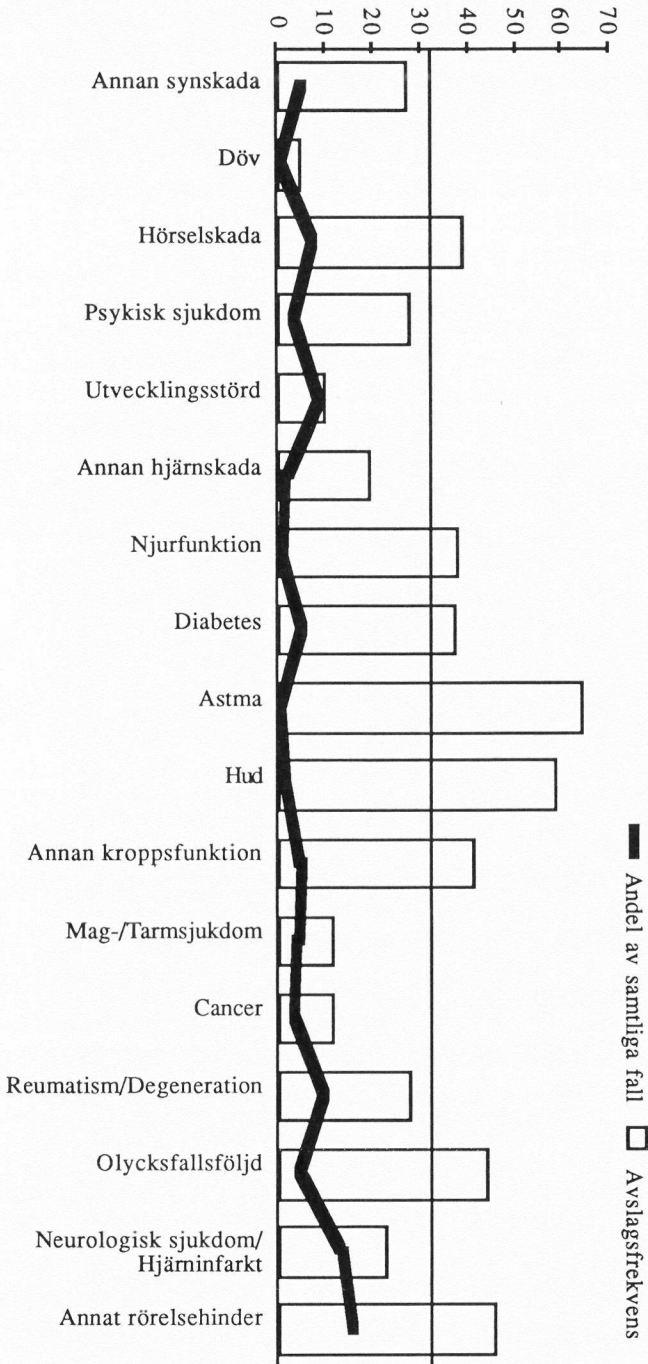
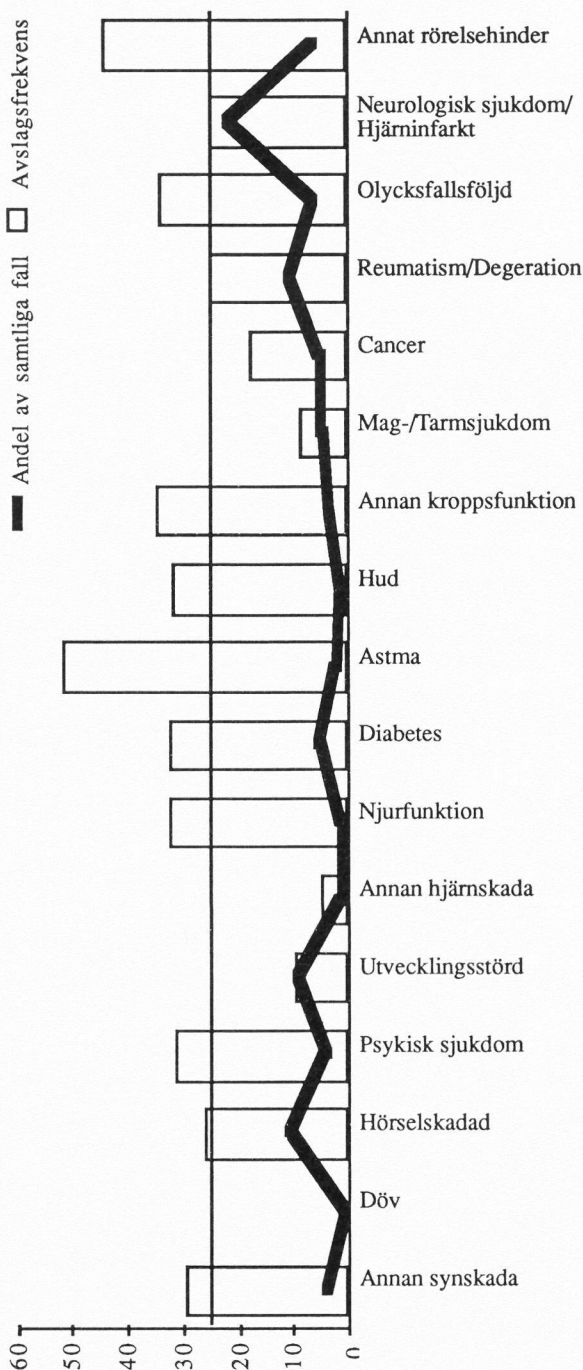


Diagram 2 Handikappärenden. Avslagsfrekvens efter sjukdomstyp, 1987.



förekommande, och därtill är avslagsfrekvensen för dessa grupper relativt hög.

