

Juridiska Institutionen
Handelshögskolan vid Göteborgs universitet
Juris kandidatprogrammet
Tillämpade studier, 20 p, hösten 2003

Rättssäkerhet vid rehabilitering

En studie av medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering

Författare:
Ulrika Hellquist
Handledare:
Professor Lotta Vahlne Westerhäll

Innehåll

- I. Inledning 4**
 - 1.1 Syfte 4**
 - 1.2 Metod 5**

- 2 Tre rehabiliteringsaktörer 5**
 - 2.1 Hälso- och sjukvården 5**
 - 2.2 Kommunen 6**
 - 2.3 Försäkringskassan 6**

- 3 Rättigheter och rättssäkerhet 7**
 - 3.1 Rättigheter 7**
 - 3.2 Rättssäkerhet 9**

- 4 Medicinsk rehabilitering 12**
 - 4.1 Inledning 12**
 - 4.2 Hur den medicinska rehabiliteringen skall vara beskaffad 13**
 - 4.2.1 God kvalitet och trygghet i vården och behandlingen 13
 - 4.2.2 Lättillgänglig vård 14
 - 4.3 Patientens självbestämmanderätt 15**
 - 4.3.1 Goda kontakter mellan patienten och personalen 16
 - 4.4 Patientinflytande 16**
 - 4.4.1 Information 17
 - 4.4.2 Valmöjligheter mellan behandlingsalternativ 18
 - 4.4.3 Förnyad medicinsk bedömning 20
 - 4.5 Samtycke 21**
 - 4.5.1 Samråd och respekt 21
 - 4.5.2 Samtyckeskrav 22
 - 4.5.3 Samtyckesformer 23
 - 4.6 Patientens möjlighet till överprövning 24**
 - 4.6.1 Socialstyrelsen 24
 - 4.6.2 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd 26
 - 4.7 Ekonomisk ersättning vid skada 27**
 - 4.7.1 Patientskadelagen 27
 - 4.7.2 Skadeståndslagen 28
 - 4.8 Föreligger rätt att erhålla medicinsk rehabilitering? 29**
 - 4.9 Rättssäkerhet vid medicinsk rehabilitering 30**

- 5 Social rehabilitering 32**
 - 5.1 Inledning 32**
 - 5.2 Kommunens yttersta ansvar 33**
 - 5.3 Social service 33**
 - 5.4 Rätten till bistånd 34**
 - 5.4.1 Tillgodoseende av behov 35
 - 5.4.2 Skälig levnadsnivå 36
 - 5.5 Den enskildes självbestämmanderätt 37**
 - 5.6 Samtycke 39**
 - 5.7 Besvärsrätten 40**

5.7.1	Förvaltningsbesvär	40
5.7.2	Laglighetsprövning	41
5.8	Föreligger rätt att erhålla social rehabilitering?	42
5.9	Rättssäkerhet vid social rehabilitering	43
6	Arbetslivsinriktad rehabilitering	45
6.1	Inledning	45
6.2	Rehabiliteringsutredning	45
6.2.1	Arbetsgivarens ansvar	45
6.2.2	Försäkringskassans ansvar	47
6.3	Rehabiliteringsplan	48
6.4	Förutsättningar för rehabiliteringsersättning	49
6.5	Arbetsförmågan efter steg-för-steg-modellen	49
6.6	Indragning av ersättning	51
6.7	Samråd och självbestämmande	53
6.8	Besluts överklagbarhet	55
6.9	Föreligger rätt att erhålla arbetslivsinriktad rehabilitering?	56
6.10	Rättssäkerhet vid arbetslivsinriktad rehabilitering	57
7	Rättssäkerhetsgarantier vid ärendehandläggning	57
7.1	Inledning	57
7.2	Myndighetsutövning	58
7.3	Rätt att få ta del av uppgifter	59
7.4	Kommunicering	60
7.5	Motivering av beslut	61
8	Avslutande synpunkter	63
	Källor och litteratur	65

1 Inledning

Under de senaste åren har det rapporterats om en stor ökning av långtidssjukskrivningar och hur det har en negativ påverkan på landets ekonomi. Analyserna av sjukskrivningarna har visat att det är sjukdomar från nacke, axlar, rygg och psykisk ohälsa som tilltar. Genom olika utredningar har man försökt att ge svar på vad ökningen av sjukskrivningarna beror på, och på vilket sätt de sjukskrivna kan få hjälp att bli friska för att kunna återgå till arbetslivet. Då målet är att sänka sjukskrivningstalen har det fokuserats på försäkringskassornas rehabiliterings-insatser. Förutom försäkringskassornas rehabiliteringsinsatser är området för rehabilitering något vidare. Rehabilitering kan även sägas ske inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det är då fråga om medicinsk och social rehabilitering. Oavsett vilket område som är aktuellt är det den enskilde som är i behov av hjälp för att återfå vissa funktioner och som därmed står i centrum för rehabiliteringsprocessen. Utgångspunkten i denna uppsats är därför att undersöka i vilken utsträckning det föreligger rättssäkerhet inom medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering.

1.1 Syfte

Syftet med denna uppsats är att klargöra om rättssäkerhet föreligger inom medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är därför nödvändigt att bestämma vilket innehåll begreppet rättssäkerhet kan ha och vilka krav som skall vara uppfyllda för att kunna tala om rättssäkerhet. Därefter kommer begreppet rättssäkerhet att appliceras på det gällande rättsläget inom varje rehabiliteringsområde.

Eftersom utgångspunkten tas i den enskildes situation i rehabiliteringsprocessen, kommer hans eller hennes autonomi eller självbestämmanderätt att vara föremål för undersökning, för att utröna innebörden av självbestämmanderätten inom respektive rehabiliteringsområde.

När det gäller medicinsk rehabilitering kan det antas att det är tveksamt om kravet på rättssäkerhet uppfylls. Därför skall regelverk som syftar till att ytterligare stärka patientens ställning studeras. Det handlar då särskilt om möjligheten att erhålla ekonomisk kompensation vid felbehandling.

För att kunna bedöma den enskildes rättssäkerhet inom de tre rehabiliteringsområdena kommer tre viktiga lagrum i förvaltningslagen att studeras. Detta för att undersöka vilka rättssäkerhets-garantier som lagstiftaren har ansett skall gälla vid myndighetsutövning.

1.2 Metod

Den metod som använts i föreliggande uppsats kan beskrivas som traditionell juridisk metod. För att utröna gällande rätt har olika rättsskällor studerats. De rättsskällor som använts är relevant författningstext och förarbeten i form av propositioner och statens offentliga utredningar. Dessutom har material hämtats från juridisk litteratur och rättsfall från Regeringsrätten och Försäkringsöverdomstolen. Förutom de nu nämnda källorna har Allmänna råd från Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverkets vägledning använts.

2 Tre rehabiliteringsaktörer

Rehabilitering är ett samlingsnamn för alla de insatser som inriktar sig på att hjälpa sjuka, skadade eller funktionshindrade människor att återfå bästa möjliga förmåga i olika aktiviteter. Vidare skall rehabiliteringen ge dessa människor möjlighet att leva ett så normalt liv som möjligt. Rehabilitering är inte någon klart definierad eller exakt avgränsad verksamhet, vilket innebär att rehabilitering bedrivs av flera olika aktörer.

2.1 Hälso- och sjukvården

Det medicinska rehabiliteringsansvaret åligger sjukvårdshuvudmännen, dvs landsting eller kommuner. Syftet med medicinsk rehabilitering är att så långt som möjligt återställa grundläggande funktioner som orsakats av sjukdom eller skada. Rehabiliteringen kan också syfta till att förbättra en nedsatt funktion, bibehålla en uppnådd funktionsförmåga eller träna kompensande funktioner.¹ Förutom den vanliga sjukvården, kan andra konkreta rehabiliteringsåtgärder komma i fråga såsom arbetsterapi, sjukgymnastik, rådgivning, funktionsprövning, stödåtgärder samt tekniska hjälpmedel.² Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har landstinget ansvar för befolkningens hälsa.

2.2 Kommunen

Ansvaret för social rehabilitering av den enskilde vilar på kommunernas socialtjänst och reglerna för verksamheten finns i socialtjänstlagen (2000:453). De övergripande målen för

¹ SOU 1988:41 s 163

² SOU 2000:78 s 210

socialtjänsten är enligt 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) att för enskilda skapa ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet.³ Syftet är att öka möjligheten för den enskilde att ta del i samhällets gemenskap och att begränsa eller avhjälpa enskildas behov av stöd och hjälp. Dessutom syftar verksamheten till att förebygga uppkomsten av sociala svårigheter.⁴

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas där får den hjälp och det stöd som de är i behov av. Framförallt har kommunerna ett särskilt ansvar för alkohol- och narkotikamissbrukare och för långvarigt psykiskt sjuka.

Den sociala rehabilitering avser frågor som råd, service, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter. Har den enskilde ett behov som inte kan tillgodoses på annat sätt är det således socialtjänsten som har att utreda och erbjuda lämplig åtgärd. De olika rehabiliteringsinsatserna kan beviljas som bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL eller att kommunen driver en verksamhet, där något biståndsbeslut inte behövs för att den enskilde skall få delta. Det sistnämnda kan benämnas som social service.

2.3 Försäkringskassan

I början av 1992 infördes nya regler i 22 kap. i lag (1962:381) om allmän försäkring (AFL) som bestämmer försäkringskassans roll vid rehabilitering. I samband med de nya reglerna har försäkringskassans funktion förtydligats. Försäkringskassan har fått ett initiativ-, samordnings- och tillsynsansvar.⁵ Ansvaret gäller för de personer som är sjukskrivna hos försäkringskassan eller har rätt till sjukpenning enligt AFL. Det är emellertid viktigt att hålla i minnet att försäkringskassans initiativ- och samordningsansvar gäller all rehabilitering i långa sjukfall och inte endast den arbetslivsinriktade.⁶ Trots detta ligger tyngdpunkten för försäkringskassan på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, eftersom försäkringskassan har möjlighet att betala ut rehabiliteringsersättning eller sjukpenning till personer som deltar i sådan rehabilitering. Dessutom har försäkringskassan sedan början av 1990-talet haft möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster till de individer som är i behov av dessa.

³ SOU 1988:41 s 98

⁴ Norström och Thunved, Nya sociallagarna, s 29

⁵ Almqvist, Aktiv rehabilitering, s 16

⁶ SOU 2000:78 s 213

Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses det stöd och de åtgärder som en person behöver för att återfå eller behålla sin arbetsförmåga. För att avgöra vad som är en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd måste en bedömning göras med utgångspunkt i det enskilda fallet och vad som är målet med rehabiliteringen.

Ett annat begrepp som förekommer i det här sammanhanget är yrkesinriktad rehabilitering, som är en precisering av de insatser som är arbetslivsinriktade. Således är arbetslivsinriktad rehabilitering ett vidare begrepp än yrkesinriktad rehabilitering.

3 Rättigheter och rättssäkerhet

Begreppen rättighet och rättssäkerhet har nära anknytning till varandra och det är svårt att utelämna det ena begreppet när diskussion förs om det andra och omvänt. Vidare förekommer begreppen bl a i både massmedia och i politiska debatter. Eftersom begreppen rättigheter och rättssäkerhet används så flitigt i olika sammanhang är det viktigt att bestämma mer exakt vilket innehåll begreppen skall ha för undvikande av oklarheter. Stig Strömholm menar att begreppet rättighet i lagtext eller juridisk text skall användas med försiktighet, inte slentrianmässigt för att beteckna varje tänkbar rättsposition.⁷ Även Gunnar Bramstång har en uppfattning i ämnet och anför att rättighetskonstruktioner skall reserveras för utvalda situationer, där den enskildes anspråk på en viss förmån endast efter noggranna överväganden förtjänar att bli kvalificerad som en rättighet.⁸

3.1 Rättigheter

Inom civilrätten har termen rättighet varit föremål för en livlig rättsvetenskaplig debatt, både i Norden⁹ och i de anglosaxiska länderna.¹⁰ Rättighetsbegreppet förekommer även till viss del inom förvaltningsrätten, men har inte diskuterats i samma omfattning som inom civilrätten. I olika sammanhang har dock flera författare pläderat för att vissa grundläggande krav måste vara för handen, för att kunna använda rättighetsbegreppet i det förvaltningsrättsliga språket.¹¹

⁷ Strömholm, Rätt, rättskällor och rättstillämpning, s 284

⁸ Bramstång, Sociallagstiftningen. En kommentar, s 51

⁹ Se Strömholm, Rätt, rättskällor och rättstillämpning, s 277 ff

¹⁰ Se Simmonds, Juridiska principfrågor, s 135 ff

¹¹ Westerhäll, Rättigheter, förpliktelser och sanktioner inom socialrätten, s 628 f

Begreppet rättighet saknar semantisk referens men har en stor betydelse i det rättsliga språket. Ordets praktiska funktion har till uppgift att på ett kort och enkelt sätt beskriva ett existerande rättsläge. Alternativet skulle annars vara att beskrivningarna tvingades bli omständliga hänvisningar till en rad olika förhållanden.¹² Vanligtvis ger lagbestämmelser, som innehåller rättighets- och förpliktelsestermer, uttryck åt starkt komprimerade förhållningsregler. Ur lagteknisk synpunkt är rättighetsbegreppets koncentrerande funktion dess främsta förtjänst. En rättsregel är vanligtvis uppbyggd enligt ett särskilt schema som innehåller både rättsfaktum och rättsföljd. Om en viss omständighet eller komplex av fakta föreligger, så skall en viss konsekvens inträda, t.ex. att ett visst handlingssätt skall iakttagas eller underlåtas. Den nämnda omständigheten eller de komplex av fakta kallas rättsfaktum och den påbjudna konsekvensen benämns rättsföljd.¹³ Rättighetstermen kan sägas ha funktionen av ett mellanled eller kopplingscentral mellan rättsfaktum och rättsföljd. I doktrinen anses således termen rättighet som ett framställningstekniskt hjälpmedel där termen betecknar en serie rättsfakta och en serie rättsföljder som annars borde anges med ett antal förhållanden som är omständliga att räkna upp.¹⁴

För att det skall föreligga en rättighet i förvaltningsrättsligt hänseende skall följande baskrav vara uppfyllda. Rättigheten skall vara noggrant preciserad i lag både vad gäller innehåll och förutsättningar och rättigheterna skall vara utkrävbara genom att den enskilde ges möjlighet att överklaga. Dessutom bör det finnas krav på statlig tillsyn över de myndigheter som handhar förvaltningen.¹⁵

Genom att det första baskravet, att rättigheten skall vara lagbestämd till innehåll och förutsättningar, är uppfyllt har myndigheten lättare att göra en allsidig och välavvägd sakprövning i ärenden där den enskilde skall komma i åtnjutande av gynnande åtgärder. Den enskilde ges även möjlighet att kunna förutse myndighetens beslut och i efterhand bedöma beslutets laglighet.¹⁶

¹² Holmberg, Den enskildes bistånds rätt enligt socialtjänstlagen, s 24

¹³ Hydén, Rättsregler, s 71

¹⁴ Hollander, Rättighetslag i teori och praxis, s 34

¹⁵ Westerhäll, Rättigheter, förpliktelser och sanktioner inom socialrätten, s 629

¹⁶ Holmberg, Den enskildes bistånds rätt enligt socialtjänstlagen, s 33

Det andra kravet, att rättigheten skall vara utkrävbar, innebär att den enskilde kan få beslutet omprövat av en från beslutsmyndigheten fristående högre instans. Omprövningssituationen aktualiseras när den enskilde förvägrats en förmån e.d. som han eller hon anser sig vara berättigat till enligt lag. I nära anknytning till möjligheten att få ett beslut överprövat ligger beslutets utkrävbarhet. Har den enskilde genom överprövning fått rättigheten fastställt måste den också kunna konkretiseras och ges ett behovsanpassat innehåll.¹⁷

Det tredje och sista villkoret behandlar den statliga tillsynen över beslutsmyndigheten. Tillsynen har till uppgift att säkerställa att lagens syften och intentioner får genomslag i myndigheternas tillämpning av lagen. Dessutom kan tillsynen bidra till att en viss lag får en, i vart fall, någotsånär likformig tillämpning i hela landet.¹⁸

3.2 Rättssäkerhet

Efter genomgången av vilka krav som skall föreligga för att en lagbestämmelse skall anses vara en rättighet i juridiskt bemärkelse, skall rättssäkerhetsbegreppet studeras. I den här uppsatsen handlar rättssäkerhet främst om att lagtolkning och rättstillämpning har som ändamål att tillförsäkra den enskilde de rättigheter som anges i lagen.

Även när det gäller rättssäkerhet saknas det en entydig definition av vad som menas med begreppet, vilket troligen beror på att det förekommer i många olika sammanhang utanför juridiken. I den juridiska doktrinen har begreppet diskuterats och det är från dessa diskussioner möjligt att urskilja några villkor som skall vara för handen för att definiera vad som bygger upp begreppet rättssäkerhet.

Flera författare delar upp rättssäkerhetsbegreppet i en formell och i en materiell sida. Med formell rättssäkerhet förstås kraven på förutsebarhet, legalitet, likformig rättstillämpning och överklagbarhet. Beträffande begreppet materiell rättssäkerhet avses innehållet i ett beslut. Trots begreppets mångtydighet råder det dock ett visst samförstånd beträffande dess grundläggande betydelse.¹⁹ En väsentlig komponent är just kravet på förutsebarhet. I en

¹⁷ Holmberg, Den enskildes bistånds rätt enligt socialtjänstlagen, s 34

¹⁸ Holmberg, Den enskildes bistånds rätt enligt socialtjänstlagen, s 34

¹⁹ Zila, Om rättssäkerhet, s 284

rättsstat måste den enskilde kunna förutse de rättsliga följderna av de handlingar som han eller hon vidtar eller har för avsikt att vidta.²⁰

Förutsebarheten förutsätter i sin tur att offentliga myndigheter följer vissa grundprinciper i sitt arbete. En sådan princip är legalitetsprincipen som innebär att de offentliga myndigheterna måste ha lagstöd för att kunna ålägga den enskilde något, döma honom eller henne till straff eller på annat sätt ingripa i hans eller hennes rättssfär.²¹ Legalitetsprincipen kommer till uttryck i 1 kap. 1 § regeringsformen (RF), där det framgår att den offentliga makten utövas under lagarna. Kravet på lagbundenhet innebär ett krav på att myndigheternas beslut skall grundas på generella rättsregler.²² Bakgrunden till kravet på lagstöd är bl.a. att den enskildes rättigheter skall skyddas mot felaktig maktanvändning. Inte heller skall rättigheterna kunna inskränkas utan stöd i lag. Rättigheterna kan vara av olika slag såsom frihets- eller välfärdsrättigheter.²³

Till frihetsrättigheterna räknas de grundläggande fri- och rättigheterna i 2 kap. RF. Där stadgas att varje medborgare gentemot det allmänna är tillförsäkrad yttrandefrihet, religionsfrihet och skyddad mot frihetsberövande. Förutom innehållet i 2 kap. RF, finns det i litteraturen ett antal uppräknningar av vad som är skyddsvärda rättigheter. Vissa författare menar att uppräknarna kan anses vara tolkningar av olika demokratiska värden.²⁴ Välfärdsrättigheter är sådana rättigheter som staten fördelar till sina medborgare. För att medborgarna skall komma i åtnjutande av dessa rättigheter krävs lagstöd. Exempel på välfärdsrättigheter är bistånd enligt socialtjänstlagen i form av social rehabilitering och ekonomiskt bistånd, sjuk- eller rehabiliteringspenning och bostadsbidrag. Skyddsintresset för dessa förmåner ligger inte i att skydda medborgarna mot felaktig maktanvändning. Det handlar istället om ett krav att myndigheterna uppfyller en viss rättighet som tillerkännts medborgarna enligt lag.

