

Sjukdom och ohälsa vid sjukförsäkrings gränser

Peter Hultgren¹ och Mimmi Barmark²

¹ Sociolog vid Växjö universitet och arbetar som forskningsamanuens i projektet "När sjukpenningen dras in", finansierat av FAS samt i projektet "När sjukintyget inte är nog", finansierat av Försäkringskassan. Han lade fram licentiatavhandlingen Sjukskrivningspraxis på vårdcentralen 2007.

² Sociolog och verksam vid Lunds och Växjö universitet. Hon disputerade 2007 med avhandlingen Hem sjuka hem – En verklig konstruktion och dess sociala bestämningar och arbetar nu i projektet "När sjukpenningen dras in".

Sammanfattning

Det går en röd tråd genom den politiska debatten om sjukfrånvaron – allt för många utnyttjar sjukförsäkringen, allt för ofta och allt för länge. Av det skälet har rätten till sjukpenning preciserats och skärpts. Nu ska individens restarbetsförmåga tillvaratas även vid sjukdom och det är bara riktig sjukdom som ska ge rätt till ersättning. Under en sexmånaders period beslutade Försäkringskassan i fem län att avslå eller dra in sjukpenningen helt eller delvis i 537 ärenden. De försäkrade bedömdes inte vara arbetsoförmögna till följd av sjukdom. Den här undersökningen visar att risken att nekas sjukpenning varierar kraftigt för olika diagnoser och att det är vissa typer av sjukdom och ohälsa som fastnar i den skärpta gränskontrollen.

Inledning

Den höga sjukfrånvaron under 1990-talet ledde till en kritisk diskussion om sjukförsäkringens utformning och tillämpning. I debatten anfördes att sjukperioderna var för långa och att många ersattes av skäl som försäkringen inte var avsedd för¹. I utredningen "Kunskapsläge i sjukförsäkringen" hävdades exempelvis att "Sjukskrivning har blivit ett allt mer accepterat sätt att hantera press och påfrestningar som drabbar människor i deras liv"². I ett flertal propositioner³

varnades för att sjukförsäkringen höll på att förvandlas till en allmän försäkring för inkomstbortfall och att den inte lyckades bistå enskilda personer i återgången från bidrag till arbete. Vidare hävdades att sjukskrivning skedde slentrianmässigt med diagnoser för smärtproblem, ryggbesvär och lättare psykiska problem. Allt detta beskrevs som en förskjutning i tillämpningen av sjukdomsbegreppet så att sociala och generella livsproblem kunde leda till sjukskrivning⁴. Sjukförsäkringen beskrevs vara "mjuk"⁵.

¹ SOU 2000:121

² SOU 2002:62 s. 9

³ Prop. 1990/91:141, prop. 1994/95:147, prop. 1996/97:63 och prop. 2002/03:89

⁴ Prop. 2002/03:89 s. 17, 19

⁵ SOU 2006:86 s. 65

Genom riksdagsbeslut och myndighetsförfordningar har statsmakten försökt lösa de påtalade problemen i sjukförsäkringen. De enskildas skyldighet till egen försörjning på arbetsmarknaden har blivit en ledstjärna för sjukförsäkringspolitiken⁶. Fokus har flyttats från den enskildes arbetsförmåga till eventuell kvarvarande förmåga till arbete. Det innebär att individens "restarbetsförmåga" ska tas till vara och att deltidssjukskrivning ska utgöra normen vid sjukskrivning⁷. Sjukdomsbegreppet ska tillämpas mer restriktivt så att sociala, ekonomiska och existentiella problem inte ska omfattas av sjukförsäkringen⁸. Varken sjukdom eller arbetsförmåga ska heller var för sig ge rätt till ersättning, utan försäkringen ska enbart gälla arbetsförmåga som är en direkt följd av sjukdom.

Förutom att renodla sjukförsäkringen har syftet varit att öka rättssäkerheten, effektiviteten och kvalitén i ärendehantering⁹. Nu ska samtliga ansökningar om sjukpenning bedömas tidigt, och rätten till sjukpenning ska vara utredd innan någon utbetalning sker. Sjukärenden som initialt beviljas sjukpenning ska också bevakas under ärendets gång och beslutet om beviljad sjukpenning ska omprövas utifrån successivt skärpta bedömningsgrunder¹⁰. Villkoren för de enskildas rätt

till sjukpenning har sålunda skärpts.

I den första prövningen av sjukpenningrätten kan individens begäran om sjukpenning bifallas eller avslås. För de ärenden som beviljas sjukpenning prövas rätten fortlöpande i en steg för steg modell. För varje steg i ärendehanteringens fogas nya villkor till hur begreppet arbetsförmåga ska tillämpas. Individens arbetsförmåga prövas inledningsvis gentemot hennes nuvarande arbetsuppgifter. Efter en viss tid prövas den mot andra möjliga arbetsuppgifter hos samma arbetsgivare och efter att ytterligare en tid förflutit bedöms arbetsförmågan i relation till hela arbetsmarknaden. För arbetslösa gäller att deras arbetsförmåga bedöms direkt i relation till hela arbetsmarknaden.

