

# Utvecklingen av sjukdoms- och arbetsförmågebegreppen under 2000-2020

Frågan om innehållet i sjukdoms- och arbetsförmågebegreppen inom sjukförsäkringen har under senare år tilldragit sig stort intresse framför allt av den anledningen att den enskilde haft stora svårigheter att få ersättning vid ett sjukfall.<sup>1</sup> Detta har bl.a. medfört stora övervältringskostnader på socialtjänsten,<sup>2</sup> där den enskilde har hamnat, när möjligheterna till sjukpenning har uteblivit. Här nedan ska de två senaste decenniernas utveckling av de båda begreppens medicinska och rättsliga innehåll diskuteras och analyseras för att söka klargöra var vi står idag.

## 1. Olika sjukdomsbegrepp i sjukförsäkringen

Det medicinska sjukdomsbegreppet har i det förgångna omnämnts i beskrivande termer såsom dels ett biologiskt/biomedicinskt, dels ett socialmedicinskt begrepp.<sup>3</sup> Dessa termer är baserade på skilda medicinska discipliner. Det illustrativa syftet med dessa är fortfarande gångbart. Det råder inte konsensus om innehållet i dessa bland läkarkåren, utan där är det mer adekvat att tala om ett flertal olika medicinska sjukdomsbegrepp. Jag väljer dock att tala om dessa som ett begrepp, för att därigenom lyfta fram det medicinska innehållet som ett faktiskt kriterium i motsats till det försäkringsrättsliga som ett normativt kriterium.

I medicinskt behandlingssyfte har under senare år sjukdomar strukturerats som olika funktionstillstånd. Socialstyrelsens sjukdomsklassifikationsregister, framtaget för att avgöra vad som är sjukdom i medicinsk bemärkelse, kom att användas under 1980- och 90-talen. Det byggde på WHO:s International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH, som 2003 kom att ersättas av ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health, dvs en klassificering efter funktionstillstånd. Socialstyrelsen har gett ut detta klassifikationssystem i både fulltext och i kortversion.<sup>4</sup> Myndigheten krävde att när hälso- och sjukvårdspersonal uttalade sig om patienters funktionstillstånd detta skulle göras utifrån ICF-strukturen.

I WHO:s internationella klassifikationer klassificeras ”hälsobetingelser” såsom sjukdom, störningar och skador enligt ICD-10. Detta klassifikationssystem

1. Se artiklar i nättidskrifterna *Arbetet och Equal* under 2020; se även SOU 2020:6.

2. *Equal* 25 nov. 2020, Försäkringskassan tvingar sjuka till socialtjänsten för att överleva.

3. Westerhäll-Gisselsson, Lotta (1983), *Sjukdom och arbetsförmåga. Om rätten till sjukpenning*, Norstedts Juridik. Stockholm, s. 213 ff.

4. Svensk version 2020 av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

är en förkortning av International Classification of Diseases, Tenth Revision. ICD-10 ger diagnoser på sjukdomar, medan ICF ger information om funktions-tillstånd. Socialstyrelsen betonar vikten av att dessa används tillsammans och bildar underlag för det sjukdomsbegrepp som ska användas i sjukförsäkringen. Redan i 1944 års förarbeten som sedan kom att ligga till grund för lagen om allmän försäkring framgår att det rättsliga sjukdomsbegreppet ska motsvaras av det medicinska sjukdomsbegreppet.<sup>5</sup> ”Information om diagnos ger tillsammans med information om funktionstillstånd en bredare och mer meningsfull bild av människors och befolkningsgruppers hälsa, en bild som kan användas som grund för beslutsfattande”.<sup>6</sup>

Funktionstillstånd har aldrig betraktats som ett försäkringsrättsligt begrepp. I ett medicinskt perspektiv anses det dock lättare att konstatera att samband finns mellan den påverkan på funktionstillståndet som sjukdomen åstadkommer å ena sidan och arbets(o)förmågan å andra. En individs arbets(o)förmåga vid sjukdom är relaterad till funktionstillståndet. En patients arbetsförmåga bedöms i förhållande till ett visst arbete/hela arbetsmarknaden och arbetsförmågan blir avhängig av vilka olika slag, omfattningar och grader av påverkan på funktionstillståndet, som sjukdomen genererar. En sjukdom kan ge olika utfall beträffande funktionstillstånd och olika individer påverkas olika mycket av en viss nedsättning i funktionstillståndet.

Olika typer av begreppsmodeller har prövats för att beskriva funktionstillstånd och (en negativ) påverkan på detta. Dessa kan uttryckas på två sätt, dels som en ”medicinsk modell”, dels som en ”social modell”.<sup>7</sup> Den medicinska modellen ser en påverkan på funktionstillståndet som ett problem hos individen orsakat av sjukdom. Den sociala modellen ser funktionsnedsättningen som ett socialt skapat problem och som en fråga om individens integrering i samhället. ICF bygger på en kombination av dessa olika modeller. För att fånga kombinationen av de två perspektiven på hur människan fungerar har en tredje modell använts med en ”biopsykosocial” inriktning.<sup>8</sup> I ICF görs försök att uppnå en syntes av olika perspektiv i syfte att erbjuda en sammanhållen syn på funktionstillstånd och hälsa utifrån ett biologiskt, ett individuellt och ett socialt perspektiv.<sup>9</sup>

ICF tillhandahåller flera bestämmelser som är av intresse för förståelsen av begreppet funktionstillstånd. Så framhålls att kroppsfunktioner är kroppssystemens fysiologiska och psykologiska funktioner och att kroppsstrukturer är anatomiska delar av kroppen såsom organ, lemmar och deras komponenter.