Ett annat villkor som skall föreligga i formellt rättssäkerhetshänseende är likformig rättstillämpning eller, som det också kallas, likhetsprincipen. Med detta menas att lagen skall tillämpas lika för alla medborgare och att lika fall skall behandlas lika. Dessutom skall rättsreglerna vara generella och ingen får tilldelas förmåner som reglerna inte medger eller

²⁰ Söderlind och Petersson, Svensk förvaltningspolitik, s 249

²¹ Beyer, Rättssäkerhet - en formsak, s 392

²² Söderlind och Petersson, Svensk förvaltningspolitik, s 249

²³ Edelstam, Förvaltningsmyndigheters utredningsskyldighet - En rättssäkerhetsstudie, s 20 f

²⁴ Peczenik,, Vad är rätt? Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation, s 83

befrias från pålagor och straff som rättsreglerna föreskriver.²⁵ Att rättsreglerna är generella innebär att de skall vara utformade som allmänna regler och inte endast gälla vissa utvalda personer.

I 1 kap. 9 § RF uttrycks att domstolar, förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör uppgifter inom den offentliga förvaltningen i sin verksamhet skall beakta allas likhet inför lagen och att de skall uppmärksamma saklighet och opartiskhet. Förutom allas likhet inför lagen, omfattar stadgandet förbud mot godtycke och illojal maktanvändning som innebär att vissa personer eller personkretsar gynnas eller missgynnas genom att ovidkommande hänsyn tas vid rättstillämpningen.²⁶ Regeln i 1 kap. 9 § RF tar upp både likhetsprincipen och objektivitetsprincipen, vilket är logiskt eftersom de båda principerna i viss utsträckning sammanfaller. En obefogad särbehandling av vissa personer måste samtidigt strida mot kravet på opartiskhet och saklighet.²⁷

Den sista beståndsdelen som bygger upp det formella rättssäkerhetsbegreppet är att beslut skall vara möjligt att överklaga. Som ordet antyder innebär det att den enskilde har möjlighet att erhålla rättelse för beslut som han eller hon anser vara felaktiga.²⁸ Den ena sidan av rättssäkerheten, dvs den formella, har nu behandlats och den andra sidan, dvs den materiella rättssäkerheten, kommer att redogöras för i det följande.

De som är förespråkare för att betrakta rättssäkerheten också ur ett materiellt perspektiv menar att det föreligger ett krav på att de beslut som fattas skall vara etiskt godtagbara, förutom kraven på förutsebarhet, legalitet och likformig rättstillämpning o.s.v. Att besluten skall vara etiskt godtagbara innebär att de bör vara korrekta, rimliga och rättvisa. Är besluten inte rimliga och rättvisa, trots att de formella rättssäkerhetskraven är uppfyllda, kan besluten ändå inte anses vara rättssäkra.²⁹ Det kan således sägas att formell rättssäkerhet är ett viktigt värde, men den måste vägas samman med etiska värden. Materiell rättssäkerhet är därför ett resultat av avvägningen däremellan.³⁰ Kritiska synpunkter har dock rests mot tolkningen av det

²⁵ Peczenik, Vad är rätt? Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation, s 52

²⁶ Petréon och Ragnemalm, Sveriges grundlagar, s 38

²⁷ Strömberg, Allmän förvaltningsrätt, s 67 f

²⁸ Birkhed, Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering?, s 207

²⁹ Birkhed, Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering?, s 207

³⁰ Peczenik, Vad är rätt? Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation, s 95

materiella rättssäkerhetsbegreppet. Åke Frändberg tillhör en av de kritiska och menar bl.a. att då begreppet rättssäkerhet inte har någon given betydelse, bör det inte föras in ytterligare begrepp som är oklara och oprecisa såsom etik. Frändberg anser att det krävs exakta begrepp i en seriös rättsdebatt och som exempel tar han då upp begreppet förutsebarhet i rättsliga angelägenheter som har en någorlunda precision och en god tradition i juridiskt språkbruk.³¹

4 Medicinsk rehabilitering

4.1 Inledning

Tidigare har nämnts att den medicinska rehabiliteringen hör till hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. I det här kapitlet kommer de centrala lagrummen, som berör patientens rättsliga ställning vid medicinsk rehabilitering, att behandlas. Innan det sker skall två bestämmelser som särskilt uttrycker möjligheten till rehabilitering beröras.

Enligt 3 b § punkten 1 HSL skall landstinget erbjuda rehabilitering för de som är bosatta där. Motsvarande åliggande som riktar sig till kommunerna finns i 18 b § HSL. Lagrummen i 3 b § punkten 1 och 18 b § HSL tar sikte på en bestämd personkrets och avser de som är funktionshindrade. Enligt förarbetena menas med funktionshindrade de personer som med anledning av en skada eller en sjukdom är förhindrade eller har begränsad möjlighet att utföra en aktivitet på det sätt eller inom de gränser som kan anses vara normalt. Vidare ges följande förklaring till vad som avses med rehabilitering. Med rehabilitering skall förstås att genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder, allsidigt främja den enskildes möjligheter att återvinna bästa uppnåeliga funktionsförmåga samt fysiskt och psykiskt välbefinnande. Detta skall då ske för de personer som har en nedsättning eller förlorat någon funktion efter en skada eller en sjukdom.³² Ovan nämnda bestämmelser är inte en utvidgning av den vård som landstinget är ålagd att ombesörja, utan det är mer fråga om en vårdpolitisk markering av dessa patientgruppers särskilda behov.³³

Eftersom det här arbetet inte endast behandlar rehabilitering av en specifik patientgrupp, måste utgångspunkt tas i 2 a § HSL som reglerar hälso- och sjukvården för alla patienter, inklusive de funktionshindrade, som är i behov av medicinsk rehabilitering.

³¹ Frändberg, Om rättssäkerhet, s 271

³² Prop. 1992/93:159 s 200

³³ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 137

Den lagstiftning som reglerar möjligheten till medicinsk rehabilitering är uppbyggd kring sjukvårdshuvudmännens och sjukvårdspersonalens skyldigheter. De förväntningar som en patient har på vården får indirekt utläsas av hälso- och sjukvårdslagen och lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.³⁴

4.2 Hur den medicinska rehabiliteringen skall vara beskaffad

Enligt 2 a § första stycket HSL framgår vad som är en god vård och vilka krav som en patient kan ställa på den medicinska rehabiliteringen. Under fyra punkter anges särskilt vad som avses med god vård. Punkten ett talar om att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Av den andra punkten framgår att vården skall vara lätt tillgänglig och under punkt tre sägs att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande. I den fjärde punkten sägs att en god vård skall främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

4.2.1 God kvalitet samt trygghet i vården och behandlingen

För att vården skall uppfylla kraven på god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling krävs, dels att den materiella standarden är tillfredsställande, dels att personalen har den utbildning och kompetens som erfordras. Det som avses med god kvalitet är att hälso- och sjukvårdens lokaler skall vara ändamålsenliga och att den tekniska utrustningen skall vara fullgod. Dessutom krävs att personalen, förutom att ha den utbildning som behövs, även skall vara legitimerad för att uppfylla behörighetskraven.³⁵ Enligt 2 kap.1 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (YVL) framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete, dvs. vård, behandling och rådgivning, i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Även om uttrycket *i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet* inte finns med i HSL, innefattas det i kravet på god kvalitet och tillgodoseende av patientens behov av trygghet i vården.³⁶

Ett komplement till 2 a § första stycket punkten 1 HSL är bestämmelsen 2 e § HSL, som säger att där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges. Med personal avses inte endast de som

³⁴ SOU 1997:157 s 51-52

³⁵ Sverne Arvill och Sverne, Patientens rätt, s 19

³⁶ Westerhäll, Patienträttigheter, s 23

är direkt involverade i vården av patienten eller särskilt identifieras enligt 1 kap. 4 § YVL. Det är istället fråga om all den personal som behövs för att bedriva en målmedveten och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, vilket innebär att även administrativ personal, lokalvårdare och teknisk personal o.s.v. ingår i denna personkrets.

När det gäller hälso- och sjukvårdens lokaler där det bedrivs vård och behandling skall lokalerna, förutom att vara i gott skick och genomgå löpande underhåll, tillgodose patientens behov av trygghet i vården. Vidare anges i 2 e § HSL krav på att det skall finnas den utrustning som behövs för god vård. I det här kravet ligger ett kvalitetskrav på en god materiell standard gällande den tekniska utrustningen. Utrustningskravet måste tillåtas att medge rimliga skillnader mellan olika nivåer av sjukvård, t.ex. vårdcentral kontra regionsjukhus. Kravet på god hälso- och sjukvård får dock aldrig åsidosättas i den bemärkelsen att vården skall överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet.³⁷ Enligt förarbetena till HSL framgår att kraven på medicinsk säkerhet och kvalitet inte behöver innebära att vård och behandling måste äga rum på stora sjukhus. Dessa krav kan väl tillgodoses av vårdformer som inte kräver så stora resurser.³⁸

4.2.2 Lättillgänglig vård

Att vården skall vara lätt tillgänglig enligt 2 a § första stycket punkten 2 HSL, tar främst sikte på de geografiska förhållandena. Genom att vårdcentraler finns på för den enskilde närbelägna ställen, kan han eller hon på ett enkelt sätt få tillgång till ett första besök hos hälso- och sjukvården. Vid vårdcentralerna kan vård och behandling ges, eller kan patienten remitteras till sjukhus om det krävs. Ett annat alternativ är att möjliggöra för läkare eller sjuksköterskor att utföra vården eller behandlingen i patientens hem.

Det är dock inte möjligt att alla kan ha lika nära till hälso- och sjukvårdens anläggningar. När det gäller vissa sjukdomar kan vården bara ges vid regionsjukhus, varför patienten får godta att resorna dit kan bli långa. Förutom den geografiska närheten menas med lättillgänglig vård vårdmottagningarnas öppettider, jourtjänstgöring och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården. I förarbetena konstateras att utbyggnaden kan kräva stora resurser, varför hälso-

³⁷ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 96 ff

³⁸ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 57

och sjukvårdens tillgänglighet noga måste vägas mot de ekonomiska och personella begränsningarna som finns.³⁹

4.3 Patientens självbestämmanderätt

I allmänhet får det anses tillkomma varje enskild människa att ha rätt till okränkvt värdighet och integritet, vilket också gäller när någon vänder sig till hälso- och sjukvården för att använda dess tjänster.

I 2 a § första stycket punkten 3 HSL stadgas att en god vård skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Avsikten med bestämmelsen är att framhålla vikten av en medmänsklig och förstående inriktning av hälso- och sjukvården. Det är också betydelsefullt för resultatet av vården att den kan genomföras i en anda av samförstånd och samverkan mellan patient och vårdgivare. Det är dock inte fråga om att låta patienten helt på egen hand bestämma innehållet och omfattningen av vården. Genom bestämmelserna i 3 a § och 18 a § HSL är det viktigt att peka på att patienten, till viss del, har utrymme att välja mellan olika behandlingsalternativ.

Av förarbetena framgår vidare att vården är helt frivillig och att patienten i princip har en obegränsad rätt att avstå från behandling. Detta innebär att patienten kan kräva att en åtgärd avbryts omedelbart eller inte vidtas alls. Dessutom påpekas i förarbetena att patienten görs uppmärksam på att det är han eller hon som bestämmer om vård överhuvudtaget skall ges.⁴⁰ Önskar patienten inte utsätta sig för de föreslagna terapeutiska behandlingsåtgärderna, skall han eller hon ändå erbjudas fortsatt omvårdnad eller palliativ behandling i den utsträckning sådana åtgärder kan anses meningsfulla.⁴¹

När gäller hälso- och sjukvårdspersonalen åläggs de skyldigheter som har samband med patientens krav på självbestämmande. Enligt 2 kap. 1 § YVL skall hälso- och sjukvårdspersonalen visa patienten omtanke och respekt. I förarbetena till YVL eller tidigare lagstiftning har *omsorg och respekt* inte utvecklats, varför formuleringen får tolkas med hjälp av vad som menas i vanligt språkbruk. Vårdsituationen eller patientens sjukdom medför ofta

³⁹ Prop. 1981/82:97 s 117

⁴⁰ Prop. 1981/82:97 s 50 och 117 f

⁴¹ SOU 1997:154 s 59

att han eller hon känner sig utsatt och i underläge.⁴² Därför är det viktigt att den behandlande personalen har detta i åtanke och inte låter oväsentliga saker påverka deras professionalism i kontakten med patienten. En patient som uppträder provocerande får inte heller medföra att personalen brister i sitt handlande. För personalen gäller inte endast att visa patienten omtanke och respekt i den direkta patientkontakten, utan också vid skriftväxling t.ex. i samband med anmälningsärendet hos HSAN.⁴³

4.3.1 Goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal

Ovan har nämnts att patienten kan känna sig utsatt och i underläge i bl.a. vårdssituationen och för att inte göra det mer besvärligt för patienten föreskrivs i 2 a § första stycket punkten 4 HSL att en god vård utmärks av att den främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Bestämmelsen fäster särskilt avseende vid betydelsen av kontinuitet i vården. För patienter som ofta besöker vårdmottagningar kan det uppfattas som besvärligt att vid varje nytt besök möta ny personal. Det kan då handla om att patienten vid varje tillfälle t.ex. får berätta samma sakomständigheter eller anpassa sig till olika råd som ges av olika läkare. Speciellt för äldre människor som tvingas till ständiga läkarbyten kan det vara ett problem. Det är även besvärande för patienter som vid flera besökstillfällen behöver genomgå vissa ingående undersökningar, inför exempelvis en framtida operation, att ha olika läkare vid varje undersökningstillfälle. För att hälso- och sjukvårdspersonalen skall ges möjlighet att tillhandahålla och fullfölja en god vård är således kontinuiteten viktig.⁴⁴

4.4 Patientinflytande

För att patienten skall kunna utöva sin rätt till självbestämmande och lämna sitt samtycke till vård och behandling, krävs att han eller hon erhåller upplysningar om de alternativ som finns beträffande undersökning, vård och behandling. Utifrån ett patientperspektiv är det väsentligt att patienten själv uppfattar sig delaktig i vård och behandling och inte upplever att viktiga frågor fattas över hans eller hennes huvud. Nedan skall därför de komponenter som anknyter till patientens möjligheter att utöva inflytande studeras. Dessutom kommer patientens samtycke att behandlas.

⁴² Johansson, Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården, s 33

⁴³ Billum och Sahlin, Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar, s 45

⁴⁴ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 65

4.4.1 Information

Bestämmelserna om skyldigheten att lämna information återfinns i 2 b § HSL och i 2 kap. 2 § YVL. Genom dessa lagrum regleras således skyldigheten för personalen och hälso- och sjukvårdens huvudman att lämna patienten en individuellt anpassad information om hans eller hennes hälsotillstånd. Den individuellt anpassade informationen skall dessutom omfatta de metoder som står till buds avseende undersökning, vård och behandling. Enligt förarbetena måste informationen anpassas efter patientens förutsättningar, vilket innebär att informationen inte får ges på ett slentrianmässigt sätt.⁴⁵ Innebörden av att patienten skall ges en individuellt anpassad information är att personalen bl.a. måste beakta patientens ålder, mognad och erfarenhet, eventuella funktionsnedsättningar samt kulturell och språklig bakgrund.⁴⁶ Andra omständigheter som påverkar informationsbehovet är sjukdomens art och svårighetsgrad. Eftersom informationen utgår från den enskilde patienten och hans eller hennes hälsotillstånd kommer omfattningen av informationen att växla från patient till patient. I vissa fall är det nödvändigt att ge patienten en mycket utförlig och ingående information för att patienten själv skall kunna bestämma om han eller hon skall genomgå en viss behandling eller inte. Det kan också förhålla sig på ett sådant sätt att patienten låter förstå att han eller hon inte vill ha någon information alls om t.ex. vilken sjukdom han eller hon lider av. Det är då viktigt att en sådan inställning respekteras.⁴⁷ Förutom att ge information som är anpassad efter patientens individuella förutsättningar, måste den som lämnar informationen också försäkra sig om att patienten förstår innebörden av densamma.⁴⁸

När det gäller frågan om hur långt informationsplikten sträcker sig rörande de behandlingsalternativ som finns att få, kan följande sägas. Det kan exempelvis finnas en behandlingsmetod som utvecklats i USA eller i Kina och som därmed är behäftad med så stora kostnader för såväl resa som vård, att sjukvårdshuvudmannen inte vill finansiera resan eller vården, särskilt om det finns en annan lika god metod att tillgå på närmare håll. Vad som får anses vara rimlig information om beträffande behandlings- eller vårdmetoder, är de alternativ som faktiskt används vid aktuell vårdinrättning eller vid remittering från vårdinrättningen till specialistvård någon annanstans.⁴⁹ Beroende på omständigheterna kan informationen utvidgas till att innehålla uppgifter om vilka risker som är behäftade med vissa

⁴⁵ Prop. 1998/99:4 s 24

⁴⁶ Sverne Arvill och Sverne, Patientens rätt, s 22

⁴⁷ Billum och Sahlin, Hälso- och sjukvårdspersonalens åliggande och ansvar, s 50

⁴⁸ Sverne Arvill och Sverne, Patientens rätt, s 22

⁴⁹ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 85

medicinska åtgärder. Föreligger det stora risker bör patienten erbjudas annan vård där dessa av erfarenhet är mindre eller saknas helt. Dock förhåller det sig inte på det sättet att varje tänkbart riskmoment alltid måste påvisas eller delges patienten, det får överlåtas på de medicinskt ansvariga att bedöma vilka risker som erfarenhetsmässigt har relevans i det enskilda fallet.⁵⁰

Förutom de risker som kan föreligga vid vård och behandling, är det även rimligt att patienten får information om huruvida den medicinska åtgärden är förenad med eftervård som är smärtsam eller på andra sätt obehaglig. Smärtsam eftervård kan t.ex. vara den sjukgymnastik en patient måste genomgå för att återvinna rörelseförmågan efter en handoperation. Vidare får det anses ingå i informationsskyldigheten att upplysa patienten om en operation fått en vidare omfattning än vad som i förväg kunde förutses.⁵¹

4.4.2 Valmöjligheter mellan behandlingsalternativ

Patienten har enligt 3 a § första stycket HSL möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ. Bestämmelsen riktar sig till landstinget.