Försäkringskassan kan alltså neka individen sjukpenning på två sätt - antingen genom att direkt avslå en ansökan (avslag) eller genom att avbryta utbetalningen av en tidigare beviljad ersättning (indrag). Antalet ärenden som på detta sätt slutar med ett negativt beslut är fortfarande relativt lågt, men har ökat under de senaste åren¹¹. År 2006 avslogs 1,5 procent av samtliga nya sjukärenden i Sverige och 0,9 procent av samtliga sjukärenden som initialt beviljats sjukpenning avslutades med att sjukpenningen drogs in¹².

⁶Melén D. s. 28

⁷Prop. 2002/03:89 s. 20

⁸1996/97:SfU6

⁹Regleringsbrev för budgetåret 2006 avseende Försäkringskassan

¹⁰Försäkringskassan 2004:2 s. 90-91

¹¹Försäkringskassan 2005 s. 6

¹²Försäkringskassan 2007:1 s. 5

Trots att dessa ärenden endast utgör en liten del av det totala antalet sjuk-skrivningsärenden, så ger de tillsammans en tydlig signal till intygsskrivande läkare och enskilda individer om var sjukförsäkringens gränser går. Av det skälet utgör de negativa besluten strategiskt viktiga undersökningsobjekt för att förstå utfallet av den skärpta ”gränskontrollen”.

Ett nytt forskningsområde

Forskningen om hur välfärdsstater organiserar rätten till olika sociala bidrag och ersättningar har inriktats dels mot grundläggande principer för olika välfärdsstatliga system, dels mot förvaltningen av de olika systemen¹³. Forskning om praxis för bedömning och beslut om rätten till sjukpenning är dock ytterst begränsad. Det saknas således kunskap om vilka konsekvenserna i praktiken blivit av den politiska viljeriktningen att skärpa villkoren för den enskildes rätt till sjukpenning.

Det vi vet hittills om sjukskrivningsdiagnoserna för ärenden som får negativt beslut finns sammanfattat i en tabell i en rapport från Försäkringskassan¹⁴. Här har man analyserat samtliga ärenden som under sista kvartalet 2005 avslutades med att individen nekades sjukpenning eller fick denna indragen. I rapporten konstateras att psykiska sjukdomar och diagnoser kopplade till graviditet är överrepresenterade vid avslag medan skador och förgiftningar är överre-

presenterade vid indrag. Sjukdomar i rörelseorganen är kraftigt överrepresenterade vid både avslag och indrag. De olika diagnoskategoriernas andelar av samtliga sjukärenden och av de negativa besluten bildar således olika mönster. Vi kommer fortsättningsvis att använda begreppet diagnosprofil då vi talar om fördelningen av sjukskrivningsdiagnoser i de olika ärendekategorierna. I Försäkringskassans rapport undersöks inte de negativa besluten på diagnosnivå. Det är därför svårt att utifrån den rapporten säga något mer exakt om vilken typ av sjukdom och ohälsa det är som fastnar i Försäkringskassans skärpta gränskontroll. Av det skälet har vi i den här undersökningen valt att analysera både diagnosprofilen för negativa beslut och de enskilda diagnoserna.

Den politiska ambitionen att renodla sjukförsäkringen handlar om att motverka sjukskrivning av individer som inte är sjuka ”på riktigt” utan snarare har sociala eller existentiella problem. Renodlingen handlar också om att det bara är nedsättningen i individens arbetsförmåga till följd av sjukdom som ska ersättas. Sjukdom i sig ska som regel inte vara ett fullgott skäl för en beviljad ersättning. Den skärpta gränsdragningen gäller sålunda två aspekter av individens ohälsa. Dels handlar den om skiljelinjen mellan den socialförsäkringsmedicinskt legitima och den icke legitima ohälsan, dels handlar den om bedömningen

¹³ Lindqvist 2000

¹⁴ Försäkringskassan 2007:1. I försäkringskassans rapport ingår endast de ärenden som får helt avslag eller hela sjukpenningen indragen medan även de ärenden som delvis får avslag eller indragen sjukpenning ingår i den här studien.

av hur olika former av ohälsa kopplas till individens förmåga till arbete. Om praxis på Försäkringskassan följer den uttalade politiska ambitionen, är det rimligt att anta att ohälsa som inte är direkt medicinskt påvisbar eller kan misstänkas vara utslag av psykosociala faktorer är överrepresenterade bland de ärenden som får ett negativt beslut. Därmed borde särskilda mönster kunna skönjas i vilka former av sjukdomar och ohälsa som passerar den skärpta gränskontrollen och vilka som utgör en förhöjd risk för negativt beslut.