5. SOU 1944:15, Lag om allmän sjukförsäkring, s.

6. Socialstyrelsen 2003, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion, s. 10.

7. Socialstyrelsen 2003, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion, s.13.

8. Socialstyrelsen 2003, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion, s.12.

9. Vahlne Westerhäll, L-Bergroth, A-Ekholm J, Rehabiliteringsvetenskap, s. 90.

Påverkan på kroppsfunktionerna och kroppsstrukturerna kallas funktionsnedsättningar respektive strukturavvikelse och är problem i form av avvikelser eller förlust i kroppsfunction eller kroppsstruktur. Dessa kan leda till aktivitetsbegränsningar, som är svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter liksom till delaktighetsinskränkningar som är problem som en person kan ha i engagemang i livssituationer (t.ex. i arbetslivet). Funktionsnedsättningar och strukturavvikelse är komponenter som ligger nära varandra.<sup>10</sup>

I Socialstyrelsens kunskapsöversikt från 2007 ”Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning” används begreppet funktionstillstånd som en komponent kopplad till både sjukdom och arbetsförmåga. Där sägs att det är läkarens uppgift att uttala sig om individens sjukdom och funktionstillstånd och hur dessa faktorer påverkar arbetsförmågan.<sup>11</sup> Sjukdom och funktionstillstånd synes således inte sammanfalla, utan läkaren ska ta ställning till båda, vilket är av betydelse ur bevissynvinkel. Vidare framhålls i beslutsstödet att läkaren för att kunna göra en bedömning av individens arbetsförmåga måste ha en klar uppfattning om individens funktionstillstånd. Bedömningar om funktionstillståndet ska uttryckas i termer av vad individen förväntas klara respektive inte förväntas klara att utföra.<sup>12</sup> Funktionstillståndet är i detta sammanhang liktydigt med förmåga, funktionsförmåga. Socialstyrelsen torde använda begreppet funktionstillstånd som ett självständigt begrepp, som tjänar som en sammankopplande länk mellan sjukdom och arbets(o)förmåga.

I Socialstyrelsens utgåva av ICF framkommer att det är viktigt att uppmärksamma överlappningen mellan ICF och ICD-10.<sup>13</sup> Båda utgår från kroppssystemen. Funktionsnedsättningar och strukturavvikelse brukar vara delar av ”sjukdomsprocessen” och används därför också i ICD-10. ICD-10 använder funktionsnedsättningar och strukturavvikelse som underlag för att fastställa en ”sjukdom”, medan ICF använder funktionsnedsättningar som problem i kroppsfunctioner, som sammanhänger med hälsobetingelser. Två personer med samma sjukdom kan ha olika nivåer av funktionstillstånd och två personer med samma funktionstillståndsnivå har inte nödvändigtvis samma sjukdom (hälsobetingelse). Det poängteras att en användning av ICF ”inte får förbigå sedvanlig medicinsk diagnostik”, dvs. att fastställa sjukdomsdiagnos.

Vilka sjukdomsdiagnoser innehåller ICD-10 i relation till de ovan använda

10. Omgivningsfaktorer utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning (t.ex. arbetsmiljön), i vilken människor lever och verkar. Personfaktorer är personliga egenskaper som inte hör till hälsotillståndet. Dessa faktorer kan exempelvis vara livsstil, uppfostran, copingssätt, utbildning, yrke och andra egenskaper som kan påverka funktionshinder. Personfaktorer är viktiga i rehabiliteringssammanhang men klassificeras för närvarande inte i ICF.

11. Socialstyrelsen 2003, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion, s.12..

12. Socialstyrelsen 2003, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion, s.12..

13. Socialstyrelsen 2003, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion, s. 10.

biologiska/biomedicinska och socialmedicinska sjukdomsbegreppen? Svaret är lätt att ge. Klassifikationen upptar samtliga biologiska/biomedicinska sjukdomar av både somatisk och psykisk natur samt ett antal symptomdiagnoser av vilka åtskilliga skulle kunna klassas som socialmedicinska sjukdomstillstånd. Traditionella sjukdomsdefinitioner som fokuserar på iakttagbara förändringar på organnivå är uppenbart otillräckliga utifrån ett ICD-10 perspektiv. Detta konstaterande har stor bäring på kommande resonemang.

I Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd hänvisas till ICD-10 och dess klassificeringar av sjukdomstillstånd. Samtidigt framhålls att man vid användningen av klassificeringen ska sträva efter *verifierbarhet*. Denna strävan ska vara vägledande. Bedömningarna bör baseras på så objektiva kriterier som möjligt och symptomen ska vara iakttagbara.<sup>14</sup> I beslutsstödet framhålls hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans gemensamma ansvar att inte bidra till en glidning eller vidgning av sjukdomsbegreppet.<sup>15</sup>

Detta är anmärkningsvärt. En diagnos med en i ICD-10 upptagen diagnoskod betecknas i ICD-10 som en sjukdom, även om den ”utgörs av” symptom. Medför detta tillstånd (denna sjukdom) en arbetsförmåga, måste konsekvensen enligt förarbetena vara, att tillståndet uppfattas som sjukdom också i försäkringsrättsligt avseende, varför rätt till ersättning föreligger. Hur kan man då i beslutsstöden snäva in gruppen av tillstånd som ger rätt till ersättning genom att uppfordra till verifierbarhet och till objektiva kriterier? Det visar att den byråkratiska styrningsmodell som kännetecknar beslutsstöden skapar utrymme för försäkringsadministrationen inkluderande försäkringsmedicinen att använda sjukdomsbegreppet i styrpolitiskt syfte. Man kan alltid hänvisa till att arbetsförmåga orsakad av just denna sjukdom inte är ersättningsgill. Det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet framstår i dylika situationer som ett *tomt* begrepp med rika styrningsmöjligheter som följd. Ett sådant rättsligt begrepp får försvagad legitimitet. Begreppet är svårt att använda som bevisfaktum.