Utgångspunkten för vilka behandlingsalternativ som patienten kan göra anspråk på skall stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patientens samverkan får således aldrig medföra att kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet åsidosätts.⁵²

De behandlingsalternativ som omfattas av patientens valmöjligheter är exempelvis kirurgiska ingrepp, läkemedelsbehandling, sjukgymnastisk behandling, specifik omvårdnad, olika förlossningsmetoder, psykoterapeutiska insatser och rehabiliteringsmetoder. Begreppet behandlingsalternativ är begränsat eftersom olika tänkbara alternativ inom undersöknings- och diagnostikområdet inte ingår i begreppet. Valet omfattar inte vårdform, om det inte följer valet av behandlingsalternativ. Inte heller inbegrips hjälpmedel.⁵³

En annan begränsning som också aktualiseras är de kostnader som sammanhänger med olika behandlingsalternativ. Av förarbetena framgår att patienten måste ha rätt att välja ett visst behandlingsalternativ som är dyrare än det andra. Samtidigt kan det i förarbetena utläsas att

⁵⁰ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 86

⁵¹ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 87 f

⁵² Prop. 1998/99:4 s 26

⁵³ Prop. 1998/99:4 s 47

det finns gränser för hur stora kostnadsökningar som är acceptabla med hänsyn till den förväntade nyttan för patienten. Det får anses godtagbart att den förväntade nyttan inte får vara ringa eller försumbar i förhållande till de merkostnader som ett visst behandlingsalternativ kan medföra. Vidare finns större acceptans för skillnader i kostnadshänseende vid allvarliga sjukdomar eller skador än vid mindre allvarliga sjukdomar. Vid bagatellartade åkommor får det anses godtagbart att inte acceptera några kostnadsskillnader alls beträffande behandlingsalternativ.⁵⁴

Av 3 a § andra stycket HSL framgår ännu en begränsning i patientens möjlighet att välja behandlingsalternativ. Där stadgas att om patientens egna landsting kan erbjuda ett alternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet är patienten hänvisad till att anta detta, även om patienten hellre skulle välja ett annat alternativ som finns att tillgå i ett annat landsting.⁵⁵

Den delaktighet och medverkan som patienten ges möjlighet till i den medicinska beslutsprocessen får inte utformas på ett sådant sätt att patienten riskerar att komma i en konfliktfylld situation med bristande kunskaper och stort beslutsansvar.⁵⁶ Det är inte tillfredsställande att patienten endast informeras om de olika behandlingsalternativen som finns för en viss sjukdom eller skada.⁵⁷ Vårdpersonalen måste dessutom vara patienten behjälplig med att värdera de olika alternativen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att tillvarata sin självbestämmanderätt.⁵⁸

4.4.3 Förnyad medicinsk bedömning

Lagrummet som möjliggör en förnyad medicinsk bedömning, eller second opinion, finns i 3 a §

⁵⁴ Prop. 1998/99:4 s 27

⁵⁵ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 134

⁵⁶ Prop. 1998/99:4 s 28

⁵⁷ SOU 1997:154 s 192

⁵⁸ Prop. 1998/99:4 s 28

tredje stycket HSL. Denna bestämmelse är en komplettering till bl.a. 2 a § tredje stycket HSL som säger att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart obehövt.

Både diagnoser och medicinska åtgärder som är lämpliga i den uppkomna vårdssituationen omfattas av den förnyade bedömningen.⁵⁹ För att aktualisera en förnyad medicinsk bedömning krävs att fyra villkor är uppfyllda. Ett första villkor är att patienten uttrycker en önskan om en förnyad bedömning. Dessutom skall den aktuella sjukdomen eller skadan vara livshotande eller av särskilt allvarlig art. Vidare skall det saknas en klar och entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det fjärde och sista villkoret avser föreslagna åtgärder som innebär särskilda risker för patienten eller kan få stor betydelse för hans eller hennes framtida livskvalitet. Det handlar således om en subjektiv bedömning om vad som är livskvalitet, varför patientens egen syn bör ha en avgörande betydelse vid diskussion om olika behandlingsmetoder.⁶⁰

När det gäller möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning finns begränsningar. Med livshotande tillstånd avses situationer i ett kortare perspektiv. Det innebär därför att vissa sjukdomar som på längre sikt kan medföra en risk för att livet förkortas med något eller några år inte omfattas. De flesta former och kombinationer av cancerbehandling kvalificerar inte till en förnyad bedömning då det ofta finns klara riktlinjer för den medicinska handläggningen utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. I de fall som patienten erhållit en förnyad bedömning som resulterar i att en annan behandling föreslås, skall det nya alternativet erbjudas patienten.⁶¹

Den av hälso- och sjukvårdspersonalen som har ansvaret för patienten har en skyldighet att medverka till att patienten med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad medicinsk bedömning, 2 kap. 2 a § andra stycket YVL. Också av den här bestämmelsen framgår att samma förutsättningar skall vara uppfyllda som i det ovan nämnda lagrummet i 3 a § tredje stycket HSL.

4.5 Samtycke

⁵⁹ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 135

⁶⁰ Prop. 1998/99:4 s 48

Tillsammans med självbestämmanderätten är kravet på samtycke en viktig del av patientens autonomi inom hälso- och sjukvården. Då vården är frivillig krävs i princip att patienten lämnar sitt samtycke till alla vårdåtgärder som vidtas. Detta grundar sig på att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp enligt 2 kap. 6 § RF. Den här principen får dock begränsas genom lag, 2 kap. 12 § RF. Exempel på lagar där vård får ske utan samtycke från den enskilde är bl.a. lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.⁶²

Uttrycket samtycke saknas i både HSL och YVL. Istället används begreppen samråd, respekt, integritet och självbestämmande.⁶³ Trots att ordet samtycke inte explicit återfinns i HSL och YVL, används detta uttryck i ett antal specialförfattningar inom hälso- och sjukvårdens område. Några specialförfattningar som exemplifierar inom vilka områden lagstiftaren uppställer krav på uttryckligt samtycke är följande. Av abortlagen (1974:595) framgår att havandeskapet endast får avbrytas om kvinnan själv begär det. Både inseminationslagen (1984:1140) och lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen innehåller krav på skriftligt samtycke från kvinnans make eller sammanboende.

4.5.1 Samråd och respekt

Innan samtycket får rättslig giltighet krävs att patienten har erhållit information om bl.a. sitt hälsotillstånd och vilka behandlingsalternativ som är aktuella. Andra viktiga komponenter som hör ihop med samtycke är att patienten fått möjlighet att samråda med hälso- och sjukvårdspersonal och att densamma behandlar patienten med omtanke och respekt. I förarbetena understryks betydelsen av information och att den har ett nära samband med patientens samtycke. Av propositionen *Om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen* framgår att informationen är en förutsättning för att patientens samtycke skall få en reell betydelse.⁶⁴ Dessutom följer det av både strukturen och andan i HSL och YVL att det krävs informerat samtycke för att kunna vidta olika behandlingsåtgärder, trots att något uttryckligt krav på samtycke inte uppställs i dessa lagarna.⁶⁵ Någon närmare behandling av vad informationen skall innehålla kommer inte att ske här, eftersom ämnet tidigare behandlats i kapitel 4.4.1.

⁶¹ Prop. 1998/99:4 s 48

⁶² Wästerhäll, Patienträttigheter, s 35

⁶³ Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 176

⁶⁴ Prop. 1978/79:220 s 44

⁶⁵ Westerhäll, Patienträttigheter, s 35 f

När det gäller samråd sägs i 2 a § andra stycket HSL att vården och behandlingen så långt som möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. För hälso- och sjukvårdspersonalen har samrådsbestämmelsen i 2 kap. 1 § YVL ungefär samma lydelse som i HSL. Syftet med samrådet är bl.a. att patienten skall förstå att hans eller hennes uppfattningar har betydelse och kan påverka de behandlingsåtgärder som kommer att vidtas.⁶⁶ Samrådet får därmed betydelse för det medgivande som patienten lämnar, på så vis att hälso- och sjukvårdspersonalen kan utföra de åtgärder som överenskommit och patienten samtyckt till.

Enligt 2 kap. 1 § YVL åläggs hälso- och sjukvårdspersonalen också att visa patienten omtanke och respekt. I detta uttryck ligger att patienten inte får påtvingas behandling mot sin vilja eller på annat sätt utsättas för tvång i vården, om det inte finns lagstöd. Den här bestämmelsen pekar därmed på att patientens samtycke i princip krävs till planerade vårdåtgärder.⁶⁷

4.5.2 Samtyckeskrav

För att ett giltigt samtycke skall anses föreligga uppställs vissa krav på hur samtycket har tillkommit. Då lagstiftaren inte närmare preciserat dessa krav i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, får ledning hämtas från förarbetena till ansvarsfrihetsgrunderna i brottsbalken. De förutsättningar som ligger till grund för att ett samtycke skall bedömas som giltigt är följande. Ett första villkor är att samtycket skall ha lämnats av någon som är behörig att förfoga över intresset.⁶⁸ Vanligtvis är det patienten själv, men det förekommer även att patienter har ställföreträdare, t.ex. föräldrar eller förvaltare som då lämnar samtycke till vården eller behandlingen. Vidare krävs att patienten är kapabel att förstå innebörden av samtycket. Dessutom måste samtycket lämnas frivilligt och inte genom någon form av tvång. Ytterligare villkor för giltigt samtycke är att det är allvarligt menat och att det har lämnats med full insikt om relevanta förhållanden.⁶⁹

4.5.3 Samtyckesformer

För att samtycket skall vara giltigt krävs inte någon särskild form, dvs både muntligt och skriftligt samtycke äger samma giltighet i den övergripande hälso- och

⁶⁶ Billum och Sahlin, Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar, s 41

⁶⁷ Prop. 1978/79: 220 s 44

⁶⁸ Prop. 1993/94:130 s 39

sjukvårdslagstiftningen. Ett ofta förekommande sätt för patienten att lämna sitt samtycke är att klargöra sin inställning till åtgärden genom att muntligen svara ”ja” på läkarens fråga om patienten är beredd att genomgå vården eller behandlingen. Patienten kan också uttrycka sig muntligt på annat sätt, för att visa att han eller hon accepterar erbjudandet om den föreslagna vården eller behandlingen. Dessutom torde en jakande nick från patienten kunna anses vara ett muntligt samtycke, trots att det är tyst.⁷⁰

När det gäller skriftligt samtycke är denna samtyckesform mindre vanlig inom svensk hälso- och sjukvård, trots uppenbara fördelar med tydlighet. Det skriftliga samtycket kan ha formen av att patienten undertecknar ett dokument som säger att han eller hon förklarar sig beredd att underkasta sig vissa angivna medicinska åtgärder. Exempel på lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet där skriftligt samtycke krävs är bl.a. transplantationslagen (1995:831) och lag (1998:711) om befruktning utanför kroppen. Det skall dock påpekas att det inte föreligger hinder att använda skriftligt samtycke även i andra sammanhang.⁷¹ Förutom att samtycket kan vara skriftligt eller muntligt, förekommer andra typer av samtycke i litteraturen. Exempelvis kan samtycket vara informerat, konkludent eller presumerat.

En ofta använd beteckning för samtycke till medicinska åtgärder är informerat samtycke. Som beteckningen antyder handlar det om den information som patienten har rätt att erhålla. Det är således fråga om att patienten inför en behandlingsåtgärd blir upplyst om de ingrepp som måste vidtas och de komplikationer som kan uppkomma i samband med detta och kanske behöva åtgärdas då patienten är nedsövd, eller av andra skäl inte kan uttrycka sin vilja.⁷²

Ett samtycke kan också komma till stånd utan att patienten med ord uttrycker att han eller hon samtycker till en viss medicinsk åtgärd. Det är istället patientens handlande som medför att ett samtycke föreligger. Ett sådant samtycke benämns som konkludent och innebär att patienten agerar på ett sätt som underförstått visar att han eller hon samtycker till åtgärden.⁷³

Slutligen skall några ord nämnas om presumerat samtycke. Den här formen av samtycke används i situationer när det saknas ett uttalat samtycke eller när samtycke inte alls lämnas av

⁶⁹ Jareborg, Straffrättens ansvarslära, s 173 och prop. 1993/94:130 s 39

⁷⁰ Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 320

⁷¹ Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 318

⁷² SOU 1984:64 s 177

⁷³ Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 321 f

patienten. Det kan röra sig om att patienten lämnar sitt medgivande till exempelvis en operation och att de åtgärder som vidtas under och efter operationen sker med patientens tysta samtycke. Presumerat samtycke kan inte åberopas hur länge som helst, utan har en tidsmässig inskränkning och kan därför endast användas under en begränsad period.⁷⁴ De antaganden som det presumerade samtycket grundar sig på kan variera. Vanligtvis torde antagandena baseras på viss kännedom om vad en genomsnittlig patient i motsvarande situation skulle ha önskat eller på kunskap om den individuella patientens särskilda förhållanden och allmänna inställning i liknande frågor.⁷⁵

I samband med informerat, konkludent och presumerat samtycke till vård och behandling förekommer även hypotetiskt samtycke, nödrätten enligt 24 kap. 4 § brottsbalken och sedvanerätten. De senare är alternativa rättsgrundsatser för medicinsk vård och behandling, dvs. de utgör undantag från samtyckeskravet. Hypotetiskt samtycke, nödrätt och sedvanerätt kommer inte närmare att behandlas i den här uppsatsen, då det skulle föra för långt från uppsatsens ämne.

4.6 Patientens möjlighet till överprövning

4.6.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen utövar tillsyn över i princip all hälso- och sjukvårdsverksamhet i landet, vilket innebär att tillsynen avser både offentlig och privat bedriven hälso- och sjukvård. Dessutom omfattar Socialstyrelsens tillsyn den vårdutbildade personalen när den fullgör vårdande funktioner. Således har Socialstyrelsen både verksamhets- och individtillsyn. Bestämmelserna om Socialstyrelsens tillsynsverksamhet återfinns i 6 kap. YVL.⁷⁶ Den tillsyn som Socialstyrelsen har i uppdrag att utöva, syftar till att förebygga skador och eliminera risker inom hälso- och sjukvården. I förlängningen innebär detta en strävan att fortlöpande förbättra kvaliteten inom vården. Vidare har Socialstyrelsen till uppgift att vara ett stöd för personalen och den som bedriver vård. Stödet kan exempelvis innefatta att ge råd om förbättringar. Dessutom skall Socialstyrelsen bevaka att vården uppfyller kraven på bl.a. god vård, genom att granska verksamheten och personalens åtgärder.⁷⁷

⁷⁴ SOU 1984:64 s 176-177

⁷⁵ Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 324

⁷⁶ Prop. 1995/96:176 s 61 och 66

⁷⁷ Prop. 1995/96:176 s 94

För att göra det möjligt för Socialstyrelsen att fullgöra sin tillsynsuppgift är den som bedriver hälso- och sjukvård skyldig att snarast göra en anmälan, s.k. Lex Maria-anmälan, om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Förutom att den som bedriver hälso- och sjukvård skall göra en Lex Maria-anmälan, om villkoren är uppfyllda, åläggs också hälso- och sjukvårdspersonalen att anmäla till vårdgivaren enligt en likalydande bestämmelse. Beträffande patienten har han eller hon möjlighet att vända sig till Socialstyrelsen med uppgifter och på så sätt initiera tillsyn över hälso- och sjukvården.⁷⁸

Får Socialstyrelsen kännedom om att någon brutit mot en bestämmelse som gäller för verksamheten, skall Socialstyrelsen vidta åtgärder för att få till stånd rättelse på frivillig väg. Det kan t.ex. vara fråga om att vårdgivaren brister i anmälningsskyldigheten till Socialstyrelsen eller de krav på hälso- och sjukvården som gäller enligt HSL.⁷⁹ Vidtas inte rättelse eller är omständigheterna sådana att någon rättelse inte kan förväntas, måste Socialstyrelsen göra en åtalsanmälan.⁸⁰ Vidare kan Socialstyrelsen utfärda föreläggande om missförhållandena har betydelse för patientsäkerheten. Till föreläggandet får vite sättas ut. Socialstyrelsen har också befogenhet att förbjuda viss verksamhet, om föreläggandet inte följs eller om missförhållandena är allvarliga.

Beträffande de åtgärder som Socialstyrelsen kan vidta mot hälso- och sjukvårdspersonalen gäller följande. Har någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen begått brott kan, under vissa förutsättningar, en anmälan till åtal göras av Socialstyrelsen. Dessutom skall Socialstyrelsen anmäla till HSN, om hälso- och sjukvårdspersonalen begått fel eller varit försumlig. Anmälan till HSN skall också göras om Socialstyrelsen anser att legitimation eller annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården bör återkallas eller om det finns skäl för provotid eller begränsning av förskrivningsrätten.⁸¹

4.6.2 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Den statliga förvaltningsmyndigheten HSN:s övergripande mål är att främja patientens säkerhet i hälso- och sjukvården. Detta sker genom att HSN prövar om hälso- och

⁷⁸ Sverne Arvill och Sverne, Patienträtt, s 73 f

⁷⁹ Prop. 1995/96:176 s 98

⁸⁰ Johnsson, Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården, s 119

⁸¹ Sverne Arvill och Sverne, Patienträtt, s 75

sjukvårdspersonalen t ex har åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen och deras behörighet bör inskränkas.⁸²

Ett grundläggande krav för att ett ärende skall anhängiggöras i HSAN, är att anmälaren är behörig. Av 7 kap. 7 § YVL framgår vilka som är behöriga att göra en anmälan och där sägs att anmälan kan göras av patienten själv eller en närstående till patienten, om patienten inte själv kan göra anmälan. Slutligen kan också Socialstyrelsen, Justitieombudsmannen (JO) och Justitiekanslern (JK) göra anmälan till HSAN.⁸³ Av detta följer att HSAN inte har någon egen initiativrätt och kan därför inte i avsaknad av en anmälan pröva om hälso- och sjukvårdspersonalen begått felaktigheter. Den personkrets som kan bli aktuell för HSAN:s prövning är de som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, läkare eller annan yrkesgrupp för vilken det krävs legitimation.

De påföljder som kan bli aktuella vid HSAN:s prövning är bl.a. disciplinpåföljd eller återkallelse av legitimation. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som uppsåtligen eller av oaktsamhet begår fel i sin yrkesutövning kan, om felet inte är ringa, åläggas disciplinpåföljd i form av erinran eller varning enligt 5 kap. 3 § YVL. När det gäller de yrkesgrupper för vilka det krävs legitimation ställs särskilda krav. Dessa yrkesgrupper kan få sin legitimation återkallad om de är grovt oskickliga eller uppenbart olämpliga i sin yrkesutövning, 5 kap. 7 § punkten 1 YVL. Vidare kan legitimationen återkallas enligt 5 kap. 7 § punkten 2 YVL om personalen inte på ett tillfredsställande sätt kan utöva yrket med anledning av sjukdom eller någon liknande omständighet.⁸⁴ De frågor som bl.a. avser återkallelse av legitimation tas upp endast efter anmälan från Socialstyrelsen eller av den berörda yrkesutövaren.⁸⁵ Eftersom det är Socialstyrelsen, den berörda yrkesutövaren, JO och JK som kan göra anmälan till HSAN när det gäller deslegitimering, innebär detta att en anmälan från patienten eller patientens närstående endast kan leda till disciplinpåföljd.