Syfte och frågeställning

Villkoren för att beviljas sjukpenning har preciserats och skärpts. Den socialförsäkringspolitiska hållningen är klar – det är bara ”riktig” sjukdom som ska omfattas av försäkringen. Syftet med denna undersökning är att studera diagnosernas betydelse i Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning, dvs. vilka former av sjukdom och ohälsa som passerar den skärpta gränskontrollen och vilka som riskerar negativa beslut. Två frågor kommer att besvaras i denna artikel:

1. Hur skiljer sig diagnosprofilen för sjukskrivna som får negativt beslut från diagnosprofilen för samtliga sjukskrivna?
2. Vilka typer av diagnoser löper störst respektive minst risk att mötas av ett negativt beslut?

Material och tillvägagångssätt

Vi bad fem länsförsäkringskassakonator att samla in samtliga ärenden under en sexmånadersperiod som avslutats med att begäran om sjukpenning avslagits eller med att tidigare beviljad sjukpenning dragits in. De fem länen var Hallands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar och Blekinge län och insamlingen omfattade ärenden där beslut om avslag eller indrag fattades mellan juni och november 2006¹⁵. Datainsamlingen var det första ledet i ett större, pågående forskningsprojekt ”När sjukpenningen dras in”, finansierat av FAS. Insamlingen kom att omfatta 664 negativa beslut varav 537 ärenden avslogs eller drogs in mot bakgrund av Försäkringskassans bedömning av individens sjukdomsgrundade arbetsoförmåga¹⁶. Dessa 537 ärenden utgjorde knappt en procent (0,95) av samtliga sjukärenden i länen under perioden. Utifrån den information som fanns i de kopierade akterna (oftast individens begäran om sjukpenning, medicinska intyg och Försäkringskassans beslut) kodades uppgifter om de olika ärendena in i en databas.

En av de uppgifter som registrerades var den medicinska diagnos som låg till grund för individens begäran om sjukpenning. I läkarintygen finns

¹⁵ Halland utgör här ett undantag där insamlingen blev försenad och istället ägde rum mellan oktober 2006 och mars 2007.

¹⁶ Av de ärenden som utslöts hade den stora majoriteten fått ett negativt beslut till följd av att de saknade sjukpenninggrundande inkomst (SGI), ett mindre antal hade fått ett negativt beslut till följd av formella regelöverträdelse, som exempelvis när individen arbetat för mycket i relation till sjukskrivningens omfattning eller rest utomlands utan att meddela Försäkringskassan.

i de allra flesta fall diagnos angiven både i löpande text och i form av alfanumerisk kod, där den senare har uppenbara fördelar i samband med statistisk redovisning av sjukdomspanoramat. Koderna anges enligt det internationellt vedertagna klassifikationssystemet ICD-10¹⁷ och inleds med en bokstav som talar om under vilken diagnoskategori diagnosen hör. Kategorierna utgår dels ifrån det organsystem som sjukdomen är lokaliserad i, dels i sjukdomens uppkomstsätt. I en sjukärendejournal kan flera sjukintyg och därmed flera olika sjukskrivningsdiagnoser finnas med. I sådana fall har vi använt uppgifterna från det sist utfärdade sjukintyget. I de fall flera diagnoser är angivna på ett och samma sjukintyg har den först angivna diagnosen, i enlighet med läkarpraxis vid intygsskrivning, kodats som huvuddiagnos. I en kompletterande journalgranskning har vi också analyserat de diagnoser som inte kodats in i databasen.

För att kunna jämföra diagnosprofilen för ärenden som avslutas med negativa beslut med diagnosprofilen för sjukskrivningspopulationen som helhet har uppgifter om den senare rekvirerats från Försäkringskassan. Totalt pågick 56349 ärenden i de fem länen under denna sexmånadersperiod och av dessa har 600 ärenden slumpmässigt valts ut och kodats om på samma sätt som ärendena i databasen för avslags- och indragningsärenden. Vi har således två jämförelsematerial, dels samtliga sjukärenden som redovisas i tabell 2-4 under rubriken ”alla

¹⁷ Socialstyrelsen 1996.

ärenden (total)”, dels ett slumpmässigt urval av samtliga sjukärenden som redovisas i tabell 1 under rubriken ”alla ärenden (urval)”.

De negativa besluten i jämförelse med samtliga sjukskrivna

Som framgår av tabell 1 har över hälften av alla sjukskrivna en diagnos som antingen omfattar rörelseorganens sjukdomar eller psykiska sjukdomar. Vanligast är rörelseorganens sjukdomar (28,9 procent) som omfattar bl.a. ledsjukdomar och rygg- och muskelsjukdomar. Nästan lika vanliga är psykiska sjukdomar (24,0 procent) som inkluderar bl.a. förstärknings- och stressrelaterade syndrom, organiska störningar och beteendestörningar. Den tredje vanligaste diagnoskategorin är skador som omfattar vart tionde sjukpenningärende. Utöver dessa vanliga sjukskrivningsdiagnoser finns en rad mindre vanligt förekommande diagnoser. Dessa klassificeras inom 18 olika diagnoskategorier som var för sig samlar färre än fem procent av samtliga sjukskrivningsärenden.