Tabell 1 Handikappärenden efter sjukdomstyp

Sjukdomstyp	Antal	Andel (%)
Blind	12	0,35
Annan synskada	165	4,88
Döv	27	0,80
Hörselskada	308	9,11
Afasi	5	0,15
Annan språknedsättning	1	0,03
Psykisk sjukdom	127	3,76
Utvecklingsstörd	310	9,17
Annan hjärnskada	59	1,74
Intolerans	11	0,33
Njurfunktion	43	1,27
Diabetes	189	5,59
Astma	46	1,36
Operationsföljd	3	0,09
Hud	72	2,13
Annan kroppsfunktion	155	4,58
Mag-/tarmsjukdom	159	4,70
Cancer	149	4,41
Reumatism/Degeneration	355	10,50
Olycksfallsföljd	190	5,62
Neurologisk sjukdom/ Hjärminfarkt	595	17,59
Annat rörelsehinder	401	11,86
Totalt	3 382	100%

Diagrammen visar också avslagsfrekvensen för de större sjukdomstyperna. Att få handikappersättning beviljad innebär att man får 34%, 50% eller 65% av basbeloppet under ett år (basbeloppet var 1987 25 500 kr). I denna preliminära analys har vi valt att behandla dessa tre typer av beviljanden som likvärda, och ställt dem mot avslag. Givetvis genomförs inom ramen för undersökningen också en fördjupad analys av de olika beviljandekategorierna.

Avslagsfrekvensen för samtliga ärenden i undersökningen var 1986 31,2% och 1987 26,2%. Dessa värden markeras i diagrammen med heldragna linjer. Av de antalsmässigt stora handikappgrupperna är det bara utvecklingsstörda som avviker från genomsnittet i någon väsentlig grad. För denna grupp var avslagsfrekvensen 1986 10,1%

och 1987 9,8%. För kategorin Annat rörelsehinder var avslagsfrekvensen 1986 46,3% och 1987 44,4%. Handikappade med hörselskada fick 1986 avslag i 39,4% och 1987 i 26,5% av fallen. Handikappade med reumatism/degeneration och med neurologisk sjukdom/hjärnfarkt har lägre avslagsfrekvens än genomsnittet under båda tidsperioderna – 28,2% respektive 23,3% 1986 och 25,1% respektive 25,1% 1987.

Det är uppenbart att merkostnader, och därmed hjälpbehov, varierar med typen av handikapp. Att detta självklara faktum också avspeglas i den tillämpningspraxis som uppkommit hos försäkringskassan framgår tydligt av diagrammet. Det förtjänar dock att påpekas att samtliga ansökningar representerar ett upplevt behov av stöd från samhället.

Av den ovan citerade lagtexten ser vi att vissa typer av handikapp *alltid* ska ge upphov till ersättning enligt lagen. Det gäller blinda, döva och gravt hörselskadade individer. Av diagrammen kan vi utläsa att döva har en minimal avslagsfrekvens; 1987 avslogs inga sådana ansökningar om ersättning. När det gäller hörselskadade har vi å andra sidan relativt kraftiga avslagsfrekvenser, för båda populationerna överstigande genomsnittet. De subjektivt upplevda besvär som enligt de handikappade själva ger upphov till merkostnader får i försäkringskassans tolkning i ca en tredjedel av fallen avslag på ansökan om ersättning. Det är graderingen "gravt", som här är föremål för skiljaktliga tolkningar.

Hur och när olika handikappade individer eller grupper av individer får sina ansökningar om ersättning beviljade är en funktion av balansen mellan deras tryck på socialförsäkringsinstitutet och institutets egna inomorganisatoriska processer. Ett försök att specificera och artikulera de olika positionerna i denna balans kan på detta stadium resultera i följande punkter:

1. *En orealiserad tryckpotential.* Enskilda individers upplevda besvär genereras till en allmän påtryckning när antalet ärenden av ett visst slag växer. Trycket är emellertid otillräckligt för att medföra en tendens till ökad beviljandefrekvens – med tanke på att det splittras på 26 allmänna försäkringskassor – om det inte får en organiserad form och artikuleras offentligt.

2. *Realiserat, organiserat tryck på grund av tidigare tillgång till systemet.* Individer som tidigare uppburit någon förmån från socialförsäkringen har lättare att få handikappersättning. Ett exempel på detta är utvecklingsstördas låga avslagsfrekvens. Individerna

i denna grupp har vanligen ett vårdbidrag i bakgrunden, och för försäkringskassan är detta en trygghetsskapande faktor när det gäller beslut om ny ersättning, om än av annat slag. Samma sak gäller blinda och döva. Nya handikappgrupper, som konfronteras med socialförsäkringen först när individerna är vuxna, har svårare att få gehör för sina krav på ersättning som grupp, men inte som individer.