*Men är det verkligen lagstiftarens vilja att det rättsliga sjukdomsbegreppet inte längre ska motsvaras av det medicinska fullt ut? I så fall skulle detta innebära en radikal förändring av den offentliga sjukförsäkringens grundläggande försäkringsmässighet, nämligen att omfatta alla som lider av sjukdom i medicinskt hänseende. En sådan förändring måste ske öppet och med riksdagens godkännande (med tanke på den stora förändring som detta innebär skulle allra helst två på varandra följande riksdagars samstämmiga beslut krävas). Något sådant har inte skett. Lagtexten är fortfarande densamma som den var vid tillkomsten av sjukförsäkringen. Lagstiftarens uppfattning om innehållet i sjukdomsbegreppet är*

14. Socialstyrelsen 2003, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion, s.13.

15. Socialstyrelsen 2003, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion, s.12.

fortfarande att det rättsliga sjukdomsbegreppet motsvaras av det medicinska i dess fulla utsträckning. Det medicinska sjukdomsbegreppet omfattar enligt internationell medicinsk uppfattning både sjukdomar som är objektivt verifierbara och de som inte är det. Detta vidsträckta medicinska sjukdomsbegrepp ska enligt erkända rättskällor ligga till grund för det rättsliga sjukdomsbegreppet.

Beslutsstödet är framtaget i samarbete mellan Socialstyrelsen och Försäkringskassan på uppdrag av regeringen, där regeringens strävan att få ner sjukta- len varit drivande. En normgivning av det slag som beslutsstödet utgör får ge- nom att det är internt bindande inom Försäkringskassan ett enormt genomslag.

Rättstillämparens uppfattningen om innehållet i sjukdomsbegreppet har under de gångna två decennierna influerats av nu nämnda myndighetsnorme- ring. Försäkringskassan och förvaltningsdomstolarna har i många fall krävt att sjukdomen ska vara objektivt konstaterbar. Rehabiliteringskedjans sjukdoms- begrepp har således till övervägande del använts som ett juridiskt-tekniskt be- grepp. Men en teleologisk lagtolkning ger inte vid handen att endast/i första hand objektivt verifierbara sjukdomar ska ingå i det rättsliga sjukdomsbegrep- pet. Det finns ingen rättsligt acceptabel grund för att endast vissa medicinska sjukdomar ska kunna ligga till grund för ersättning inom sjukförsäkringssys- temet. Detta synsätt tycks nu börja slå igenom i rättstillämpningen, genom att man under de senaste åren har gått tillbaka till uppfattningen om att det medi- cinska sjukdomsbegreppet omfattar samtliga sjukdomar i ICD-10. Jag återkom- mer till detta nedan.<sup>16</sup>

## 2. Olika arbetsförmågebegrepp i sjukförsäkringen

Ovan har framkommit att begreppen funktionstillstånd och funktionshinder synes ha kopplingar till både sjukdoms- och arbets(o)förmågebegreppen. ICF delar upp dessa begrepp i två delar, nämligen å ena sidan just funktionstillstånd och funktionshinder, å andra sidan kontextuella faktorer. De komponenter som kännetecknar funktionstillstånd och funktionshinder är som tidigare omnämnts kroppsfunktioner och kroppsstrukturer respektive aktiviteter och delaktighet.

De kontextuella faktorerna representerar den fullständiga bakgrunden till en persons liv och leverne. De kan påverka en person med en viss hälsobetingelse, t.ex. en sjukdom, och personens hälsa och hälsorelaterade tillstånd. De kon- textuella faktorerna finns ”utanför” personen och har inflytande på personens ”genomförande” som samhällsmedlem, på personens ”kapacitet” att utföra uppgifter/handlingar eller på personens ”kroppsfunktion” eller ”struktur”, dvs. omgivningsfaktorerna samverkar med kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. Funktionshinder karakteriseras som en följd eller ett

16. Se nedan avsnitt 4.2.

resultat av ett komplext samband mellan en persons hälsotillstånd och personliga faktorer samt av yttre faktorer som representerar omständigheterna i vilka personen lever. Genom detta samband kan olika omgivningar ha mycket olika påverkan på en viss person med ett givet hälsotillstånd.

Den sjukskrivande läkaren är uppmanad av Socialstyrelsen att använda både ICF och ICD-10.<sup>17</sup> Av läkarintyget framgår att kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet ska undersökas. För att få en bild av art och grad av dessa spelar både personfaktorer och omgivningsfaktorer in. Detta medicinska synsätt, som framkommer i läkarintyget, ska ligga till grund för den rättsliga bedömningen av arbets(o)förmågan. I den rättsliga kontexten framhålls vikten av att det är det medicinska innehållet i arbets(o)förmågan som ska utgöra det rättsliga innehållet, och detta medicinska innehåll kom att anges med det rättsliga uttryckssättet ”ett renodlat arbets(o)förmågebegrepp”.<sup>18</sup> En helhets-syn på individen, försäkrad i befintligt skick,<sup>19</sup> motsvaras i medicinska termer av kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, av aktiviteter och delaktighet samt av omgivningsfaktorer (och åtminstone vissa personfaktorer). Dessa faktorer lyfts fram i ICF och ICD-10 som grundläggande för att avgöra arbetsförmåga.

