

GRÄNSLANDET MELLAN SJUKDOM OCH ARBETE

*Arbetsförmåga/ Medicinska förutsättningar
för arbete/ Försörjningsförmåga*

Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen

Stockholm 2009



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2009:89

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Omslag: Typisk Form designbyrå

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2009

ISBN 978-91-38-23307-8
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Cristina Husmark Pehrsson

Vid sammanträde den 31 januari 2008 beslutade regeringen om direktiv (dir. 2008:11) som gav en särskild utredare i uppdrag att utreda begreppet arbetsförmåga. Utredningen har antagit namnet Arbetsförmågeutredningen. Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Cristina Husmark Pehrsson generaldirektören Anna Hedborg att från den 1 februari vara särskild utredare i utredningen.

Vid sammanträde 16 april 2009 beslutade regeringen att förlänga tiden för utredningsuppdraget för att utredningen tillsammans med Försäkringskassan skulle kunna påbörja ett utvecklingsarbete av ett instrument för bedömning av arbetsförmåga. Utredaren skulle i stället redovisa hela uppdraget senast den 31 oktober 2009.

Som huvudsekreterare i utredningen har sedan den 1 februari 2008 tjänstgjort utredaren Petter Odmark. Som sekreterare i utredningen har tjänstgjort civilekonomen Ole Settergren (18 februari 2008–30 april 2008), kanslirådet Patrik Andersson (24 april 2008–30 juni 2008), utredningssekreterare Ulf Öfverberg (1 september–1 november 2008) jur. kand. Marie Olsson (1 november 2008–30 april 2009) samt sedan 1 september 2008 jur. kand. Bodil Ljunghall.

Den 18 februari 2008 förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen professorn Kristina Alexandersson, överläkaren, MD, Sören Brage, chefsläkaren Lars Englund, professorn Sven-Ove Hansson, professorn Claes Hultling, sakkunnige Jan Lidhard, kanslirådet Anna Santesson och ämnesrådet Leif Westerlind. Till att som experter ingå i utredningen förordnades avdelningschefen Jan-Olof Dahlgren, verksamhetsutvecklaren Kristina Hylén Bengtsson och utredaren samt biträdande enhetschefen Jan Larsson.

Arbetsförmågeutredningen överlämnar härmed sitt slutbetänkande *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga* (SOU 2009: 89).

Stockholm i november 2009

Anna Hedborg

/ Petter Odmark
Bodil Ljunghall

Innehåll

Sammanfattning	11
Utredningens uppdrag	21
Författningsförslag	23
1 Velfärdspolitik och arbetsförmåga	69
1.1 Arbetslinjen.....	70
1.2 Arbetslinjen i socialförsäkringarna behöver stärkas	76
1.3 Velfärdsstaten.....	78
1.4 Val och omständigheter.....	81
1.5 Socialförsäkringen.....	85
2 Arbetsförmåga som politisk utmaning	89
2.1 Smalare port och bredare vägar tillbaka.....	90
2.2 Gränser	92
2.3 Tydlighet och legitimitet	95
2.4 Gränser men inte murar	98
2.5 Regler och verklighet.....	99
2.6 Måttet på framgång.....	100

3	Arbetsförmågebegrepp.....	105
3.1	Förmåga är relativt	106
3.2	Att beskriva individer.....	109
3.2.1	Funktion och aktivitet	112
3.3	Att kunna något	115
3.4	Försäkrad i befintligt skick.....	117
3.5	Nya begrepp i sjukförsäkringen	123
3.5.1	Ett eller två steg.....	124
3.5.2	Ett eller två begrepp	126
3.6	Begreppsöversikt	126
3.6.1	Arbetsförmåga.....	127
3.6.2	Arbets(o)förmåga på grund av sjukdom.....	128
3.6.3	Medicinska förutsättningar för arbete	128
3.6.4	Försörjningsförmåga.....	129
3.6.5	Begrepps kedjan i sjukförsäkringen	130
4	Sjukdom	133
4.1	Sjukdom enligt lagstiftningen.....	134
4.2	Hälsa/ohälsa/sjukdom	136
4.3	Diagnos och biologi, kultur och tidsanda.....	142
4.4	Medikaliseringsprocessen	144
4.5	Diagnoser av olika slag.....	146
4.6	Diagnoser ur sjukförsäkringens perspektiv	149
4.7	Sjukdomsbegreppet i Lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL.....	152
4.8	Särskilda avvägningar i samband med sjukförsäkringens sjukdomsbegrepp	155
4.8.1	Ledighet och ersättning vid nära anhörigs död	157
4.8.2	Skönhetsoperationer, estetisk kirurgi	161
4.8.3	Graviditet.....	163
4.8.4	Missbruk och beroende.....	167

5	Arbetsoförmåga på grund av sjukdom	171
5.1	Försäkringskassan och DFA-kedjan	172
5.2	Utvecklad bedömningskompetens	174
5.2.1	Diagnosspecifik kompetens hos Försäkringskassan.....	176
5.2.2	Vidareutveckling av Socialstyrelsens beluttsstöd med metoder att verifiera aktivitetsbegränsningar.....	176
6	Medicinska förutsättningar för arbete	179
6.1	Varaktighet och särskilda skäl.....	180
6.2	Aktivitetsbegränsning och reguljär arbetsmarknad.....	185
6.3	Normering via instrument.....	187
6.4	Generellt eller diagnosspecifikt instrument	189
6.5	Den medicinska frågan	191
6.6	Bedömning av medicinska förutsättningar för arbete för den som är arbetslös	193
6.6.1	Personer som uppbär aktivitetsstöd	194
6.7	Gränsen för rätt till ersättning	195
6.7.1	Olika gränser.....	200
6.7.2	Ersättning på andra grunder än aktivitetsbegränsningar	202
7	Försörjningsförmåga	205
7.1	Beslutssituationen vid dag 365.....	207
7.2	Exempel från grannländer	209
7.3	Aktuell och potentiell försörjningsförmåga.....	212
7.3.1	Aktuell försörjningsförmåga.....	213
7.3.2	Potentiell Försörjningsförmåga	215
7.4	Faktorer att överväga vid bedömning av försörjningsförmåga.....	216
7.4.1	Ålder	217
7.4.2	Utbildning och arbetslivserfarenhet.....	221
7.4.3	Omställningsförmåga	222
7.5	Rätt till sjuk- och aktivitetsersättning.....	224

8	Vägar till arbete	225
8.1	Sjukdom, ohälsa, arbete och försörjning	226
8.2	Sjukförsäkringen och Arbetsmarknadspolitiken.....	230
8.3	Sjukförsäkringens behov.....	231
8.4	Särskilt arbetsmarknadsprogram	233
8.4.1	Omställningsstöd	233
8.4.2	Gruppen sjukskrivna efter dag 180	236
8.5	Organisation	241
9	En ny sjukskrivningsprocess.....	243
9.1	Individen i centrum	243
9.2	Etableringsfasen – sjukvårdens roll	245
9.3	Anpassningsfas – arbetsgivarnas roll.....	250
9.4	Bedömning av medicinska förutsättningar för arbete – en professionell försäkringsutredning	253
9.4.1	Själva bedömningen.....	255
9.4.2	De som har tillräckliga medicinska förutsättningar för att försöka försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden	258
9.4.3	Vad kan individen förvänta sig?	260
9.4.4	Efter dag 365.....	263
10	Övriga frågor	265
10.1	Partiell sjukersättning	265
10.1.1	Anpassat eller partiellt arbete	265
10.1.2	En annorlunda partiell sjukersättning	267
10.2	Särskild inkomstutfillnad till personer som övergår till ett lägre betalt arbete.....	270
10.3	Studiemedel	271
10.4	En särskild myndighet för arbetsmarknadsstöd till sjuka	272
10.5	Arbetslösas akuta sjukskrivning.....	274

10.6	Rätt till sjukersättning	276
10.7	Omställningspenning	278
11	Konsekvensanalys.....	281
11.1	Förslagen i korthet.....	281
11.2	Förslagens konsekvenser för företag.....	282
11.3	Förslagens konsekvenser ur ett jämställdhetsperspektiv ...	283
11.4	Administrativa konsekvenser.....	283
12	Författningskommentar	285
12.1	Förslaget till ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	285
12.2	Förslaget till ändring i föräldraledighetslagen (1995:584)	292
12.3	Förslaget till ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön.....	293
12.4	Förslaget till ändring i lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård.....	294
12.5	Förslaget till ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring.....	296
12.6	Förslaget till ändring i semesterlagen (1977:480)	297
12.7	Förslaget till ändring i förordningen (1982:366) om utbetalning av dagersättningar från Försäkringskassan.....	297
12.8	Förslaget till ändring i socialförsäkringslagen (1999:799)	297
12.9	Förslaget till ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare	298
12.10	Förslaget till ändring i inkomstskattelagen (1999:1229)....	298
12.11	Förslaget till ändring i förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan	298

12.12 Förslaget till ändring i tjänstledighetsförordningen (1984:111)	298
12.13 Förslaget till ändring i förordningen (1995:938) om utbildningsbidrag för doktorander.....	299
12.14 Förslaget till ändring i förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd	299
12.15 Förslaget till ändring i lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension.....	300
12.16 Förslaget till ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift	300
12.17 Förslaget till ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter	300
12.18 Förslaget till ändring i förordningen(1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m.	300
12.19 Förslaget till ändring i Utsökningsbalken (1981:774)	301
12.20 Förslaget till ändring i studiestödslagen (1999:1395)	301
12.21 Förslaget till ändring i studiestödsförordningen (2000:655)	301
Särskilt yttrande.....	303
Referenser.....	305
Bilagor	
<i>Bilaga 1</i> Kommittédirektiv (Dir. 2008:11).....	309
<i>Bilaga 2</i> Tilläggsdirektiv (Dir. 2009:33).....	329
<i>Bilaga 3</i> Bedömning av funktionsförmåga inom hälso- och sjukvården i Finland – Finska Läkarsällskapet Duodecims och TELA:s publikationsserie ”Facultas”	331

Sammanfattning

Arbetsförmågeutredningens uppdrag var inledningsvis att göra en inventering av olika metoder som finns i Sverige och andra länder för att bedöma funktion och arbetsförmåga. Denna del av uppdraget redovisades i delbetänkandet *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsinstrument i Sverige och andra länder* SOU 2008:66.

Detta slutbetänkande innehåller, mot bakgrund av en diskussion om viktiga principer för en välfärdsstat av svenskt slag, förslag på tre områden av stor betydelse för de sjukförsäkrade och för sjukförsäkringen; hur *sjukdomsbegreppet* ska tolkas, hur *arbetsförmåga* ska förstås och bedömas i olika lägen och hur ett *särskilt arbetsmarknadsprogram* som knyts till beslutstillfällena i sjukförsäkringen i högre grad kan stärka individens egna resurser att hitta sin väg tillbaka till egen försörjning.

Välfärdspolitiken vilar på arbetslinjen, dvs. principen att den som kan också ska försörja sig själv. Vi har själva ansvar för våra liv, men välfärdspolitiken finns där för att utjämna förutsättningarna för förmågan att ta ansvar. Det vi ska ta ansvar för är det vi kan ta ansvar för. Ju mera förutsättningar och ju större stöd som ges oss, desto större blir också vår förmåga och därmed det egna ansvaret. Socialförsäkringarna finns slutligen där för dem som drabbas av omständigheter utanför den egna kontrollen som gör att det i vissa situationer inte är rimligt att det av individen ska krävas egen försörjning.

Den som drabbas av sjukdom eller skada så att arbetsförmågan förloras har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Hur begreppen sjukdom och arbetsförmåga ska förstås blir därmed av avgörande betydelse för vem som ska avkrävas försök att försörja sig själv och vem som får rätt till ersättning.

Det moderna sjukdomsbegreppet är vagt, undflyende och i många sammanhang gränslöst. Diagnoser finns för symtom som inte direkt går att knyta till olika kroppsfunktioner, men som ändå

är påtagliga och påverkar individen. Att det är sjukdom som ligger i botten är det rekvisit som ger tillträde till sjukförsäkringen som, liksom i de flesta välfärdsstater, ger generösare ersättning än andra socialförsäkringar för den aktiva befolkningen eftersom de svårast drabbade ofta ska leva många år med ersättningen.

Att sjukdom föreligger är dock inte tillräckligt för rätt till ersättning. Ytterst är det om arbetsförmågan påverkas av den aktivitetsbegränsning, som i sin tur orsakas av nedsättning av funktion i kropp eller i psyke, som avgör. Denna kedja, Diagnos → Funktionsnedsättning → Aktivitetsbegränsning (DFA-kedjan), finns redan som det tankemönster som t.ex. styr utformningen av blanketten som läkarna fyller i inför beslut om ersättning från sjukförsäkringen. Vi vill emellertid lyfta fram begreppet 'DFA-kedjan' och understryka hur grundläggande den är för sjukförsäkringens medicinska förankring. *Det är en professionell bedömning av DFA-kedjans tre led och en rimlig koppling dem emellan som krävs av hälso- och sjukvården för rätt till ersättning från sjukförsäkringen.*

Svensk hälso- och sjukvårds kunskapsunderlag, diagnoser och behandlingsprogram är och bör vara en del av den internationella utvecklingen. Sjukdom och diagnoser utan kända orsakssammanhang existerar och försäkringen bör inte förutsätta att det föreligger vissa typer av undersökningsfynd. När orsaken till sjukdomssymtomen är okända är det emellertid särskilt viktigt att det sista ledet i DFA-kedjan, aktivitetsbegränsningen, blir noggrant bedömd och rimligt kopplad till diagnosen.