3. *Inomorganisatoriskt tryck försvårar förflyttningen av gränser.* Gränspopulationer definieras mer restriktivt. Vi kan i första beslutsinstans iakttä tveksamhet till att vidga gruppen av ersättningsberättigade individer. Ett exempel härpå är skillnaden i bedömning av döva och hörselskadade. Också individer med rörelsehandikapp är en grupp som har besvär med att få sina självupplevda stödbehov rättsligt bekräftade.

4. *Allmänt omfattat, moraliskt baserat yttre tryck medför lindring i livets slutskede.* Hjälpökande med cancer har låga avslagsfrekvenser i båda populationerna (11,9% resp. 18,3%). Också gruppen Neurologisk sjukdom/Hjärtinfarkt har relativt låga avslagsfrekvenser, om än påtagligt högre än cancergruppen (23,3% resp. 25,1%). Den senare handikapptypen medför rörelsehinder, och dess värden kan jämföras med Annat rörelsehinder (se diagrammen). Att en sjukdom är allvarlig tycks vara en omständighet som medför ett tryck på socialförsäkringen att göra en mindre restriktiv tolkning av behovssituationen. Detta tryck kan föras tillbaka på en allmänmänsklig reaktion på sjukdomar med (vanligtvis) dödlig utgång. Ersättning till exempelvis cancersjuka eller infarktfall kan ses som en ringa, men betydelsefull, lindring i livets slutskede. Ersättningsperioden kan därtill förväntas bli relativt kort.

Dessa fyra trycksituationer i tillämpningen av lagen om handikappersättning bidrar till att forma olika mönster i synen på handikappades hjälpbehov. Subjektivt upplevda besvär och yttre krav på socialförsäkringssystemet möter organisatoriska krav inom socialförsäkringens tillämpningsorganisation.

Försäkringskassor

Den första rättsliga beslutsinstansen inom socialförsäkringen, och därmed handikappersättningen, är de allmänna försäkringskassorna, 26 till antalet. Det är av intresse att se hur ansökningar om handikappersättning är spridda över landet, samt, bl a mot bakgrund av

Diagram 3 Handikappärenden. Avslagsfrekvens efter försäkringskassa, 1986.

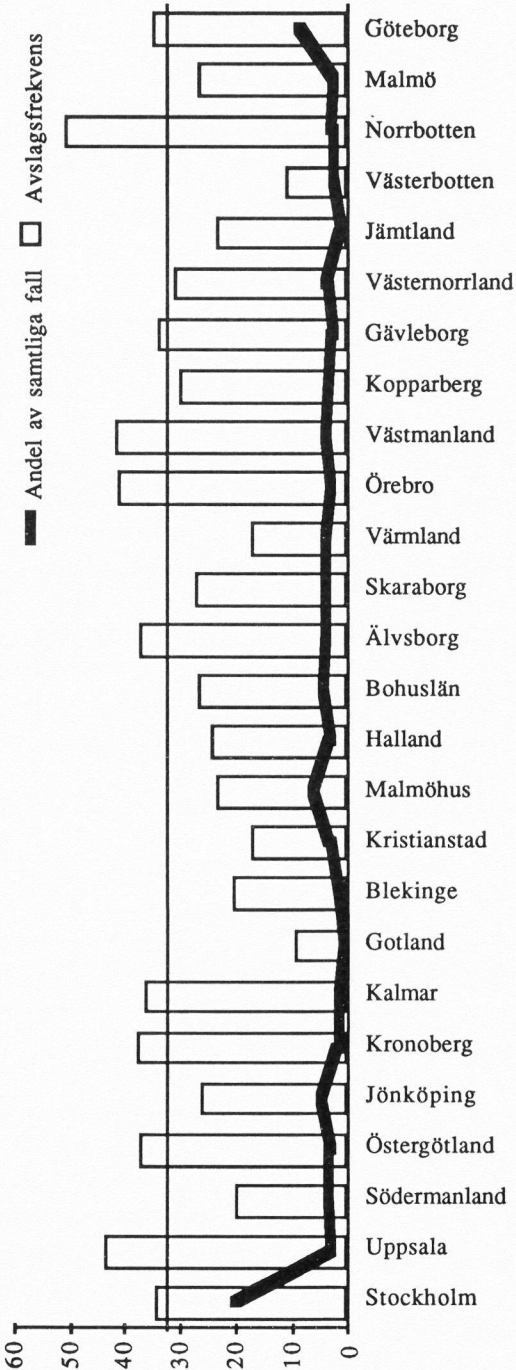
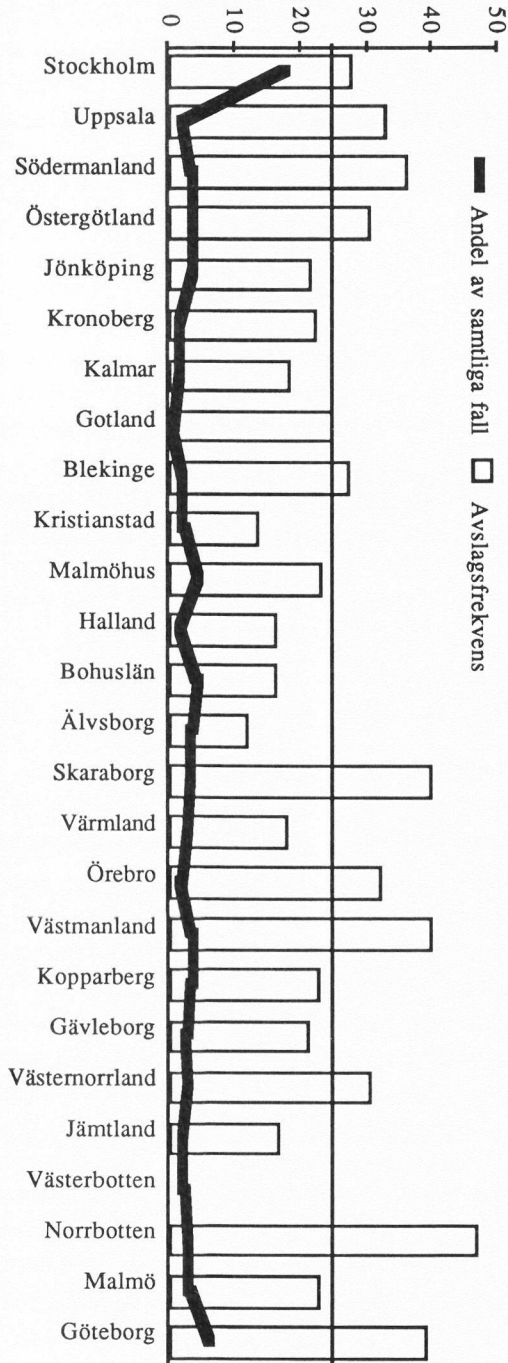