Bland de ärenden som slutat med negativt beslut är storleksordningen densamma när det gäller de två vanligast förekommande diagnoskategorierna, d v s rörelseorganens sjukdomar dominerar följt av psykiska sjukdomar. På delad tredjeplats kommer emellertid, jämte skador, diagnoskategorin ”symtom och sjukdomstecken som ej klassificeras annorstädes” som bland mycket annat omfattar ospecifika smärt- och värkdiagnoser, hjärtklappning och trötthet.

Tabell 1: Diagnosprofiler för alla ärenden samt för ärenden med negativt beslut. Andelar i procent och antal (n) inom parantes, samt den relativa risken för negativt beslut.

	Alla ärenden (urval) ¹⁸	Negativa beslut	Relativ risk för negativt beslut ¹⁹
Rörelseorganens sjukdomar (M) ²⁰	28.9 (155)	42.4 (223)	1.47
Psyksiska sjukdomar (F) ²¹	24.0 (129)	18.1 (95)	0.75
Skador (S) ²²	10.1 (54)	7.0 (37)	0.69
Symtom och sjukdomstecken (R) ²³	3.4 (18)	7.0 (37)	2.06
Övriga	33.7 (181)	25.5 (134)	0.76
Totalt*	100 (537)	100 (526)	

*Totalt: 537 och 526 utgör det antal fall där åtminstone den inledande diagnosbokstaven finns angiven. Bortfallet för alla ärenden är här 11 procent och för negativa beslut 2 procent.

Även om storleksordningen är ungefär densamma för samtliga respektive avslags-/indragningsärenden så kan vi se att diagnoskategoriernas andelar skiljer sig mycket åt. I diagnosprofilen för ärenden med negativt beslut är rörelseorganens sjukdomar kraftigt överrepresenterade. En individ med en M-diagnos löper 47 procents ”överrisk” att nekas sjukpenning, dvs risken för ett negativt beslut är med en M-diagnos 47 procent större än

den genomsnittliga. Även diagnoserna för symtom och sjukdomstecken är överrepresenterade bland de negativa besluten. Med en sådan diagnos mer än fördubblas risken för ett negativt beslut. För psykiska sjukdomar och skador gäller motsatsen – här ligger risken för negativt beslut 25 respektive 30 procent under genomsnittet. Diagnosprofilen för de negativa besluten avviker således från diagnosprofilen för samtliga sjukskrivnings-

¹⁸ Den statistiska felmarginalen för diagnoskategoriernas andelar av samtliga sjukärenden har beräknats då detta rör sig om ett urval. För M är den statistiska felmarginalen på 95%-nivån 3,8, för F 3,6, för S 2,6 och för R 1,5. (Då gruppen negativa ärenden är den totala populationen negativa ärenden under denna period och i dessa län, har någon felmarginal inte beräknats för dessa.) Slutsatsen blir att samtliga skillnader är signifikanta på 95%-nivån.

¹⁹ Med relativ risk avses här hur risken för negativt beslut påverkas av vilken diagnos ansökan baseras på. Denna har räknats ut genom att diagnoskategoriernas andel av de negativa ärendena dividerats med andelen för samtliga ärenden. En relativ risk på 1 indikerar således en genomsnittlig risk, en relativ risk på 2 att risken är dubbelt så stor som den genomsnittliga osv.

²⁰ Fullständig rubrik: ”Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven”.

²¹ Fullständig rubrik: ”Psyksiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar”.

²² Fullständig rubrik: ”Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker”.

²³ Fullständig rubrik: ”Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes”.

ärenden. Med hjälp av en logistisk regressionsanalys har vi också kunnat konstatera att dessa skillnader kvarstår i stort sett oförändrade även om hänsyn tas till individens kön och ålder, samt till vilken försäkringskassa som handlagt ärendet²⁴.

Om vi jämför resultaten från den här undersökningen med Försäkringskassans tidigare refererade redovisning av de negativa besluten i landet som helhet ca ett år tidigare, finner vi också ett stort mått av överensstämmelse. Rörelseorganens sjukdomar är även här den klart vanligaste diagnoskategorin bland negativa beslut (41,9 procent jämfört med 42,4 procent i den här undersökningen). ”Symtom och sjukdomstecken” utgjorde 5,5 procent i Försäkringskassans rapport, jämfört med 7,0 i denna undersökning. Diagnoskategorin ”skador och förgiftningar” utgör 7,4 procent av de negativa besluten i Försäkringskassans rapport och avviker således endast marginellt från den andel på 7,0 procent som vi fann i den här undersökningen. Den största avvikelserna gäller psykiska sjukdomar som utgör 25,0 procent av

de negativa ärendena i Försäkringskassans rapport mot endast 18,1 procent i den här undersökningen. Det är svårt att med säkerhet säga om denna skillnad speglar en förändring i praxis över tid eller om det snarare handlar om regionala skillnader i sjukskrivningsmönster.

