

# Rehabilitering i ett internationellt perspektiv

Ulla Gerner

I Sverige liksom i många andra länder i Europa har under de senaste åren förts en intensiv debatt om den ökade sjukfrånvaron och det ökade antalet förtidspensioner. I Sverige har man satsat mycket på rehabilitering knuten till socialförsäkringssystemet med målsättning att förkorta sjukskrivningstider och förhindra förtidspensionering. I artikeln beskrivs systemen i Tyskland och i några länder i Norden och en jämförelse mellan länderna görs.

Försäkringskassan i Stockholm har ett samarbetsprojekt med det tyska pensionsorganet "Landesversicherungsanstalt für Arbeiter" (LVA) i Lübeck och Institutionen för Socialmedicin vid Lübecks Universitet. Syftet är att jämföra rehabiliteringsprocessen - med särskild inriktning på incitament/ motivation - i Tyskland och Sverige. Ett led i projektet är att jämföra de båda ländernas socialförsäkringssystem och en del av resultaten presenteras i artikeln. Projektet drivs i Sverige i samarbete med Centrum för Socialförsäkringsforskning vid Mitthögskolan i Östersund.

Ulla Gerner är fil.kand. och har tidigare arbetat vid Utlandsavdelningen på försäkringskassan i Stockholm och arbetar sedan januari 1995 med ovan nämnda projekt.

## Inledning

Sjuk- och arbetsskadeberedningen påpekar i sin rapport 1994 att beredningen i sitt fortsatta arbete bl.a. bör: "Inhämta kompletterande information om hur andra länders försäkringssystem fungerar. Intressant är härvid beskrivningar ur ett individ- och arbetsplats-perspektiv där bl.a. incitamentsfrågor, sjukfrånvaro, förtidspensionering, förebyggande insatser och rehabilitering studeras." (1)

Här skall tonvikten läggas på rehabilitering inom socialförsäkringssystemen i respektive land.

## Genomförande

De källor som använts är förutom litteratur, erfarenheter genom studiebesök i de olika länderna samt interna rapporter inom försäkringskassan.

## Rehabiliteringsansvar och -organisation

I Sverige ligger sedan 1992 det största ansvaret för rehabilitering på arbetsgivarna med en koppling till arbetsmiljölagen, som förändrades 1991. Men de allmänna försäkringskassorna har också en framskjuten ställning i systemet. De har ansvar för samordning av resurserna och det yttersta ansvaret för att de försäkrade i tid skall få den rehabilitering som är lämplig. Det är också försäkringskassorna som i sjukfallen tidigt kan fånga upp individerna (2,3). En skärpning av dessa bestämmelser kommer i en lagändring från 1 oktober 1995 och då får också förtroendeläkarna - som skall heta försäkringsläkare i fortsättningen - en mer betydande roll (4).

I det tyska försäkringssystemet är rehabiliteringsansvaret uppdelat på flera olika organ och i stort kan sägas att det organ som bär kostnaderna för försäkringen också svarar för rehabiliteringen. Sjukförsäkringen har i första hand ansvar för den akuta medicinska vården och i vissa fall för medicinsk rehabilitering. Olycksfallsförsäkringen ansvarar för sådana som skadats genom olycksfall och Arbetsmarknadsverket ansvarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen när ingen annan har ansvaret (t.ex. då man inte uppfyller de formella kraven inom pensionsförsäkringen). Pensionsorganen är de mest betydande rehabiliteringsansvariga och svarar för den övervägande delen av den medicinska rehabiliteringen vid egna kliniker och nästan hälften av den yrkesmässiga. Ansvaret är således uppdelat på flera olika organ, men det finns samarbetsföreskrifter samt skyldigheter att initiera rehabilitering oavsett huvudman. Den som bedöms i behov av rehabiliteringsåtgärder skall anmodas att senast inom 10 veckor ansöka om rehabilitering hos pensionsorganen. (5,6) Pensionsorganen är sammanslutna i "Verband Deutscher Rentenversicherungsträger" (VDR), som bl.a. ger ut tillämpnings-

---

*I det tyska försäkringssystemet är rehabiliteringsansvaret uppdelat på flera olika organ*

---

---

*Målet för samtliga dessa länder kan övergripande sägas vara att den sjuke skall hålla sig kvar på arbetsmarknaden och så snart som möjligt återgå i arbete*

---

föreskrifter och handböcker samt har ett övergripande ansvar för rehabiliteringen. Det är ofta den behandlande läkaren som tar initiativ till rehabilitering och under hela processen har man en anknytning till den medicinska sakkunskapen genom försäkringsläkare, men också genom egna undersökningsställen.