Arbetsförmåga kan ha många orsaker. Sociala skäl och allmänna livsproblem ger inte rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Sjukdom som uppstår till följd av eller förvärras av t.ex. missbruk, sorg eller graviditet kan däremot medföra rätt till ersättning. Sociala problem är inte sjukdom men kan bidra till att sjukdom utvecklas.

Arbetsförmåga uppstår när en *bestämd individ utför specifika arbetsuppgifter i en specifik miljö*. Arbetsförmåga är alltså relationellt och situationsberoende. Så gott som alla människor har någon arbetsförmåga, om de har turen att finna exakt den kombination av uppgifter och miljö som passar dem, men sannolikheten att hitta den kan vara större eller mindre.

Vi föreslår att begreppet arbetsförmåga i sjukförsäkringen ska förbehållas dem som *har* ett arbete. I deras fall är det meningsfullt att bedöma aktivitetsbegränsningarna i DFA-kedjan i förhållande

till kraven i arbetet. Om individen på grund av sjukdom av terapeutiska skäl inte bör arbeta eller inte kan arbeta i sitt vanliga arbete, eller i något annat konkret arbete hos arbetsgivaren, saknas arbetsförmåga och finns rätt till ersättning. Läkarna och sjukvården har en nyckelroll i bedömningen.

När bedömningen efter 180 dagar i den s.k. rehabiliteringskedjan inte längre ska göras mot ett specifikt arbete, utan mot den reguljära arbetsmarknaden, blir bedömningssituationen radikalt annorlunda. Aktivitetsbegränsningarna på grund av sjukdom ska nu allmänt värderas mot vad arbetsmarknaden kräver. Det är då inte längre fråga om att kunna eller inte kunna, utan om hur *sannolikt* det är att individen kommer att kunna försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden och *vilka krav på omställning och ansträngning* som lagstiftaren har ansett ska gälla enligt försäkringsvillkoren. Vi föreslår att *medicinska förutsättningar för arbete* blir det begrepp som i sjukförsäkringen används för den situation när sjukdomens aktivitetsbegränsningar ska bedömas mot den reguljära arbetsmarknaden.

För att rättssäkert och enhetligt kunna bedöma medicinska förutsättningar för arbete föreslår vi att ett *instrument* utvecklas, dvs. ett protokoll som beskriver vilka aktivitetsbegränsningar individen drabbats av och vilka gränser som ska gälla för att en person inte ska anses ha förutsättningar att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden. Arbetsförmågeutredningen fick sitt utredningsuppdrag förlängt för att påbörja ett utvecklingsarbete kring ett instrument tillsammans med Försäkringskassan (bilaga 2). Ett förprojekt för en försöksverksamhet för att dels formulera frågeställningar om aktivitetsbegränsningar och utforma bedömningsprocessen, dels vetenskapligt utvärdera validitet och reliabilitet, pågår i Försäkringskassans regi.

Våra förslag till begrepp och deras innebörd är i och för sig inte beroende av det särskilda instrumentet, men det är vår uppfattning att en enhetlig och rättssäker bedömning avsevärt underlättas av att den tydligt uttalade tolkning av lagstiftningen som ligger i ett instrument blir verklighet.

Utredningen förordar att Försäkringskassan i utvecklingsarbetet av processen för att hantera prövningen av medicinska förutsättningar för arbete också prövar frågan att *medicinska team inklusive försäkringskompetens* inom myndighetens organisation genomför 180-dagarsprovningen. Teamen ska dels värdera det medicinska underlaget i ärendet och genom DFA-kedjan säkerställa att sjuk-

dom är grunden för sjukskrivningen, dels möta individen och klarlägga vilka aktivitetsbegränsningar som föreligger. Att klarlägga smärta, orörlighet, brist på koncentration och minnesförlust som exempel på aktivitetsbegränsningar kräver medicinsk kompetens, liksom att göra bedömningen att aktivitetsförlusten har ett rimligt samband med sjukdom. Det är önskvärt att Försäkringskassan inom sig har specialister på medicinskt betingade aktivitetsbegränsningar som tillsammans kan säkerställa och utveckla enhetliga och rättssäkra metoder. Det är också rimligt att de försäkrade som eventuellt ska få beskedet att de måste söka ett annat arbete på den reguljära arbetsmarknaden själva får möta de beslutsfattare som de upplever har deras öde i sina händer.

Däremot är det viktigt att inse att frågan om *vilken grad* av aktivitetsbegränsningar som ska krävas för att sjukskrivning ska bli aktuell vid bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete *inte är en medicinsk fråga*. När instrumentet finns kommer kalibreringen av gränsvärdena – hur nedsatt koncentrationsförmåga kan man ha, vad gäller om man blivit blind eller hur mycket fysisk ansträngning är rimlig och ändå avkrävas att försöka försörja sig i ett annat arbete – att behöva ske genom *politisk normering*. Frågan om vilken ansträngning som ska krävas av individen måste ges av försäkringens regelverk. Det finns inte längre en medicinsk sanning att luta sig mot.

Sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp har under lång tid kommit att bli allt mera medicinskt renodlat. Trots att lagstiftningen alltid har krävt att prövning så småningom skulle ske mot arbetsmarknaden och inte enbart mot eget arbete har sällan krav på omställning från eget arbete ställts. När sjukfrånvaron och förtidspensioneringarna ökat har regering och riksdag successivt skärpt kraven ytterligare så att nu tidsgränsen för att prövas mot den reguljära arbetsmarknaden är absolut (så när som på relativt begränsade särskilda skäl) och den medicinska renodlingen total.

Prövning sker ännu inte mot den reguljära arbetsmarknaden i den utsträckning som lagstiftaren har avsett. I takt med att det sker, och än mera om ett instrument kommer att etableras, kommer innebörden av en total medicinsk renodling att framgå. Den inbyggda hänsyn till vad som i försäkringssammanhang brukar kallas "befintligt skick", att bedömningen utgår från vem den enskilda personen är, som automatiskt finns så länge en bestämd persons arbetsförmåga bedöms mot ett specifikt arbete, är då borta.

180-dagarsprövningen är en standardiserad prövning där alla förutsätts lida samma skada av en viss aktivitetsbegränsning.

Vem man är, vilken utbildning, erfarenhet och övriga resurser man har för att kompensera för en aktivitetsbegränsning spelar emellertid roll. Vi föreslår därför att *försörjningsförmågan* ska bedömas hos de fortsatt sjukskrivna inför beslut om förlängd sjukpenning efter dag 365. Medicinska förutsättningar för arbete bestämmer fortfarande gränsen för tillräckliga aktivitetsbegränsningar på grund av sjukdom för att komma ifråga för förlängd sjukpenning. Därutöver ska hänsyn främst tas till *i första hand ålder, men också utbildning, erfarenheter och förmåga att lära nytt*. Genom en andra bedömning, som medför att de som har särskilda förutsättningar att försörja sig trots betydande aktivitetsbegränsningar också får särskilda skyldigheter att försöka, blir det mera logiskt att vid en så tidig bedömning som vid 180 dagar kräva omställning till annat arbete bara för dem som med *stor sannolikhet* har förmåga att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden. Den som drabbats av exempelvis blindhet eller en svår fysisk funktionsförlust kan få ytterligare tid att lära sig hantera sin situation och den framtida skyldigheten att försörja sig blir också beroende på övriga individuella förutsättningar.

Prövningen av medicinska förutsättningar för arbete kan (men måste inte) bli något mindre skarp jämfört med gällande teoretiskt mycket skarpa krav. I gengäld kan krav på omställning ställas högre vid bedömningen av försörjningsförmåga när hänsyn också kan tas till individens eventuellt kompenserande resurser. Att tillföra begreppet försörjningsförmåga kan förutsättas leda till att krav på omställning i högre grad kommer att riktas mot yngre och i lägre grad mot äldre med lägre utbildning, som haft ett fysiskt yrke och drabbats av stora fysiska aktivitetsbegränsningar.

För att ge reella förutsättningar för omorientering till annat arbete så tidigt som möjligt föreslår vi att den plan för samverkan som finns mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen omvandlas till ett *särskilt arbetsmarknadsprogram*. Dels bör de som efter dag 180 bedöms kunna försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden få rätt till vägledning och stöd så snart som de som arbetslösa ställer sig till arbetsmarknadens förfogande. Dels bör också den som är fortsatt sjukskriven efter dag 180 få stöd att upprätta en resursprofil som dels ska (i vissa delar) fungera som underlag vid bedömningen av försörjningsförmåga, dels ge individen möjligheter att efter förmåga, lust och nödvändighet

omorientera sig mot ett arbete som är förenligt med långsiktiga effekter av sjukdomen.

Utan formella förslag i frågan understryker vi att själva sjukskrivningsprocessen bör utvecklas så att individernas medverkan i och överblick över vad som sker stärks. Att individen känner sig ha kontroll över skeendet torde medverka till egen strävan att hitta vägar tillbaka till arbete. Långvarig sjukdom innehåller dessutom alltid risker för passivisering, varför det är särskilt viktigt att just sjukskrivningsprocessen stärker snarare än försvagar individens förutsättningar att ta makten över sin tillvaro.

I *kapitel ett* beskrivs spänningen mellan arbetslinjens olika krav och möjligheter. Det är när balans råder mellan individens rättigheter och skyldigheter som arbetslinjen kan upplevas på ett positivt sätt utgöra grunden för välfärdspolitiken. Detta stämmer också väl överens med den moderna välfärdsfilosofiska diskussionen om det personliga ansvaret, val och omständigheter. Vårt eget ansvar och våra valmöjligheter skapas i skärningspunkten mellan externa omständigheter och vår egen personlighet. Allt bär vi inte eget ansvar för, men en del. Vårt ansvar växer när välfärdssamhället erbjuder möjligheter, också när det gäller att försöka försörja sig själv.

Kapitel två beskriver den relativa karaktären hos arbetsförmågebegreppet. Gränser för när krav ska ställas på att människor bör försöka försörja sig själva behövs, t.ex. inom sjukförsäkringen. Men gränserna kan inte lyftas ur det system, den kultur och den tradition i vilka de ska verka. Det betyder att gränser mellan förmåga och oförmåga måste dras med respekt för deras provisoriska och ofullkomliga natur.

I *kapitel tre* presenteras en översikt över de begrepp vi föreslår för att bedöma arbetsförmåga vid de bedömningstillfällen som rehabiliteringskedjan innehåller. Grundläggande är DFA-kedjan, som ska säkerställa att sjukdom föreligger och beskriva vilka aktivitetsbegränsningar den lett till. Begreppet *arbetsförmåga* används enbart för den som har ett arbete, i rehabiliteringskedjan fram till dag 180. Vid prövningen som då ska göras mot den reguljära arbetsmarknaden introduceras begreppet *medicinska förutsättningar för arbete*. Vid prövningen av förlängd sjukpenning efter dag 365 läggs ytterligare ett antal kriterier till för att bedöma *försörjningsförmåga*.

Kapitel fyra ger en översikt av utvecklingen av det moderna samhällets sjukdomsbegrepp. Sverige kan inte ha en egen definition

utan är hänvisad till de internationellt vedertagna ofta vaga diagnoskriterierna. Vi föreslår inga formella förändringar av sjukdomsbegreppet; däremot pekar vi på hur viktig DFA-kedjan därför är för sjukförsäkringen och föreslår några lagändringar som ska bidra till att sjukförsäkringen som en försäkring mot inkomstbortfall på grund av *sjukdom* blir mer renodlad.

Vi föreslår att *särskild närståendepenning* ska kunna utges under högst tio arbetsdagar i anslutning till maka/makes/partners eller barns död.

Vi föreslår vidare att rätten till ersättning i form av sjuklön och sjukpenning vid *plastikkirurgiska operationer* endast ska omfatta rekonstruktiv kirurgi orsakad av medfödda deformiteter, utvecklingsrubbingar, trauma, infektion eller sjukdom. Detta måste då framgå av läkarintyget.

Vi föreslår också att en gravid kvinna som på grund av graviditeten anser sig behöva vara ledig från sitt arbete bör få rätt till *graviditetspenning* under 30 dagar. Ersättningsperioden kan påbörjas tidigast 30 dagar före beräknad förlossning och får inte tas ut efter förlossning. För att motverka nackdelen med statistisk diskriminering av unga kvinnor skulle en tredje s.k. pappamånad kunna införas, vilket i praktiken under överskådlig tid dessutom skulle göra att kostnaderna för graviditetspenningen ryms inom nuvarande kostnader.