Vi kan således konstatera att strävan mot en renodlad sjukförsäkring inte fått till konsekvens att individer med lättare psykiska besvär nekas sjukpenning i någon större omfattning. Med psykisk ohälsa (F-diagnos) löper man tvärtom lägre risk än genomsnittet att nekas sjukpenning. Störst risk att drabbas av negativt beslut löper inte helt oväntat individer som tillhör den mer diffusa diagnoskategorin ”symtom och sjukdomstecken” (R). I denna kategori ryms allt från mer subjektiva, omätbara symtom som yrsel och trötthet till mer objektivt konstaterbara åkommor som eksem och högt blodtryck. Det är emellertid en relativt liten grupp som överhuvudtaget ansöker om sjukpenning på basis av en R-diagnos och om vi väger in det faktiska antalet individer inom

²⁴För att kunna kontrollera för inflytandet av kön, ålder och län så har vi gjort en logistisk regressionsanalys där den dikotoma beroendevariabeln består av alla ärenden (0) och ärenden som avslutas med avslag/indrag (1). Eftersom det inte går att identifiera vilka ärenden i databasen som innehåller samtliga ärenden som avslutas med negativt beslut respektive att individen tillfrisknar, så har vi varit tvungna att slå samman urvalet av denna (600 fall som alltså består av både ”negativa” och ”positiva” ärenden), med databasen som består enbart av avslag/indrag (537 fall). Eftersom den förra gruppen endast utgör ca en procent av samtliga ärenden får detta inga större konsekvenser för resultatet, men ett fåtal ärenden kommer alltså att förekomma två gånger i den sammanslagna databasen (1137 fall). Följden av detta blir en viss underskattning av styrkan i sambanden. Den logistiska regressionsanalysen genomfördes i två steg. I det första inkluderades enbart diagnoskategorierna F, M, S och ”övriga” (R lämnades som referenskategori). I en andra körning inkluderades även kontrollvariablerna kön, ålder och län. Resultatet visade att kontrollvariablerna endast i marginell utsträckning påverkade betakoefficienterna (oddskvoterna) för de olika diagnoskategorierna. Av framställningsmässiga skäl har vi därför valt att presentera diagnoskategoriernas procentuella andelar av respektive ärendekategori enligt tabell 1, istället för oddskvoterna som då skulle tolkas i relation till en utelämnad referenskategori.

de olika kategorierna så är det istället framförallt personer med rörelseorganens sjukdomar som drabbats av den skärpta praxisen.

Riskfyllda diagnoser

I de båda tidigare avsnitten har vi jämfört diagnosprofiler utifrån diagnoskategorier. I det följande avsnittet kommenteras de enskilt största diagnoserna bland nekade ärenden. Varje diagnoskategori samlar ett stort antal sjukdomar som kan spänna över många olika typer av diagnoser från symtombaserad ohälsa till mer ”objektivt” mätbara sjukdomstillstånd. Den breda variationen av diagnoser gäller inte minst diagnoskategorierna för rörelseorganens sjukdomar, de psykiska sjukdomarna och för symtom och sjukdomstecken. (Diagnoskategorin för skador är i det här perspektivet mer enhetlig.) I det följande avsnittet ska vi därför närmare granska de enskilda diagnoser som är mest frekvent förekommande bland de negativa besluten.

Rörelseorganens sjukdomar

Diagnoskategorin för rörelseorganens sjukdomar (M) är generell en vanlig diagnos vid sjukskrivning och den är också som vi sett kraftigt överrepresenterad bland avslags- och indragningsärendena. Detta gör att flertalet av de diagnoser som är vanligast bland ärenden med negativt utfall är just sådana diagnoser. I tabell 2 redovisas de elva M-diagnoser som vardera utgör minst en procent av det totala antalet avslags- och indragningsärenden,

dess andelar av hela populationen sjukskrivna samt den relativa risken för ett negativt beslut.

Ospecificerad ryggvärk (M549P) är en av de vanligaste diagnoserna vid sjukskrivning, och mycket uppmärksamhet har riktats mot den grupp av sjukskrivna som fått den diagnosen. Det har hävdats att diagnosen täcker en rad ofärdsproblem och att sjukskrivning inte är ett adekvat medel i de fallen²⁵. Av det skälet är det anmärkningsvärt att risken för negativt beslut vid ospecifik ryggvärk ligger väsentligt under genomsnittet (relativ risk 0,3). Låg risk för negativt beslut, hälften så stor som den genomsnittliga, löper även den grupp individer som diagnostiserats med ”annat sjukdomstillstånd i mjukvävnad” (M799P).