I Norge genomfördes en lagändring från januari 1994 och sedan dess ansvarar "trygdekontoren" (försäkringskassorna) för den medicinska rehabiliteringen och arbetskontoren (arbetsförmedlingen) för den yrkesinriktade. Efter 8 veckors sjukskrivning skall den behandlande läkaren skriva ett speciellt läkarutlåtande med bedömning av bl.a. arbetsförmåga och rehabilitering. Trygdekontoren har också en särskild prövning efter 12 veckors sjukskrivning och kontaktar då arbetsgivare, behandlande läkare, arbetskontoret och eventuellt socialkontoret. Förtroendeläkaren är också med vid bedömningen. Om yrkesinriktad rehabilitering är indicerad förs ärendet över till arbetskontoren (7).

I Finland finns rehabilitering både vid Folkpensionsanstalten, som också har hand om sjukpenning och pensioner, och Arbetspensionskassorna, som har hand om vissa pensioner. För det mesta sker rehabiliteringen genom Folkpensionsanstaltens försorg och det är där den sjukskrivne kan fångas upp på ett tidigt stadium - senast efter 60 dagars sjukskrivning. I oktober 1991 fick man en ny lag om rehabilitering (Lagen om Rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten (FPA)) samt en särskild lag om rehabiliteringspenning. Enligt den nya lagen åläggs FPA att anordna rehabilitering i de fall där de lagstadgade villkoren uppfylls. Förtroendeläkare hörs alltid innan man fattar beslut om rehabilitering och de flesta rehabiliteringshandläggarna på lokalbyråerna är sjuksköterskor.

### **Mål för rehabiliteringen**

Målet i samtliga här beskrivna länder kan övergripande sägas vara att den sjuke skall hålla sig kvar på arbetsmarknaden och så snart som möjligt återgå i arbete. Trots vissa organisatoriska skillnader i de nordiska länderna, kan man där spåra en viss gemensam linje; *arbetslinjen*, som kortfattat innebär att man med alla

medel skall få den sjukskrivne att återgå i arbete så snart som möjligt. Aktiva åtgärder skall prioriteras framför passiv bidragsutbetalning. (2) Arbetslinjen betonas i Sverige och Norge medan man i Finland har varit tvungen att tona ner den något det senaste året p.g.a. landets ekonomiska situation och stor arbetslöshet. I Tyskland betonas man i stället "*rehabilitering före pension*", vilket bl.a. innebär att det krävs en ansökan om rehabilitering innan man kan ansöka om förtidspension (5). I Finland krävs också en ansökan om rehabilitering och en förutsättning för att få förtidspension är att rehabiliteringsmöjligheterna har utretts. Så är det också i Sverige och Norge, även om det inte finns någon formell bestämmelse om ansökan om rehabilitering innan pension. I Finland betonas frivilligheten inom rehabiliteringen och det ses som en förutsättning för att lyckas med åtgärderna.

### **Ersättningssystemen**

Här skall inte närmare beskrivas de olika formella förutsättningar som måste vara uppfyllda i respektive land för att komma i åtnjutande av förmånerna, men generellt kan sägas, att man i de nordiska länderna har mycket lägre krav för att kvalificera sig för åtgärder och ersättning än i Tyskland.

I Sverige har vi ett jämförelsevis flexibelt sjukpenningssystem med fyra olika ersättningsnivåer och formellt obegränsad sjukpenningtid. Systemet ger också möjlighet att betala ut sjukpenning vid t.ex. arbetsförsök. Vid yrkesinriktad rehabiliteringsåtgärd betalas rehabiliteringspenning med f.n. 95% av den sjukpenninggrundande inkomsten; fr.o.m. januari 1996 sänks den till 75% liksom sjukpenningen. Rehabiliteringspenningen bör inte betalas ut för längre utbildningar än ett år (3).