Kapitlen fem, sex och sju fördjupar diskussionen om begreppen *arbetsförmåga*, *medicinska förutsättningar för arbete* respektive *försojningsförmåga*.

I *kapitel 8* föreslås, för att i tiden flytta fram och garantera insatser vid det nya tidigare bedömningstillfälle som följer av rehabiliteringskedjan, att Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans samverkansprogram omvandlas till en permanent verksamhet i form av ett särskilt arbetsmarknadsprogram, som ger rätt till stöd efter prövning av *medicinska förutsättningar för arbete*.

I *kapitel nio* beskrivs *sjukskrivningsprocessen*. Under sjukdomens första tid är framför allt hälso- och sjukvården av avgörande betydelse, medan de mer långvariga tillstånden alltmer blir en försäkringsfråga.

Såväl inom hälso- och sjukvården som inom sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken är bemötandet av den sjuke avgörande och vi betonar att utan systematiska utbildningsinsatser och en professionell förmåga att genomföra goda möten finns risk att intentionerna med andra förslag uteblir. Utgångspunkten måste var

att den sjuke möts med respekt och får kontroll och översikt över processen.

I det *tionde kapitlet* diskuteras mera översiktligt och utan skarpa förslag vilka ytterligare insatser som skulle kunna underlätta omställning till annat arbete för den som efter avslutad sjukskrivning inte kan gå tillbaka till sin tidigare arbetsgivare.

Ett område som berörs är *partiell sjukskrivning*. Den utredning av försörjningsförmågan som ska göras inför ställningstagandet till ersättning från dag 365 bör också omfatta eventuell partiell försörjningsförmåga. Vi förordar en ny form av partiell sjukersättning som kompenserar arbetsgivaren för nedsatt produktivitet och den anställde för den lägre lönen.

Ytterligare ett förslag som bör övervägas är om den som på grund av sjukdom tvingas ta ett sämre betalt arbete ska kunna få en *utfyllnad* motsvarande skillnaden mellan sjukersättning baserad på lönen i det tidigare arbetet och den nya lönen.

Studier på högskolenivå är allt oftare en förutsättning för en ny inriktning i arbetslivet och i kapitlet betonas vikten av att frågan om hur vuxenstudier ska finansieras blir utredd.

I betänkandet beskrivs de särskilda arbetsmarknadsinsatser som kommer att behövas för att ta fram en resursprofil och ge stöd för att finna nya vägar i arbetslivet. Kunskap behöver utvecklas kring hur stöd till sjuka med olika kvarvarande problem bör utformas. Det kan övervägas om dessa insatser bäst erbjuds genom en *särskild myndighet* som får i uppdrag att upphandla och successivt utveckla upphandlingskriterier.

Merparten av sjukfall bland arbetslösa är kortare än 14 dagar. Om de *första 14 dagarna* i ett sjukfall *ersattes inom arbetslöshetsförsäkringen* skulle flera vinster göras. Den sökande skulle slippa glapp i utbetalningen, Försäkringskassan skulle inte behöva beräkna den sjukpenninggrundande inkomsten, vilket skulle innebära en administrativ besparing, och sjukperiodens längd skulle beräknas på samma sätt som för den som är anställd och inledningsvis har sjuklön.

Slutligen pekas på att risk finns att den som dag 180 lämnar sjukförsäkringen för att söka arbete på den reguljära arbetsmarknaden kan drabbas av ekonomiska försämringar. Med hänsyn till att den som på grund av sjukdom inte längre kan klara sitt gamla arbete har lidit "skada" kan en utfyllnad till nivån på rehabiliteringspenningen övervägas under några månader. Om ersättningen under dessa månader utformas som medfinansiering från arbets-

givaren, som den slipper som gjort vad ”som skäligen kan krävas” ökar drivkrafterna för omställning och anpassning på den gamla arbetsplatsen.

Utredningens uppdrag och arbetsformer

Utredningens uppdrag var i ett första steg att göra en inventering av de olika metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga som för närvarande används i Sverige och andra länder.

I ett andra steg ingick att beskriva och analysera begreppet arbetsförmåga och presentera en begreppsapparat. Utredningen skulle analysera vad som läggs i begreppet och hur det används inom såväl socialförsäkringen, arbetsmarknadspolitiken som handikappolitiken. Utredaren skulle vidare beskriva och analysera begreppet sjukdom ur sjukförsäkringens perspektiv.

I uppdraget ingick även att närmare redovisa och analysera skillnaderna mellan kraven på individers omställning i socialförsäkringen och motsvarande krav inom arbetsmarknadspolitiken. Utgångspunkten för uppdraget har varit att individens funktionstillstånd ska tillmätas större betydelse vid bedömningen av arbetsförmågan. Begreppsapparat, bedömningskriterier och metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken ska också bli mera enhetliga.

Uppdraget har också inneburit att komma med förslag på användbara metoder samt om hur ett arbete med att ta fram ett metodstöd ska genomföras. Slutligen har utredningen fått ett tilläggsuppdrag att i samverkan med Försäkringskassan påbörja ett utvecklingsarbete av ett instrument för bedömning av arbetsförmåga.

Utredningen har alltså haft uppdraget att göra en begreppsanalys som kan leda till omedelbara effekter på språkbruket i lagstiftningen i den mån som slutsatserna godtas. De lagförslag vi lämnar är i huvudsak av sådan art, så när som på några materiella förslag som sammanhänger med behovet av att tydligare avgränsa vad som inte bör ses som sjukdom i sjukförsäkringen.

Det instrument som Försäkringskassan påbörjat utvecklingen av finns ännu inte och kommer mot bakgrund av internationella erfarenheter att ta flera år att utpröva så långt att det bör övervägas om någon ytterligare lagstiftning är aktuell.

I skrivelse till regeringen den 5 november 2009 avrapporterades det hittillsvarande arbetet med metodutveckling i Försäkringskassan.

Utredningen började sitt arbete i slutet av februari 2008 och i juni 2008 överlämnades ett delbetänkande som huvudsakligen omfattade utredningens första uppdrag, att inventera metoder.

Utredningen har inom ramen för referensgruppens arbete haft nio sammanträden med sakkunniga och experter och därutöver fått många värdefulla synpunkter från enskilda deltagare i referensgruppen.

Diskussioner har även förts med fackliga organisationer, arbetsgivarorganisationer och professionsföreträdare. Företrädare för utredningen har medverkat vid ett flertal konferenser och seminarier och fört dialoger om utredningens tankegångar.

Ett stort antal studiebesök har gjorts inom försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen för att få en bild av den praktiska handläggningen på myndigheterna.

Genom professor emeritus Peter Westerholm, Uppsala Universitet, och professor Gustav Wickström, Åbo Universitet, har utredningen fått inblick i det arbete som pågår i Finland med att ta fram enhetliga funktionsbedömningar för hälso- och sjukvården och i praktisk försäkringsmedicin. Rapporten ingår som bilaga i betänkandet.

Utredaren har också haft i uppdrag att lämna de förslag till författningsändringar som översynen av arbetsförmågebegreppet föranleder.

Utredningens direktiv finns som bilaga till betänkandet.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring,

dels att 3 kap. 7, 8, 8a §§, 4 kap. 7 a, 15, 17, 18 §§, 7 kap. 1, 2, 3, 3 b, 7 §§, 16 kap. 7, 7a, 7 b, 8 §§, 16 a kap. 1–2 §§, 22 kap. 2, 7, 9 §§ ska ha följande utformning,

dels att i lagen införs fyra nya paragrafer, 4 kap. 1 b, 4 a, 4 b, 8 a §§ samt att 3 kap. 9, 9 a §§ upphör att gälla.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap. Om sjukpenning

7 §

Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Med sjukdom jämställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgetts och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört.

För den som har ett arbete utges sjukpenning vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Med sjukdom jämställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgetts och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört. Med sjukdom jämställs

också arbetsförmåga orsakad av rekonstruktiva plastikkirurgiska ingrepp.

För den som saknar arbete utges sjukpenning vid sjukdom då den försäkrade har en tillräcklig nedsättning av de medicinska förutsättningar för arbete. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Med sjukdom jämföras ett tillstånd av nedsatta medicinska förutsättningar för arbete, som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgetts och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört. Med sjukdom jämföras också nedsatta medicinska förutsättningar för arbete orsakade av rekonstruktiva plastikkirurgiska ingrepp.

Saknar den försäkrade arbetsförmåga utges hel sjukpenning. Om arbetsförmågan inte saknas helt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels sjukpenning. Är arbetsförmågan nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv sjukpenning. I annat fall utges en fjärdedels sjukpenning.

Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska

Vid hel nedsättning av den försäkrade arbetsförmåga eller medicinska förutsättningar för arbete utges hel sjukpenning. Om arbetsförmågan eller de medicinska förutsättningarna för arbete inte är helt nedsatt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels sjukpenning. Är arbetsförmågan eller de medicinska förutsättningarna för arbete nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv sjukpenning. I annat fall utges en fjärdedels sjukpenning.

För den som har ett arbete ska det vid bedömningen av om

det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den anställde. Om den försäkrade på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärvsarbete under minst en fjärdedel av sin normala arbetstid en viss dag, ska hans eller hennes arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande mån den dagen.

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska det även beaktas om den försäkrade kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren.

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska *det dessutom, om det inte finns särskilda skäl mot det, beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden i övrigt, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.*

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar ska det alltid beaktas om den försäkrade har sådan förmåga som anges i femte stycket.

arbetsförmågan är nedsatt beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den anställde. Om den försäkrade på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärvsarbete under minst en fjärdedel av sin normala arbetstid en viss dag, ska hans eller hennes arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande mån den dagen.

Från och med den tidpunkt då den försäkrade som *har ett arbete* har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska det även beaktas om den försäkrade kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren.

Från och med den tidpunkt då den *som har ett arbete* har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska *vid bedömningen av rätten till sjukpenning, om inte beslut fattats om att särskilda skäl föreligger* beaktas om den försäkrade har *tillräckliga medicinska förutsättningar för arbete* på den reguljära arbetsmarknaden, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Ett ställningstagande till att särskilda skäl föreligger kan endast omfatta tiden fram till den dag då den försäkrade haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar. Den försäkrade ska underrättas om

ställningstagandet.

Vid bedömning av rätt till förlängd sjukpenning ska den försäkrades försörjningsförmåga prövas.

I de fall den försäkrade är i behov av någon åtgärd som avses i 7 b § eller 22 kap., ska bedömningen enligt fjärde – *sjunde* styckena göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga efter en sådan åtgärd

I de fall den försäkrade är i behov av någon åtgärd som avses i 7 b § eller 22 kap., ska bedömningen enligt fjärde – *åttonde* styckena göras med beaktande av den försäkrades förmåga efter en sådan åtgärd.

När det beräknas hur lång tid den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga enligt *tredje–sjätte* styckena ska dagar i sjukperioder läggas samman, om den försäkrade

1. har förvärvsarbetat under en period om mindre än 90 dagar mellan sjukperioderna, eller
2. inte har förvärvsarbetat alls mellan sjukperioderna.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning enligt femte – *åttonde* styckena ska göras i förhållande till högst ett heltidsarbete.

Vid prövning av den försäkrades rätt till sjukpenning för tid under vilken han eller hon annars skulle ha uppburit föräldrapenning, ska arbetsförmågan anses nedsatt endast i den utsträckning som den försäkrades förmåga att vårda barnet är nedsatt på grund av sjukdomen.

Om den försäkrade uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt denna lag eller särskild efterlevandepension enligt lagen (2000:462) om införande av lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring, ska vid

När det beräknas hur lång tid den försäkrade *som har ett arbete* har haft nedsatt arbetsförmåga enligt *fjärde–åttonde* styckena ska dagar i sjukperioder läggas samman, om den försäkrade

1. har förvärvsarbetat under en period om mindre än 90 dagar mellan sjukperioderna, eller
2. inte har förvärvsarbetat alls mellan sjukperioderna.

Om den försäkrade uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt denna lag eller särskild efterlevandepension enligt lagen (2000:462) om införande av lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring, ska vid

prövningen av den försäkrades rätt till sjukpenning bedöms av hans eller hennes arbetsförmåga ske med bortseende från den nedsättning av förmågan eller möjligheten att bereda sig inkomst genom arbete som ligger till grund för den sjukersättning, aktivitetsersättning, pension eller livränta som utges.

prövningen av den försäkrades rätt till sjukpenning bedöms av hans eller hennes arbetsförmåga eller *medicinska förutsättningar för arbete* ske med bortseende från den nedsättning av förmågan eller möjligheten att bereda sig inkomst genom arbete som ligger till grund för den sjukersättning, aktivitetsersättning, pension eller livränta som utges.