4.7 Ekonomisk ersättning vid skada

4.7.1 Patientskadelagen

⁸² Johnsson, Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården, s 127

⁸³ Sverne Arvill och Sverne, Patienträtt, s 78 f

⁸⁴ Sverne Arvill och Sverne, Patienträtt, s 78 och 83

⁸⁵ Johnsson, Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården, s 139

Sedan januari 1997 gäller patientskadlagen (1996:799) som reglerar patientens möjligheter att, under vissa förutsättningar, erhålla ersättning om han eller hon skadats i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Patientskadeersättning lämnas för personskada som avser både fysisk och psykisk skada. Med fysiska skador avses inte endast rent kroppsliga defekter utan även fysisk smärta. De psykiska skador som inbegrips i begreppet personskada skall vara medicinskt påvisbara. Det är därför inte tillräckligt att patienten upplever en allmän känsla av rädsla och obehag i samband med en skadegörande handling.⁸⁶ För att skadan skall vara ersättningsgill krävs att det finns ett kausalsamband mellan den vidtagna vårdåtgärden och den skada som uppkommit. Beviskravet är uppfyllt om patienten kan visa att det föreligger övervägande sannolikhet för ett orsakssamband.

De olika typer av skador som ersättning lämnas för anges i 6 § första stycket punkterna 1- 6 patientskadlagen (PSL). I dessa sex punkter görs en uppräknning där följande skador är ersättningsberättigade. Den första typen av skada som nämns är behandlingsskada, därefter följer materialskada och diagnosskada. Som den fjärde punkten räknas infektionsskada. Vidare kan ersättning lämnas för olycksfallsskada och läkemedelsskada. I vissa fall kan skadesituationerna delvis täcka varandra, vilket innebär att en skada kan falla in under fler än en punkt.

Fastän patienten fått en skada som ingår i uppräknningen i 6 § PSL, finns undantag som kan medföra att skadan inte berättigar patienten till ersättning. Undantagen finns i 7 § PSL. Det första undantaget behandlar skador som uppkommit med anledning av nödvändigt förfarande. Bestämmelsen tar sikte på de situationer där vårdbehovet är så akut att behandling måste sättas in omedelbart, utan att hälso- och sjukvårdspersonalen haft tid eller möjlighet att vidta normala förberedelser. I detta undantaget omfattas också situationer där skador uppstått till följd av att stora risker medvetet måste tas för att förebygga en mycket allvarlig utveckling av patientens skada eller sjukdom. Undantaget för de två beskrivna situationerna skall bara tillämpas när det är fråga om vård av sådan sjukdom eller skada som är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet, om behandling inte sätts in. Uttrycket svår invaliditet avser en mycket allvarlig bestående funktionsnedsättning som leder till att den skadade inte kan återgå till normal livsföring. Det andra undantaget tar upp skador som orsakas av läkemedel. Det

⁸⁶ Prop. 1995/96:187 s 80

handlar här om skador som beror på egenskaper hos läkemedlet, dvs. läkemedelsbiverkningar.⁸⁷

I PSL finns en särskild bestämmelse om preskription. Den patient som önskar kräva patientskadeersättning måste därför beakta de preskriptionsregler som gäller enligt 23 § PSL. I bestämmelsen nämns två tidsfrister, en treårsgräns och en yttre tioårsgräns.

4.7.2 Skadeståndslagen

En annan möjlighet för patienter som skadats vid vård eller behandling, är att begära skadestånd enligt skadeståndslagen (1972:207).

I händelse av utebliven information eller samtycke är patienten hänvisad till skadeståndslagen (SkL), eftersom PSL inte omfattar skador som uppkommit till följd av bristande information eller samtycke.⁸⁸

I 2 kap. 1 § SkL finns det viktigaste lagrummet beträffande den enskildes skadeståndsrättsliga ansvar för positiv handling eller underlåtenhet enligt culparegeln. Denna bestämmelse gäller principiellt också inom hälso- och sjukvården.⁸⁹ En grundläggande fråga som skall besvaras vid culpabedömningen är om den som varit oaktsam borde ha handlat på ett annat sätt. Då en sådan bedömning görs kan en mängd olika omständigheter beaktas. Först och främst gäller det att finna en standard med vilken jämförelse kan göras med ett handlande som förekommit. En standard som traditionellt används är att skadeståndsgrundande oaktsamhet består i underlåtenhet att följa den grad av aktsamhet som utmärker en god familjefader, dvs. bonus pater familias.⁹⁰

I 3 kap 1 § SkL regleras principalansvaret som gäller för både enskilda och offentliga arbetsgivare. Arbetsgivaren, i det här fallet sjukvårdshuvudmannen, ansvarar enligt bestämmelsen för arbetstagarens vållande. I huvudsak sker bedömningen av arbetstagarens vållande på samma sätt som vid ansvar för eget vållande enligt 2 kap. 1 § SkL.⁹¹ Beträffande tolkningen av principalansvaret inom hälso- och sjukvårdens område framgår det av förarbetena att det tillåts ett någorlunda stort utrymme för att godta fel och misstag.

⁸⁷ Prop. 1995/96:187 s 85 f

⁸⁸ Prop. 1995/96:187 s 52

⁸⁹ Westerhäll, Patienträttigheter, s 39

⁹⁰ Hellner, Skadeståndsrätt, s 124 f

⁹¹ Hellner, Skadeståndsrätt, s 158

Anledningen till detta synsätt är att medicinsk vård och behandling sker under så speciella förhållanden att utrymme för viss felmarginal bör tillåtas.⁹²

Sammanfattningsvis kan följande konstateras när det gäller patientens möjlighet att erhålla ersättning enligt SkL. Förutom de svårigheter som uppkommer beträffande bevisning om hälso- och sjukvårdspersonalen gjort sig skyldig till fel eller försummelse, kan en skadeståndsprocess dra ut på tiden och kräva stora ekonomiska resurser från den drabbade patientens sida.⁹³

4.8 Föreligger rätt att erhålla medicinsk rehabilitering?

Tidigare har konstaterats att för att en rättighet skall anses föreligga, krävs att följande förutsättningar är uppfyllda. Rättigheten skall vara lagbestämd till innehåll och förutsättningar, rättigheten skall vara överklagbar och det bör finnas en statlig tillsyn över verksamheten.

De bestämmelser som tidigare har behandlats visar vilka krav som patienten kan ställa på vårdgivaren. Vid medicinsk rehabilitering har patienten bl.a. rätt att erhålla god kvalitet och trygghet i vården eller behandlingen. Patienten skall dessutom få information som möjliggör hans eller hennes självbestämmanderätt. Inom ramen för patientens inflytande över den medicinska rehabilitering stadgas i både HSL och YVL att patienten skall ges möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ. Denna valmöjlighet är dock omgärdad av flera begränsningar. Vidare ges patienten rätt till förnyad medicinsk bedömning, under förutsättning att vissa villkor är uppfyllda. De lagbestämmelser som behandlats ovan får anses vara tillräckligt bestämda till innehåll och förutsättningar, varför det första kravet är uppfyllt för att det skall föreligga en rättighet.

När det gäller det andra kravet på besluts överklagbarhet, kan det konstateras att formell besvärsväg saknas. Detta innebär att patienten inte har någon legal möjlighet att utkräva viss vård eller behandling. De möjligheter som står till patientens förfogande att påtala fel, är när en skada till följd av felbehandling skett. De institut som då är aktuella för att få ekonomisk kompensation är en begäran om skadestånd enligt SkL eller PSL. Vidare kan patienten anmäla felbehandlingen till HSN som har att pröva om hälso- och sjukvårdspersonalen

⁹² Westerhäll, Patienträttigheter, s 40

⁹³ Prop. 1995/96:187 s 12 och 19

brustit i sin yrkesutövning. Således är det inte någon framkomlig väg för patienten att via SkL, PSL eller HSAN utkräva en viss önskad vård eller behandling.

Det sista kravet för att en rättighet skall anses föreligga är att det bör finnas en statlig tillsyn. Vid medicinsk rehabilitering är detta villkor uppfyllt genom att Socialstyrelsen är den myndighet som utövar tillsyn över hälso- och sjukvården i landet.

Då ett av de tre villkoren som skall vara för handen för att kunna betrakta vård och behandling som en rättighet inte är uppfyllt, föreligger ingen legal rätt för patienten att erhålla medicinsk rehabilitering.

4.9 Rättssäkerhet vid medicinsk rehabilitering

De komponenter som skall finnas för att både formell och materiell rättssäkerhet skall anses vara för handen är kortfattat att det skall finnas lagstöd, möjlighet att kunna förutse i vilka situationer medicinsk rehabilitering kan komma ifråga, att rättstillämpningen skall vara likformig, beslutet skall vara överklagbart samt att beslutet skall vara etiskt godtagbart.

Då medicinsk rehabilitering meddelas skall det finnas lagstöd. Det står klart att sjukvårdshuvudmannen har en lagligt skyldighet att tillhandahålla vård. Den vård eller behandling som lämnas bygger i allmänhet på frivillighet från patienten och att han eller hon lämnar sitt samtycke. Frivilligheten sammanhänger med att varje medborgare är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp enligt 2 kap. 6 § RF.

För att det andra kravet skall vara uppfyllt måste patienten i förväg kunna förutse vilken medicinsk rehabilitering som han eller hon kan komma i åtnjutande av. Inom hälso- och sjukvården finns begränsningar eftersom det inte är patienten själv som bestämmer vilken slags vård eller behandling som är adekvat. Patienten har emellertid rätt att erhålla information om hans eller hennes hälsotillstånd och vilka vårdmetoder som står till buds. Den information som lämnas ligger sedan till grund för patientens överväganden när han eller hon samråder om vården och behandlingen. Genom samrådet har patienten möjlighet att påverka olika hälso- och sjukvårdsinsatser. Samtidigt förhåller det sig dock på det sättet att den vård och behandling som meddelas alltid skall ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att patientens önskemål om vilken vård och behandling som skall

ges aldrig får medföra att kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet förbigås. Vidare när det gäller patientens möjlighet att förutse vilka behandlingsmetoder som tillhandahålls finns ytterligare begränsningar som sammanhänger med ekonomiska restriktioner. Beträffande patientens möjlighet att förutse om han eller hon kan erhålla en förnyad medicinsk bedömning enligt 3 a § tredje stycket HSL får anses som god eftersom lagtexten är tydlig. Sammantaget måste det konstateras att förutsebarheten vid medicinsk rehabilitering brister. Detta sammanhänger bl.a. med att det medicinska området är specialiserat där det krävs särskild kunskap som patienter i allmänhet inte besitter.

Det tredje kravet som skall föreligga vid formell rättssäkerhet är likhetsprincipen, dvs. att lagen tillämpas lika för alla och att alla fall behandlas lika. Vid medicinsk rehabilitering är det två lagrum som står i fokus då likhetsprincipen skall behandlas. Dels är det 2 § första stycket HSL som handlar om vård på lika villkor för hela befolkningen, dels 2 a § första stycket punkten 3 HSL som talar om vårdens lättillgänglighet som förutom geografiskt förhållande inbegriper vård på lika villkor ur ett individuellt perspektiv som är av t.ex. ekonomisk, social, språklig, religiös och kulturell art. De nu angivna förhållandena får inte hindra den enskilde att erhålla vård.⁹⁴ De mål som uttrycks i 2 § första stycket HSL är eftersträvansvärda. Detta innebär inte att målen måste vara uppfyllda vid varje enskilt tillfälle.⁹⁵ Således är det fråga om ett önskvärt framtida tillstånd och inte krav på organisatoriska förändringar eller förändringar av resurser inom vården.⁹⁶ Departementschefen anförde: ”Den grundläggande tanken bakom målet är att insatser som görs inom hälso- och sjukvården skall ha den inriktning som målet anger, även om den enskilda insatsen inte når ända fram”.⁹⁷ Följaktligen skall 2 § första stycket HSL inte anses som en regel för hur enskilda fall skall lösas, utan lagens olika bestämmelser skall tolkas med utgångspunkt i denna målparagraf.⁹⁸

När det gäller fjärde och sista kravet för att formell rättssäkerhet skall anses föreligga står det klart att det saknas möjlighet för att få till stånd ett överklagande då något sådant inte medges i lagen.

⁹⁴ Prop. 1981/82:97 s 27

⁹⁵ Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 43

⁹⁶ Prop. 1981/82:97 s 27

⁹⁷ Prop. 1981/82:97 s 114

⁹⁸ Westerhäll, Rätten att bli patient - patienträttigheter, s 137

Även om kravet på materiell rättssäkerhet uppfylls med etiskt godtagbara beslut kan det fastslås att rättssäkerhet vid medicinsk rehabilitering saknas, eftersom det råder stora brister i den formella rättssäkerheten.

5 Social rehabilitering

5.1 Inledning

I inledningen av uppsatsen framgår att social rehabilitering består av åtgärder såsom service, upplysningar, råd och bistånd i personliga angelägenheter. En del åtgärder som kommunen erbjuder grundar sig på socialtjänstlagens skyldighetsbestämmelser och kan vara av icke behovsprövad art. Dessa insatser benämns då som social service. Andra åtgärder som kan komma ifråga är de som härrör från det lagrum som reglerar den enskildes rätt till bistånd och är då en behovsprövad insats. Således är det två system - en skyldighetsreglering och en rättighetsreglering - som kan aktualiseras vid social rehabilitering.

Målet för den sociala rehabiliteringen kan variera. I det enskilda fallet kan målet t.ex. vara att minska alkohol- och narkotikaberoendet, bryta social isolering, att återgå till arbete eller en kombination av dessa mål.⁹⁹

Innan den sociala servicen och rätten till bistånd behandlas skall kommunens yttersta ansvar utvecklas. Det yttersta ansvaret är av grundläggande betydelse för att klargöra kommunens rehabiliteringsansvar.

5.2 Kommunens yttersta ansvar

Enligt 2 kap. 2 § SoL har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas där får det stöd och den hjälp de behöver. Huvuduppgiften för kommunen är att bistå med hjälp- och stödinsatser som inte något annat samhällsorgan ansvarar för, t.ex. hälso- och sjukvården. Dessutom omfattar kommunens ansvar att ge den enskilde råd och anvisningar, och vid behov förmedla insatser från andra organ som är särskilt betydelsefulla.¹⁰⁰ Kommunen har till uppgift att göra samhällets skyddsnet komplett.¹⁰¹

⁹⁹ SOU 1993:30 s 112

¹⁰⁰ Prop. 1979/80:1 s 144

¹⁰¹ Fahlberg och Magnusson, Socialtjänsten - en översikt med lagtext, s 14

I lagrummets andra stycke framgår att kommunens ansvar inte innebär någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Således innebär detta att kommunen inte skall inträda i en annan huvudmans ställe. Emellertid kan situationer uppstå när kommunen under en begränsad tid, i avvaktan på att en annan huvudman tar på sig ansvaret, får tillgodose att den enskilde erhåller nödvändig hjälp. Det yttersta ansvaret får dock inte leda till att socialtjänsten upprättar behandlingsresurser för att tillfredsställa sådana behov som faller inom en annan huvudmans verksamhetsområde. Vidare kan det i vissa fall vara osäkert vilken huvudman som har att bistå med hjälp till den enskilde. I avvaktan på att frågan får sin lösning om vilken huvudman som bär ansvaret, är det kommunen som har ansvaret.¹⁰² Socialtjänsten får därför betecknas som subsidiär till andra samhälleliga hjälpformer.¹⁰³

5.3 Social service

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag. Genom ramlagskonstruktionen har deltaljreglering undvikits och bestämmelserna anger endast ramarna för verksamheten.¹⁰⁴ Ramlagskonstruktionen ger kommunerna stor frihet att utforma sin socialtjänst. I socialtjänstlagen finns bestämmelser som reglerar kommunens skyldighet att bedriva vissa verksamheter för att tillgodose medborgarnas behov.¹⁰⁵ Skyldighetsregleringen bygger på att kommunen själv får bestämma om sin verksamhet, dvs. kommunal självstyrelse. Det är genom beslut fattade med stöd av denna kompetens som reglerna i socialtjänstlagen konkretiseras. Den valfrihet som tillkommer kommunerna begränsas bara då lagen ålägger kommunen särskilda uppgifter inom socialtjänsten. Ett exempel på kommunens begränsade valfrihet är lagrummet om rätten till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.¹⁰⁶ När det gäller insatser som har karaktären av social service kan dessa härledas från socialtjänstlagens skyldighetsbestämmelser.

Av 3 kap. 6 § första stycket SoL framgår bl.a. att kommunen har en skyldighet att anordna dagverksamhet. I kommunens ansvar ingår också dagcentraler och andra verksamheter för rehabilitering i form av sysselsättning och gemenskap.¹⁰⁷ I andra stycket stadgas skyldigheten för kommunen att tillhandahålla sociala tjänster genom t.ex. rådgivningsbyråer,

¹⁰² Prop. 1979/80:1 s 524

¹⁰³ Bramstång, Sociallagstiftningen, s 24

¹⁰⁴ Fahlberg och Magnusson, Socialtjänstlagarna, s 26

¹⁰⁵ Bergstrand, Den nya socialtjänstlagen, s 8

¹⁰⁶ SOU 1993:30 s 165

¹⁰⁷ Nordström och Thunved, Nya sociallagarna, s 57

servicecentraler eller liknande. Bestämmelsen i 3 kap. 6 § SoL utgör grunden för den generella sociala service som kommunen tillhandahåller.¹⁰⁸

De verksamheter som avser social service och ingår i den sociala rehabiliteringen kan vara alkohol- eller narkotikarådgivningsbyråer. Det kan också vara daglig verksamhet där deltagarna har möjlighet att arbetsträna eller göra gemensamma studiebesök på olika arbetsplatser.¹⁰⁹ Ovan nämnda verksamheter är inte uttömmande, utan exemplifierar icke behovsprövade insatser som benämns social service.