Parallellt med nu anförda medicinrättsliga utveckling skedde en styrpolitisk utveckling av arbetsoförmågebegreppet. Denna utveckling innebar att socialförsäkringsadministrationen använde begreppet arbets(o)förmåga som ett rent juridisk-tekniskt begrepp, dvs. som ett begrepp som är tomt på materiellt innehåll. Med en generös tolkning av begreppet arbetsoförmåga kunde kretsen av ersättningsberättigade ökas, med en strängare kunde den minskas. Egentligen ”betydde” arbets(o)förmåga, vad den än relaterades till, enbart ersättningsberättigad/icke ersättningsberättigad arbetsoförmåga, dvs. det rättsliga arbets(o)förmågebegreppet var i en dylik kontext ett tomt begrepp. Detta fick särskilt bäring på längre sjukfall. Ett sådant synsätt framträdde tydligt i SOU 2008:66, ”Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder”, som var ett delbetänkande av Arbetsförmågutredningen. ”När lagstiftaren talar om att skilja på dem som kan försörja sig själva genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden och dem som inte kan detta är det i praktiken inte så mycket en medicinsk fråga om vad människor objektivt kan eller inte kan utan en högst politisk fråga om vilka som ska avkrävas att försöka försörja sig själva eller inte”.<sup>20</sup> Politikerna ska bestämma innehållet i arbetsoförmågebegreppet. ”Ju *längre* ett sjukfall pågår desto mindre blir det en fråga om medicinska

17. Se ovan.

18. L. Vahlne Westerhäll, M. Jonasson, S. Thorpenberg (2009), Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen, s. 110.

19. L. Vahlne Westerhäll, M. Jonasson, S. Thorpenberg (2009), Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen, s.81 f.

20. SOU 2008:66, s.15.

bedömningar och desto mer blir det en renodlad försäkringsfråga”.<sup>21</sup> Vilka som ska avkrävas att försörja sig själva var en fråga om tolkning av försäkringsvillkoren och inte en medicinsk fråga.

De första 90 dagarna i ett sjukfall bedöms arbetsförmågan hos en anställd försäkrad mot det ordinarie arbetet. Från och med dag 91 utvidgas bedömningsgrunden till att avse andra arbeten hos arbetsgivaren.<sup>22</sup> Från och med dag 181 ska arbetsförmågan, enligt huvudregeln, bedömas mot det som i lagtexten kallas ”sådant förvävsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden”.<sup>23</sup> Enligt förarbeten och praxis är ett normalt förekommande arbete ett vanligt arbete som den försäkrade, trots sin sjukdom, kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning med hänsyn till dennes medicinska besvär. Det rör sig om en prövning mot en fiktiv arbetsmarknad i den meningen, att det inte krävs att det rent faktiskt finns ett arbete till den försäkrade på den ort hon/han bor. För den enskilde har det stor betydelse om arbetsförmågan bedöms mot arbete hos arbetsgivaren eller mot normalt förekommande arbete, eftersom arbetsförmågan oftare bedöms vara nedsatt i arbete hos arbetsgivaren än i normalt förekommande arbete. Alltid finns det något arbete, i vilket den försäkrade har arbetsförmåga.

Från och med dag 181 var det möjligt att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete, om det fanns särskilda skäl mot det eller om det annars skulle anses vara oskäligt med en sådan bedömning.<sup>24</sup> När den försäkrade haft nedsatt arbetsförmåga under ett år, var det endast möjligt att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete om en sådan bedömning skulle anses vara oskälig. Om en försäkrad bedömdes ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete, och några undantag för att skjuta upp bedömningen inte fanns, ansågs Försäkringskassan ha ett berättigat krav på omställning till annat arbete för den försäkrade. Dessa regler gällde fram till den 15 mars 2021. Se nedan mer härom i avsnitt 4.1.

I och med införandet av rehabiliteringskedjan 2008 bygger regelverket om sjukpenning på att bedömningarna av en försäkrads arbetsförmåga görs mot en bredare bedömningsgrund ju *längre* tid den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga. Även nivån på sjukpenningen minskas ju *längre* den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga. Vid bedömningen av arbetsförmågan får hänsyn enbart tas till strikt medicinska faktorer.<sup>25</sup> Det är alltså inte möjligt att beakta utbildningsbakgrund eller ålder vid bedömning av arbetsförmågan. Rehabiliteringskedjans arbetsförmågebegrepp är således till övervägande del ett juridiskt-tekniskt begrepp.

21. SOU 2008:66, s.15.

22. Sfb 27 kap. 47 §.

23. Sfb 28a kap. 8 §.

24. Sfb 27 kap. 46 – 49 §§.

25. Prop. 2007/08:136 s.

### 3. Slutsatser om utvecklingen av sjukdoms- och arbetsförmågebegreppen under 2000-2020

Det medicinska sjukdomsbegreppet omfattar enligt internationell medicinsk uppfattning både sjukdomar som är objektivt verifierbara och de som inte är det. Detta vidsträckta sjukdomsbegrepp ska enligt erkända rättskällor ligga till grund för det rättsliga sjukdomsbegreppet. En teleologisk lagtolkning ger inte vid handen att endast/i första hand objektivt verifierbara sjukdomar ska ingå i det rättsliga begreppet. Det finns ingen rättsligt acceptabel grund för att endast vissa medicinska sjukdomar ska ligga till grund för ersättning inom sjukförsäkringssystemet. Den rättsliga grunden för sjukdomsbegreppet i sjukförsäkringen är sålunda det medicinska sjukdomsbegreppet, som bestäms med utgångspunkt från det internationella sjukdomsbegreppet som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och återfinns i ICD-10.