För en försäkrad som förvärvsarbetar med stöd av 16 a kap. 2 § ska nedsättningen av arbetsförmågan, om det inte går att avgöra under vilken tid och till vilket förvärvsarbete nedsättningen är hänförlig, i första hand anses hänförlig till sådant förvärvsarbete som avses i 16 a kap. 2 §.

Den försäkrade ska till Försäkringskassan ge in läkarintyg för att styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen.

Den försäkrade ska om Försäkringskassan begär det till Försäkringskassan ge in en skriftlig särskild försäkran avseende nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom. Den särskilda försäkran ska innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmågan än försäkran

8 §

Den försäkrade *som har ett arbete* ska till Försäkringskassan ge in läkarintyg för att styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen. *Den som saknar arbete ska på samma sätt ge in läkarintyg för att styrka de nedsatta medicinska förutsättningarna för arbete.*

Den försäkrade *som har ett arbete* ska om Försäkringskassan begär det till Försäkringskassan ge in en skriftlig särskild försäkran avseende nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom. Den särskilda försäkran ska innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmågan än för-

enligt första stycket.

Uppgifterna i den särskilda försäkringen ska lämnas på heder och samvete.

säkringen enligt första stycket.

Försäkrad som saknar arbete ska om Försäkringskassan begär det ge in en skriftlig särskild försäkringen avseende sjukdomen inverkan på de medicinska förutsättningarna för arbete.

Uppgifterna i den särskilda försäkringen ska lämnas på heder och samvete.

8 a §

Försäkringskassan *skall*, om det behövs för att kunna bedöma i vilken mån den försäkrades *arbetsförmåga fortfarande är nedsatt* på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, begära att han eller hon genomgår utredning eller deltar i ett särskilt möte (avstämningmöte) för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering.

Försäkringskassan *ska*, om det behövs för att kunna bedöma i vilken mån den försäkrades *nedsättning av arbetsförmåga, medicinska förutsättningar för arbete eller försörjningsförmåga* på grund av sjukdom fortfarande består samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, begära att han eller hon genomgår utredning eller deltar i ett särskilt möte (avstämningmöte) för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd, förmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering.

4 kap. Om föräldrapenningförmåner

1 §

En försäkrad förälder har rätt till föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning (föräldrapenningförmåner) enligt detta kapitel.

1 b §

En försäkrad gravid kvinna har rätt till graviditetspenning och särskild graviditetspenning enligt detta kapitel.

4 a §

En gravid kvinna har rätt till graviditetspenning under högst 30 dagar om hon anser sig behöva avstå från förvärsarbete på grund av graviditeten. Ersättning utges tidigast från och med den trettionde dagen före den beräknade tidpunkten för barnets födelse.

En gravid kvinna har rätt till särskild graviditetspenning om havandeskapet har satt ned hennes förmåga att utföra uppgifterna i sitt förvärsarbete med minst en fjärdedel och hon inte kan omplaceras till annat mindre ansträngande arbete enligt 19 § föräldraledighetslagen. Ersättning utges tidigast från och med den sextionde dagen före den beräknade tidpunkten för barnets födelse och längst till den trettionde dagen.

En kvinna har även rätt till särskild graviditetspenning när kvinnan inte får sysselsättas i sitt förvärsarbete på grund av en föreskrift om förbud mot arbete under havandeskap, som har meddelats med stöd av 4 kap. 6 § arbetsmiljölagen (1977:1160), om hon inte kan omplaceras till annat arbete enligt 18 § föräldraledighetslagen. Ersättning utges för varje dag som förbudet gäller.

Som förvärsarbete ska inte betraktas sådant förvärsarbete som utförs under tid då kvinnan förvärsarbetar med stöd av 16 a kap. 2 §. Om det inte går att avgöra

under vilken tid kvinnan avstår från förvärsarbete ska frånvaron i första hand anses som frånvaro från sådant förvärsarbete som avses i 16 a kap. 2§.

4 b §

En kvinna som önskar särskild graviditetspenning ska ansöka därom. För att graviditetspenning ska utges krävs en anmälan.

Försäkringskassan får begära att kvinnan till stöd för sin rätt till särskild graviditetspenning inger utlåtande av sin arbetsgivare samt läkarutlåtande.

I beslutet om graviditetspenning och särskild graviditetspenning ska anges under vilken tid ersättning kan utges.

Vad i lag eller annan författning föreskrivs om sjukpenning gäller ifråga om graviditetspenning och särskild graviditetspenning med undantag av bestämmelserna om ersättning för merutgifter i 3 kap. 7 a § och om karenstid i 3 kap. 11 §. Vidare ska graviditetspenning och särskild graviditetspenning, med avvikelse från vad som anges i 3 kap. 4 § första stycket 1 och 10 a § första stycket 1, utges med 80 procent även för den första dagen och även om sjukpenning enligt 3 kap. 4 § första stycket 2 eller 3 respektive 10 a § första stycket 2 eller 3 redan har utgivits för maximalt antal dagar.

7 a §

Föräldrapenning med belopp motsvarande förälderns sjukpenning *utges* för tid som normalt är arbetsfri för föräldern endast om han eller hon i direkt anslutning till den arbetsfria tiden uppbär motsvarande eller högre föräldrapenning. Detta gäller dock endast för perioder av arbetsfri tid om högst fyra dagar.

Föräldrapenning, *graviditetspenning och särskild graviditetspenning utges* med belopp motsvarande förälderns sjukpenning för tid som normalt är arbetsfri för föräldern endast om han eller hon i direkt anslutning till den arbetsfria tiden uppbär motsvarande eller högre föräldrapenning, graviditetspenning eller särskild graviditetspenning. Detta gäller dock endast för perioder av arbetsfri tid om högst fyra dagar.

8 a §

Graviditetspenning och särskild graviditetspenning utges som hel ersättning när kvinnan helt avstår från förvärvsarbete och tre fjärdedelar, halv eller en fjärdedel när kvinnan arbetar högst en fjärdedel, hälften eller tre fjärdedelar av sin normala arbetstid.

15 §

Föräldrapenningförmåner får inte utges för tid innan anmälan gjorts hos Försäkringskassan. Detta gäller dock inte om hinder förelegat för sådan anmälan eller det finns särskilda skäl för att förmånen ändå bör betalas ut.

Föräldrapenningförmåner *och graviditetspenning* får inte utges för tid innan anmälan gjorts hos Försäkringskassan. Detta gäller dock inte om hinder förelegat för sådan anmälan eller det finns särskilda skäl för att förmånen ändå bör betalas ut.

17 §

Föräldrapenningförmåner utges inte i den mån föräldern för samma dag uppbär sjukpen-

Föräldrapenningförmåner, *graviditetspenning och särskild graviditetspenning* utges inte i

ning enligt denna lag eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller uppbär motsvarande ersättning enligt annan författning eller på grund av regeringens beslut i ett särskilt fall eller uppbär sjuklön eller annan ersättning enligt lagen (1991:1047) om sjuklön. Utan hinder härav utges dock föräldrapenningförmånen om den avser annan tid än sjukpenningen eller den andra ersättningen.

Föräldrapenningförmåner utges inte för dag då föräldern är semesterledig enligt semesterlagen.

Bestämmelserna i 3 kap. 6 §, 16 § första–femte styckena och 17 § första stycket b samt andra stycket tillämpas även i fråga om föräldrapenningförmåner. Bestämmelserna i 3 kap. 15 § och 17 § första stycket a tillämpas även i fråga om tillfällig föräldrapenning.

Om en föräldrapenningförmån tillkommer en förälder som inte har fyllt 18 år, får Försäkringskassan på framställning

den mån föräldern för samma dag uppbär sjukpenning enligt denna lag eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller uppbär motsvarande ersättning enligt annan författning eller på grund av regeringens beslut i ett särskilt fall eller uppbär sjuklön eller annan ersättning enligt lagen (1991:1047) om sjuklön. Utan hinder härav utges dock föräldrapenningförmånen, *graviditetspenningen och den särskilda graviditetspenningen* om den avser annan tid än sjukpenningen eller den andra ersättningen.

Föräldrapenningförmåner, *graviditetspenning och särskild graviditetspenning* utges inte för dag då föräldern är semesterledig enligt semesterlagen.

18 §

Bestämmelserna i 3 kap. 6 §, 16 § första femte styckena och 17 § första stycket b samt andra stycket tillämpas även i fråga om föräldrapenningförmåner, *graviditetspenning och särskild graviditetspenning*.

Bestämmelserna i 3 kap. 15 § och 17 § första stycket a tillämpas även i fråga om tillfällig föräldrapenning, *graviditetsersättning och särskild graviditetspenning*.

Om en föräldrapenningförmån, *graviditetspenning eller särskild graviditetspenning* tillkommer en förälder respektive

av socialnämnden besluta att föräldrapenningen helt eller delvis skall utbetalas till annan person eller till nämnden att användas till föräldrarnas och familjens nytta.

en gravid kvinna som inte har fyllt 18 år, får Försäkringskassan på framställning av socialnämnden besluta att föräldrapenningen, graviditetspenningen eller *den särskilda graviditetspenningen* helt eller delvis skall utbetalas till annan person eller till nämnden att användas till föräldrarnas, *den gravida kvinnans* och familjens nytta.

7 kap. Om sjukersättning och aktivitetsersättning

1 §

En försäkrad vars *arbetsförmåga* är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan och som var försäkrad vid försäkringsfallet har enligt bestämmelserna i detta kapitel rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. För rätt till sjukersättning krävs att *arbetsförmågan* kan anses stadigvarande nedsatt och att åtgärder som avses i 3 kap. 7 b § eller 22 kap. inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon *arbetsförmåga*. För rätt till aktivitetsersättning krävs att nedsättningen kan antas bestå under minst ett år.

En försäkrad som på grund av funktionshinder ännu inte har avslutat sin skolgång på grundskolenivå och gymnasial nivå har enligt vad som närmare

En försäkrad vars *försörjningsförmåga* är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan och som var försäkrad vid försäkringsfallet har enligt bestämmelserna i detta kapitel rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning. För rätt till sjukersättning krävs att *försörjningsförmågan* kan anses vara stadigvarande nedsatt och att åtgärder som avses i 3 kap. 7 b § eller 22 kap. inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon *försörjningsförmåga*. För rätt till aktivitetsersättning krävs att nedsättningen kan antas bestå under minst ett år.

En försäkrad som på grund av funktionshinder ännu inte har avslutat sin skolgång på grundskolenivå och gymnasial nivå har enligt vad som närmare

anges i 7 § rätt till aktivitetsersättning under den tid skolgången varar oavsett om *arbetsförmågan är nedsatt* eller inte.

Försäkrad, vars *arbetsförmåga* är helt eller i det närmaste helt nedsatt, får hel sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Försäkrad, vars *arbetsförmåga* inte är nedsatt i sådan grad men med minst tre fjärdedelar, får tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Är den försäkrades *arbetsförmåga* nedsatt i mindre grad men med minst hälften, utges halv sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Vid bedömningen av i vad mån *arbetsförmågan är nedsatt* ska det beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Bedömningen ska göras efter samma grunder oavsett arten av den föreliggande nedsättningen av prestationsförmågan. Med inkomst av arbete likställs i skälig omfattning värdet av hushållsarbete i hemmet.

Bedömningen av *arbetsförmågans* nedsättning enligt första stycket ska göras i förhållande

anges i 7 § rätt till aktivitetsersättning under den tid skolgången varar oavsett om *försörjningsförmåga föreligger* eller inte.

2 §

Försäkrad, vars *försörjningsförmåga* är helt eller i det närmaste helt nedsatt, får hel sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Försäkrad, vars *försörjningsförmåga* inte är nedsatt i sådan grad men med minst tre fjärdedelar, får tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Är den försäkrades *försörjningsförmåga* nedsatt i mindre grad men med minst hälften, utges halv sjukersättning eller aktivitetsersättning.

3 §

Vid bedömningen av i vad mån *försörjningsförmåga föreligger* ska det beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Bedömningen ska göras efter samma grunder oavsett arten av den föreliggande nedsättningen av prestationsförmågan. Med inkomst av arbete likställs i skälig omfattning värdet av hushållsarbete i hemmet.

Bedömningen av *försörjningsförmågan* enligt första stycket ska göras i förhållande till ett

till ett heltidsarbete.

Är den försäkrade föremål för åtgärd av beskaffenhet, som anges i 3 kap. 7 b § eller 22 kap. 7 §, ska *arbetsförmågan under tiden för åtgärden* anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är hindrad att utföra förvärvsarbete.

heltidsarbete.

Är den försäkrade föremål för åtgärd av beskaffenhet, som anges i 3 kap. 7 b § eller 22 kap. 7 § ska *den försäkrades försörjningsförmåga* anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är hindrad att utföra förvärvsarbete.