5.4 Rätten till bistånd

En annan möjlighet att erhålla social rehabilitering är att den enskilde beviljas åtgärden efter en individuell prövning enligt 4 kap. 1 § SoL. Denna bestämmelse hör till socialtjänstlagens rättighetsreglering och säger att den som inte kan tillgodose sina behov på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning och livsföring i övrigt. Vidare framgår det av nämnda lagrum att den enskilde genom biståndet skall tillförsäkras en skälig levnadsnivå. När det gäller bistånd till försörjning kommer detta att helt utelämnas i den fortsatta framställningen eftersom uppsatsen tar sikte på social rehabilitering som ingår i uttrycket *livsföring i övrigt*. I propositionen 2000/01:80 sägs att begreppet livsföring i övrigt avser alla de olika behov som den enskilde kan ha för att uppnå en skälig levnadsnivå. Det kan då handla om t.ex. bistånd till vård- och behandlingsinsatser för missbrukare. Den vård och behandling som avses är framförallt inriktad på missbruk av alkohol och narkotika. Dessutom kan behandling för spelmissbruk omfattas.¹¹⁰

Andra exempel på vad som ingår i begreppet och därmed är att anse som social rehabilitering är arbetsträning och kontaktperson. Eftersom det inte uttryckligen framgår av lagen vad som ingår och att det är det individuella behovet som avgör innehållet i den sociala rehabiliteringen är någon bestämning av insatserna inte möjlig att göra.¹¹¹ Avsikten med rätten till bistånd är att tillförsäkra den enskilde rätt till stöd och hjälp när han eller hon med anledning av bristande arbetsförmåga, handikapp, ålder eller liknande omständighet befinner sig i en situation som gör insatser från samhällets sida nödvändiga.¹¹² Av bestämmelsen går inte att utläsa vilka som kan komma ifråga för bistånd, utan den gäller generellt för dem som

¹⁰⁸ Westerhäll, Den svenska socialrätten, s 233

¹⁰⁹ Annalena Berndtsson, socialkonsulent vid Länsstyrelsen Västra Götaland

¹¹⁰ Prop. 2000/01:80 s 92 f

¹¹¹ Vahlne Westerhäll, Normgivningens etik - exemplet rehabilitering, s 561

är i behov av hjälp för sin livsföring i övrigt.¹¹³ Vidare är rätten till bistånd inte förbunden med några särskilt angivna insatser. När det föreligger sådana förhållanden som anges i lagrummet skall den enskilde erbjudas den hjälp som är individuellt anpassad efter hans eller hennes behov.¹¹⁴

5.4.1 Tillgodoseende av behov

Då biståndsbedömningen görs skall det beaktas om någon annan huvudman ansvarar för att tillhandahålla rehabilitering. Rätten till bistånd bör därför begränsas till de situationer där den enskildes behov inte kan tillgodoses på annat sätt, dvs. om annan huvudman saknas. Om biståndsramen kan begränsas får det bedömas efter de möjligheter som i praktiken föreligger vid den tidpunkt då frågan om bistånd aktualiseras.¹¹⁵

När det gäller vården av missbrukare kan de medicinska och de sociala insatserna vara svåra att separera eftersom de ofta går omlott. Några detaljerade regler för ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdshuvudmannen och socialtjänsten saknas i förarbetena till socialtjänstlagen, men i de fall tveksamheter kan förekomma får ansvarsfördelningen smidigast lösas genom överenskommelse dem emellan. Huruvida ansvaret i ett enskilt fall ligger på hälso- och sjukvårdshuvudmannen eller socialtjänsten får avgöras utifrån det huvudsakliga hjälpbehovet. Om läkaren i ett enskilt fall bedömt att sjukvård inte kan beredas, ankommer det på socialtjänsten att ge bistånd med utgångspunkt från det faktum att medicinsk vård inte kan eller behöver lämnas. Detta innebär emellertid inte någon skyldighet för socialtjänsten att ställa upp med en alternativ medicinsk insats. Socialtjänsten skall svara för insatser som ligger inom ramen för dess verksamhet och som bäst är ägnade att stödja och hjälpa den enskilde.¹¹⁶

Förutom hälso- och sjukvården kan andra huvudmän såsom exempelvis arbetsgivare, försäkringskassan och kriminalvården komma ifråga och behovet kan komma att tillgodoses genom dessa huvudmäns försorg.

5.4.2 Skälig levnadsnivå

¹¹² Prop. 1979/80:1 s 182

¹¹³ Norström och Thunved, Nya sociallagarna, s 65

¹¹⁴ Prop. 1979/80:1 s 525

¹¹⁵ SOU 1977:40 s 122

¹¹⁶ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1981:1, s 25 f

Genom biståndet skall den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Varken i lagtexten eller förarbetena till socialtjänstlagen har det angivits vad som menas med skälig levnadsnivå. I propositionen 1979/80:1 uttalas att det skulle ”vålla stora svårigheter att i lagtexten närmare söka ange vad som skall anses som skälig levnadsnivå. Bl.a. måste detta bedömas med utgångspunkt i den tid och de förhållanden under vilken den hjälpbehövande lever. Det måste därför överlämnas åt kommunerna att fastställa vilken levnadsnivå som skall anses skälig”.¹¹⁷ Även om kommunerna har en betydande möjlighet att bestämma den skäliga levnadsnivån, är den möjligheten inte obegränsad. Den enskilde har möjlighet att överklaga kommunens beslut och domstolsutslag. Också kommunerna kan överklaga domstolens utslag. Emellertid är det domstolarna som slutligen bestämmer innebörden av begreppet.¹¹⁸

Begreppet skälig levnadsnivå bör ses som ett uttryck för uppfattningen att samhällets hjälp inte bara skall avse vad som direkt behövs för den enskildes grundbehov utan att hjälpen dessutom skall ha en viss kvalitet.¹¹⁹ Skälig levnadsnivå är ett uttryck för både innehåll och nivå på insatsen och innebär ett ställningstagande i två frågor. Det första ställningstagandet behandlar innehållet och ger svar på vilka insatser som kan komma ifråga. Det andra ställningstagandet avser nivån på insatsen, dvs. vilken storlek eller kostnad insatsen får ha.¹²⁰ Genom att ta ställning till innehållet och nivån kan det bedömas om biståndet i form av social rehabilitering uppfyller kravet på skälig levnadsnivå.

5.5 Den enskildes självbestämmanderätt

Socialtjänstlagen är uppbyggd på vissa generella principer som alltid skall tillämpas oavsett arten och omfattningen av de insatser som socialtjänsten vidtar. En av dessa väsentliga principer är principen om den enskildes självbestämmanderätt. Denna kommer till uttryck i 1 kap. 1 § tredje stycket SoL och där framgår det att verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

¹¹⁷ Prop. 1979/80:1 s 186

¹¹⁸ SOU 1999:97 s 310

¹¹⁹ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1981:1, s 28

¹²⁰ SOU 1999:97 s 310

Ett annat lagrum som har betydelse för den enskildes självbestämmanderätt är 3 kap. 5 § SoL som bl.a. säger att socialnämndens insatser skall utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Bestämmelsen vänder sig till socialarbetarna och tydliggör att socialtjänsten inte får vidta åtgärder utan att fråga den enskilde om hans eller hennes mening.¹²¹

När bedömningen görs om någon har rätt till bistånd och vilken form biståndet skall ha, är utgångspunkten att den enskilde själv bestämmer över sin situation. Biståndet får inte lämnas så att det kan upplevas som kontrollerande eller tvingande.¹²² Det är den enskilde själv som bestämmer om han eller hon skall ta emot erbjudandet om en viss social tjänst eller inte. Följden av detta innebär att det slutligen måste vara den enskilde som också gör valet när det finns flera alternativ. Socialtjänsten skall tillsammans med den enskilde utröna vilka handlingsalternativ som finns och vilket livsinnehåll dessa kan tänkas ge den enskilde. I detta samspel skall socialtjänsten dessutom, då behov föreligger, argumentera, försöka skapa insikt, ställa krav och aktivt påverka den enskilde.¹²³

Rätten till stöd och hjälp kan inte avse andra insatser än sådana som bedöms kunna tillgodose den enskildes behov på ett lämpligt sätt. Insatserna skall, som nämnts tidigare, utformas i samförstånd med den enskilde, men han eller hon har inte någon ovillkorlig rätt att erhålla en viss bestämd insats. När valet av åtgärd görs måste hänsyn tas till vilka alternativa resurser som finns att tillgå inom kommunen.¹²⁴

I RÅ 1985 2:67 prövades frågan om en narkotikamissbrukare kunde få bistånd enligt 6 § SoL (nuvarande 4 kap. 1 § SoL) på ett enskilt behandlingshem som han själv önskade, istället för vård på ett kommunalt behandlingshem. Mannen hade missbrukat narkotika under lång tid. Han hade varit omhändertagen enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och vårdats på olika behandlingshem, dock utan resultat. Mannen ansökte om ekonomiskt bistånd till vårdkostnaden på ett enskilt behandlingshem. Socialnämnden avslog mannens ansökan med motiveringen att hans behov av vård bättre kunde tillgodoses genom kommunens egna behandlingshem och att vården på det enskilda behandlingshemmet var för kostsam. Regeringsrätten (RegR) menade att när det gäller valet av behandlingsform måste en

¹²¹ Bramstång, Sociallagstiftningen. En kommentar, s 91

¹²² Allmänna råd från socialstyrelsen 1981:1, s 14 f

¹²³ Prop. 1979/80:1 s 209 ff

¹²⁴ Prop. 1979/80:1 s 185

sammanvägning göras av behandlingshemmets lämplighet, kostnaderna för vården i jämförelse med andra alternativ och den enskildes egna önskemål om vårdform. RegR noterade att länsstyrelsen lämnat tillstånd till det enskilda behandlingshemmet att bedriva vård, att kriminalvårdsstyrelsen godkänt behandlingshemmet för s.k. § 34-vistelse samt att kostnaderna vid behandlingshemmet bedömdes som rimliga. Trots den kritik som socialnämnden riktat mot det enskilda behandlingshemmet ansåg RegR att vården inte kunde anses ha sådana brister att den inte skulle vara godtagbar. Mot bakgrund av detta och den situation som mannen befann sig i, skulle det inte vara möjligt att bereda honom meningsfull vård utan att ta hänsyn till hans egna önskemål. RegR ansåg därför att mannen skulle beviljas vård vid det enskilda behandlingshemmet.

I ett annat mål, RÅ 1991 ref 97, hade en man ansökt om vård på behandlingshem medan socialnämnden erbjudit honom bistånd i form av öppenvård. Mannen som var 65 år hade ett långvarigt alkoholmissbruk och de senaste åtta åren hade han vid 14 tillfällen påbörjat behandling på behandlingshem. Socialnämnden avslag mannens ansökan med motiveringen att han kunde få sitt behov tillgodosett genom öppenvård och att de tidigare vistelserna vid behandlingshemmen varit resultatlösa. RegR framhöll att den enskildes inställning måste vara synnerligen väsentlig och i vissa situationer vara en avgörande faktor för hur biståndsbehovet skall tillgodoses. Samtidigt måste hänsyn tas till den begärda vårdens lämplighet och att den är rimlig med hänsyn till kommunens resurser, då alternativa åtgärder är aktuella. Vidare anförde RegR att varken vård på behandlingshem eller öppenvård är olämplig. Inte heller kunde RegR finna att behandlingshemsalternativet var så kostnadskrävande eller svårgenomförbart för socialnämnden att detta skulle vara godtagbara skäl att beakta. RegR anförde att den enskildes önskemål i princip var avgörande men menade samtidigt att undantag kunde göras. Undantag skulle kunna göras om det visades att de åtgärder som den enskilde föreslog inte var ändamålsenliga för att avhjälpa hans eller hennes vårdbehov eller att de åtgärder som socialnämnden rekommenderade var ägnade att leda till varaktigt resultat. RegR ansåg inte detta vara fallet eftersom mannen var i akut behov av vård, varför socialnämnden borde lämnat bistånd i den form som han begärt.

De redovisade rättsfallen visar att den enskildes önskemål har en mycket stor betydelse vid valet av rehabiliteringsform. Om kostnaderna i jämförelse med andra alternativ är rimliga och

det inte kan påvisas att rehabiliteringen som den enskilde föreslår är olämplig, är det således den enskildes inställning som tillmäts avgörande betydelse.

5.6 Samtycke

Vid tillämpningen av socialtjänstlagen kan social rehabilitering i frivillig form inte bli föremål för avtal. Även om den enskilde träffar en överenskommelse med socialtjänsten efter samrådsförfarande vilket kan liknas vid en förhandling, kan överenskommelsen aldrig betraktas som ett avtal. Istället är det fråga om myndighetsutövning där socialtjänsten i sista hand ensidigt fattar ett beslut. Lagstiftaren har uppmärksammat den enskildes underordnade ställning, vilket medfört bestämmelser som syftar till att öka den enskildes medbestämmande och hänsynstagande till den enskildes vilja.¹²⁵

Utgångspunkten vid frivilliga insatser inom socialtjänsten är att den enskilde själv har rätt att bestämma över sin situation. Då ansökan om bistånd görs får han eller hon emellertid acceptera vissa inskränkningar i sin självbestämmanderätt. För att erhålla det sökta biståndet är den enskilde tvungen att bidra till utredningen genom att lämna uppgifter om sina personliga förhållanden. Han eller hon får godta att socialtjänsten uppställer vissa villkor för att lämna det sökta biståndet. Genom att uppfylla dessa villkor samtycker den enskilde till inskränkningar i sin självbestämmanderätt. Samtycket kan då få resultatet, om övriga omständigheter är uppfyllda, att den enskilde beviljas bistånd.¹²⁶

Då den enskilde samtycker till villkoren för att erhålla bistånd, är det fråga om en viljeyttring. Detta kan jämföras med den situation när den enskilde samtycker till att underkasta sig tvångsvård och att samtycket då är att anse som en rättslig viljeförklaring. När det gäller formen för samtycket, då villkoren uppfylls för att erhålla bistånd, kan det inte krävas att samtycket skall vara skriftligt och inte ens att ett uttryckligt samtycke skall föreligga.¹²⁷

5.7 Besvärsrätten

Den enskilde kan erhålla social rehabilitering dels genom social service, dels genom bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Beroende på om det är fråga om social service eller bistånd enligt 4

¹²⁵ Landelius, Självbestämmande, valfrihet och samtycke inom socialtjänsten, s 54

¹²⁶ Landelius, Självbestämmande, valfrihet och samtycke inom socialtjänsten, s 54

¹²⁷ Landelius, Självbestämmande, valfrihet och samtycke inom socialtjänsten, s 57

kap. 1 § SoL påverkas besvärsvägen. Då det i båda fallen handlar om kommunala beslut kan dessa överklagas antingen genom laglighetsprövning eller genom förvaltningsbesvär.

Enligt 10 kap. 3 § kommunallagen (1991:900) är reglerna om laglighetsprövning inte tillämpliga om det i lag eller annan författning finns särskilda föreskrifter om hur beslut överklagas. Detta innebär att en prövning enligt bestämmelserna om laglighetsprövning och bestämmelserna om förvaltningsbesvär utesluter varandra. Är inte rätten att överklaga en myndighets beslut reglerad i en specialförfattning, skall reglerna om laglighetsprövning i kommunallagen (KL) tillämpas.¹²⁸

5.7.1 Förvaltningsbesvär

Av 16 kap. 3 § SoL framgår i vilka fall förvaltningsbesvär kan anföras över socialnämndens beslut. Bestämmelsen anger bl.a. att beslut som fattats i fråga om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Besvärsrätten ankommer den som beslutet angår om det gått honom eller henne emot och det är överklagbart, 22 § förvaltningslagen (1986:223). Besvärstiden löper under tre veckor från den dag då klaganden fick del av beslutet, 23 § förvaltningslagen.

Vid förvaltningsbesvär är prövningen allsidig. Detta innebär en fullständig överprövning i sak av det överklagade beslutet inom ramen för parternas yrkanden.¹²⁹ Både lagligheten och lämpligheten av beslutet prövas och möjlighet ges att upphäva och ändra det olagliga eller olämpliga beslutet.¹³⁰ Detta medför att ett helt eller delvis nytt beslut kan sättas i det överklagade beslutets ställe.

5.7.2 Laglighetsprövning

Tidigare har det påvisats att de insatser som erbjuds som social service har sitt ursprung i socialtjänstlagens skyldighetsbestämmelser och får därmed konsekvenser i överklagningsförfarandet. De kommunala beslut som baserar sig på den allmänna

¹²⁸ Clevesköld, Lundgren och Thunved, Handläggning inom socialtjänsten, s 180

¹²⁹ Clevesköld, Lundgren och Thunved, Handläggning inom socialtjänsten, s 180

¹³⁰ Söderlind och Petersson, Svensk förvaltningspolitik, s 338

skyldigheten att bedriva viss verksamhet kan endast överklagas med stöd av KL:s bestämmelser, s.k. laglighetsprövning.¹³¹

Enligt 10 kap. 1 § första stycket KL har varje kommunmedlem möjlighet att överklaga ett kommunalt beslut. De besvärgrunder som den klagande kan anföra framgår av 10 kap. 8 § KL. Där sägs att ett överklagat beslut skall upphävas om:

1. det inte har tillkommit i laga ordning
2. beslutet hänför sig till något som inte är en angelägenhet för kommunen
3. det organ som fattat beslutet har överskridit sina befogenheter, eller
4. beslutet strider mot lag eller annan författning

Således skall det kommunala beslutet upphävas om det är olagligt till form (punkten 1) eller innehåll (punkterna 2-4). Kommunalbesvär präglas av rätts- eller laglighetsbesvär eftersom besvärsmyndigheten inte prövar beslutets skälighet eller ändamålsenlighet.¹³² Vidare kan kommunalbesvär bara resultera i att besvärsmyndigheten godkänner eller upphäver beslutet. Mot bakgrund av ovanstående är därför kommunalbesvär inget egentligt rättsmedel, utan får snarare ses som ett instrument för allmän medborgarkontroll över den kommunala förvaltningen.¹³³

Ett överklagande ges in till länsrätten och skall ha kommit in dit inom tre veckor från den dag det på kommunens anslagstavla tillkännages att protokollet över beslutet justerats, 10 kap. 6 § KL.

5.8 Föreligger rätt att erhålla social rehabilitering?

Social rehabilitering som tillhandahålls i form av social service hör till de skyldighetsbestämmelser som finns i socialtjänstlagen. Eftersom social service lämnas enligt skyldighetsbestämmelsen i 3 kap. 6 § SoL kan den enskilde inte grunda någon rätt att erhålla stöd och hjälp genom detta lagrum. Inte heller möjliggör besvärsrätten genom laglighetsprövning en framkomlig väg för att utkräva social service, då domstolen endast kan godkänna eller upphäva kommunens beslut. Beträffande tillsynen över socialtjänsten sker denna av Socialstyrelsen som kontrollerar att tillämpningen av lagen efterlevs. Slutsatsen av

¹³¹ Bergstrand, Den nya socialtjänstlagen, s 8

¹³² Bolin, Kommunalrättens grunder, s 239

det anförda blir att det för den enskilde inte föreligger någon rättighet till social rehabilitering i form av social service. Det brister i två viktiga krav. För det första är bestämmelsen i 3 kap. 6 § SoL inte noggrant preciserad till innehåll och förutsättning, för det andra saknas utkrävbarhet via överklagande till domstol.

När det inte går att grunda någon rättighet på lagrummet i 3 kap. 6 § SoL, är det då möjligt att det föreligger en rättighet till social rehabilitering enligt 4 kap. 1 § SoL? Av denna bestämmelse framgår det inte konkret vilka villkor eller orsaker som skall vara för handen för att den enskilde skall ha rätt till bistånd. Biståndsregeln är istället knuten direkt till behovsrekvisitet, vilket får till följd att den som uppfyller behovsrekvisitet har rätt till bistånd. I 4 kap. 1 § SoL går det inte heller att utläsa vilka former av bistånd som kan aktualiseras eftersom bestämning av insatserna saknas. Genom den här konstruktionen av lagrummet ges det större möjlighet att bedöma vilka insatser som kan avhjälpa den enskildes behov av stöd. Därigenom kan socialtjänsten tillgodose de mest skilda behov som uppstår och anpassa insatserna efter behoven. Samtidigt blir den enskildes bistånds rätt svagare än om bestämmelsen utformats med ett bestämt innehåll och tydliga förutsättningar. Rekvisiten i lagrummet har dock tydliggjorts av de rekommendationer som ges ut av Socialstyrelsens allmänna råd och de mål som RegR avgjort. Detta har sålunda bidragit till att 4 kap. 1 § SoL har preciserats både till innehåll och förutsättningar, varför det första kravet för att kunna benämna lagrummet som en rättighetsparagraf får anses uppfyllt.