Det rättsliga arbetsförmågebegreppet kan bestämmas på två sätt. En helhetssyn på individen, försäkrad i befintligt skick, motsvaras i medicinska termer av kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, av aktiviteter och delaktighet samt av omgivningsfaktorer (och åtminstone vissa personfaktorer). Dessa faktorer lyfts fram i ICF och ICD-10 som grundläggande för att avgöra arbets(o)förmåga. Detta medicinska synsätt, som också framkommer i läkarintyget, ligger till grund för den rättsliga bedömningen av arbets(o)förmågan. Parallellt med denna medicinerättsliga utveckling ägde en annan utveckling rum, som framför allt fick bäring på längre sjukfall. Arbets(o)förmåga ses i de fallen som ett rent juridiskt-tekniskt begrepp utan materiellt innehåll och läkarintyget som utgörande ett formellt villkor. Man menar att ju längre ett sjukfall pågår desto mindre blir det en fråga om medicinska bedömningar och desto mer blir det en renodlad försäkringsfråga. Den s.k. rehabiliteringskedjan blir då bärare av ett dylikt ”tomt” arbets(o)förmågebegrepp.

### 4. Utvecklingstendenser under 2021 och framåt

#### 4.1 Utgångspunkter

Hur har nu beskrivna utveckling av sjukdoms- och arbetsförmågebegreppen påverkat utfallet av sjukpenningförsäkringen? Försäkringskassans statistik utvisar att antalet avslag avseenden rätten till sjukpenning har ökat under 2010-talet, ja de har ökat så till den grad att frågan uppkommit om det ursprungliga syftet med en sjukförsäkring får anses vara uppfyllt. Sjukfrånvaron har, liksom sjukpenningtalet, minskat de senaste åren, vilket delvis kan förklaras av att Försäkringskassan har ändrat sin tillämpning av regelverket i syfte att uppnå



”högre rättssäkerhet”.<sup>26</sup> Denna förändrade tillämpning har inneburit ett ökat antal avslag i pågående sjukfall. År 2018 var det 21 procent av de sjukfall som avslutades mellan dag 180 och dag 364 som avslutades med ett avslag. År 2019 var den siffran 29 procent och år 2020 (t.o.m. oktober) var den 40 procent.<sup>27</sup>

Med den bestämning av begreppet rättssäkerhet som jag använder i mitt rättsvetenskapliga författarskap<sup>28</sup> är det i stället förvånande att två så centrala rättsliga rekvisit som sjukdom och arbetsförmåga kan fungera på så varierande sätt och vara så styrpolitiskt i stället för fördelningspolitiskt inriktade. För den försäkrade har möjligheterna till förutsebarhet och kontrollerbarhet kommit att bli mycket inskränkta. Det rättsliga kärninnehållet har gjorts allt mindre och blivit alltmer uttunnat. Avslagen har följt en formell mall utan många gånger en individuell prövning av arbetsförmågan. Det har lett till att regeringen kommit att reagera. Regeringen anser att de senaste årens utveckling med en kraftigt ökad andel avslag inom sjukförsäkringen är ”bekymmersam”. Syftet med en sjukförsäkring är att ersätta för inkomstbortfall vid sjukdom på ett fördelningspolitiskt rättvist sätt och ge stöd för återgång i arbete. Det är otillfredsställande menar regeringen, att regelverket inte tycks bidra till att försäkrade får fullfölja rehabiliteringsåtgärder eller andra åtgärder för att återgå i arbete hos sin arbetsgivare på ett hållbart sätt.<sup>29</sup>

Här är vi nu i början av 2021. 12 januari överlämnades prop. 2020/21:78<sup>30</sup> med förslag till ändringar i SFB, som syftar till att åstadkomma en mer flexibel rehabiliteringskedja i sjukförsäkringen, och därigenom större möjligheter för den som är sjukskriven att i första hand återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren. Regeringen har drivit på utredningsarbetet och drygt ett år efter att betänkandet SOU 2020:6 publicerades (2020-01-31) trädde en ny lagstiftning i kraft. Regeringen föreslog att bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete efter dag 180 i rehabiliteringskedjan skulle skjutas upp, om övervägande skäl talade för att den försäkrade senast dag 365 skulle komma att återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som tidigare.<sup>31</sup> Ändringarna trädde i kraft den 15 mars 2021.

En grundläggande princip i den rättsliga regleringen är att arbetsförmågan efter en tids sjukskrivning ska bedömas mot någon form av vidare arbetsmarknadsbegrepp än det egna arbetet. Den som inte kan återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren men som har arbetsförmåga i andra arbeten förväntas således efter en tid ställa om till ett sådant arbete i stället för att kvarstå i sjukförsäkringen.