Diagram 4 Handikappärenden. Avslagsfrekvens efter försäkringskassa, 1987.



att tidigare undersökningar (t ex Hetzler & Eriksson 1983) påvisat stora skillnader i tillämpningspraxis mellan olika kassor, hur beslutsfrekvenserna i handikappärenden varierar. I diagrammen 3 och 4 visas hur ärendena i de två populationerna fördelar sig för de olika kassorna samt också avslagsfrekvensen för kassorna. Diagrammen tillåter följande observationer.

Ca 20% av samtliga handikappersättningsärenden kommer från Stockholms läns Allmänna Försäkringskassa; Stockholm är sålunda klart överrepresenterat. Avslagsfrekvensen ligger också klart över riksgenomsnittet (34,6% mot 31,2% 1986, 28,1% mot 26,2% 1987).

Näst störst är Göteborgskassan med 8,6% resp 6,6% av fallen. Också här är avslagsfrekvensen betydligt högre än i landet som helhet (35,4% mot 31,2% 1986, 39,2% mot 26,2% 1987).

I övrigt är ansökningarna tämligen jämnt fördelade mellan kassorna.

När det gäller utfallet av prövning i handikappärenden noterar vi en påfallande stor variation mellan kassorna. I 1986 års population varierar avslagsfrekvensen från 10% (Gotland) till 51% (Norrbotten). Likartade skillnader uppmättes i 1987 års population; Västerbotten har här en avslagsfrekvens under 10%, medan Norrbotten avslår 47% av ansökningarna.

För landet som helhet har avslagsfrekvensen sjunkit mellan de två mätperioderna, från 31,2% till 26,2%. Den närmast till hands liggande tolkningen av denna förändring är att den sammanhänger med de förändringar av beslutsorganet inom försäkringskassan som trädde i kraft den 1 januari 1987, då pensionsdelegationerna ersattes av socialförsäkringsnämnder. Skillnaden mellan dessa två organ ska i korthet beskrivas här.

Pensionsdelegationen var en lekmanaförsamling bestående av åtta förtroendevalda ledamöter, ordförande och vice ordförande (som ofta innehade samma poster i försäkringskassans styrelse), två läkare som utsågs av riksförsäkringsverket, två ledamöter som utsågs av landstinget (i Göteborg och Malmö av kommunstyrelsen) samt två representanter för arbetslivet, som utsågs av riksförsäkringsverket. Pensionsdelegationen fattade beslut, förutom i handikappärenden, också i bl a förtidspensions- och arbetsskadeärenden.

Socialförsäkringsnämnderna skiljer sig från pensionsdelegationerna bl a i det att i de förra inte ingår några läkare. Utan att närmare gå in på bakgrunden till de förändringar av beslutsförsamlingens sammansättning och utseende i övrigt som övergången från pen-

sionsdelegationer till socialförsäkringsnämnder innebar, ska här påpekas att förändringen skedde i linje med en allmän strävan att minska avståndet mellan beslutsförsamlingen och de individer som besluten gäller. Inom socialförsäkringens ansvarsområde är de rättsliga besluten ofta beroende av insikter om pågående eller förväntade förändringar i samhället – vad gäller arbetsmiljö och yttre miljö, arbetsmarknad, andra offentliga eller privata stödsystems omfattning och utformning, mm. Det ansågs att beslutsförsamlingen ska vara sammansatt av individer med goda kunskaper om samhället och som representerar de politiska partierna i området. En detaljerad genomgång av premisserna för lagförslaget finns i SOU 1985:21.