För de tre diagnoser som kan betraktas som mer specifika är risken för negativt utfall över genomsnittet. För epikondylit (golf- eller tennisarmbåge) endast marginellt över genomsnittet (relativ risk 1,3), för knäartros något högre (1,7) och för ryggskott är risken 3,8 gånger den genomsnittliga att drabbas av ett negativt beslut. De mest ”riskabla” diagnoserna är emellertid återigen att betrakta som relativt ospecifika värk- och smärtdiagnoser. Allra störst risk för negativt beslut, drygt 17 gånger den genomsnittliga, löper individer som diagnostiserats med ospecificerad reumatism (mjukdelsreumatism), följt av värk i axel (12,1), muskel- och ledvärk (8,4), halsryggsmärta (6,7) samt värk i nacke

²⁵Se exempelvis rapporten ”Ont i ryggen, ont i nacken”. SBU 2000.

(6,1).

I analysen av värkdiagnoserna visade det sig att den omdiskuterade diagnosen fibromyalgi (M79.7) endast förekom i ett enda av samtliga sjukskrivningsärenden under hela den undersökta perioden och helt saknades

som huvuddiagnos bland ärendena med negativt utfall. Resultatet var oväntat men en närmare granskning av avslags- och indragningsärendena visade att i fem sjukintyg med diagnos för ospecificerad reumatism (mjukdelsreumatism, M790) hade läkaren hänvisat till fibromyalgi i löpande

Tabell 2: De enskilda diagnoser inom kategorin "rörelseorganens sjukdomar" (M) som är vanligast förekommande bland negativa beslut. Andelar i procent och antal (n) inom parentes, samt den relativa risken för negativt beslut.

Diagnos ¹	Alla ärenden (totalt)	Negativa beslut	Relativ risk för negativt beslut ²⁶
Reumatism - ospec. (M790)	0.2 (82)	2.9 (15)	17.4
Värk i axel (M754)	0.1 (63)	1.5 (8)	12.1
Myalgi - muskelvärk (M791)	0.6 (319)	5.4 (28)	8.4
Ledvärk (M255)	0.5 (227)	3.8 (20)	8.4
Halsryggsmärta (M542)	0.2 (114)	1.5 (8)	6.7
Värk i nacke (M531)	0.3 (171)	2.1 (11)	6.1
Ryggskott (M544/5)	1.4 (678)	5.2 (27)	3.8
Knäartros (M17-)	1.4 (677)	2.3 (12)	1.7
Tennis - / golf armbåge (M771P)	1.5 (753)	1.9 (10)	1.3
Annat sjukdomstillstånd i mjukvävnad (M799P)	3.0 (1472)	1.3 (7)	0.5
Ryggvärk - ospec. (M549P)	6.7 (3324)	2.3 (12)	0.3
Totalt ²	14.5 (7880 av 49771)	26.8 (158 av 523)	

¹ Diagnoser ställs antingen med en tvåställig kod (ex. M54) eller en mer specifik treställig kod (ex. M542)

² I denna och följande tabeller är 49771 och 523 det antal fall där fullständig diagnoskod finns angiven. Bortfallet för samtliga alla ärenden är 12 procent, för negativa beslut 3 procent. Här har vi exkluderat de fall då enbart bokstav (t ex M) finns angiven.

²⁶ Då den relativa risken är beräknad på ej avrundade andelar så stämmer denna inte alltid överens med de avrundade andelar som redovisas i tabellen.

text. Detta kan förklaras med att fibromyalgi utgör en underkategori till mjukdelsreumatism i primärvårdens klassifikationer av sjukdomar. I ytterligare fem ärenden med negativt beslut hänvisar den intygsskrivande läkaren till fibromyalgi som tredje- eller fjärdediagnos.

Psykiska sjukdomar och syndrom

De två i särklass vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna totalt sett hör till kategorin ”psykiska sjukdomar och syndrom”. ”Stressreaktion” som är den enskilt största diagnosen utgör 8,9 procent av samtliga sjukärenden och 7,8 procent av samtliga negativa beslut (tabell 3). ”Depressiv episod” som är den näst vanligaste sjukskrivningsorsaken utgör 7,5 procent av samtliga sjukärenden och 5,4 procent av samtliga nekade och indragna ärenden. Dessa båda sjukskrivningsdiagnoser för psykisk sjukdom och syndrom utgör alltså en betydande andel av såväl sjukskrivningspopulationen i dess helhet som av de ärenden som får negativt beslut.