3 b §

Försäkringskassan *skall*, när det kan anses nödvändigt för bedömningen av om rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning föreligger, begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller genomgår annan utredning såsom arbetsprovning eller arbetsträning, för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, *arbetsförmågan och* behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

När det kan anses nödvändigt för bedömning av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning, *skall* Försäkringskassan även

1. begära in utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig,
2. göra förfrågan hos den försäkrade, den försäkrades arbetsgivare, läkare eller någon annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter,
3. besöka den försäkrade, samt
4. undersöka om den försäkrade efter sådan åtgärd som avses i 3 kap. 7 b § eller 22 kap. helt eller delvis kan försörja sig själv genom arbete.

Försäkringskassan *skall* i samband med beslut om sjukersättning som skall utges tills vidare

Försäkringskassan *ska*, när det kan anses nödvändigt för bedömningen av om rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning föreligger, begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller genomgår annan utredning såsom arbetsprovning eller arbetsträning, för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, *försörjningsförmåga samt* behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

När det kan anses nödvändigt för bedömning av rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning, *ska* Försäkringskassan även

Försäkringskassan *ska* i samband med beslut om sjukersättning som ska utges tills vidare

besluta att en ny utredning av den försäkrades *arbetsförmåga skall* göras efter viss tid, dock senast inom tre år räknat från beslutet. Efter en sådan utredning *skall* Försäkringskassan, så länge rätt till sjukersättning föreligger, besluta att ytterligare utredning av *arbetsförmågan skall* göras efter viss tid, dock senast inom tre år räknat från det att föregående utredning slutfördes. Om den försäkrade har fyllt sextio år behöver beslut om utredning inte fattas.

Försäkringskassan kan även under tid som sjukersättning eller aktivitetsersättning utges vidta åtgärder enligt första och andra styckena. Innan beslut fattas om medicinsk utredning enligt första eller andra stycket skall, när det kan anses nödvändigt, försäkringsläkarens bedömning inhämtas.

7 §

2. Vid prövning av rätten till aktivitetsersättning enligt första stycket bortses från vad som i detta kapitel sägs om *arbetsförmågans* nedsättning.

2. Vid prövning av rätten till aktivitetsersättning enligt första stycket bortses från vad som i detta kapitel sägs om *försörjningsförmågans* nedsättning.

16 kap. Om utbetalning av sjukersättning och aktivitetsersättning m.m.

7 §

Om *arbetsförmågan* väsentligt förbättras för en försäkrad som uppbär aktivitetsersättning, ska förmånen dras in eller minskas med hänsyn till förbättringen. En försäkrad som regelbundet och under en längre tid har uppvisat en *arbetsförmåga* som han eller hon antogs sakna när beslutet om

Om *försörjningsförmågan* väsentligt förbättras för en försäkrad som uppbär aktivitetsersättning, ska förmånen dras in eller minskas med hänsyn till förbättringen. En försäkrad som regelbundet och under en längre tid har uppvisat en *försörjningsförmåga* som han eller hon antogs sakna när beslutet om

aktivitetsersättning fattades ska därvid, om inte annat framkommer, antas ha en väsentligt förbättrad *arbetsförmåga*.

Sådan aktivitetsersättning som har vilandeförklarats enligt 16 § får inte dras in eller minskas på grund av att den försäkrade under den tid och i den omfattning som anges i beslutet genom förvärvsarbete eller studier har uppvisat en väsentligt förbättrad *arbetsförmåga*.

aktivitetsersättning fattades ska därvid, om inte annat framkommer, antas ha en väsentligt förbättrad *försörjningsförmåga*.

Sådan aktivitetsersättning som har vilandeförklarats enligt 16 § får inte dras in eller minskas på grund av att den försäkrade under den tid och i den omfattning som anges i beslutet genom förvärvsarbete eller studier har uppvisat en väsentligt förbättrad *försörjningsförmåga*.

7 a §

Om *arbetsförmågan* förbättras för en försäkrad som uppbär sjukersättning ska förmånen dras in eller minskas med hänsyn till förbättringen. En försäkrad som har uppvisat en *arbetsförmåga* som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades ska därvid, om inte annat framkommer, antas ha en förbättrad *arbetsförmåga*.

Sådan sjukersättning som har vilandeförklarats enligt 16 § får inte dras in eller minskas på grund av att den försäkrade under tid och i den omfattning som anges i beslutet genom förvärvsarbete eller studier har uppvisat en förbättrad *arbetsförmåga*.

Sjukersättning, som utges tills vidare, som ska minskas eller dras in på grund av att *arbetsförmågan* har förbättrats

Om *försörjningsförmågan* förbättras för en försäkrad som uppbär sjukersättning ska förmånen dras in eller minskas med hänsyn till förbättringen. En försäkrad som har uppvisat en *försörjningsförmåga* som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning fattades ska därvid, om inte annat framkommer, antas ha en förbättrad *försörjningsförmåga*.

Sådan sjukersättning som har vilandeförklarats enligt 16 § får inte dras in eller minskas på grund av att den försäkrade under tid och i den omfattning som anges i beslutet genom förvärvsarbete eller studier har uppvisat en förbättrad *försörjningsförmåga*.

Sjukersättning, som utges tills vidare, som ska minskas eller dras in på grund av att *försörjningsförmågan* har förbättrats

får utges till dess att den försäkrade fått ett arbete som motsvarar den förbättring som uppkommit, dock längst sex månader.

En försäkrad som förvärvsarbetar med utnyttjande av en *arbetsförmåga* som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning eller aktivitetsersättning fattades har inte rätt att uppbära sådan ersättning för samma tid och i den omfattning som förvärvsarbetet utförs.

Detsamma gäller om *arbetsförmågan* för den som uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning förbättras respektive väsentligt förbättras utan att han eller hon avser att

- börja förvärvsarbeta,
- börja förvärvsarbeta i större utsträckning än tidigare eller
- fortsätta att förvärvsarbeta efter tid som avses i 16 §.

Anmälan om förvärvsarbete ska göras innan detta påbörjas, utökas eller fortsätter efter tid som avses i 16 §. Anmälan om förbättrad respektive väsentligt förbättrad *arbetsförmåga* ska göras utan oskäligt dröjsmål.

rats får utges till dess att den försäkrade fått ett arbete som motsvarar den förbättring som uppkommit, dock längst sex månader.

7 b §

En försäkrad som förvärvsarbetar med utnyttjande av en *försörjningsförmåga* som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättning eller aktivitetsersättning fattades har inte rätt att uppbära sådan ersättning för samma tid och i den omfattning som förvärvsarbetet utförs.

8 §

Detsamma gäller om *försörjningsförmågan* förbättras för den som uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning respektive väsentligt förbättras utan att han eller hon avser att

- börja förvärvsarbeta,
- börja förvärvsarbeta i större utsträckning än tidigare eller
- fortsätta att förvärvsarbeta efter tid som avses i 16 §.

Anmälan om förvärvsarbete ska göras innan detta påbörjas, utökas eller fortsätter efter tid som avses i 16 §. Anmälan om förbättrad respektive väsentligt förbättrad *försörjningsförmåga* ska göras utan oskäligt dröjsmål.

16 a kap. Särskilda bestämmelser om sjukersättning

1 §

För den som för juni 2008 hade rätt till sjukersättning enligt 7 kap. 1 § och vars *arbetsförmåga* har ansetts varaktigt nedsatt (icke tidsbegränsad sjukersättning) ska bestämmelserna i detta kapitel gälla i stället för bestämmelserna i 16 kap. 7 a, 8, 14 och 16–18 §§ om inte annat följer av 14 eller 15 §. Detsamma gäller för den som före den 1 juli 2008 beviljats icke tidsbegränsad sjukersättning för tid från och med juli 2008.

För den som för juni 2008 hade rätt till sjukersättning enligt 7 kap. 1 § och vars *försörjningsförmåga* har ansetts varaktigt nedsatt (icke tidsbegränsad sjukersättning) ska bestämmelserna i detta kapitel gälla i stället för bestämmelserna i 16 kap. 7 a, 8, 14 och 16–18 §§ om inte annat följer av 14 eller 15 §. Detsamma gäller för den som före den 1 juli 2008 beviljats icke tidsbegränsad sjukersättning för tid från och med juli 2008.

2 §

Försäkringskassan får efter ansökan av den försäkrade besluta att hans eller hennes sjukersättning, i den omfattning som anges i 3 och 4 §§, ska betalas ut när den försäkrade förvärvsarbetar med utnyttjande av en *arbetsförmåga* som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättningen fattades.

Försäkringskassan får efter ansökan av den försäkrade besluta att hans eller hennes sjukersättning, i den omfattning som anges i 3 och 4 §§, ska betalas ut när den försäkrade förvärvsarbetar med utnyttjande av en *försörjningsförmåga* som han eller hon antogs sakna när beslutet om sjukersättningen fattades.

22 kap. Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning

2 §

Rehabilitering enligt detta kapitel skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom *sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.*

Rehabilitering enligt detta kapitel skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom *sin arbetsförmåga, sina medicinska förutsättningar för arbete, eller sin försörjningsförmåga.*

Rehabiliteringsersättning utges när en försäkrad, vars *arbetsförmåga* till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel, deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva *nedsättning av arbetsförmågan*.

Saknar den försäkrade *arbetsförmåga* utges hel rehabiliteringspenning. Om *arbetsförmågan* inte saknas helt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels rehabiliteringspenning. Är *arbetsförmågan* nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv rehabiliteringspenning. I annat fall utges en fjärdedels rehabiliteringspenning.

Arbetsförmågan ska under tiden för rehabiliteringsåtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

Vid tillämpning av första stycket ska det bortses från sådan *arbetsförmåga* som den försäkrade nyttjar i samband med förvärvsarbete som utförs med stöd av 16 a kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäk-

7 §

Rehabiliteringsersättning utges när en försäkrad, vars *arbetsförmåga, medicinska förutsättningar för arbete, eller försörjningsförmåga* till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel, deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva *aktivitetsbegränsningen*.

9 §

Saknar den försäkrade *arbetsförmåga, medicinska förutsättningar för arbete, eller försörjningsförmåga* utges hel rehabiliteringspenning. Om *förmågan* inte saknas helt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels rehabiliteringspenning. Är *förmågan* nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv rehabiliteringspenning. I annat fall utges en fjärdedels rehabiliteringspenning.

Förmågan ska under tiden för rehabiliteringsåtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

Vid tillämpning av första stycket ska det bortses från sådan *försörjningsförmåga* som den försäkrade nyttjar i samband med förvärvsarbete som utförs med stöd av 16 a kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän för-

ring. Om det inte går att avgöra under vilken tid och till vilket förvärvsarbete nedsättningen av *arbetsförmågan* är hänförlig ska denna i första hand anses hänförlig till sådant förvärvsarbete som avses i 16 a kap. 2 §.

säkring. Om det inte går att avgöra under vilken tid och till vilket förvärvsarbete nedsättningen av *försörjningsförmågan* är hänförlig ska denna i första hand anses hänförlig till sådant förvärvsarbete som avses i 16 a kap. 2 §.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

2 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:1755) om särskilda insatser för personer med tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning

Härigenom föreskrivs att 1, 2 och 3 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

För den som får tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring *skall* särskilda insatser göras för att han eller hon skall kunna få en anställning motsvarande den återstående *arbetsförmågan*.

Försäkringskassan ansvarar för att särskilda insatser kommer till stånd för att bereda försäkrade med tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning en anställning motsvarande den återstående *arbetsförmågan*.

Föreslagen lydelse

1 §

För den som får tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring *ska* särskilda insatser göras för att han eller hon skall kunna få en anställning motsvarande den återstående *försörjningsförmågan*.

2 §

Försäkringskassan ansvarar för att särskilda insatser kommer till stånd för att bereda försäkrade med tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning en anställning motsvarande den återstående *försörjningsförmågan*.

3 §

För den som får tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning och som bereds en anställning med lönebidrag eller hos Samhall Aktiebolag motsvarande den återstående *arbetsförmågan*, betalas ersättning för kostnaderna för anställningen från den allmänna försäkringen enligt grunder som regeringen bestämmer.

För den som får tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning och som bereds en anställning med lönebidrag eller hos Samhall Aktiebolag motsvarande den återstående *försörjningsförmågan*, betalas ersättning för kostnaderna för anställningen från den allmänna försäkringen enligt grunder som regeringen bestämmer.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1988:1773) om ersättning vid särskilda insatser för personer med tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Härigenom föreskrivs att 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Försäkringskassan ska under-
rätta Arbetsförmedlingen om
vilka personer som får tre
fjärdedels sjukersättning eller
aktivitetsersättning och som
står till förfogande för arbete
motsvarande den återstående
arbetsförmågan. Underrättelsen
ska lämnas när beslut om sjuk-
ersättning eller aktivitetsersätt-
ning meddelas eller vid den
senare tidpunkt då den försä-
krade står till förfogande för
arbete motsvarande den åter-
stående *arbetsförmågan*.