I Norge finns också möjlighet till partiell sjukpenning. Sjukpenningtiden är begränsad till 250 dagar och ersättningsnivån för anställda är 100%. Vid rehabilitering kallas ersättningen för "attföringspengar" och räknas ut efter samma princip som förtidspension och motsvarar 65% av lönen. "Attföringspengar" kan betalas ut för utbildningar som varar flera år (7).

I Tyskland lämnas också full ersättning under de för-

---

*Generellt kan sägas, att man i de nordiska länderna har mycket lägre krav för att kvalificera sig för åtgärder och ersättning än i Tyskland*

---

sta 6 veckorna i sjukperioden i form av lön från arbetsgivaren. Därefter sänks ersättningen till ca 80%. Sjukperioden är tidsbegränsad till 78 veckor inom en 3-årsperiod. Vid rehabilitering kallas ersättningen "übergangsgeld" och har en kompensationsgrad på 80% och kan betalas under 2-3 års utbildning. Därefter får den försäkrade arbetslöshetsersättning om det inte finns något lämpligt arbete (5,6)

I Finland betalar vissa arbetsgivare full ersättning de första 14 dagarna och därefter är ersättningen 66 - 80 % av lönen. Sjukpenningtiden är begränsad till 300 dagar. Vid rehabilitering betalas en ersättning, rehabiliteringspenning, som i de flesta fall motsvarar ca 80% av lönen. Förmånen är inte tidsbegränsad utan betalas ut även under flera års utbildningar.

### Rehabiliteringsåtgärder

I Tyskland finns en tonvikt på medicinsk rehabilitering och den föregår ofta en yrkesinriktad rehabilitering. Det är ganska vanligt att man ansöker om en 4 veckors vistelse vid rehabiliteringsklinik även om man inte är sjukskriven och många ser det som en avkoppling. Dessa s.k. kurvistelser har gamla anor i det tyska systemet. Det finns också s.k. "Anschlussheilbehandlung", vilket innebär att t.ex. en hjärtsjuk patient får komma till ett träningsställe i tidsmässig direkt anslutning till den akuta medicinska vården. Det är en snabb och mycket använd rehabiliteringsåtgärd som visat bra resultat. Den yrkesmässiga rehabiliteringen kan bestå av en 2-3-årig utbildning vid speciella s.k. "Berufsförderungswerk" för det mesta långt från hemorten. Det finns också företagsutbildningar och yrkesskolor.

I Sverige, Norge och Finland ligger tonvikten inom socialförsäkringssystemen mer på yrkesinriktad än på medicinsk rehabilitering. Sedan 1992 finns i Sverige systemet med att köpa rehabiliteringstjänster. Det är ett flexibelt system med många möjligheter, men det ger också mycket utrymme för den enskilde tjänstemannens bedömningar och val av tjänster. Formellt är utbildningstiden begränsad till ett år i Sverige. I Finland är det oftast utbildningar på ca 2-3 år som blir aktuella och i Norge kan det röra sig om kurser av olika längd.

---

*I Sverige, Norge och Finland ligger tonvikten inom socialförsäkringssystemen mer på yrkesinriktad än på medicinsk rehabilitering*

---

---

*I samtliga länder finns någon form av medverkansplikt i rehabilitering för att komma i åtnjutande av förmån*

---

I bland är det kurser på något "attförlingsinstitut", men det kan också vara vanliga kurser och utbildningar.

### Motivation

Ett intressant spörmål är, vad det är som upplevs motiverande i respektive system och om det finns några skillnader. Såvitt bekant är, finns ingen undersökning som belyser detta och här skall bara några funderingar framföras.