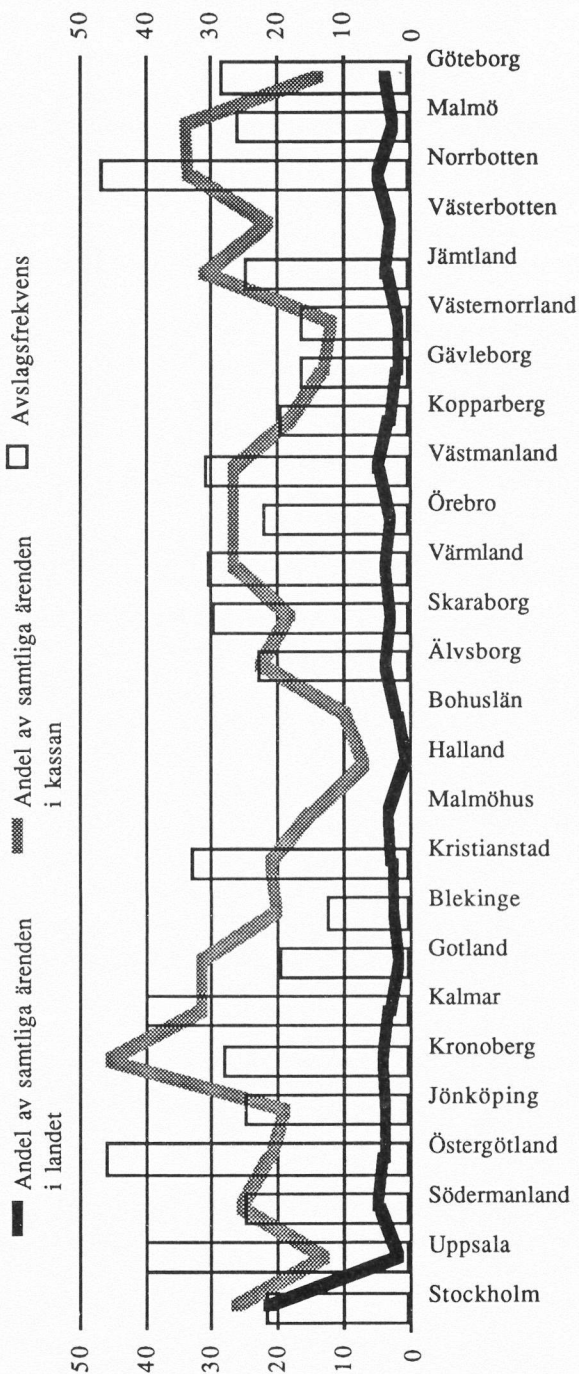
I en analys av pensionsdelegationernas funktionssätt (Hetzler 1984) visades bl a att delegationen i förtidspensioneringsärenden främst hade funktionen att legitimera handläggande tjänstemäns förslag till beslut. Resultatet bekräftas av en studie rörande arbetsskadeärenden (Hetzler & Eriksson 1983). I båda dessa studier påvisades en överensstämmelse mellan tjänstemäns förslag till beslut och delegationens beslut som låg kring 98%. Mot denna bakgrund är det intressant att notera motsvarande värden för den nya socialförsäkringsnämnderna när det gäller handikappersättningen.

I 1986 års population fattades det rättsliga beslutet i handikappersärenden fortfarande av pensionsdelegationer. Överensstämmelsen mellan förslag till beslut och beslut i denna population var 97,9%. I 1987 års populationen hade socialförsäkringsnämnderna övertagit pensionsdelegationernas roll som beslutsfattare. Överensstämmelsen i denna population var till och med något högre, 98,7%.

Mot bakgrund av den minskade avslagsfrekvensen mellan mätperioderna och den förändring av tillämpningspraxis som socialförsäkringsnämndernas införande förväntades innebära hade vi förväntat oss en något större skillnad mellan förslag till beslut och beslut under 1987. Att så inte är fallet innebär att den mer generösa inställningen till ansökningar om handikappersättning som kan noteras för 1987 framför allt beror på en förändrad inställning hos kassans tjänstemän. Vi måste emellertid fråga oss varför denna förändring inträffat, liksom vart den ökade självständigheten gentemot tjänstemännen som socialförsäkringsnämnderna förväntades uppvisa tog vägen. Det finns sannolikt flera förklaringar:

För det första är mätperioden, januari till och med april 1987, sannolikt för kort med tanke på att tidsperioden omfattar de fyra första månaderna av socialförsäkringsnämndernas existens. Någon

Diagram 5 Handikappärenden gällande sjukdomstypen Neurologisk sjukdom/Hjärtinfarkt. Ärende- och avslagsfrekvens efter försäkringskassa, 1987.



självständig praxis hade inte hunnit utvecklas. Osäkerheten bland ledamöterna var sannolikt stor.

Borttagandet av läkarna från beslutsorganet kan i sig ha förändrat tjänstemännens beteende, i det att den nya nämnden av tjänstemännen inte längre upplevdes som dominerad av medicinsk sakkunskap utan av vardagslivets förnuft. De tidigare redovisade undersökningarna har visat att tjänstemännen eftersträvar konsensus mellan förslag och beslut, och att man anpassar sina förslag till vad nämnden kan förväntas acceptera.