De relativa riskerna för negativt beslut är dock förhållandevis låga för både stressreaktion (0,9) och depressiv episod (0,7). Utöver dessa två diagnoser är det bara ”ångesttillstånd” av samtliga diagnoser för psykisk ohälsa som utgör minst en procent av samtliga avslags- och indragningsärenden. Detta är också den enda diagnosen inom denna kategori som är överrepresenterad bland de negativa besluten (3,4).

De låga riskerna för negativa beslut i samband med depressiv episod och stressreaktion är anmärkningsvärda eftersom det i socialförsäkringspolitiken riktats uppmärksamhet mot de ”lättare” psykiska problemens andel av sjukfrånvaron och argumentet att sjukförsäkringen kommit att omfatta generella livsproblem.

Övriga diagnoskategorier

Utöver de diagnoser som hör till kategorierna psykiska respektive rörelseorganens sjukdomar som presenterats ovan, är det endast fyra diagnoser som var för sig utgör minst en procent av ärendena med negativt utfall. Två av dessa hör hemma i kategorin symtom

Tabell 3. De enskilda diagnoser inom kategorin ”psykiska sjukdomar” (F) som är vanligast förekommande bland negativa beslut. Andelar i procent och antal (n) inom parantes, samt den relativa risken för negativt beslut.

Diagnos	Alla ärenden (total)	Negativa beslut	Relativ risk för negativt beslut
Ångesttillstånd (F419P)	0.3 (166)	1.1 (6)	3.4
Stressreaktion (F439P)	8.9 (4405)	7.8 (41)	0.9
Depressiv episod (F32-)	7.5 (3741)	5.4 (28)	0.7
Totalt	16.7 (8312 av 49771)	14.3 (75 av 523)	

och sjukdomstecken (R), de övriga två i kategorin graviditetsrelaterade diagnoser (O). Vi kan börja med att konstatera att den i särklass mest ”riskfyllda” diagnosen av samtliga, är foglossning (se tabell 4). Foglossning är en ovanlig diagnos vid sjukskrivning, endast 0,1 procent av samtliga sjukärenden är baserade på den diagnosen. Risken att nekas sjukpenning är emellertid nästan 22 gånger högre än genomsnittet. En förklaring till detta är förmodligen att havandeskap ansetts höra samman med den normala livsprocessen och att graviditetsrelaterade besvär såsom foglossning är att betrakta som ”naturliga” och därför inte berättigar till sjukpenning. Det skulle således inte vara själva nedsättningen i arbetsförmåga som ifrågasätts, utan att denna nedsättning skulle bero på sjukdom. Gränsen mellan det som är att betrakta som ”normala” graviditetsproblem och graviditetsrelaterade sjukdomstillstånd är vag. I en dom i kammarrätten i Göteborg åskådliggjordes den svåra gränsdragningsproblematiken.

I domen bedömde kammarrätten att omfattningen av de besvär en kvinna hade till följd av foglossning skulle betraktas som ett sådant onormalt kroppstillstånd som inte kan sägas hänga samman med den normala livsprocessen och som därför bör betecknas som sjukdom²⁷. Diagnosen ”annan graviditetskomplikation” (O269P), som rymmer en rad möjliga graviditetsrelaterade besvär, är en betydligt vanligare sjukskrivningsorsak men risken för negativt beslut vid en sådan diagnos är betydligt lägre än för foglossning och även lägre än för diagnoser överlag.

För båda ”symtom-diagnoserna” är risken för avslag eller indrag högre än för genomsnittet. För den generellt ovanliga diagnosen ”smärta och värk som ej klassificeras annorstädes” (R52-) är risken drygt fem gånger den genomsnittliga och för ”sjukdomskänsla och trötthet” är risken för negativt beslut 1,6 gånger den genomsnittliga. Båda diagnoserna kan

Tabell 4. De enskilda diagnoser inom övriga diagnoskategorier som är vanligast förekommande bland negativa ärenden. Andelar i procent och antal (n) inom parantes, samt den relativa risken för negativt beslut.

Diagnos	Alla ärenden (total)	Negativa beslut	Relativ risk
Foglossning (O267)	0.1 (66)	2.9 (15)	21.6
Annan graviditetskomplikation (O269P)	1.6 (772)	1.0 (5)	0.6
Smärta och värk ospec. (R52-)	0.3 (164)	1.7 (9)	5.2
Sjukdomskänsla och trötthet (R53-)	0.6 (297)	1.0 (5)	1.6
Totalt	2.6 (1299 av 49771)	6.5 (34 av 523)	

²⁷ Dom i kammarrätten i Göteborg 2006-05-05.

sågas vara ospecifika, men det är värt att notera att det är mer riskabelt att lida av smärta och värk som inte kan förklaras och därmed ges en mer specifik diagnos, än av sjukdomskänsla och trötthet. Om vi accepterar att de förra besvären är av mer "fysisk" och de senare av mer "psykisk" karaktär, så följer dessa diagnoser det generella mönster som vi fann vid analysen av sjukdomar i rörelseorganen respektive psykiska sjukdomar, nämligen att de förra blir mer ifrågasatta än de senare.