26. Prop. 2020/21:78, s. 11.

27. Prop. 2020/21:78, s. 11.

28. Se exv. *Starka statens fall?*, 2002, Norstedts Juridik.

29. Prop. 2020/21:78, s. 12.

30. Extra ändringsbudget för 2021 – Vissa ändrade regler inom sjukförsäkringen.

31. Prop. 2020/21, s. 9.

Detta är enligt regeringens mening en rimlig ordning, som således kan förväntas kvarstå.<sup>32</sup> För sjukförsäkringens legitimitet anser regeringen det dock viktigt, att kravet på omställning inte kommer för tidigt i sjukfallet. Försäkrade, som har goda möjligheter att återgå i sitt vanliga arbete, där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet, bör ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i arbete hos sin egen arbetsgivare.<sup>33</sup> Regeringen synes således delvis ha förändrat uppfattning om utformningen av rehabiliteringskedjan.

#### 4.2 Sjukdomsbegreppet

När rehabiliteringskedjan infördes 2008 angavs i förarbetena,<sup>34</sup> att särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden endast blev aktuellt, när en välgrundad bedömning kunde göras att det var stor sannolikhet att den försäkrade kunde återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365. Särskilda skäl skulle endast beaktas vid tydliga diagnoser, dvs objektivt verifierbara diagnoser, eftersom det vid mer diffusa diagnoser ansågs vara svårt att ha en välgrundad uppfattning om att en viss terapi har önskad effekt eller vilket läkningsförlopp som kan förväntas. Det påpekades att ”regelverket således är strikt och tar sikte på vad som kan vara en välgrundad uppfattning utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet”.<sup>35</sup> Som framkommit ovan i avsnitt 1 är dock många symptomdiagnoser, exv. de psykiatriska diagnoserna, baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet och kodade i ICD-10, varför påståendet förefaller motsägelsefullt.

ISF hade i rapporten ”Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning” (2018:12) redovisat, att andelen som fick sin sjukpenning indragen var högst bland personer med smärttillstånd i rörelseorganen. Ökningen av andelen indragningar var relativt sett störst bland personer med psykiatriska diagnoser. Andelen indragningar ökade mest i samband med att Försäkringskassan prövade de försäkrades arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete, dvs. efter dag 180 i rehabiliteringskedjan.<sup>36</sup> Utredningen ”En trygg sjukförsäkring med människan i centrum” (2020:6) hade granskat 108 slumpvis utvalda ärenden, där Försäkringskassan fattat beslut om avslag efter dag 180 i rehabiliteringskedjan. I denna grupp hade över 90 procent huvuddiagnoser som härrörde från rörelseorganen, t.ex. nacksmärtor och ryggsmärtor eller psykiatriska diagnoser, t.ex. utmattningssyndrom, depression och ångest. I 106 av ärendena

32. Prop. 2020/21:78, s. 10.

33. Prop. 2020/21:78, s. 10

34. Prop. 2007/08:136 s. 68 f.

35. Prop. 2020/21:78, s. 10.

36. ISF:s rapport ”Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning” (2018:12), s. 29 ff. Se även SOU 2020:6, s. 94.

avslags ansökan om sjukpenning för att den försäkrade bedömdes kunna arbeta i ett normalt förekommande arbete.<sup>37</sup>

Vidare konstaterade regeringen att avslagen efter dag 180 ökat kraftigt de senaste åren, att även sjukskrivna som var på väg tillbaka till arbete hos sin egen arbetsgivare fick avslag på ansökan om sjukpenning efter dag 180, då de inte bedömdes omfattas av undantaget ”särskilda skäl”,<sup>38</sup> att många som börjat trappa upp i deltidsarbete fortsatte att arbeta deltid hos sin egen arbetsgivare efter avslaget, vilket innebär att de stod den ekonomiska risken själva samt att en betydande del av dem som nekats sjukpenning åter var i sjukförsäkringen inom ett år, vilket tyder på att återgången i arbete inte har varit hållbar.<sup>39</sup> Regeringen ansåg i likhet med utredningen att undantaget från bedömningen mot normalt förekommande arbete efter dag 180 i rehabiliteringskedjan behövde utvidgas i förhållande till tidigare regler. Bedömningen ansågs kunna skjutas upp om övervägande skäl talade för återgång i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365 i rehabiliteringskedjan.

Regeringen delade utredningens bedömning att det inte finns ”något hinder” (här torde avses rättsliga hinder) mot att övervägande skäl kan tala för återgång i arbete, även när den försäkrade har en diffus diagnos i meningen symtomdiagnos, eller lider av samsjuklighet. I sitt remissvar på SOU 2020:6 framhöll ISF, att det är rimligt att inte någon diagnos undantas vid prövningen av om det finns skäl för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete. Övervägande skäl innebär, att det är tillräckligt att mer talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren än emot för att bedömningen mot normalt förekommande arbete ska skjutas upp. Undantaget från bedömningen mot normalt förekommande arbete ska enligt regeringen kunna tillämpas, även när den försäkrade har en symtomdiagnos t.ex. en psykiatrisk diagnos eller långvariga symtom efter covid-19. Vid denna typ av diagnoser är det typiskt sett svårare för läkaren att ge en säker bedömning om att återgång i arbete i samma omfattning som tidigare kunde ske senast dag 365.<sup>40</sup>

Trots att det mer insnävade sjukdomsbegreppet byggt på enbart objektiva kriterier använts i rättstillämpningen alltsedan tillkomsten av rehabiliteringskedjan framgår dock, att ett förändrat synsätt i tillämpningen har börjat göra sig gällande i slutet på 2010-talet. I Kammarrättens i Stockholm dom 2019-06-04 mål nr 9520-18 och 9521-18 framhölls att vissa sjukdomar låter sig endast med svårighet fastställas objektivt. Detta leder till att den s.k. DFA-kedjan, som varit

37. Prop. 2020/2021:78, s. 12.

38. I LO-TCO Rättsskydds remissyttrande framkommer att det i ärenden om sjukpenning som kommer in till dem är mycket vanligt att en rehabilitering pågår när den försäkrades ansökan om fortsatt sjukpenning avslås.