Beslut som fattas enligt 4 kap. 1 § SoL kan överklagas genom förvaltningsbesvär. Vid domstolsprövningen blir beslutets laglighet och lämplighet belyst. Rätten kan sätta ett helt eller delvis nytt beslut i det överklagande beslutets ställe och lämnar rätten bifall omfattas prövningen också av vilka åtgärder som bör vidtas för att tillgodose den enskildes behov. Då prövningen av beslutet är allsidigt föreligger det andra kravet på utkrävbarhet via överklagande.

Det tredje kravet som ingår i rättighetsbegreppet är statlig tillsyn över de myndighetsutövande organen. I det här fallet står socialtjänsten under Socialstyrelsens tillsyn, varför även det tredje kravet är uppfyllt.

¹³³ Bolin, Kommunalrättens grunder, s 219

Sammanfattningsvis kan det konstateras att biståndsätten enligt 4 kap. 1 § SoL kan betecknas som en rättighet.

5.9 Rättssäkerhet vid social rehabilitering

Det här kapitlet undersöker om rättssäkerhet är för handen för att tillförsäkra den enskilde rättighet till bistånd i form av social rehabilitering. Den sociala servicen kommer inte att behandlas eftersom det inte är en rättighet i förvaltningsrättsligt hänseende.

Den enskilda skall kunna kräva att socialtjänsten uppfyller vad som garanteras i lag. Av 4 kap. 1 § SoL framgår att den enskilde har rätt till bistånd till sin livsföring i övrigt, dvs. social rehabilitering, om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Det nämnda lagrummet ger således den enskilde rätt till social rehabilitering under förutsättning att han eller hon uppfyller villkoren. Därmed existerar kravet på legalitet som är en komponent i begreppet rättssäkerhet.

Biståndsparagrafen är vagt formulerad vilket medför att bestämmelsen minskar tydligheten och därmed förutsebarheten. Genom att rätten till bistånd är oprecis kan detta skapa förväntningar hos medborgarna. De kan inte göra anspråk på rättigheter i den omfattning som lagrummet förespeglar. Trots att innehållet i bestämmelsen har en vag skrivning preciseras biståndsätten genom Socialstyrelsens allmänna råd och genom domstolarnas avgöranden. Särskilt rättspraxis gör att biståndsätten tydliggörs och medför att förutsebarheten ökar. Det kan emellertid ifrågasättas om det kan ställas krav på den enskilde att vara så väl bevandrad i rättspraxis och därigenom kunna förutse vilka krav som skall föreligga, för att han eller hon skall komma i åtnjutande av bistånd och vilka insatser den kan förvänta. Den rättspraxis som domstolen skapar får ändå anses godtagbar för att rättssäkerhet i form av förutsebarhet skall föreligga.

Rättstillämpningen och tolkningen av 4 kap. 1 § SoL måste vara likformig i bemärkelsen att lika fall behandlas lika. Likhetsprincipen har en nära koppling till kravet om förutsebarhet. Behandlas lika fall olika blir följden att förutsebarheten minskar eftersom den enskilde då inte kan förutse i vilka situationer som biståndsätten är tillämplig. Också i det här fallet är domstolsprövningen viktig och detta sammanhänger med att prövningen i domstol motverkar risken att bestämmelsen tolkas och tillämpas på olika sätt i landet.

För att kunna tala om rättssäkerhet måste ytterligare ett krav uppfyllas. Det är möjligheten för den enskilde att överklaga myndigheternas beslut. I det föregående kapitlet konstaterades att socialtjänstens beslut enligt 4 kap. 1 § SoL överklagas genom förvaltningsbevär. Därmed är kravet på besluts överklagbarhet uppfyllt.

Hittills går det att fastställa att den formella sidan av rättssäkerhet med dess krav på legalitet, förutsebarhet, likformig rättstillämpning och överklagbarhet av beslut föreligger. I det följande skall den materiella rättssäkerheten studeras.

Under utredningen, innan beslut om social rehabilitering fattas, skall socialtjänsten ta hänsyn till hela människan, både de starka och svaga sidorna och väga samman olika behov. Det nyss nämnda beskriver den helhetssyn som skall tillämpas och är en av flera vägledande principer som socialtjänstlagen vilar på. En annan princip är självbestämmanderätten som innebär att den enskilde själv får bestämma om han eller hon vill ta emot erbjudande om social rehabilitering. I denna princip ingår också att socialtjänsten skall samverka med den enskilde för att finna individuellt anpassade insatser. Genom att dessa två principer tillämpas är det möjligt att beslut om social rehabilitering kan komma att uppfattas som rimliga och rättvisa av den enskilde. Den materiella sidan av rättssäkerhet med etiskt godtagbara beslut får därför anses föreligga.

Avslutningsvis får det anses att rätten till bistånd i form av social rehabilitering enligt 4 kap. 1 § SoL uppfyller kraven för formell och materiell rättssäkerhet.

6 Arbetslivsinriktad rehabilitering

6.1 Inledning

I detta kapitel kommer det tredje och sista rehabiliteringsområdet att undersökas.

Arbetslivsinriktad rehabilitering regleras i 22 kap. AFL där det framgår att den som är försäkrad har möjlighet till rehabilitering och rätt till rehabiliteringsersättning. Vem som är försäkrad för rehabilitering kan utläsas i socialförsäkringslagen (1999:799), där det sägs att försäkrad är såväl den som är bosatt i Sverige utan att arbeta här som den som arbetar här i

landet. Uppfyller den försäkrade de bosättningsbaserade grunderna gäller försäkringsskyddet rehabilitering och särskilt bidrag. Den som arbetar i Sverige kan, utöver de förmåner som gäller för den som är bosatt här, också ha rätt till rehabiliteringsersättning.

I socialförsäkringsrättsligt hänseende syftar rehabilitering till att den som drabbats av sjukdom skall återfå sin arbetsförmåga och sina förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete, 22 kap. 2 § AFL. De åtgärder som kan bli aktuella vid arbetslivsinriktad rehabilitering är t.ex. arbetsträning, kartläggning av en persons arbetsförmåga och arbetsprövning. Rehabiliteringsåtgärder kan tillhandahållas av ALI, AMU, Samhall och privata rehabiliteringsgivare som försäkringskassan köper tjänster av.

6.2 Rehabiliteringsutredning

6.2.1 Arbetsgivarens ansvar

För de som innehar anställning ligger rehabiliteringsansvaret på arbetsgivaren som har att uppmärksamma och utreda behovet av rehabilitering. Arbetsgivaren har även ansvar för att rehabiliteringsåtgärderna kommer till stånd och att finansiera dem. Ansvar för finansiering begränsas till åtgärder som kan ske inom eller i anslutning till den egna verksamheten eller för att den anställda skall kunna vara kvar i verksamheten.¹³⁴

Enligt 22 kap. 3 § AFL har arbetsgivaren ansvar för att behovet av rehabiliteringsåtgärder utreds och bedöms när

- den anställda med anledning av sjukdom varit helt eller delvis frånvarande från sitt
arbete under längre tid än fyra veckor i följd,
- den anställdes arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller
- den anställda begär det.

¹³⁴ SOU 2000:78 s 197

Det som anses vara ofta förekommande avbrott i arbetet är när den anställde varit frånvarande till följd av sjukdom vid minst sex tillfällen under en tolv månaders period.¹³⁵ Av lagrummet framgår att arbetsgivaren inte är skyldig att göra en rehabiliteringsutredning om det framstår som obehövligt. En rehabiliteringsutredning är obehövlig om det exempelvis inte krävs några särskilda åtgärder på arbetsplatsen för att den anställde skall kunna återgå till sitt arbete. Vidare behövs ingen utredning när det klart framgår att de åtgärder som skall vidtas i rehabiliteringssyfte omfattas av arbetsgivarens grundläggande skyldigheter enligt t.ex. arbetsmiljölagen (1977:1160).¹³⁶ I vissa situationer bör dock en rehabiliteringsutredning komma till stånd. Det handlar då om situationer när rehabiliteringsbehoven är oklara eller när det kan antas att det kan komma att krävas en rehabiliteringsåtgärd där ersättning skall betalas av socialförsäkringen. Andra fall där utredning behöver göras är då andra än parterna på arbetsplatsen är lämpade att ta hand om rehabiliteringsåtgärden.¹³⁷ Exempelvis kan det vara fråga om att den anställde är i behov av omskolning eller någon annan insats utifrån.¹³⁸

Beroende på omständigheterna i det enskilda fallet kan rehabiliteringsutredningens innehåll vara kortfattat och enkelt, eller mer omfattande. I förarbetena framhålls att utredningen bör beskriva de åtgärder som anses nödvändiga för att den anställde skall kunna återgå i arbete. Arbetsgivaren har också att göra en bedömning av orsakerna till arbetsförmågan och utreda behovet av åtgärder även om dessa kan finnas utanför arbetsplatsen. Ut integritetssynpunkt är mer omfattande utredningar av den anställdes förhållanden utanför arbetsplatsen ingen uppgift för arbetsgivaren.¹³⁹

För att rehabiliteringsåtgärderna skall kunna sättas in så tidigt som möjligt, är det viktigt att arbetsgivaren genomför rehabiliteringsutredningen inom en snar framtid. Mot bakgrund av detta har en tidsregel införts i lagen, 22 kap. 3 § tredje stycket AFL.

6.2.2 Försäkringskassans ansvar

Det 22 kap. 5 § AFL fastslår försäkringskassans ansvar att samordna och utöva tillsyn över de rehabiliteringsinsatser som den försäkrade är i behov av. Försäkringskassans samordningsansvar och initiativroll utgår från att den försäkrades behov av rehabilitering upptäcks i ett tidigt skede och att initiativ tas till de rehabiliteringsinsatser som behövs. De

¹³⁵ Prop. 1990/91:141 s 89

¹³⁶ Prop 1990/91: 141 s 88 f

¹³⁷ Prop. 1990/91:141 s 89

¹³⁸ Iseskog, Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, s 24

¹³⁹ Prop. 1990/91:141 s 45

försäkrade som har behov av rehabilitering skall uppmärksammas och behoven av åtgärder klarläggas. Vidare skall den försäkrade motiveras att delta i rehabiliteringen.¹⁴⁰

I försäkringskassans tillsynsansvar ingår bl. a att kontrollera att arbetsgivarna fullgör sin skyldighet beträffande rehabilitering av en försäkrad. Genom att försäkringskassan har tillgång till uppgifter om den försäkrades sjukskrivningsförhållanden har kassan möjlighet att övervaka att arbetsgivaren gör den utredning som krävs inom föreskrivna tider och, när behov föreligger, kontakta en arbetsgivare när detta inte sker.¹⁴¹ Har en arbetsgivare vid upprepade tillfällen underlåtit att göra en rehabiliteringsutredning kan försäkringskassan vända sig till Arbetsmiljöinspektionen som i sin tur kan överväga åtgärder enligt arbetsmiljölagen.¹⁴²

När det gäller de försäkrade som saknar arbetsgivare, är det försäkringskassans ansvar att en rehabiliteringsutredning görs. Utredningsansvaret omfattar arbetslösa, egenföretagare, uppdragstagare och studerande.

I vissa fall skall försäkringskassan ta över ansvaret för rehabiliteringsutredningen från arbetsgivaren. I lagrummet 22 kap. 3 § sista stycket AFL sägs att försäkringskassan skall ta över ansvaret för utredningen om det finns skäl till det. Så kan vara fallet t.ex. om det rör sig om en liten arbetsplats, att arbetsgivaren saknar kompetens, att arbetsgivaren underlåter att göra utredningen eller där relationen mellan arbetsgivaren och den anställde är sådant att det är olämpligt att arbetsgivaren genomför utredningen.¹⁴³ Regeln innebär att försäkringskassan i första hand genomför rehabiliteringsutredningen då arbetsgivaren inte har resurser, möjligheter eller kompetens till detta. I andra hand skall försäkringskassan alltid verkställa om rehabiliteringsutredning när arbetsgivaren inte fullgör sin skyldighet.¹⁴⁴ Övertar försäkringskassan rehabiliteringsutredningen har den att tillämpa samma tidsram som gäller för arbetsgivarens rehabiliteringsutredningar.¹⁴⁵

6.3 Rehabiliteringsplan

¹⁴⁰ Prop. 1990/91:141 s 49

¹⁴¹ Prop. 1990/91:141 s 50

¹⁴² Riksförsäkringsverket, Vägledning nr 2002:8, s 81

¹⁴³ Prop. 1990/91:141 s 90

¹⁴⁴ Iseskog, Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, s 33

¹⁴⁵ Riksförsäkringsverket, Vägledning nr 2002:8, s 81

Då rehabiliteringsutredningen är klar och det utifrån den kan konstateras att den försäkrade är i behov av rehabiliteringsåtgärder, skall försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan enligt 22 kap. 6 § AFL. Det material som redovisas i utredningen och eventuellt ytterligare underlag från andra rehabiliteringsansvariga ligger således till grund för rehabiliteringsplanen.¹⁴⁶ Försäkringskassans ansvar för att en rehabiliteringsplan upprättas gäller för alla försäkrade, både för de som har arbetsgivare och de som saknar anställning.¹⁴⁷

Rehabiliteringsplanen skall ge klarhet om vilka åtgärder som är aktuella och vem som skall svara för olika åtgärder i rehabiliteringen. Den skall också innefatta en tidsplan för olika åtgärder samt uppgifter i övrigt som kan behövas för att genomföra rehabiliteringen. Dessutom skall de beräknade kostnaderna under rehabiliteringsperioden framgå av planen.¹⁴⁸

Försäkringskassans ansvar upphör inte i och med att en rehabiliteringsplan har upprättats. Försäkringskassan har att kontinuerligt följa arbetet med rehabiliteringen och tillse att planen följs och, vid behov, se till att planen ändras.¹⁴⁹

Rehabiliteringsplanen har två syften. För det första ger planen försäkringskassan ett verktyg för att kunna bevaka att de nödvändiga rehabiliteringsåtgärderna genomförs i det enskilda fallet och för det andra kommer planen att utgöra ett underlag för försäkringskassans beslut om rehabiliteringsersättning från den allmänna försäkringen.

6.4 Förutsättningar för rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringsersättning utgår till den försäkrade under tiden som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen pågår. Detta gäller rehabiliteringsåtgärder som syftar till att förkorta sjukdomstiden, att helt eller delvis förebygga att sjukdomen leder till nedsatt arbetsförmåga eller att helt eller delvis häva en befintlig nedsättning av arbetsförmågan.

Ett villkor för att rehabiliteringsersättning skall utgå är att det föreligger en godkänd rehabiliteringsplan och att den försäkrade ansöker om ersättningen.¹⁵⁰

¹⁴⁶ Prop. 1990/91:141 s 52

¹⁴⁷ Riksförsäkringsverket, Vägledning nr 2002:8, s 87

¹⁴⁸ Prop. 1990/91:141 s 52

¹⁴⁹ Prop. 1990/91:141 s 91

¹⁵⁰ Riksförsäkringsverket, Vägledning nr 2002:8, s 92

Enligt 22 kap. 7 § AFL utges rehabiliteringsersättning när den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och har sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel, till följd av sjukdom. Ersättning kan också utgå i förebyggande syfte för att den försäkrade skall kunna få eller behålla ett arbete. Arbetsförmågan behöver då inte vara nedsatt när rehabiliteringen börjar.

Rehabiliteringsersättningen består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

Rehabiliteringspenningen avser att täcka den inkomstförlust som uppstår då den försäkrade deltar i rehabilitering. När det gäller särskilt bidrag skall den täcka kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen. Det kan vara fråga om kostnader för kursavgifter, läromedel och resor mellan bostaden och platsen där rehabiliteringen sker.

6.5 Arbetsförmågan efter steg-för-steg-modellen

Bedömningen av den försäkrades nedsättning av arbetsförmåga till följd av sjukdom är av central betydelse eftersom den påverkar rätten till rehabiliteringsersättning och sjukpenning. Syftet med steg-för-steg-modellen som beskrivs i 3 kap. 7 § AFL är att ge handläggare på försäkringskassan en struktur att bedöma den försäkrades arbetsförmåga, och behov av rehabilitering. Modellen som redogörs i prop. 1996/97:28 s 8-24 innehåller sju steg och är utformad som ett antal frågor. Besvaras den första frågan med ett "ja" behöver ingen vidare prövning göras. Blir svaret däremot "nej" fortsätter man till fråga två o.s.v.

Steg 1: Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling och konvalescens? Om svaret blir "ja" betalas sjukpenning ut under behandlingen och konvalescensen. Besvaras frågan med "nej" gör prövningen enligt steg 2.

Steg 2: Kan den försäkrade utföra sina vanliga arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna? Besvaras frågan med "ja" betalas ersättning ut under behandlingen och rehabiliteringen. Om svaret blir "nej" görs bedömningen enligt steg 3.

Steg 3: Kan den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser? Blir svaret "ja" betalas sjukpenning ut under nödvändig behandling eller konvalescens, men inte i avvaktan på att det aktuella arbetet blir ledigt. Vid ett nekande svar gör prövningen enligt steg 4.

Steg 4: Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifterna eller liknande rehabiliterande insatser? Om frågan besvaras ”ja” utbetalas sjukpenning under behandlingen och konvalescensen eller ersättning under rehabiliteringen (ca ett år) samt eventuell kostnad för anpassning av arbetsplatsen. Besvaras frågan med ett ”nej” går man vidare till steg 5.

Steg 5: Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete utan extra insatser? Besvaras frågan med ”ja” har den enskilde inte rätt till ersättning från socialförsäkringen utan anses som arbetsför och arbetslös och är därför hänvisad till arbetslöshetsförsäkringen. Om svaret blir ”nej” görs prövningen enligt steg 6.

Steg 6: Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter rehabiliterande insatser, t.ex. utbildning eller omskolning? Om svaret blir jakande lämnas ersättning under rehabiliteringen under normalt ett år. Besvaras frågan med ”nej” görs prövningen enligt steg 7.

Steg 7: Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen? Bli svaret ”ja” föreligger rätt till förtidspension eller sjukbidrag.

En viktig skillnad som är värd att uppmärksamma är den mellan de som har anställning och de som är arbetslösa. För dem som är arbetslösa och saknar arbetsgivare kommer steg 2-4 inte ifråga. Anses de arbetslösa kunna utföra ”annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete”, har den gruppen inte möjlighet att erhålla rehabilitering i form av t.ex. utbildning eller omskolning. Detta gäller också om det inte finns ett sådant arbete för den enskilde i det individuella fallet. Beträffande dem som har en anställning, ges de möjlighet att erhålla rehabilitering för att få ett nytt arbete hos sin arbetsgivare, oaktat att de kan klara ett ”annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete”.¹⁵¹

6.6 Indragning av ersättning

¹⁵¹ Ekblad och Vahlne Westerhäll, Rehabiliteringssystemet är sjukt, s 17

Av bestämmelserna i 20 kap. 3 § AFL framgår i vilka situationer som försäkringskassan kan dra in eller sätta ned ersättningen för den försäkrade. Lagrummet avser olika slags ersättningar enligt AFL och har därför betydelse för rehabiliteringsersättningen.