3 §

Försäkringskassan ska under-
rätta Arbetsförmedlingen om
vilka personer som får tre
fjärdedels sjukersättning eller
aktivitetsersättning och som
står till förfogande för arbete
motsvarande den återstående
försörjningsförmågan. Underrät-
telsen ska lämnas när beslut om
sjukersättning eller aktivitetser-
sättning meddelas eller vid den
senare tidpunkt då den försäk-
rade står till förfogande för
arbete motsvarande den åter-
stående *försörjningsförmågan*.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011.

4 Förslag till lag om ändring i föräldraledighetslagen (1995:584)

Härigenom föreskrivs att 1 § fjärde punkten, 3 § andra stycket ska ha följande lydelse samt att den nya paragrafen 4 a och ett tredje stycke i 13 § införs.

Nuvarande lydelse

Särskilda bestämmelser om ledighet och omplacering för kvinnliga arbetstagare som väntar barn, nyligen fött barn eller som ammar finns i 18–21 §§.

Föreslagen lydelse

3 §

Särskilda bestämmelser om ledighet och omplacering för kvinnliga arbetstagare som väntar barn, nyligen fött barn eller som ammar finns i 4 a § och i 18–21 §§.

4 a §

En arbetstagare har rätt att vara ledig från sitt arbete under de dagar före beräknad förlossning hon uppbär graviditetspenning eller särskild graviditetspenning enligt 4 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring. Kvinnan har rätt att vara helt ledig eller att förkorta den dagliga arbetstiden med en fjärdedel, hälften eller tre fjärdedelar.

13 §

En kvinna som vill utnyttja sin rätt till ledighet med stöd av 4 a § ska anmäla ledigheten till arbetsgivaren senast två veckor innan ledighetens början.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

5 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

Härigenom föreskrivs att en tredje punkt införs i 5 § med följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §

En arbetsgivare är inte skyldig att utge sjuklön om arbetstagaren
*3. drabbats av arbetsoförmåga
till följd av plastikkirurgiskt in-
grepp såvida inte ingreppet utförts
i rekonstruerande syfte.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

6 Förslag till lag om ändring i lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård

Härigenom föreskrivs att tillägget ”samt i anslutning till nära anhörigs död” görs till lagens namn samt att 1, 2 §§, 3 § andra stycket, 5, 6, 9, 11 §§, 14 § första stycket och 20 § ska ha följande lydelse. Ett nytt tredje stycke införs i 4 §.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

Denna lag innehåller bestämmelser om rätt till ersättning och ledighet i samband med att en svårt sjuk person vårdas av en närstående.

Denna lag innehåller bestämmelser om rätt till ersättning och ledighet i samband med att en svårt sjuk person vårdas av en närstående.

Lagen innehåller även regler om rätt till ersättning och ledighet för nära anhörig vid avstående från förvärosarbete i anslutning till att make/maka/partner/sambo eller barn avlider.

2 §

Ersättning utges från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

3 §

Som villkor för tillämpningen av denna lag gäller vidare att vården ges här i landet och att den sjuke omfattas av socialförsäkringslagen.

Som villkor för tillämpningen av denna lag gäller vidare *ifråga om närståendepenning* att vården ges här i landet och att den sjuke omfattas av socialförsäkringslagen.

5 §

Ersättning utges med belopp motsvarande vårdarens sjukpenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring med de av-

Ersättning *i form av närståendepenning eller särskild närståendepenning* utges med belopp motsvarande vårdarens

vikelser som följer av 8 och 9 §§. Vid tillämpning av 3 kap. 4 § första stycket och 10 a § första stycket lagen om allmän försäkring ska dock gälla att närståendepenning utges även för den första dagen i ersättningsperioden och alltid med det belopp som anges i 3 kap. 4 § första stycket 2 respektive 10 a § första stycket 2 nämnda lag.

eller den nära anhöriges sjukpenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring med de avvikelser som följer av 8 och 9 §§. Vid tillämpning av 3 kap. 4 § första stycket och 10 a § första stycket lagen om allmän försäkring ska dock gälla att närståendepenning *och särskild närståendepenning* utges även för den första dagen i ersättningsperioden och alltid med det belopp som anges i 3 kap. 4 § första stycket 2 respektive 10 a § första stycket 2 nämnda lag.

Ersättning utges för högst 240 dagar sammanlagt för vård av person som avses i 4 § första stycket andra och tredje meningarna och för högst 60 dagar sammanlagt för varje annan person som vårdas.

6 §

Ersättning i form av närståendepenning utges för högst 240 dagar sammanlagt för vård av person som avses i 4 § första stycket andra och tredje meningarna och för högst 60 dagar sammanlagt för varje annan person som vårdas.

Ersättning i form av särskild närståendepenning utges för högst tio dagar.

Utan hinder av föreskrifterna i 8 § första stycket beräknas ersättning enligt 3 kap. 4 § första stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring

9 §

1. när någon skall uppbära ersättning för tid då annars *havandeskapspenning*, föräldrapenning eller rehabiliteringspenning skulle ha uppburits, och

1. när någon skall uppbära ersättning för tid då annars föräldrapenning, *graviditetspenning*, *särskild graviditetspenning* eller rehabiliteringspenning skulle ha uppburits, och

2. i fall som avses i 3 kap. 10 c § första stycket 1 samt andra stycket lagen om allmän försäkring.

11 §

Ersättning utges inte i den mån vårdaren för samma dag får sjukpenning, *havandeskapspenning*, föräldrapenningförmåner eller rehabiliteringspenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring eller sjukpenning enligt lagen (1976:380) om arbets-skadeförsäkring eller får motsvarande ersättning enligt annan författning eller på grund av regeringens beslut i ett särskilt fall eller uppbär sjuklön eller annan ersättning enligt lagen (1991:1047) om sjuklön. Utan hinder härav utges dock ersättning enligt denna lag om den avser annan tid än den andra ersättningen.

Ersättning utges inte i den mån vårdaren *eller den nära anhörige* för samma dag får sjukpenning, föräldrapenningförmåner, *graviditetspenning*, *särskild graviditetspenning* eller rehabiliteringspenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring eller sjukpenning enligt lagen (1976:380) om arbets-skadeförsäkring eller får motsvarande ersättning enligt annan författning eller på grund av regeringens beslut i ett särskilt fall eller uppbär sjuklön eller annan ersättning enligt lagen (1991:1047) om sjuklön. Utan hinder härav utges dock ersättning enligt denna lag om den avser annan tid än den andra ersättningen

14 §

Till ansökan skall fogas ett utlåtande av en läkare som ansvarar för den sjukas vård och behandling. Utlåtandet skall innehålla uppgift om den vårdades sjukdomstillstånd.

Till ansökan *om närståendepenning* skall fogas ett utlåtande av en läkare som ansvarar för den sjukas vård och behandling. Utlåtandet skall innehålla uppgift om den vårdades sjukdomstillstånd.

20 §

En arbetstagare har rätt till hel ledighet från sitt arbete under tid då han eller hon upp-
bär hel ersättning enligt denna
lag och till förkortning av
arbetstiden till hälften eller till
tre fjärdedelar under tid då han
eller hon uppbar halv eller fjär-
dedels *ersättning*.

En arbetstagare har rätt till
hel ledighet från sitt arbete
under tid då han eller hon upp-
bär hel ersättning *i form av när-
ståendepenning eller särskild när-
ståendepenning* enligt denna lag
och till förkortning av arbets-
tiden till hälften eller till tre
fjärdedelar under tid då han eller
hon uppbar halv eller fjärdedels
*närståendepenning eller särskild
närståendepenning*.

Den lag träder i kraft den 1 januari 2011.

7 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring

Härigenom föreskrivs att 16 § åttonde punkten ska ha följande lydelse samt att punkterna 9 och 10 införs.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Ramtiden

Ramtiden

16 §

När ramtid ska bestämmas enligt 12 § räknas inte den tid då den sökande varit hindrad att arbeta på grund av

8. vård av närstående när hel ersättning lämnats enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård.

8. vård av närstående när hel ersättning lämnats enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård *samt i anslutning till nära anhörigs död,*

9. att nära anhörig avlidit och särskild närståendepenning utgetts enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård samt i anslutning till nära anhörigs död,

10. att graviditetspenning eller särskild graviditetspenning utgetts enligt 4 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1982:366) om utbetalning av dag ersättningar från Försäkringskassan

Härigenom föreskrivs att 1 § första och sjätte punkterna ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

Med dag ersättning avses i denna förordning

1. sjukpenning, rehabiliteringspenning, *havandeskapspenning* och föräldrapenningförmåner enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

6. ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård.

1. sjukpenning, rehabiliteringspenning, *graviditetspenning, särskild graviditetspenning* samt föräldrapenningförmåner enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring

6. ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård *samt i anslutning till nära anhörigs död.*

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011.

9 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringslagen (1999:799)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 4 § första punkten och 5 § andra punkten ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

4 §

Den som arbetar i Sverige är försäkrad för följande förmåner enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring:

1. sjukpenning och *havande-*
skapspenning,

1. sjukpenning, *graviditets-*
penning och särskild graviditets-
penning,

5 §

Den som arbetar i Sverige omfattas även av

2. lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närstående vård,

2. lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närstående vård *samt i anslutning till nära anhörigs död,*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

10 Förslag till lag om ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

Härigenom föreskrivs att 6 § andra punkten ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 §

Smittbärrpenningen skall minskas med följande förmåner i den utsträckning förmånerna utges för samma tid:

2. havandeskapspenning och föräldrapenningförmåner enligt lagen om allmän försäkring samt ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård,

2. graviditetspenning, särskild graviditetspenning och föräldrapenningförmåner enligt lagen om allmän försäkring samt ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård *samt i anslutning till nära anhörigs död,*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

11 Förslag till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229)

Härigenom föreskrivs att 31 § första och andra punkterna ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 kap. Vad som ska tas upp i inkomstlaget tjänst

31 §

Följande ersättningar i samband med vård ska tas upp:

- | | |
|---|---|
| 1. föräldrapenningförmåner enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring | 1. föräldrapenningförmåner, <i>graviditetspenning och särskild graviditetspenning</i> enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring |
| 2. ersättningar enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård, | 2. ersättningar enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård <i>samt i anslutning till nära anhörigs död,</i> |

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan

Härigenom förskrivs att 3 § andra punkten ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §
Försäkringskassan får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av
2. lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närstående vård,
2. lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närstående vård *samt i anslutning till nära anhörigs död,*

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011.

13 Förslag till förordning om ändring i tjänstledighetsförordningen (1984:111)

Härigenom föreskrivs att 2 § tionde avsnittet samt 20 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

En arbetstagares rätt till tjänstledighet regleras i bland annat följande föreskrifter.

20 §

Lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närstående vård.

Lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närstående vård *samt i anslutning till nära anhörigs död.*

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011.

14 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade

Härigenom föreskrivs att 5 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

I lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närstående vård finns bestämmelser om rätt till ersättning och ledighet för en närstående som vårdar en smittad person.

Föreslagen lydelse

5 §

I lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närstående vård samt i anslutning till nära anhörigs död finns bestämmelser om rätt till ersättning och ledighet för en närstående som vårdar en smittad person.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

15 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1995:938) om utbildningsbidrag för doktorander

Härigenom föreskrivs att 12 § andra och fjärde punkterna ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

12 §

Doktoranden har rätt att behålla utbildningsbidraget vid

2. ledighet i samma omfattning som enligt 4 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring gäller för rätt till föräldrapenningförmåner,

4. ledighet för vård av närstående i samma omfattning som doktoranden har rätt till ersättning enligt 4, 6 och 10 §§ lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård,

2. ledighet i samma omfattning som enligt 4 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring gäller för rätt till föräldrapenningförmåner,

graviditetspenning och särskild graviditetspenning,

4. ledighet för vård av närstående *samt vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död* i samma omfattning som doktoranden har rätt till ersättning enligt 4, 6 och 10 §§ lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård *samt i anslutning till nära anhörigs död,*

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011.

16 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd

Härigenom föreskrivs att 8 § sjätte punkten och 12 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 §

Aktivitetsstöd och utvecklingsersättning lämnas även vid frånvaro från aktiviteter, om frånvaron beror på

6. vård av närstående i samma omfattning som deltagaren har rätt till ersättning enligt 4, 6 och 10 §§ lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård,

6. vård av närstående i samma omfattning som deltagaren har rätt till ersättning enligt 4, 6 och 10 §§ lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård *samt i anslutning till nära anhörigs död,*

12 §

Aktivitetsstödet minskas också för den som får

– föräldrapenning eller rehabiliteringspenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, eller

– lön eller andra anställningsförmåner från en arbetsgivare, dock inte löneutfyllnad som lämnas på grund av aktiviteten.

Aktivitetsstödet minskas i dessa fall med de belopp som för samma tid lämnas som föräldra- eller rehabiliteringspenning, lön eller anställningsförmåner.