Bedömningsgrunder

En central fråga när det gäller jämförelse mellan olika försäkringskassor är om de har olika bedömningsgrunder, och därmed bedömer likartade ärenden på olika sätt. För att närmare undersöka detta har vi valt ut en sjukdomstyp för analys, nämligen Neurologisk sjukdom/Hjärtinfarkt. I diagram 5 redovisas hur de allmänna försäkringskassorna bedömt ärendena inom denna sjukdomstyp under 1987. Den svarta kurvan anger hur stor andel av fallen inom denna sjukdomstyp som hamnat i respektive kassa; den gråa kurvan anger hur stor andel av samtliga ärenden vid en kassa som utgörs av denna sjukdomstyp; staplarna, slutligen, anger avslagsfrekvens för denna ärendetyp.

Neurologisk sjukdom/Hjärtinfarkt är en sjukdomstyp som medför likartade besvär för den drabbade oavsett bostadsort. Avslagsfrekvensen varierar mellan 0% (i fyra kassor) och 47% (i en kassa; en kassa hade 46,1 och en tredje 40%).

Var finns då tolkningsutrymmet? Här är flera aktörer involverade i tolkningen av hjälpbehovet, och det finns, kan vi säga, två tolkningskonflikter. Dels den mellan *individ* och *försäkringskassettjänstemannen*, dels den mellan *tjänstemän på en kassa* och *tjänstemän på andra kassor*. Utgångspunkten är att ett avslag är ett bevis på skillnader i tolkning mellan individen och tjänstemän på kassan. Detta ska behandlas nedan. I fråga om den andra tolkningskonflikten, den mellan tjänstemän vid olika försäkringskassor, vill jag göra följande gällande.

Ärenden som gäller handikappersättning till någon med en neurologisk sjukdom eller hjärtinfarkt har många element gemensamma, även om de härstammar från olika delar av landet och oavsett hur grav skadan är. Individen har vanligtvis mer eller mindre svåra

rörelsehinder och är ofta rullstolsbunden. Av- och påklädning innebär stora svårigheter, liksom hygieniskt betingade handlingar. Ersättningsökande har vanligtvis redan kommunal hjälp, och därutöver anlitas anhöriga. Med andra ord är individen oftast hjälplös på egen hand, och frånvaron av ständig hjälp skapar ångest hos den sjuke. Ofta finner man också i akterna dokumenterat ett eller flera tillfällen då den sökande fallit och, oförmögen att själv ta sig upp, legat i timmar och väntat på hjälp. I svårartade fall ingår kramper och epilepsi i bilden.

Genomgående har den sökande strävat efter att ordna det dagliga livet så att hjälpbehovet är tillfredsställt och ångestskapande situationer uteblir. Vanligtvis är det anhöriga som ställer upp med tillsyn, men exempel finns på att hela grannskap ställer upp, t ex butiksägare som levererar varorna hem eller till en bil stående utanför butiken. Det är när detta primära skyddsnät inte räcker till som en ansökan om handikappersättning aktualiseras.

Utifrån detta behovsmönster har olika praxis utvecklats vid de allmänna försäkringskassorna. I vissa kassor tas det som en bekräftelse på hjälpbehovet att den sökande har hemsamarit dagligen. Andra kassor tar närvaron av en hemsamarit som bevis på att hjälpbehovet är tillfredsställt och därmed lika med noll. När den sökande dokumenterar sitt hjälpbehov och sina merkostnader med att ange att han betalar viss ersättning till anhöriga för i övrigt frivilliga insatser, anses det i vissa kassor som styrka hjälpbehovet medan man i andra tolkar det tvärtom.

Med hjälp av två fall ur undersökningspopulationen ska vi illustrera de tolkningskonflikter som anges ovan, dvs den mellan individ och tjänsteman och den mellan tjänstemän vid en kassa och tjänstemän vid andra kassor.

Individ mot tjänsteman

0089: 52-årig kvinna. Hjärnblödning.

FORSLAG TILL BESLUT: Avslag

BESLUT: Avslag

BESLUTSMOTIVERING: "Bedömt att hjälp- och tillsynsbehovet utöver vad som tillgodoses av hemsjukvården inte är av den omfattningen att rätt till handikappersättning inte (sic) föreligger. Godtagna merutgifter är beaktade."

SAMMANFATTNING AV UTREDNINGEN: Bor tillsammans med

sambo i trerumslägenhet som är delvis handikappanpassad. Sambon är tjänstledig från arbetet och uppbär 100% anhörigbidrag från landstinget.

Kvinnan i detta ärende har efter en hjärnblödning fått en vänster-sidig förlamning och var rullstolsbunden. Vänster hand är helt obrukbar och vänster ben kunde hon stå på endast med stöd. Hon är starkt motiverad till rehabilitering. Hon har inga talproblem. Efter krampanfall och sjukhusvistelse vågar hon inte längre vara ensam och är därmed beroende av ständig närvaro av annan.

När förslaget till beslut kommunicerades till kvinnan, med motiveringen att hjälpbehovet kunde anses tillfredsställt genom att kvinnans sambo fått anhörigbidrag från länsstyrelsen, skrev hon till kassan bl a:

Preliminär beräkning av hjälpbehovet är 8 tim/dag, 40 tim/vecka + jour 16 tim/dygn x 7 = 122 tim.

Det är så att jag är helt beroende av min sambo. Det jag är rädd för är att om min sambo trots allt vägrar att ställa upp i framtiden, förvärras min ADL [allmänna dagliga situation] och även möjligheter till rehabilitering.