Enligt 20 kap. 3 § AFL får ersättning dras in eller sättas ned i fem fall. Den första indragnings- eller nedsättningssituationen avser om den försäkrade erhållit sjukdomen eller skadan till följd av uppsåtligt brott som han eller hon har dömts för genom dom som vunnit laga kraft. Det andra fallet som kan aktualisera indragning eller nedsättning av ersättningen är om den försäkrade vägrar att genomgå undersökning av läkare eller att följa läkares föreskrifter. I det tredje fallet får ersättning dras in eller sättas ned om den försäkrade underlåter att lämna in läkarintyg, särskilt läkarutlåtande, försäkrans eller särskild försäkrans enligt 3 kap. 8 § AFL. Den fjärde situationen som lagrummet tar upp är om den försäkrade medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktiga eller vilseledande uppgifter om förhållanden som är av betydelse för rätten till ersättning. Det femte fallet förutsätter att den försäkrade utan giltig anledning vägrar att gå igenom sådan behandling, utredning eller rehabilitering som avser medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Nedsättning eller indragning av sjukpenning kan bara ske om den försäkrade erinrats om denna påföljd.

Av förarbetena framgår att möjligheten att helt eller delvis dra in sjukpenning bör användas med försiktighet. I första hand kan indragning eller nedsättning användas som ett påtryckningsmedel för att påverka den försäkrade att medverka. Vidare när det gäller bedömningen av om indragning skall ske, måste den princip som finns inom hälso- och sjukvården om den enskildes integritet och möjlighet att medverka beträffande utredning och behandling, vägas in.¹⁵²

I några avgöranden från Försäkringsöverdomstolen har indragningskraven preciserats ytterligare. I ett rättsfall från Försäkringsöverdomstolen, FÖD 1992:35, behandlas frågan vad som gäller när aktiva rehabiliteringsförsök pågår. En chaufför var sjukskriven för ryggbesvär. Hans arbetsgivare gjorde under medverkan av försäkringskassans aktiva försök att rehabilitera honom genom omplacering. Försäkringskassan drog in mannens sjukpenning med hänvisning till hans negativa inställning till de framställda omplaceringsförslagen. Av försäkringskassans anteckningar framgår att det under tiden före beslutet om indragning av sjukpenning

¹⁵² Prop. 1994/95: 147 s 52

förekommit täta samtalskontakter mellan kassan och arbetsgivaren angående möjligheter att omplacera den försäkrade till andra arbeten som han skulle kunna utföra trots ryggbesvären. Samtidigt pågick diskussioner mellan arbetsgivaren och den försäkrade om dessa möjligheter. Försäkringsöverdomstolen konstaterar att aktiva försök att rehabilitera den försäkrade genom omplacering pågick under tiden före indragningsbeslutet och att försäkringskassan i denna situation inte haft fog för att dra in hans sjukpenning med hänvisning till den försäkrades ställningstagande till de förslag som arbetsgivaren diskussionsvis framställde.

I FÖD med mål nr 2667/90:7 fastslås att tre villkor måste vara uppfyllda för att sjukpenning skall kunna dras in. För det först måste den rehabiliteringsåtgärd som föreslås för den försäkrade vara konkret och entydig till sin innebörd. Det andra villkoret är att den försäkrade måste få klargjort för sig vad en vägran att underkasta sig den föreslagna åtgärden kan få för konsekvenser. Slutligen måste dessutom den försäkrade tydligt ge uttryck för att han eller hon inte vill delta i den föreslagna åtgärden.

I FÖD med mål nr 1097/91:11 bedömdes frågan när nedsättning eller indragning av sjukpenning p.g.a. vägran att delta i rehabilitering kan ske. Försäkringsöverdomstolen delade Riksförsäkringsverkets synsätt att försäkringskassan bör avvakta den dag då rehabiliteringsåtgärden skall påbörjas innan beslut om nedsättning eller indragning fattas. Ända fram till den dagen har den försäkrade möjlighet att ändra sig och det är först sedan han eller hon faktiskt inte har infunnit sig till den erbjudna rehabiliteringsåtgärden som han eller hon kan anses ha vägrat.

I avgörandet FÖD 1729/92 behandlas frågan vid vilken tidpunkt den erinran som skall föregå indragningen skall göras. I det aktuella målet hade en handläggare vid försäkringskassan den 3 februari 1991 via ett telefonsamtal kallat den försäkrade till ett studiebesök till Samhall endast en dag i förväg. Under telefonsamtalet informerades också den försäkrade om att han måste medverka för att få behålla sin sjukpenning. Den försäkrade invände då att han inte skulle kunna närvara vid studiebesöket p.g.a. ryggbesvär. Försäkringskassan beslutade att fr.o.m. den 5 februari 1991 dra in sjukpenningen. Försäkringsöverdomstolen kom till slutsatsen att den försäkrade måste inför varje särskild rehabiliteringsåtgärd erinras om påföljden på ett klart och tydligt sätt så att han eller hon har möjlighet att bedöma vad en

vägran att underkasta sig den föreslagna åtgärden kan få för konsekvenser. Vidare bör kallelsen till en rehabiliteringsåtgärd och en erinran om vad vägran att delta i en sådan åtgärd kan medföra göras skriftlig och i så god tid i förväg att den försäkrade ordentligt kan sätta sig in i situationen.

Försäkringsöverdomstolen anförde att på det sätt som försäkringskassan kallat den försäkrade till studiebesöket och erinrat om påföljden vid utevaro inte kunde ansetts ha gett den försäkrade skäligt rådrum för att sätta sig in i situationen. Försäkringskassan saknade därför fog för att enligt 20 kap. 3 § andra stycket AFL dra in den försäkrades sjukpenning fr.o.m. den 5 februari 1991.

6.7 Samråd och självbestämmande

När det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering nämns inte något om den försäkrades självbestämmanderätt i lagtext eller förarbeten. Istället framgår att det är grundläggande för rehabiliteringsverksamheten att individens behov sätts i centrum och att rehabiliteringen ses i ett sammanhang utifrån en helhetssyn där åtgärden omfattar den försäkrades fysiska, psykiska och sociala förhållanden. För att rehabiliteringen skall lyckas bör den utgå ifrån individens egna behov och förutsättningar där den försäkrades ålder, utbildning, bosättningsförhållanden och andra omständigheter beaktas.¹⁵³ Ett vanligt förekommande ord i 22 kap. AFL när det gäller den försäkrades medverkan i rehabiliteringsarbetet är *samråd*. Ordet *samråd* förklaras i ordböckerna som överläggning för att enas om gemensamt handlande.¹⁵⁴ Av lagtexten framgår exempelvis att rehabiliteringsåtgärder skall planeras i samråd med den försäkrade (22 kap. 2 § andra stycket AFL), att försäkringskassan i samråd med den försäkrade skall se till att hans eller hennes behov av rehabilitering klarläggs (22 kap. 5 § andra stycket AFL) och att en rehabiliteringsplan, så långt det är möjligt, skall upprättas i samråd med den försäkrade (22 kap. 6 § första stycket AFL). Lagstiftaren pekar på en principiell skyldighet för den försäkrade att samverka i rehabiliteringen. Den försäkrade har ett ansvar att medverka i rehabiliteringsutredningen genom att lämna den information som behövs för tillämpningen av lagen. Vid informationsinhämtandet får dock inte den personliga integriteten kränkas. De åtgärder som används eller kvaliteten på dessa blir resultatlösa om den försäkrade inte aktivt medverkar i rehabiliteringsarbetet. Den försäkrade har därför enligt 22 kap. 4 § AFL en

¹⁵³ Prop. 1990/91:141 s 47

¹⁵⁴ Nationalencyklopedin och Svenska Akademiens ordlista

skyldighet att efter bästa förmåga medverka i rehabiliteringen. Vägrar den försäkrade, utan giltig orsak, att lämna information för att kunna klarlägga rehabiliteringsbehovet eller vägrar att delta i en rehabiliteringsåtgärd, kan nedsättnings- och indragningsreglerna i 22 kap. 16 § och 20 kap. 3 § AFL bli aktuella.¹⁵⁵

Tidigare har nämnts att den försäkrades rätt till självbestämmande inte står i centrum vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Trots detta är det möjligt att undersöka självbestämmanderätten genom att sätta den i relation till samrådet och indragningsreglerna. Då den försäkrade medverkar aktivt och rehabiliteringen planeras i samråd med densamme och alla inblandade parter är överens om rehabiliteringsbehovet, vållar rehabiliteringen inga problem utan flyter friktionsfritt. Förhåller det sig istället på det sättet att den försäkrade sätter sig emot rehabiliteringen kan indragningshotet i 20 kap 3 § AFL realiseras. Den försäkrade kan välja att inte delta i rehabiliteringen vilket leder till ekonomiska konsekvenser eftersom sjukpenningen eller rehabiliteringsersättningen dras in. Ett direkt tvång föreligger inte för den försäkrade att delta i rehabiliteringsåtgärden. Däremot finns ett indirekt tvång att den försäkrade aktivt skall delta, för att undvika att han eller hon förlorar sin sjukpenning. Vetskapen om att ersättningen kan gå förlorad kan av den försäkrade upplevas som om han eller hon tvingas att delta i rehabiliteringen. Det kan därför vara befogat att konstatera att indragningshotet i 20 kap. 3 § AFL skadar den försäkrades självbestämmanderätt.¹⁵⁶

6.8 Besluts överklagbarhet

Enligt 22 kap. 1 § AFL har en försäkrad *möjlighet* till rehabilitering. Varken i lagtext eller i förarbeten framgår att den försäkrade har rätt att erhålla arbetslivsinriktad rehabilitering utan rätten är beroende om arbetsgivaren eller försäkringskassan bedömer att det föreligger behov av rehabiliteringsinsatser och att de finansierar insatserna.¹⁵⁷

Genom en dom i RegR har dock den försäkrade getts möjlighet att överklaga försäkringskassans beslut om köp av viss rehabiliteringsåtgärd. Av RegR:s dom, RegR 1996 not 268, slås fast att beslut om att inte köpa en yrkesinriktad rehabiliteringstjänst till en försäkrad skall omprövas enligt AFL om den försäkrade begär det. Av domskälen framgår att försäkringskassan har en skyldighet att tillse att en rehabiliteringsåtgärd vidtas när behov av

¹⁵⁵ Prop. 1990/91:141 s 90

¹⁵⁶ Birkhed, Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering?, s 214 f

sådana åtgärder föreligger och att beslutet angående den aktuella rehabiliteringen därför är författningsenligt ett beslut i ärende om försäkring enligt AFL. Mot bakgrund av detta, menar RegR, borde försäkringskassan ha omprövat sitt beslut på den försäkrades begäran.

Den här domen får konsekvenser för försäkringskassornas handläggning av rehabiliteringsärenden. I de fall försäkringskassan inte har för avsikt att köpa en bestämd yrkesinriktad rehabiliteringstjänst som den försäkrade gör anspråk på, skall försäkringskassan fatta beslut med omprövningshänvisning. Huruvida den försäkrade kräver att försäkringskassan skall köpa en rehabiliteringstjänst får bedömas från fall till fall. Det bör ändå röra sig om en tydlig och klar framställan, helst skriftlig, gällande en specificerad åtgärd. Beträffande beslutsmotiveringen får denna ske med hänvisning till 3 kap. 7 § och 22 kap. i AFL i de fall försäkringskassan bedömer att åtgärden inte är nödvändig, inte är lämplig, inte är yrkes- eller arbetslivsinriktad eller inte inbegrips i förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning. Förhåller det sig istället på det sättet att villkoren för köp till den försäkrade är uppfyllda men anslaget för köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster är slut får försäkringskassan hänvisa till detta i beslutsmotiveringen.¹⁵⁸

Under rehabiliteringsarbetet är det vanligt att diskussioner förs om olika rehabiliteringsåtgärder och att den försäkrade under dessa diskussioner för fram olika idéer. Kommer försäkringskassan och den försäkrade gemensamt fram till en annan lösning än den som den försäkrade först föreslagit behöver kassan inte fatta något särskilt beslut om det som inte skall genomföras. Insisterar den försäkrade på sin uppfattning om lämplig åtgärd och kräver att försäkringskassan skall köpa åtgärden skall kassan fatta ett skriftligt beslut med omprövningshänvisning.¹⁵⁹

6.9 Föreligger rätt att erhålla arbetslivsinriktad rehabilitering?

För att en legal rättighet till arbetslivsinriktad rehabilitering skall anses föreligga i förvaltningsrättsligt hänseende skall tre villkor vara uppfyllda. Inom detta rehabiliteringsområde gäller - liksom inom medicinsk och social rehabilitering - att de grundläggande kraven är för handen, dvs. att rättigheten kan utkrävas genom att beslutet är

¹⁵⁷ SOU 2000:78 s 190

¹⁵⁸ Riksförsäkringsverket Informerar, Meddelande IM 1997:30

överklagbart, att det skall finnas en statlig tillsyn över den myndighet som fattar beslutet och att rättigheten är noggrant preciserad till innehåll och förutsättningar.

Genom rättsfallet RÅ not 268 har rättsläget tydliggjorts beträffande den försäkrades möjlighet att överklaga beslut som avser rehabiliteringsåtgärder. Av rättsfallet framgår att om en framställan beträffande en specificerad åtgärd från den försäkrade avslås, kan han eller hon få åtgärden prövad i sak. Huruvida den försäkrade kan få åtgärden konkretiserad är dock behäftad med viss osäkerhet, eftersom försäkringskassan endast har en bestämd mängd årliga medel avsatta för detta ändamål. Då pengarna tagit slut kan den försäkrade inte räkna med att erhålla någon rehabiliteringsåtgärd.

När det gäller kravet på statlig tillsyn är det enkelt att påvisa att en sådan föreligger, då det är Riksförsäkringsverket som utövar tillsynen över försäkringskassorna.

Av lagtexten framgår att den försäkrade har möjlighet till rehabilitering. Någon mer preciserad information som bestämmer innehållet och förutsättningarna för att få rehabiliteringsinsatser ges inte i lagtexten. Inte heller förarbetena konkretiserar rehabiliteringens innehåll eller förutsättningarna för att den försäkrade skall erhålla rehabiliteringsåtgärder.

Således måste det konstateras att den försäkrade inte har någon förvaltningsrättslig legal rättighet till arbetslivsinriktad rehabilitering.

6.10 Rättssäkerhet vid arbetslivsinriktad rehabilitering

Då möjlighetsbegreppet valts vid arbetslivsinriktad rehabilitering får detta stora konsekvenser för den försäkrades rättssäkerhet. Genom att förutsättningen för rehabiliteringen inte är noggrant preciserad till innehåll och förutsättningar påverkas särskilt den formella sidan av rättssäkerheten.

Först och främst har den försäkrade små möjligheter att i förväg bedöma i vilka situationer som rehabilitering kan bli aktuell och kravet på förutsebarhet blir därmed inte uppfyllt. Förutsebarheten sammanhänger med kravet på legalitet. En utgångspunkt för myndigheters

¹⁵⁹ Riksförsäkringsverket Informerar, Meddelande IM 1997:30

beslutsfattande är legalitetsprincipen som bl.a. innebär att myndigheterna har att uppfylla kravet på att en rättighet som tillerkännts medborgarna enligt lag kommer dem tillgodo. Eftersom rehabiliteringsåtgärderna inte är att anse som en rättighet, uppfylls inte villkoret om legalitet.

Villkoret om likformig rättstillämpning, att lagen skall tillämpas lika för alla och att lika fall skall behandlas lika, påverkas också av att lagstiftaren har valt möjlighetskonstruktionen istället för att utforma arbetslivsinriktad rehabilitering som en rättighet. Detta får till följd att både försäkringskassan och arbetsgivaren efter fritt skön får bedöma dels om det finns behov av insatser, dels urvalet av de som kan komma i åtnjutande av rehabiliteringsåtgärderna. Oaktat kravet på att beslut avseende arbetslivsinriktad rehabilitering kan överklagas och att beslutet uppfattas som etiskt godtagbart, föreligger det därför inte någon rättssäkerhet vid sådan rehabilitering.

7 Rättssäkerhetsgarantier vid ärendehandläggning

7.1 Inledning

Genom förvaltningslagen (FL) har vissa grundregler fastslagits. Lagen tillhandahåller basregler på områden där rättsskyddsaspekter har en viktig betydelse och utgör en minimistandard när det gäller handläggning av förvaltningsärenden. Kraven på opartiskhet, omsorgsfull handläggning och enhetlig bedömning samt serviceskyldighet gentemot allmänheten är av centralt innehåll i FL. Dessa krav syftar dels till att den enskilde skall ges möjlighet att tillvarata sin rätt, dels att stärka rättssäkerheten och därmed utgöra vissa rättssäkerhetsgarantier för den enskilde när den har att göra med myndigheter.

FL gäller i princip ärendehandläggning hos förvaltningsmyndigheter. Vad som avses med ärende i motsats till faktiskt handlande kan i vissa fall vara svårt att avgöra. Rent allmänt gäller att med ärende åsyftas ett administrativt handlande som sammanhänger med eller syftar till ett formellt beslutsfattande. Detta innebär att vissa viktiga bestämmelser i lagen som rör rättssäkerhetsgarantier för den enskilde inte skall tillämpas vid medicinsk rehabilitering i form av vård och behandling, som räknas till faktiskt handlande. Exempel på sådana bestämmelser är den enskildes rätt att få del av uppgift enligt 16 § FL, kommunikation innan ärendet avgörs enligt 17 § FL och motivering av beslut enligt 20 § FL. Dessa regler skall

istället tillämpas när det är fråga om ärendehandläggning vid social och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Nedan kommer de nyss nämnda reglerna att behandlas eftersom de för den enskilde representerar viktiga rättssäkerhetsgarantier. Gemensamt för bestämmelserna är att de gäller ärenden som avser myndighetsutövning. Detta begrepp kommer därför att studeras inledningsvis.