– föräldrapenning, *graviditetspenning, särskild graviditetspenning* eller rehabiliteringspenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, eller

Aktivitetsstödet minskas i dessa fall med de belopp som för samma tid lämnas som föräldrapenning, *graviditetspenning, särskild graviditetspenning* eller rehabiliteringspenning, lön eller anställningsförmåner.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011.

17 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 5 § andra och tredje punkterna ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap. Pensionsgrundande inkomst

5 §

Som pensionsgrundande inkomst av anställning räknas vidare

2. föräldrapenningförmåner enligt lagen om allmän försäkring,	2. föräldrapenningförmåner, <i>graviditetspenning och särskild graviditetspenning</i> enligt lagen om allmän försäkring,
---	--

3. ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård,	3. ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård <i>samt i anslutning till nära anhörigs död,</i>
---	---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

18 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift

Härigenom föreskrivs att 2 § andra och tredje punkterna ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

<p>Avgiften utgör 10,21 procent av ersättning i form av</p> <p>2. föräldrapenningförmåner enligt lagen om allmän försäkring,</p> <p>3. ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård,</p>	<p>2. föräldrapenningförmåner, <i>graviditetspenning och särskild graviditetspenning</i> enligt lagen om allmän försäkring,</p> <p>3. ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård <i>samt i anslutning till nära anhörigs död,</i></p>
---	--

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

19 Förslag till lag om ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter

Härigenom föreskrivs att 4 § andra punkten ska ha följande lydelse:

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §

Sjukförsäkringsavgifter skall också finansiera

2. kostnader enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård,

2. kostnader enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård *samt i anslutning till nära anhörigs död,*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

**20 Förslag till
förordning om ändring i förordningen(1984:908)
om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar
för sjukvård m.m.**

Härigenom föreskrivs att 11 § tredje punkten ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §

Patientavgift får inte tas ut

3. för intyg som behövs för att få ut föräldrapenningförmåner enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring,

3. för intyg som behövs för att få ut föräldrapenningförmåner *eller särskild graviditetspenning* enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring,

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011.

21 Förslag till lag om ändring i Utsökningsbalken (1981:774)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 1 § femte punkten ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

1 §

Bestämmelserna i detta kapitel gäller i fråga om utmätning av 5. sjukpenning, föräldrapenningförmåner, rehabiliteringspenning, ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård och annan ersättning som lämnas på grund av sjukdom, smitta, olycksfall, utbildning, arbetslöshet, värnpliktstjänstgöring eller annan tjänstgöring som ersätts med samma eller liknande förmåner som värnpliktstjänstgöring, allt i den utsträckning ersättningen inte avser att kompensera för särskilt angivna kostnader eller skall återbetalas.

5. sjukpenning, föräldrapenningförmåner, *graviditetspenning, särskild graviditetspenning*, rehabiliteringspenning, ersättning enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård *samt i anslutning till nära anhörigs död* och annan ersättning som lämnas på grund av sjukdom, smitta, olycksfall, utbildning, arbetslöshet, värnpliktstjänstgöring eller annan tjänstgöring som ersätts med samma eller liknande förmåner som värnpliktstjänstgöring, allt i den utsträckning ersättningen inte avser att kompensera för särskilt angivna kostnader eller ska återbetalas.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

22 Förslag till lag om ändring i Studiestödslagen (1999:1395)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 10 § och 3 kap. 24 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

10 §

Regeringen får föreskriva att studiehjälp får lämnas för tid då den studerande är sjuk.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får också meddela föreskrifter om studerandes rätt till studiehjälp vid ledighet för tillfällig vård av barn och vid ledighet för närståendevård.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får också meddela föreskrifter om studerandes rätt till studiehjälp vid ledighet för tillfällig vård av barn, vid ledighet för närståendevård *och vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död.*

3 kap.

24 §

Regeringen får föreskriva att studiemedel får lämnas för tid då den studerande är sjuk.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får också meddela föreskrifter om studerandes rätt till studiemedel vid ledighet för tillfällig vård av barn, vid ledighet för närståendevård *och vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död.*

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får också meddela föreskrifter om studerandes rätt till studiehjälp vid ledighet för tillfällig vård av barn, vid ledighet för närståendevård *och vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

23 Förslag till förordning om ändring i studiestödsförordningen (2000:655)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 21 och 3 kap. 33 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

21 §

Centrala studiestödsnämnden får meddela närmare föreskrifter om studerandes rätt enligt 2 kap. 10 § andra stycket studiestödslagen (1999:1395) till studiehjälp vid ledighet för tillfällig vård av barn och vid ledighet för närståendevård.

Centrala studiestödsnämnden får meddela närmare föreskrifter om studerandes rätt enligt 2 kap. 10 § andra stycket studiestödslagen (1999:1395) till studiehjälp vid ledighet för tillfällig vård av barn och vid ledighet för närståendevård *samt vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död.*

3 kap.

33 §

Centrala studiestödsnämnden får meddela närmare föreskrifter om en studerandes rätt enligt 3 kap. 24 § andra stycket studiestödslagen (1999:1395) till studiemedel vid ledighet för tillfällig vård av barn och vid ledighet för närståendevård.

Centrala studiestödsnämnden får meddela närmare föreskrifter om en studerandes rätt enligt 3 kap. 24 § andra stycket studiestödslagen (1999:1395) till studiemedel vid ledighet för tillfällig vård av barn och vid ledighet för närståendevård *samt vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.

1 Välfärdspolitik och arbetsförmåga

Arbete befordrar hälsa och välstånd och förhindrar många tillfällen till synd.

Gammalt talesätt felaktigt tillskrivet *Martin Luther*.

Alltsedan 1500-talet har Martin Luther (felaktigt) kunnat citeras för att fånga in viktiga delar av varje tids förhållningssätt till människors rätt och skyldighet att arbeta och försörja sig själva. Att arbete är grunden för såväl samhällets samlade som individers och familjers välstånd har alltid varit klart. Arbete har därtill haft en central plats i alla tiders samhällsmoraliska föreställningsvärld. Arbetet har dessutom setts inte bara som en ekonomisk nödvändighet utan också som avgörande för folkets moral och fostran.

Fram till 1885 kunde den som inte arbetade bli satt i tvångsarbete för att "väcka arbetslusten". Tanken att arbete fostrar goda arbetsamma samhällsmedborgare har även därefter motiverat både tvång och mera positiva insatser för arbete som hjälp till självhjälp.

Diskussionen handlar också om individens rättigheter; om rätten till ett arbete, eller rent av rätten till ett gott arbete, och om samhällets skyldigheter att ställa upp med stöd och insatser för att underlätta för individen att få ett arbete som man passar för och trivs med. Arbetets värde utöver ren försörjning har belagts i en mängd undersökningar. Arbete bidrar till oberoende, identitet och känsla av sammanhang, medan arbetslöshet leder till känslor av maktlöshet och förlorade viktiga sociala relationer och, just så som Martin Luther sägs ha påstått, faktiskt också ofta till sjukdom och försämrad hälsa.

Spänningen mellan synen på arbete som något gott, eller rent av nödvändigt för frihet och välbefinnande och arbete som något ont, eller med Adam Smiths ord ”en förbannelse”, som människor åtminstone enligt de flesta ekonomer, försöker undvika, är evig. Den finns inom varje individ, mellan grupper och med varierande uttryck i olika tider. Under 1900-talet kom politiken kring arbete, synen på individens skyldigheter och rättigheter samt det offentliga ansvar att i allt högre grad samlas under den i dag närmast ikoniska beteckningen ”Arbetslinjen”.

1.1 Arbetslinjen

Arbetslinjens kärna är tämligen oomstridd:

- den som kan ska arbeta (åtminstone om man vill ta del av samhällets välfärdsrättigheter), och
- aktiva åtgärder är att föredra framför passiva utbetalningar av stöd.

I praktiken kommer diskussionerna om de konkreta slutsatserna och politikförslagen att handla om tvång och möjligheter, moral och ekonomi. De har därmed alltid chansen att hamna mitt i den politiska stridslinjen.

Från Socialförsäkringsutredningen¹ hämtar vi en beskrivning av arbetslinjens olika perspektiv och spänningarna inom vart och ett av perspektiven. Utgångspunkten för Socialförsäkringsutredningen var att arbetslinjen är något mer än bara arbetsmarknadspolitiska insatser. Den lånar ur en avhandling² tre perspektiv, nämligen Kontroll, Uppfostran och Rättighet, men benämner dem något annorlunda för att göra tydligare att det i varje perspektiv kan finnas såväl positiva som negativa uttryck för arbetslinjen. Kontrollperspektivet benämns Arbetsdisciplin, Uppfostran benämns Självhjälp, Rättighetsperspektivet preciseras till Rätten till arbete. Politikperspektivet tillkommer som ett fjärde perspektiv för att särskilt understryka den betydelse som tilltron till, och därmed omfattningen av, politikens egna insatser har.

¹ SOU 2006:86; se också Samtal om Socialförsäkring nr 4, för en genomgång av arbetslinjens historiska framväxt.

² Junestav Malin (2004).

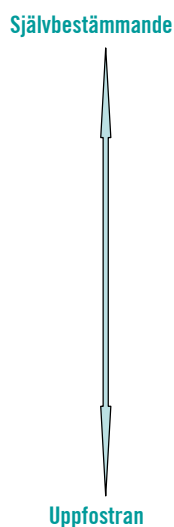
De båda perspektiven Arbetsdisciplin och Självhjälp utgår från individen, medan Rätt till Arbete och Politikperspektivet mera handlar om det omgivande samhället.

Vart och ett av de fyra perspektiven Arbetsdisciplin, Självhjälp, Rätt till Arbete och Politikperspektivet har såväl positiva som mera repressiva tolkningar med olika styrka och blandning i olika tider och hos olika grupper.

Diskussionen i varje perspektiv kan hämtas ur historien. Men det finns också en modern och aktuell debatt där alla traditionella begrepp och värderingar har sin plats.

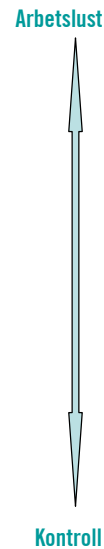
Självhjälpsperspektivet är kanske det som framför allt har givit arbetslinjen legitimitet. Från slutet på 1800-talet och fram till nutid har pläderats för hjälp till självhjälp genom insatser för att människor ska kunna försörja sig själva genom arbete och därmed utvecklas till goda arbetsamma medborgare. I sin paternalistiska och mera repressiva form handlar det om uppfostran, där andra anger normer och krav, medan den positiva sidan av saken utgörs av den kontroll över det egna livet och det självbestämmande som den självförsörjande individen själv upplever. Kvinnors krav på eget arbete och försörjning kan vara ett exempel från senare tid (se figur 1.1).

Figur 1.1 Självhjälpsperspektivet



Den positiva *arbetsdisciplinen* upprätthåller individen själv genom sin vilja att arbeta och göra väl ifrån sig. Att sociala ersättningar finns för dem som inte arbetar gör det emellertid också nödvändigt med kontroll och disciplin som byggs in i regelverken. Frågeställningar som vilken sorts arbete och vilken lön individen är tvungen att acceptera och hur självrisker bör se ut som kombinerar god inkomstrygghet med rimliga drivkrafter t.ex. i sjukförsäkringen är både moderna och klassiska (se figur 1.2).

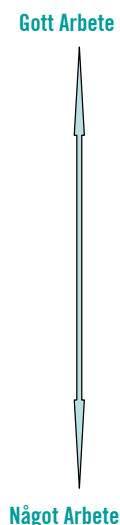
Figur 1.2 Perspektivet Arbetsdisciplin



Arbetslinjen innebär samhälleliga krav gentemot individen att arbeta. Men vilka *rättigheter* har individen? Kraven kan specificeras i offentlig lagstiftning, men är också förankrade i allmänna föreställningar och arbetsmarknadens krav och funktionssätt. Rätten till ett arbete är beroende av såväl offentliga insatser som arbetsmarknadens förmåga i allmänhet att ta tillvara den arbetsförmåga, som ibland kan kräva speciella förutsättningar. Ett gott arbete är när rätt person hamnar på rätt plats. Detta bidrar också bäst till hög och stabil sysselsättning med god produktivitet. Ofta är dock kravet att ta det arbete som överhuvudtaget är möjligt att utföra för individen. Även om ett arbete vilket som helst ofta innebär högre välfärd för individen än inget arbete alls kan

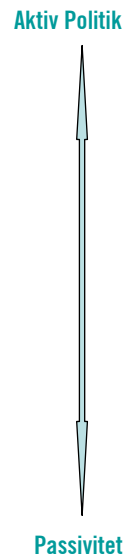
individen ibland känna sig repressivt tvingad snarare än som en person med rättigheten att få använda sin förmåga till något man önskar göra (se figur 1.3).