Min sambo är den ende i min närhet som kan hjälpa mig. Jag förstår att ingen människa gör det "till vilket pris som helst". Detta är inget jobb mellan 9:00 och 17:00.

Enligt kassans utredning var *hjälpbehovet och tillsynsbehovet* att hon klarade att själv komma upp ur sängen, toalettbesök som inte brådiskade samt nästan all av- och påklädning. Som *merkostnad* angav kvinnan medicin, läkarbesök, kläder samt kostnader för att bekanta och släktingar skulle kunna komma till henne då sambon måste utträta ärenden. Vissa andra merutgifter listas. Kassans motivering för att avslå kvinnans ansökan var att "Preliminär beräkning av hjälpbehov 0 timmar utöver de 8 timmar som tillgodoses av hemsjukvården. 825/år läkare mm. Klädslitage 500/år [kvinnan yrkade på 1000], tvättmaskin 300/år avskrivning 10 år, 1152 sjukgymnast. Merutgifter för släktingars besök godtas inte som merkostnader då denna kostnad ingår i hjälp- och tillsynsbehovet.

Här ställs sålunda tolkningskonflikten mellan individ och tjänsteman på sin spets. Med hjälp av ett annat fall ska vi illustrera tolkningskonflikten mellan olika kassors tjänstemän.

Kassa mot kassa

0104 65-årig kvinna. Parkinsons sjukdom.

FORSLAG TILL BESLUT: Handikappersättning med 34%.

BESLUT: Handikappersättning med 34%

BESLUTSMOTIVERING: "Sökandes behov av hjälp från annan i sin dagliga livsföring bedömes tillsammans med de merutgifter som är relaterade till handikappet svara mot ett hjälpbehov av minst 2 timmar per dag."

SAMMANFATTNING AV UTREDNINGEN: Gift och sammanboende med 67-årig ålderspensionerad make i egen äldre enfamiljsfastighet om 3 rum och kök. 2 vuxna barn. Kvinnan har skakningar i händer, ben och armar, samt nedsättning i främst balans, talförmåga och finmotorisk förmåga. Orken och muskelkraften är väsentligt försämrade. Hon behöver en hel del hjälp från sin make för att kunna klara sig i det dagliga livet.

HJÄLPBEHOV: Dålig muskelkontroll, använder käpp vid förflyttning, har ett flertal gånger fallit omkull i bostaden och har då inte haft förmågan att ta sig upp själv. Konstant oro för att falla omkull och rör sig därför mycket lite och med största försiktighet. Rör sig aldrig utomhus pga av fallrisken. Maken står för inköp. Försämrade motorik i händerna. Grovstädning 2 tim/14:e dag. Själv kan hon inte utföra några arbetsuppgifter där hon måste hantera redskap såsom dammsugare, sopborste eller liknande. Klarar i regel själv att laga mat, tvättmaskinen i källaren svår att ta sig till. Behöver i hög grad personlig hjälp med att knäppa, med duschning. Fått hjälpmedel. Pga svaghet, muskelkontroll, ständig rädsla för att falla kan hon inte lämnas ensam några längre perioder åt gången och är därför i behov av att maken ständigt finns i närheten.

MERKOSTNADER: 1 757 beaktade 10 år för diskmaskinen. Kommunala hemhjälpen (1 726) ej beaktas då tidsåtgången istället beaktats i fråga om det sammanlagda hjälpbehovet. Införstådda med beräkningen och inget ytterligare att tillägga.

Kommentar

De två ärenden rörande handikappersättning som presenteras ovan illustrerar hur likartade situationer kan tolkas på olika sätt. I det första fallet lägger den handikappade själv stor vikt vid att hjälpbehovet är konstant och medför kostnader utöver anhörigbidraget.

Kassan, å sin sida, fäster vikt vid att anhörigbidrag utgår och anser därmed att hjälpbehovet är tillgodosett. I det andra fallet föreligger också närmast konstant hjälpbehov, som bl a lett till att kvinnan får hjälp med storstädning varannan vecka. I kassans resonemang tas denna hjälp till intäkt för att medge att handikappersättning ska utgå. En ytterligare dimension är att de stödsystem som avlastar individens anhöriga i det ena fallet kommer från landstinget och i det andra från kommunen. De är därtill av olika omfattning. Likafullt används båda stödinsatserna som underlag för att bedöma behov.

I DsS 1977:6, *Erfarenheter av handikappersättningen*, redovisar riksförsäkringsverket sin syn på tillämpningen av reglerna rörande denna stödform och föreslår åtgärder (för en analys av förarbetena, se Olsson 1988). Ett sådant förslag går ut på att tolkningen av begreppet hjälpbehov skulle nyanseras. Rent allmänt menade man att bestämmelserna om handikappersättning innehöll ett antal relativt opreciserade förutsättningar för rätt till ersättning. Det gällde bl a begreppen funktionsförmåga och behovet av mera tidskrävande hjälp eller betydande merutgifter.

I försäkringsöverdomstolens remiss till rfv:s utredning finns uttalanden som kan tolkas som en fingervisning om ett mer restriktivt synsätt. Försäkringsöverdomstolen avstyrkte RFV-förslaget om nyansering av hjälpbehovsbedömningen och menade dessutom att bedömningen ej fick göras avhängig den handikappades subjektiva önskemål och i regel ej heller fick grundas på schabloner.