39. Prop. 2020/2021:78, s. 12.

40. Prop. 2020/2021:78, s. 13.

ett av flera hjälpmedel vid bedömningen av en försäkrads rätt till sjukpenning, synes oanvändbar. Den är en metod som i och för sig används för att bedöma den försäkrades arbetsförmåga. Den innebär att läkaren, utöver att ställa diagnos, även ska beskriva funktionsnedsättningen och de aktivitetsbegränsningar som följer av denna. Beskrivningen av funktionsnedsättningen kan grunda sig på observationer, undersökningsfynd eller andra utredningsresultat. När det exempelvis gäller de psykiatriska diagnoserna finns sällan några objektiva undersökningsfynd. Bedömningen av funktionsnedsättningen måste i dessa fall i huvudsak grunda sig på den försäkrades egna uppgifter. Patientens egen berättelse om symtomen tillsammans med beskrivningen av dennes hälsotillstånd i de medicinska utlåtandena är då av särskild betydelse. Det måste göras en helhetsbedömning av samtliga omständigheter, där även svårighetsgraden av sjukdomen ska beaktas. Enbart den omständigheten att det saknas objektiva undersökningsfynd kan inte tillmätas en avgörande betydelse. En dylik uppfattning rimmar med den ursprungliga uppfattningen om att det rättsliga sjukdomsbegreppet sammanfaller med medicinska sjukdomsbegreppet, närmare bestämt med både det biologiska/biomedicinska och det socialmedicinska sjukdomsbegreppet. Dessa sjukdomsbegrepp synes nu ligga till grund för den förändrade rättstillämpningen.

#### 4.3 Arbets(o)förmågebegreppet

I prop. 2020/21:78 framgår att bestämmelsen om särskilda skäl enligt regeringens mening är för ”strikt”, då den ställer krav på ”en välgrundad uppfattning, som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet”, om att den försäkrade med stor sannolikhet kommer att vara åter i arbete vid en viss tidpunkt. En naturlig följd av dessa högt ställda krav har blivit att vissa av de som är sjukskrivna med, som tidigare anförts, t.ex. psykiatriska diagnoser eller har symtom efter en utdragen covid-19-infektion, inte kan omfattas av undantaget.<sup>41</sup> Frågan är om det räcker att göra gällande att det är fråga om högt ställda krav. Det är snarare så att det saknas vetenskap och beprövad erfarenhet att göra ett dylikt konstaterande. Övervägande skäl kan föreligga även i situationer, då en läkare inte har gjort någon bedömning om den försäkrades möjligheter att åter vara i arbete i samma omfattning som tidigare vid en viss tidpunkt i sjukfallet. Att det skulle finnas en vetenskap och en beprövad erfarenhet i gemen vid olika diagnoser om när man är arbetsförmögen i sitt tidigare arbete förefaller inte troligt. Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet gäller i första hand sjukdomsbegreppet och inte arbetsoförmågebegreppet. Den nya regleringen tar i högre utsträckning hänsyn till att kunskaperna inom forskning och hälso- och sjukvård om bl.a. förlopp

41. Prop. 2020/2021:78, s. 14.

och prognos är begränsade för vissa sjukdomar och att det då kan vara svårt för läkare att med säkerhet göra bedömningar av tidpunkten för återgång i arbete. Sammantaget innebär det enligt regeringen lättnader för hälso- och sjukvården, även om antalet läkarintyg skulle öka.<sup>42</sup>

Regeringen har byggt sitt resonemang på följande fakta. Utredningen har i sin aktgranskning noterat, att det i de flesta av de granskade ärendena helt saknades ställningstagande från Försäkringskassan till den försäkrades behov av rehabilitering.<sup>43</sup> Vidare har utredningen funnit att få åtgärder genomförts för att underlätta den försäkrades återgång i arbete. Exempel på dylika åtgärder är att Försäkringskassan genomfört avstämningsmöten med den försäkrade och andra aktörer, t.ex. vårdgivare, arbetsgivare och Arbetsförmedlingen.<sup>44</sup> Enligt Försäkringskassans årsredovisning för 2019 var det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar fram till det första avstämningsmötet 397 dagar.<sup>45</sup> Resultaten i utredningen pekade i samma riktning som statistiken i årsredovisningen. Handläggare, som utredningen intervjuat, har vittnat om att de regelmässigt inte tagit initiativ till rehabilitering, om den försäkrade förväntades ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete fr.o.m. dag 181 och särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen inte förväntades finnas.<sup>46</sup>

Enligt utredningen kunde det strikta undantaget från bedömningen mot normalt förekommande arbete efter dag 180 bidra till att hämma Försäkringskassan att initiera åtgärder för återgång i arbete.<sup>47</sup> Regeringen har påpekat att Försäkringskassan inom ramen för sitt lagstadgade samordningsuppdrag har ansvar för att säkerställa att behovet av rehabiliteringsåtgärder utreds och kan vidtas så tidigt som möjligt i ärendena. Försäkringskassan bör således enligt regeringen kunna få god kännedom om såväl de medicinska insatserna som de arbetsplatsinriktade insatserna, som pågår i ett sjukfall, i skälig tid innan dag 180 i sjukfallet.<sup>48</sup> Regeringen påpekade också att förutsättningarna att uppfylla samordningsansvaret för Försäkringskassan torde ha förbättrats i och med att både arbetsgivare och hälso- och sjukvård har fått ett tydligt ansvar de senaste åren för att stödja människor i deras återgång till arbete.<sup>49</sup>