7.2 Myndighetsutövning

För att bestämmelserna i t.ex. 16, 17 och 20 §§ FL skall tillämpas gäller att ärendet omfattar utövning av befogenhet att bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinär bestraffning eller annat jämförbart förhållande till enskild. Med ordalydelsen *bestämma om förmån* omfattas endast ärenden som mynnar ut i bindande beslut. Dessa beslut kan vara av den beskaffenhet att myndigheten skiljer ärendet från sig genom prövning i sak, men det kan också handla om ärende där myndigheten fattar ett avskrivnings- eller avvisningsbeslut.¹⁶⁰ När det gäller uttrycket *förmån* avses bl.a. sociala förmåner såsom bistånd enligt SoL eller förmåner från den allmänna försäkringen.¹⁶¹ Kännetecknande för all myndighetsutövning är att det handlar om beslut eller andra åtgärder som ytterst är uttryck för samhällets maktbefogenheter i relation till medborgarna. Myndighetsutövning behöver inte endast avse förpliktelser för enskilda, utan kan även förekomma i form av gynnande beslut. Det kan då t.ex. handla om beslut om bistånd i form av social rehabilitering. Ett annat kännetecken på myndighetsutövning är att den enskilde befinner sig i någon form av beroendeförhållande. När det gäller gynnande beslut, som vid t.ex. social rehabilitering, visar sig beroendeförhållandet på så sätt att den enskilde måste vända sig till myndigheten för att erhålla förmånen och att de föreskrifter som myndigheten tillämpar får avgörande betydelse för den enskilde. I begreppet myndighetsutövning omfattas dessutom ärenden där saken avgörs ensidigt genom beslut av myndigheten. För att myndighetsutövning skall föreligga krävs vidare att myndigheten kan härleda sin befogenhet att bestämma om ett förhållande till en författning eller beslut från de högsta statsorganen, d.v.s. riksdag eller regering.

¹⁶⁰ Clevesköld, Lundgren och Thunved, Handläggning inom socialtjänsten, s 66

¹⁶¹ Wennergren, Handläggning, s 25

Slutligen kan det uppmärksammas att begreppet myndighetsutövning konsekvent förekommer med uttrycket *mot någon enskild*, vilket gör att myndighetsutövning i förvaltningslagens mening avskiljs från den myndighetsutövning som kan förekomma från en myndighet gentemot en annan myndighet.¹⁶²

7.3 Rätt att få del av uppgifter

En grundläggande princip är att en part i ett ärende hos en myndighet skall ha rätt att ta del av det material som myndigheten grundar sitt beslut på. Genom denna rätt ges parten möjlighet att bevaka sina intressen i ärendet samt bemöta påståenden och komplettera utredningsmaterialet. Dessutom kan parten kontrollera myndighetens handläggning av ärendet.¹⁶³ Därför stadgas i

16 § FL om parts rätt att ta del av det som tillförts ärendet om det avser myndighetsutövning mot någon enskild.

Någon fördjupning av vem som är part kommer inte att göras eftersom det är lätt att konstatera att den som t.ex. framställer om social eller arbetslivsinriktad rehabilitering faller in under uttrycket sökande. Således avses med sökande en person som gjort en ansökan som på något sätt angår hans eller hennes offentlighetsrättsliga ställning. Är den enskilde att anse som sökande har han eller hon förvärvat partsställning.¹⁶⁴

De handlingar som är föremål för insyn är dels allmänna handlingar som är offentliga enligt 2 kap. 1 § TF, dels allmänna handlingar som skall hållas hemliga. När det gäller allmänna handlingar slår 16 § FL endast fast vad som redan gäller enligt TF. Beträffande de allmänna handlingar som skall hållas hemliga ger 16 § FL, trots sekretess, parten rätt att få tillgång till myndighetens utredningsmaterial. Rätten för part att ta del av uppgifterna är inte obegränsad utan inskränks av 14 kap. 5 § sekretesslagen (1980:100). I detta lagrum är huvudregeln att sekretess inte hindrar en part att ta del av sekretessbelagt material. Enligt andra meningen i bestämmelsen får dock handlingar eller annat material inte lämnas ut om det med hänsyn till allmänt eller enskilt intresse är av synnerlig vikt att uppgift i materialet för vilket sekretess gäller inte röjs.

¹⁶² Wennergren, Handläggning, s 26

¹⁶³ Hellners och Malmqvist, Nya förvaltningslagen, s 146

Av 16 § FL garanteras part rätt till insyn avseende allt material som tillförts ärendet, vilket slags material det är fråga om saknar betydelse. Exempelvis kan det röra sig om rättsliga utredningar, värderings- eller utredningspromemorior och tjänsteanteckningar om muntliga upplysningar. Vad som inte utgör utredningsmaterial är t.ex. sammanställningar av befintligt utredningsmaterial som inte tillför utredningen något nytt material, förslag eller utkast till beslut eller annat liknande hjälpmaterial för arbetet hos myndigheten.¹⁶⁵

7.4 Kommunikering

Rätten till insyn enligt 16 § FL kompletteras med bestämmelsen i 17 § FL. Där sägs att myndigheten är skyldig att kommunicera utredningsmaterialet i ärendet med parten innan ärendet avgörs. I likhet med 16 § FL skall 17 § FL tillämpas när ärendet avser myndighetsutövning mot någon enskild. Dessutom är kretsen av kommunikationsberättigade densamma som gäller de insynsberättigade enligt 16 § FL.

Kommunikationen består av två moment, dels av underrättelse om utredningsmaterial, dels att parten meddelas att han eller hon har rätt att yttra sig över materialet. I samband med kommunikationen skall parten informeras om att ärendet kan komma att avgöras efter utgången av viss tidsfrist, även om parten inte hör av sig inom den utsatta tiden. Den tidsfrist som parten har att ange sitt yttrande inom bör vara skälig och får bedömas bl.a. efter ärendets beskaffenhet och materialets omfattning. Parten kan själv bestämma om han eller hon skall yttra sig eller inte, men avstår parten fräntar detta inte myndighetens skyldighet att pröva ärendet i sak.¹⁶⁶

Kommunikationen gäller endast när det är fråga om slutliga beslut samt beslut om avvisning eller avskrivning. Det som skall kommuniceras med parten gäller allt material som är av betydelse för ärendets avgörande. Kommunikeringskyldigheten avser inte handlingar och uppgifter som parten själv lämnat till myndigheten, utan gäller annat utredningsmaterial, t.ex. inkomna handlingar i form av inlagor och yttranden från myndigheter samt uppgifter som myndigheten själv inhämtat via telefon. Detta innebär att FL i kommunikationshänseende inte skiljer mellan skriftligt och muntligt utredningsmaterial.¹⁶⁷

¹⁶⁴ Hellners och Malmqvist, Nya förvaltningslagen, s 152

¹⁶⁵ Wennergren, Handläggning, s 67

¹⁶⁶ Hellners och Malmqvist, Nya förvaltningslagen, s 175

¹⁶⁷ Hellners och Malmqvist, Nya förvaltningslagen, s 172

Enligt 17 § FL föreskrivs ingen särskild form för hur kommunikeringen skall ske. Det är därför möjligt för myndigheten att underrättelse av materialet sker skriftligt till parten och att parten yttrar sig muntligt med synpunkter och yrkanden.

Kommunikation kan äga rum vid flera tillfällen under ärendets handläggning och om så skall ske får bedömas efter omständigheterna. Dock bör kommunikationen inte delas upp på alltför många tillfällen för att undvika att handläggningen blir tidsödande och omständlig. Det är ofta tillräckligt att parten underrättas om utredningsmaterialet när utredningen är genomförd och då ges tillfälle att yttra sig över det.¹⁶⁸

Undantag från myndighetens kommunikationsskyldighet medges i några fall. Till de viktigaste undantagen hör de fall där avgörandet inte går parten emot, att uppgiften saknar betydelse eller att åtgärderna av någon annan anledning är uppenbart obehövliga. Vidare får utredningsmaterial som är belagt med sekretess enligt 14 kap. 5 § sekretesslagen inte kommuniceras.

7.5 Motivering av beslut

Som huvudregel anges i 20 § FL att ett beslut varigenom ett ärende avgörs skall innehålla *de skäl som har bestämt utgången*. Lagrummet om motivationsplikten skall tillämpas när det handlar om myndighetsutövning mot enskild och omfattar bara slutliga beslut och avvisnings- eller avskrivningsbeslut. I princip saknar det betydelse om det slutliga beslutet är överklagningsbart eller inte. Att beslutet inte får överklagas kan medföra att det är speciellt betydelsefullt att beslutet förses med en motivering. Det förekommer inget krav på att beslutet skall innehålla ingående redogörelser för sakförhållandena i ärendet och omfattande resonemang om hur dessa förhållanden bedömts från rättsliga utgångspunkter. Det som skall tas upp i motiveringen är de viktiga och avgörande skälen som lett fram till avgörandet.

Ett grundläggande krav är att myndigheten i sina beslut lämnar upplysning om den eller de föreskrifter som de stödjer sina avgöranden på. Det kan ske genom att myndigheten uppger namnet på den tillämpliga paragrafen och författningens nummer och namn i SFS. Av större värde för parten kan ibland vara att han eller hon får information om bestämmelsens innehåll

¹⁶⁸ Hellners och Malmqvist, Nya förvaltningslagen, s 175

för att på så vis kunna jämföra detta med sitt eget fall. Det är därför inte tillräckligt att motiveringen bara består av en redovisning över tillämpliga föreskrifter, utan det skall vara möjligt att läsa ut vad som i det enskilda fallet varit avgörande för utgången i ett ärende.¹⁶⁹

Har det vid kommunikering framkommit motstridiga uppgifter som har betydelse för utgången i ärendet, bör det av beslutet framgå vilka överväganden som myndigheten har gjort med anledning av de motstridiga uppgifterna. Dessutom måste det i varje beslut finnas något objektivt påvisbart skäl som bestämt utgången och att detta redovisas, även om beslutet är att anse som ett rent skälighetsavgörande.

Av de fem regler om undantag för motivationsskyldighet som anges i 20 § FL, är det regeln under punkt 1 som har störst praktisk betydelse i ärenden om social eller arbetslivsinriktad rehabilitering. I denna punkt uppges att det inte är nödvändigt att lämna ett motiverat beslut då parten får fullt bifall till sin ansökan. Även i andra fall kan det vara uppenbart obehövligt att upplysa om skälen, t.ex. då den enskilde återkallar sin ansökan.

8 Avslutande synpunkter

Uppsatsen syftar till att klarlägga gällande rättsläge beträffande rätt och rättssäkerhet inom medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering. Dessutom är syftet att studera den enskildes rätt till självbestämmande inom de tre rehabiliteringsområdena. Avslutningsvis undersöks tre viktiga bestämmelser i FL som garanterar den enskilde att få insyn i myndigheternas handläggning av sitt ärende.

En legal rättighet har ett starkt samband med de villkor som skall finnas för att kunna avgöra om rättssäkerhet föreligger, eftersom rättssäkerheten syftar till att tillförsäkra den enskilde de rättigheter som anges i lagen. Inom medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering saknas bestämmelser som gör att den enskilde kan grunda någon rättighet och därmed ha lagstöd för att kunna hävda sin rätt till medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Då rättigheter till

¹⁶⁹ Hellners och Malmqvist, Nya förvaltningslagen, s 207

respektive rehabiliteringsområde saknas får det konsekvenser i form av bristande rättssäkerhet. Vid social rehabilitering i form av bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL är det möjligt att tala om rättigheter och, i förlängningen, också om rättssäkerhet. Skillnaderna som uppstår mellan de

olika rehabiliteringsområdena beror på de tillvägagångssätt som lagstiftaren har valt för att utforma de lagar som gäller för medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering. Att inte utforma bestämmelserna som rättigheter till medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering sammanhänger till stor del med de ekonomiska resurser som är tillgängliga. Oavsett vilken slags rehabilitering det är fråga om, är det av central betydelse för den enskilde att han eller hon har möjlighet att erhålla rehabilitering utan att vara beroende av de skönmässiga bedömningar som uppstår med gällande rätt, i synnerhet AFL. Vid medicinsk rehabilitering mildras skönmässigheten beträffande vem som får vård och behandling genom att prioriteringar görs efter fastställda principer. En tänkbar lösning för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan vara att utarbeta riktlinjer för prioriteringar liknande de som finns inom hälso- och sjukvården. Önskvärt skulle också vara att lyfta fram den enskildes position i rehabiliteringsarbetet genom att reglerna mer fokuserar på hans eller hennes ställning under den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen.

För att rehabiliteringsåtgärderna skall bli så framgångsrika som möjligt är det väsentligt att den som skall rehabiliteras ges möjlighet att vara med och påverka. Utgångspunkten är att den enskilde har rätt att bestämma över sitt liv och genom att samtycka till krav och villkor kan han eller hon medge inskränkningar i denna rätt. Vid medicinsk rehabilitering är detta särskilt märkbart då ett flertal bestämmelser i HSL och YVL slår vakt om självbestämmanderätten och syftar till att stärka den enskildes inflytande över vården och behandlingen, genom t.ex. information och möjligheter att välja olika behandlingsalternativ. Också vid social rehabilitering betonas den enskildes självbestämmanderätt och att insatserna skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. När det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering märks självbestämmanderätten inte lika tydligt. Ordet samråd förekommer på flera ställen i 22 kap. AFL men får inte samma centrala betydelse som vid medicinsk och social rehabilitering. Vid indragningssituationen avseende ersättning i form av sjukpenning eller rehabiliteringsersättning framkommer att den enskilde inte är direkt tvingad att delta i rehabiliteringsåtgärden, men ett indirekt tvång föreligger för att han eller hon skall delta. Detta för att undvika förlust av ersättningen.

De bestämmelser som finns i 16, 17 och 20 §§ FL uppställer en minimistandard vid handläggning av ärenden som kan appliceras vid social och arbetslivsinriktad rehabilitering. Den medicinska rehabiliteringen omfattas inte av FL:s regler vad gäller myndighetsutövning mot någon enskild, eftersom reglerna inte är tillämpliga på det faktiska handlandet inom hälso- och sjukvården. Föreligger ingen legal rättighet får det negativa konsekvenser för de villkor som bär upp rättssäkerhetsbegreppet. FL kan inte avhjälpa den brist som uppstår då rättigheter och rättssäkerhet saknas. De ovan nämnda paragraferna i FL gör det endast möjligt för den enskilde att bevaka sina intressen genom insyn i myndigheternas ärendehandläggning, då det redan existerar en befintlig legal rättighet som den enskilde ansöker om.

Källor och litteratur

Offentligt tryck

Propositioner

Prop 1978/79:220	Om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.
Prop 1979/80:1	Om socialtjänsten.
Prop 1981/82:97	Om hälso- och sjukvårdslag m.m.
Prop 1990/91:141	Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.
Prop 1992/93:159	Stöd och service till vissa funktionshindrade.
Prop 1993/94:130	Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.).
Prop 1994/95:147	Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.
Prop 1995/96:176	Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.
Prop 1995/96:187	Patientskadelag m.m.
Prop 1996/97:28	Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension.
Prop 1998/99:4	Stärkt patientinflytande.

Prop 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m.

Statens offentliga utredningar

SOU 1977:40	Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. Socialutredningens slutbetänkande.
SOU 1984:64	Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. Betänkande av Socialutredningen.
SOU 1988:41	Tidig och samordnad rehabilitering. Betänkande av Rehabiliteringsutredningen.
SOU 1994:75	Patientskadelag. Betänkande av Patientförsäkringsutredningen.
SOU 1997:154	Patienten har rätt. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000).
SOU 1999:97	Socialtjänst i utveckling. Slutbetänkande av Socialtjänstutredningen.
SOU 2000:78	Rehabilitering till arbete. Slutbetänkande av Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Övrigt material

Allmänna råd från Socialstyrelsen 1981:1 Rätten till bistånd
Riksförsäkringsverket Informerar, Meddelande IM 1997:30
Riksförsäkringsverkets Vägledning 2002:8

Litteratur

- Almqvist, J, Aktiv rehabilitering, Stockholm 1991
Bergstrand, O, Den nya socialtjänstlagen, Höganäs 2001
Beyer, C, Rättssäkerhet - en formsak, JT 1990-91:3 s 389-402
Bramstång, G, Sociallagstiftningen. En kommentar. Stockholm 1985
Billum, S & Sahlin J, Hälso- och sjukvårdspersonalens åliggande och ansvar. Stockholm 1995
Birkhed, C, Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering? I: Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten (red. Vahlne Westerhäll, L), Stockholm 2002
Bolin, A, Kommunalrättsgrunder, 2 upplagan, Stockholm 1999
Clevesköld, L, Lundgren L & Thunved, A, Handläggning inom socialtjänsten, 5 upplagan, Göteborg 2001
Edelstam, G, Förvaltningsmyndigheters utredningsskyldigheter. En rättssäkerhetsstudie. Stockholm 1995
Fahlberg, G & Magnusson, N, Socialtjänsten - en översikt med lagtext. 5 upplagan, Stockholm 1994
Fahlberg, G & Magnusson, N, Socialtjänstlagarna. Bakgrund och tillämpning. 9 upplagan, Stockholm 1999
Frändberg, Å, Om rättssäkerhet, JT 2000-2001, s 269-280
Hellner, J, Skadeståndsrätt, 5 upplagan, Stockholm 1995
Hellners, T & Malmqvist, B, Nya Förvaltningslagen, 5 upplagan, Stockholm 2002
Hollander, A, Rättighetslag i teori och praxis, Uppsala 1995

- Holmberg, S, Den enskildes bistånds rätt enligt socialtjänstlagen, Nacka 1988
- Hydén, H, Rättsregler, Lund 1977
- Iseskog, T, Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, Stockholm 1991
- Jareborg, N, Straffrättens ansvarslära, Uppsala 1994
- Johansson, L-Å, Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården, Stockholm 2000
- Landelius, A-C, Självbestämmande, valfrihet och samtycke inom socialtjänsten, Stockholm 1996
- Nationalencyklopedin, 1996
- Norström, C, & Thunved, A, Nya sociallagarna, 5 upplagan, Stockholm 2001
- Peczenik, A, Vad är rätt? Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation, Göteborg 1995
- Petrén, G & Ragnemalm, H, Sveriges grundlag, Stockholm 1980
- Rynning, E, Samtycke till medicinsk vård och behandling, Göteborg 1994
- Sahlin, J, Hälso- och sjukvårdslagen, 6 upplagan, Stockholm 2000
- Simmonds, N E, Juridiska principfrågor, Göteborg 1996
- Strömberg, H, Allmän förvaltningsrätt, 18 upplagan, Malmö 1997
- Strömholm, S, Rätt, rättskällor och rättstillämpning, femte upplagan, Stockholm 1996
- Svenska Akademiens ordlista, Norstedts 1981
- Sverne Arvill, E & Sverne, T, Patientens rätt, Stockholm 2000
- Söderlind, D & Petersson, O, Svensk förvaltningspolitik, 2 upplagan, Uppsala 1988
- Vahlne Westerhäll, L, Normgivningens etik - exemplet rehabilitering, festskrift till Anna Christensen, Lund 2000
- Wennergren, B, Handläggning. Hur förvaltningsärenden behandlas i stat och kommun, Stockholm 1996
- Westerhäll, L, Rättigheter, förpliktelser och sanktioner inom socialrätten, Tidsskrift for rettsvitenskap, nr 5 1986 s 627-654
- Westerhäll, L, Den svenska socialrätten, Stockholm 1990
- Westerhäll, L, Rätten att bli patient - patienträttigheter, Rättsfonden, Om våra rättigheter IV, Stockholm 1990
- Westerhäll, L, Patienträttigheter, Stockholm 1994
- Zila, J, Om rättssäkerhet, SvJT 1990 s 284-305

Övrigt källmaterial

- Ekblad, S & Vahlne Westerhäll, L, Rehabiliteringssystemet är sjukt, Social Försäkring, nr 1/2000
- Samtal med Annalena Berndtsson, socialkonsultent vid Länsstyrelsen Västra Götaland, 2003-08-15