Konklusion

Handikappersättningen, som en del av socialförsäkringen, ska uppfattas som en rättighet, givet att de rekvisit som lagen uppställer är uppfyllda. Lagstiftningen rymmer emellertid en rad osäkerhetsfaktorer; framför allt gäller det tolkningsutrymmet. Det är uppenbart nödvändigt att regelverket på ett område som handikappersättning har inbyggt vida tolkningsramar, inte minst med tanke på att hjälpbehovet och existerande stödinsatser ständigt förändras och inte kan bedömas enhetligt. Desto större krav måste då ställas på tillämpningsmyndigheten att vara känslig för förändringar och anpassa sina tolkningar till dem. Inte minst gäller detta som det tekniskt avance-

rade moderna samhället producerar nya handikapp samtidigt som stödssystemen utanför socialförsäkringen förändras på olika sätt. Vi vill hävda att den centrala utgångspunkten för myndighetens tolkningar måste vara att visa stor känslighet till den handikappade individens egen beskrivning av verkligheten, och därmed av hjälp- och tillsynsbehovet. Detta ska inte tolkas så, att individens "subjektiva önskemål" ska vara utgångspunkt för bedömning av hjälpbehovet. Det är emellertid rimligt att hävda att praxisutvecklingen bör kontrolleras så att den sker i samklang med förändrade förutsättningar för de handikappade i samhället och till förändringar i samhällets övriga stödssystem. En sådan harmoniering av tillämpningen med samhällsutvecklingen underlättas av att tolkningen av och bedömningen utifrån opreciserade begrepp tar största möjliga hänsyn till de hjälpsökande individernas tolkningar. Det finns här ett tryck från de handikappade på socialförsäkringssystemet.

Att så i stor utsträckning ändå inte är fallet förklaras av organisationers allmänna funktionssätt. Vi har tidigare kunnat iakttä och belägga att verksamheten inom organisationen försäkringskassan får en *rutiniserad* karaktär (Hetzler & Eriksson 1983). En konflikt uppstår mellan behovet av effektivitet – som leder till rutinisering – och behovet av känslighet i tolkningarna som följer på kravet på individuell bedömning.

Som vi tidigare kunnat definiera olika mönster när det gäller hur handikappgrupper förhåller sig till tillämpningsmyndigheten, kan vi urskilja mönster också när det gäller myndigheternas tillämpningsbeteende. Vissa kassor har utvecklat ett *dialogmönster* där man tillsammans med de handikappade individerna försöker komma fram till hur ett ärende ska avgöras. En del kassor har skapat ett *strömlinjetekniskt mönster*, som innebär att de mekaniskt definierar hjälpbehov och merkostnader och ger begränsat utrymme i utredningen åt den sökandes egna tolkningar av stödbehovet och samhällets insatser i övrigt. En tredje variant kan kallas för ett *restriktivt mönster*. Här struktureras utredning av fallen, bedömningar, tolkningar och motiveringar på ett sätt som exkluderar de sökande från ersättning. Slutligen finns ett *kombinationsmönster* som innebär att olika beteenden kommer fram i olika situationer och inget fast mönster kan iaktas.

Definieringen av olika beteendemönster inom socialförsäkringens tillämpningsorganisation är av central betydelse för förståelsen av de iaktagna variationerna i beslutsfrekvenser. Vi har att göra med

en decentraliserad beslutsmiljö, med 26 relativt fristående beslutsfattare. De olika kassorna har utvecklats, eller kanske behållit, en särprägel, trots att de lyder under samma regelverk och samma tillsynsmyndighet.

En preliminär jämförelse mellan resultaten av den stora arbetsskadeförsäkringsundersökningen (Hetzler & Eriksson 1982, 1983) och de hittills framkomna resultaten från handikappersättningsstudien visar att tillämpningsmönstret går igen. Det blir mot denna bakgrund av största vikt att tränga utöver analysen av rättens betydelse för en enhetlig rättstillämpning och istället analysera och förstå hur geografiskt och administrativt skilda organisationer inom samma system, med samma regler, resurser och struktur utvecklar olika sätt att tolka och realisera lagstiftarens intentioner.

Vad detta beror på, om det är ett resultat av historiskt betingade skillnader mellan försäkringskassorna från tiden före den allmänna försäkringen eller om det är andra mekanismer som betingar olikheterna, är en fråga som kommer att bli föremål för ingående studier inom det nystartade forskningsprogrammet "Socialförsäkringens tillämpning och relation till arbetslivet" vid Rättssociologiska institutionen i Lund.

Referenser

- DsS 1977:6 *Erfarenheter av handikappersättningen* Stockholm: Socialdepartementet 1977
- Hetzler, Antoinette (1984) *Pensionsdelegationen* Lund: EKNA
- Hetzler, Antoinette & Kjell E. Eriksson (1983) *Arbetsskadeförsäkringens tillämpning* Lund: EKNA
- Olsson, Sven-Erik (1988) *Handikappforskning* Lund: Rättssociologiska institutionen (stencil)
- SOU 1982:46 *Handlingsprogram i handikappfrågor* Stockholm: Liber Allmänna förlaget
- SOU 1985:21 *Ökat förtroendemännainflytande i försäkringskassorna* Stockholm: Liber Allmänna förlaget