I Tyskland, Norge och Finland är sjukpenningtiden begränsad och det är viktigt för de försäkrade att hitta någon försörjning därefter. I annat fall återstår bara arbetslöshetsersättning eller socialhjälp och i t.ex. Tyskland finns klart uttalat, att man aldrig kan få någon förtidspension om man vägrat delta i rehabilitering. I Sverige försöker man vid försäkringskassorna komma in tidigt i sjukfallen för att aktivera de sjukskrivna och stimulera till återgång i arbete och därmed förkorta sjukfallen. I de andra länderna sänks ersättningen i varierande grad vid övergång från sjukpenning till rehabiliteringsersättning medan rehabiliteringspenningen i Sverige hittills varit högre än sjukpenningen. Det finns inte heller några undersökningar som belyser betydelsen av olika ersättningssystem och kompensationsgrad. I samtliga länder finns någon form av medverkansplikt i rehabilitering för att komma i åtnjutande av förmån och det finns sanktionsmöjligheter i form av nedsatta eller indragna ersättningar. Hur påverkar sådana åtgärder motivationen? I alla länderna är man medveten om betydelsen av frivillighet för att uppnå önskat resultat, men det är bara i Tyskland och Finland man kräver en ansökan från den försäkrade om rehabilitering.

### Konklusion

Sverige intar en särställning med obegränsad sjukpenningtid samt en mycket kort period med rehabiliteringspenning; ett år. I de andra länderna är sjukpenningtiden begränsad, men rehabiliteringsperioden kan vara mycket längre. I fråga om ersättningsnivåer intar Sverige en mellanställning.

Det svenska systemet är - i jämförelse med de andra länderna - flexibelt och mångfasetterat, men lämnar

också mycket utrymme för enskilda handläggares olika bedömningar. Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering av anställda synes också unikt.

I Tyskland medverkar försäkringsläkare vid alla beslut om rehabilitering och i bland kopplar man även in speciella undersökningsställen i bedömningen. I de nordiska länderna har förtroendeläkarna hittills varit mest rådgivande, men i Sverige blir det en skärpning av deras medverkan i bedömningar av rehabiliteringsbehov och förtidspensioner från oktober 1995.

I de nordiska länderna betonas den yrkesinriktade rehabiliteringen i socialförsäkringen medan det i Tyskland finns en tonvikt på medicinsk rehabilitering på kliniker som ägs av pensionsorganen.

Incitament för den enskilde att medverka i rehabilitering är i alla länder att inte bli socialt utslagen och mista förankringen i arbetslivet.

#### REFERENSER

1. *SOU 1994:72*: Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension. Rapport från Sjuk- och arbetsskadeberedningens expertgrupp. 1994.
2. *Zanderin, Günzel*: Arbetsmiljörätt och rehabilitering: LTs förlag, 1993.
3. Lagen om allmän försäkring, januari 1995.
4. *Prop 1994/95:147*: Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.
5. *Sozialrecht*: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Handbuch 1995.
6. *Sozialgesetzbuch VI*: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1992.
7. *Lov om Folketrygd*, december 1993.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.

## STIFTELSEN SOLSTICKAN

Stiftelsen Solstickan utlyser 10 *stipendier*, ett vart på 36.000 kr att utgå under 1996 för ca 3 månaders forskningsverksamhet.

Stipendierna är avsedda för registrerade doktorander, dels inom sådana samhällsvetenskapliga, paramedicinska och medicinska områden, som syftar till att öka kunskaperna om den fysiska, psykiska och sociala utvecklingen hos friska eller handikappade barn, dels rörande fysiska och psykiska funktionsinskränkningar hos äldre.

Sökande som tilldelats stipendium skall inom 2 månader efter meddelande härom till Stiftelsen anmäla under vilken tid medlen avses tas i anspråk. De tillställs stipendiaten sedan den vetenskaplige handledaren eller annan institutionsansvarig skriftligen intygat att medlen kommer att användas för angivet syfte. Ansökan skall vara utskriven enligt förtryckt formulär, som skriftligen kan rekvideras från Stiftelsen Solstickans kansli, Box 16101, 103 22 Stockholm, och inges i 4 ex. Forskningsplan, meritförteckning, uppgift om utgivna vetenskapliga skrifter, samt intyg från den vetenskaplige handledaren skall bifogas.

Ansökan skall vara Stiftelsen tillhanda senast den 31 december 1995.

Upplysningar kan erhållas av Docent, leg. sjukgymnast Elisabeth Olsson, tel. 08-746 39 49 Karolinska Institutet eller Professor Rolf Zetterström, tel. 08-729 21 49, Karolinska sjukhuset.