Slutsatser och diskussion

Frågeställningarna i den här studien handlar om sjukskrivningsdiagnosernas betydelse för Försäkringskassans beslut i avslags- och indragningsärenden. Syftet har varit att undersöka vilka konsekvenser den skärpta gränskontrollen på Försäkringskassan får för individen beroende på vilken typ av sjukdom som hon diagnostiserats med. Undersökningen omfattade fem län under en sexmånaders period.

I samtliga sjukärenden som vi studerat har ett medicinskt underlag gjort gällande att de försäkrade har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, men Försäkringskassan har markerat en annan gränslinje för sjukförsäkringen än den intygsskrivande läkaren. Tidigare har den intygsskrivande läkaren haft tolkningsföreträde, vilket nu i allt högre grad utmanas av Försäkringskassan, vars bedömning av rätten till sjukpenning sker striktare och med en större regelmässighet i dag än tidigare. En konsekvens är att fler sjukärenden inte anses uppfylla

sjukförsäkringens villkor när sjukdom är ett nödvändigt men inte tillräckligt skäl för att beviljas sjukpenning.

I undersökningen ställs och besvaras två frågor. För det första visar undersökningen att det är stora skillnader mellan diagnosprofilen för de ärenden som får negativt beslut och diagnosprofilen för normalärendena. I jämförelsen mellan de båda diagnosprofilerna visar det sig att rörelseorganens sjukdomar är kraftigt överrepresenterade medan psykiska sjukdomar och syndrom är påtagligt underrepresenterade bland de ärenden som får ett negativt beslut. För det andra visar undersökningen att risken för negativt beslut i hög grad är beroende av vilken specifik diagnos som individen sjukskrivs med. Särskilt hög risk för avslag/indrag löper individer med relativt ospecifika smärt- och värkdiagnoser som "ospecificerad reumatism", "värk i axel", "ledvärk", "myalgi" (muskelvärk) och "värk i nacke". Samtidigt har vi funnit undantag från denna regel: den likaså vaga diagnosen, "ospecificerad ryggvärk" är förknippad med en mycket låg risk för negativt beslut. Bland de vanligaste psykiska sjukdomarna är "ångesttillstånd" den minst fördelaktiga diagnosen medan de allra vanligaste psykiska diagnoserna "depression" och "stressreaktion" är förknippade med en relativt låg risk för negativt beslut. Foglossning utmärker sig som den enskilda diagnos med i särklass högst risk för negativt beslut – mer än var femte individ med en sådan diagnos nekas sjukpenning.

Sammanfattningsvis indikerar undersökningen att Försäkringskassans praxis följer ett visst mönster där särskilt värk och smärta som är oklar och som är svår att ge en mer specifik diagnos, ifrågasätts. Däremot finns det inget som tyder på att den begränsning av möjligheten till sjukskrivning för lättare former av psykisk ohälsa, som man från politiskt håll signalerat att man gärna skulle se, blivit verklig. Tvärtom löper man med de vanligaste psykiska diagnoserna betydligt mindre risk att nekas sjukpenning jämfört med andra diagnoser. Båda diagnoskategorierna är således i huvudsak kopplade till individers subjektiva ohälsa, men det är bara den subjektiva kroppsliga ohälsan som fastnar i Försäkringskassans skärpta gränskontroll medan den subjektiva psykiska ohälsan passerar.

Litteratur

Försäkringskassan 2004:2 Version 10. Sjukpenning och samordnad rehabilitering.

Försäkringskassan 2005. Slutrapport. Uppföljning av nej till sjukpenning.

Försäkringskassan Analyserar 2007:1. Nej till sjukpenning vad hände sen?

Kammarrätten i Göteborg (2006). Dom i mål nr 6714-05.

Lindqvist R. (2000). Att sätta gränser – Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering. Boréa, Umeå.

Melén D. (2008). Sjukskrivningssystemet – Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna. Lund Dissertations in Sociology 79.

Prop. 1990/91:141. Rehabilitering och rehabiliteringsersättning.

Prop. 1994/95:147. Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.

Prop. 2002/03:89. Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet.

Regleringsbrev för budgetåret 2006 avseende Försäkringskassan.

SBU 2000. Ont i ryggen, ont i nacken.

Socialförsäkringsutskottet 1996/97:SfU6
Ändrade kriterier för rätt till sjukpenning och förtidspension.

Socialstyrelsen 1996. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Primärvård.

SOU 2000:121. Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag.

SOU 2002:62. Kunskapsläge sjukförsäkringen. Delbetänkande från utredningen om analys av hälsa och arbete.

SOU 2006:86. Mera försäkring och mera arbete.