Regeringen anser slutligen att det för en långsiktigt hållbar återgång i arbete många gånger måste vara att föredra att den försäkrade går tillbaka till en

42. Prop. 2020/2021:78, s. 14.

43. Prop. 2020/2021:78, s. 14.

44. Prop. 2020/2021:78, s. 14.

45. Prop. 2020/2021:78, s. 14.

46. Prop. 2020/2021:78, s. 14.

47. Prop. 2020/2021:78, s. 15.

48. Arbetsgivare fick den 1 juli 2018 ett lagstadgat ansvar att upprätta en plan för återgång i arbete för arbetstagare som kan antas ha en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under minst 60 dagar.

49. Prop. 2020/2021:78, s. 14 f.

arbetsgivare som har ett anpassnings- och rehabiliteringsansvar jämfört med att, med kvarstående besvär, söka arbeten på den öppna arbetsmarknaden.<sup>50</sup> Omställning till ett nytt arbete torde dessutom i sig vara en påfrestning och vid vissa typer av sjukdomar kan det vara avgörande för återhämtningen att arbeta i en trygg och välkänd miljö. Försäkrade som har möjlighet att återgå i sitt arbete där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör enligt regeringens mening ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i arbete hos sin nuvarande arbetsgivare. Regeringen anser att det är motiverat med något längre sjukskrivningstider i de fall detta möjliggörs.

I de fall där det kan konstateras att återgång i arbete hos den egna arbetsgivaren är utsiktslöst utifrån den försäkrades medicinska förutsättningar, ska dock enligt regeringen stöd för omställning till annat arbete erbjudas så snart som möjligt.

#### 4.4. Slutsatser

Den orealistiskt strikta och ”fyrkantiga” rehabiliteringskedjan har i och med lagändringen från den 15 mars 2021 fått första ”tummen ned”. Lagändringen om att bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete efter dag 180 i rehabiliteringskedjan ska skjutas upp, om övervägande skäl talar för detta, har som framgått ovan påverkat innehållet i både sjukdoms- och arbets(o)begreppen. Detta är en följd av att kravet på objektiva kriterier i sjukdomsbegreppet släpps. I och med att kravet aldrig har varit lagfäst, har inte heller någon uttrycklig lagregel om att kravet ska upphävas varit nödvändigt. De rättskällor som vi har att falla tillbaka på är förutom nu genomgångna uttalanden i förarbetena även en förändrad rättstillämpning i förvaltningsdomstolarna.

När det gäller arbets(o)förmågebegreppet är det fortsatt det övervägande tomma begrepp som Arbetförmågeutredningen gjorde sig till tolk för (SOU 2008:66), som ligger till grund för nu aktuella lagändring. Det är i praktiken inte så mycket en medicinsk fråga om vad människor objektivt kan eller inte kan utan en högst politisk fråga om vilka som ska avkrävas att försöka försörja sig själva eller inte. Detta framkom i nämnda betänkande när det gällde sjukfall av längre varaktighet. Politikerna anses vara de som bestämmer innehållet i detta arbets(o)förmågebegrepp. Nu har man från politiskt håll funnit att rättstillämpningen varit för sträng och öppnar därför upp för en mer inkluderande tillämpning. Regeringens resonemang ger uttryck för rättspolitiska värderingar av mer uttalat humanistiskt slag. Men i och med att kravet på objektiva kriterier i sjukdomsbegreppet släpps, påverkas även det arbets(o)förmågebegrepp, som bygger på medicinska kriterier.

50. Prop. 2020/2021:78, s. 15.

Regeringen har drivit förändringsarbetet med största skyndsamhet och introducerar härmed en ny syn på sjukförsäkringen. Regeringen förefaller oroa sig för sjukförsäkringens brist på legitimitet. Frågan är om nu genomförda förändring är tillräcklig för att sjukförsäkringen ska återfå sin legitimitet som sjukförsäkring. Regeringen förutskickar nya lagändringar under 2022 och 2023. Måhända ser vi nu endast en början på ett större förändringsarbete.

*Lotta Vahlne Westerhäll  
Seniorprofessor i offentlig rätt  
Göteborgs universitet*

## Vill du annonsera i Socialmedicinsk tidskrift?

En annons i Socialmedicinsk tidskrift når många olika grupper av intresserade och medvetna läsare. Det finns möjlighet att annonsera både i tidskriften och på hemsidan. Eftersom många av prenumeranterna är bibliotek och institutioner når du ut till en bred läsekrets. Bland våra läsare finns bl.a. intresserad allmänhet, tjänstemän i kommuner och landsting, politiker, personer som arbetar inom socialtjänst, vård och omsorg samt studenter och forskare vid universiteten.

Annonspriser 2021 (exkl. moms):

- Helsida baksida 7000kr
- Helsida insida 5000kr
- Helsida inlaga 4000kr
- ½ sida 3500kr
- ¼ sida 2000kr
- Webbannons 500kr/vecka
- Webbannons 1500kr/månad

Beställning av annons görs via: [redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se](mailto:redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se)