Figur 1.3 Perspektivet Rätt till arbete



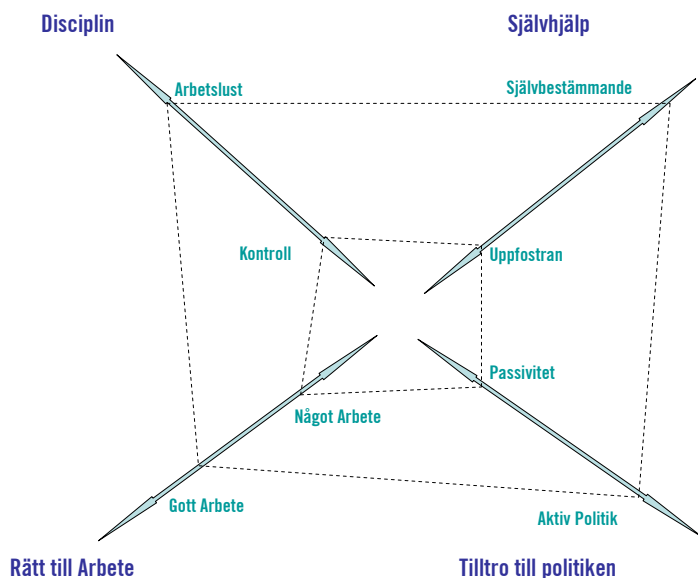
Tilltron till *politiken* har också växlat. Statens insatser har över tiden gått från tvångsarbete på arbetshus över nödhjälsarbeten till beredskapsarbeten med avtalsenlig lön. En aktiv arbetsmarknadspolitik med rådgivning, utbildningsinsatser, lönebidrag och annat sysselsättningsstöd snarare än enbart kontantstöd har i perioder setts som närmast synonymt med arbetslinjen. Politikens självförtroende är dock inte alltid högst när insatserna behövs som mest. Med växande arbetslöshet tenderar ofta kraven gentemot individerna att skärpas, liksom kontroll och krav på starkare drivkrafter, trots att det är då som det för individen torde vara svårast att leva upp till en skarp arbetslinje. Tilltron till att samhällsinsatser överhuvudtaget kan bidra till en ökad och bättre fungerande arbetsmarknad har också växlat. Det förefaller dock som om det snarast är när ekonomin är stark som tilltron till politikens möjligheter också ofta växer trots att det då kan vara mindre nödvändigt med insatserna (se figur 1.4).

Figur 1.4 Politikperspektivet



De olika perspektiven är inte oberoende. De samvarierar. Goda cirklar ger goda cirklar; onda ger onda. Om de fyra perspektiven illustreras som ett spindelnät som binder samman punkter i de olika dimensionerna som tenderar att dominera samtidigt blir nätet antingen stort eller litet (se figur 1.5). Den person som, kanske med hjälp av väl utformade aktiva samhällsinsatser, har funnit ett arbete som stämmer med egna ambitioner har sannolikt inre drivkrafter och arbetslust och känner sig därtill ha kontroll över sitt liv. Rättigheter och skyldigheter är i balans och även en ”sträng” arbetslinje fungerar väl och har goda förutsättningar att brett uppfattas som något positivt.

Figur 1.5 Arbetslinjens perspektiv



Om däremot något av perspektiven utvecklas mot sin negativa pol dras gärna övriga perspektiv åt samma håll. Om människor utan stöd känner sig tvingade att ta första bästa arbete upplever de sig sannolikt mästrade och kontrollerade, vilket i sin tur kan leda till mindre arbetsglädje och arbetslust och ett ännu större behov av kontroll och en mera negativ allmän inställning till arbetslinjen.

Synen på arbetslinjen är av avgörande betydelse för diskussionen om arbetsförmåga resp. oförmåga. Arbetslinjen gäller dem som kan arbeta, de som har förmåga, och frågan om arbetsförmågebegreppet gäller just hur de som kan arbeta ska kunna skiljas från dem som inte kan. Det har en avgörande betydelse i förhållande till de moderna socialförsäkringarna, som övertar försörjningsansvaret om man inte kan arbeta på grund av skada eller sjukdom eller för att man inte får något arbete. Men vem som ska betraktas som arbetsför och vem som inte är det diskuterades flitigt redan på 1800-talet.

Den allmänna slutsats som kan dras är att förutsättningar finns för ett brett omfattat stöd för en stark arbetslinje under förutsättning att rättigheter och skyldigheter är i balans. När individen ser möjligheter att finna ett arbete hon eller han trivs med och kan

få stöd från samhället om så krävs är förutsättningarna goda för arbetsvilja och självförsörjande. Men det finns också risker för så stränga och mot individen ensidigt riktade krav att arbetslinjen kan upplevas som uttryck för ett hårt och kontrollerande samhälle som kräver anpassning och omställning av individen utan hänsyn till personligt livsöde eller vilka förutsättningar samhället erbjuder. Sjukförsäkringens och arbetslöshetsförsäkringens regelverk befinner sig mitt i skärningspunkten mellan arbetslinjens olika perspektiv och begreppet arbetsförmåga är det centrala begreppet i sammanhanget.

Diskussionen om arbetslinjen, arbetsförmåga och –oförmåga, och kraven på individ och samhälle var och förblir en kamp om begreppens innebörd och avvägningar mellan dem.

1.2 Arbetslinjen i socialförsäkringarna behöver stärkas

Generösa socialförsäkringar som väl fyller sitt syfte att ge inkomstrygghet förutsätter ett stramt utnyttjande och hög sysselsättning. Kompetens och förmåga måste tas till vara. Den som vill vara försäkrad och kan arbeta ska också göra det.

I processen att nå dit kommer definitionen av arbetsförmågebegreppet att behöva preciseras och kraven på omställning för den individ som inte längre kan utföra sitt gamla arbete att behöva förtydligas.

I sjukförsäkringens lagstiftning uttrycks sedan länge närmast absoluta krav gentemot de försäkrade. I lagstiftningen som gällde fram till 1 juli 2008 stod att vid bedömningen av arbetsförmågan ska den försäkrades förmåga att försörja sig själv i ett normalt förekommande arbete utredas innan beslut fattas om sjukersättning. Om det fanns särskilda skäl kunde den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande förhållanden vägas in. Den senare formuleringen var i sin tur en skärpning av tidigare formuleringar och tolkades som att särskilda skäl bara kunde spela roll för den som var en bit över 60 år. I och med den s.k. rehabiliteringskedjan, som infördes 2008, är formuleringen ännu skarpare.³ Efter sex månaders sjukskrivning

³ Rehabiliteringskedjan är inget officiellt namn på den reform som genomfördes den 1 juli 2008 med tydliga tidsgränser när bedömningar av rätten till sjukskrivning och andra insatser

ska prövning ske om den försäkrade kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden. Möjligheten att ta hänsyn till särskilda skäl är borta och något krav på att tillståndet p.g.a. sjukdomen ska ha hunnit stabiliseras finns inte.

En orsak till de senaste skärpningarna är att någon prövning mot hela arbetsmarknaden sällan gjordes, åtminstone inte inom den tid när förutsättningar att återkomma i annat arbete fortfarande var någorlunda goda. Resultatet var en tillämpning som i praktiken sällan ställt kravet på yrkesbyte, flytt eller ett lägre betalt arbete, vilket bidragit till den höga nivån på långtidssjukskrivning och förtidspensionering.

Man kan fundera över hur det kommer sig att lagstiftningens krav inte genomdrivits särskilt konsekvent. Möjligen kan det ha bidragit att en ensidig och absolut anpassningsbörda för individen har upplevts som oförenlig med förväntningarna på trygghetsförsäkringarna, särskilt om den inte balanseras mot motsvarande krav gentemot arbetsmarknaden och politiska insatser.

Om rehabiliteringskedjans skärpta krav på prövningen av förmåga mot andra arbeten på arbetsmarknaden blir verklighet kommer beroendet mellan arbetslinjens olika perspektiv att framträda tydligare. Finns överhuvudtaget arbetsmarknadsberedskap att ta emot tidigare sjukskrivna med vissa funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar? Finns de stödjande samhällsinsatser som individen kan vara beroende av för att i praktiken kunna ta tillvara sin arbetsförmåga i ett nytt arbete?

Vi kommer i det här betänkandet att undersöka hur arbetslinjen i sjukförsäkringen kan stärkas genom väl avvägda insatser på arbetsmarknad och i relation till individen. Vi gör det i övertygelsen att arbetslinjen inte bara är en moralfråga för individen, utan också för individens omgivning. När individen ges reella möjligheter att försörja sig själv växer också individens ansvar att försörja sig själv. Socialförsäkringarnas trygghetsskapande uppgift kan bara fullföljas om de krav på omställning som ställs gentemot individen upplevs som rimliga. Vad som anses vara rimliga och rättvisa krav är i sin tur beroende av det omgivande samhället, hur dess arbetsmarknad fungerar och politikens instrument.

En egenskap hos arbetsmarknaden är att den kräver tillräcklig produktivitet i förhållande till kostnaderna för att anställa någon.

ska göras. Det har emellertid kommit att bli den etablerade benämningen och vi kommer i fortsättningen att flitigt använda den.

Det är rimligt och kan förutsätta utbildningsinsatser, lönebidrag eller annat för att en resterande arbetsförmåga ska nå upp till tillräckligt utbyte för arbetsgivaren. Men därtill kommer också andra förhållanden som mera har att göra med kultur och etik, eller i värsta fall, med brist på fantasi, fördomar eller rädsla för besväret att behöva anpassa sin organisation till förutsättningar som skulle öppna den för produktiva insatser från människor med speciella begränsningar.

Alla kan drabbas av sjukdom, skada eller medfödda funktionsnedsättningar som leder till allvarliga problem för försörjningsförmågan. Välfärdspolitikens mål är att alla ska kunna känna sig trygga i förvisningen om att om de drabbas är de skyddade åtminstone för drastiska ekonomiska konsekvenser.

Arbetsförmåga uppstår i individens möte med bestämda uppgifter i en speciell miljö. Så gott som alla människor, även de med grava funktionsnedsättningar, har någon arbetsförmåga om de hittar de uppgifter och den miljö som passar just dem.

Frågan blir vad som är rimligt att kräva; hur stora hinder ska människor behöva försöka överkomma? Var går gränsen mellan det egna ansvaret för den egna försörjningen och det offentligas ansvar för att stödja den som inte klarar sig själv. Frågeställningen är på sitt sätt något av kärnan i en vidare politisk och filosofisk diskussion kring offentligt och privat och kring statens räckvidd och ansvar. Arbetsförmågebegreppet inom sjukförsäkring och arbetsmarknadspolitik är en del av en större politisk fråga. Givet den sorts välfärdspolitik vi har valt i Sverige och givet de värderingar och vägval som präglar den politiken; hur bör vi förstå frågan om det egna ansvaret för den egna försörjningen?

1.3 Välfärdsstaten

Våra liv påverkas av en rad av olika faktorer. Till en del styr vi givetvis själva över vårt öde; många av oss kan åtskilliga gånger under vårt liv välja våra livsprojekt och själva påverka hur utfallen av våra val blir. Många andra av oss kan det inte; åtskilliga är av en rad av omständigheter fast i sin livssituation, hade en dålig start i livet, drabbades av otur, gjorde felaktiga val och kunde inte hantera konsekvenserna av valen. Helt plötsligt kan dessutom hälsan försämrans. Många är de omständigheter som vi som människor inte kan styra över eller ens påverka det minsta.

En del av hur vårt liv blir avgörs av tur och otur. Vi råkar ut för sådant som ligger utanför vår egen kontroll, men som på olika sätt inskränker vårt självbestämmande och våra friheter.

Ingen väljer sina föräldrar eller sin genuppsättning. Vi föds med olika resurser, exempelvis med medfödda talanger eller med olika slags handikapp. På liknande sätt är olika risker, som risken för sjukdom och arbetsskada, omständigheter som i stor utsträckning ligger utanför individens omedelbara kontroll.

Självfallet är det nära nog omöjligt att i detalj urskilja vad som hör till vårt eget ansvar och vad som beror på omständigheter som vi inte råder över. Ofta är dessa två bestämningar hopväxta i en intrikat väv som helt enkelt är vår bakgrund och vårt liv; det som blev våra personligheter.

Inte desto mindre skulle nog de flesta av oss påstå att det finns en skillnad, om än utan en knivskarp gränsdragning och långt ifrån åtskilt av vattentäta skott, mellan vad vi kan sägas äga ansvar för och vad vi inte kan sägas ansvara för.

Den politiskt filosofiska diskussion som ligger till grund för hur välfärdspolitiken ska motiveras och moraliskt legitimeras uppstår i spänningsfältet mellan vad vi kan sägas själva klara av och ta ansvar för och vad vi behöver hjälp med av staten och det offentliga. Det är vad vi inte kan sägas ansvara för, och därmed behöver hjälp med, som kan motivera och legitimera att staten omfördelar resurser av olika slag för att bistå dem av oss som behöver hjälp eller kompensation av något slag. Omfördelningen är en förutsättning för att alla ska kunna leva i någorlunda trygghet – och inte endast ett fåtal.⁴

Leder för mycket trygghet till lathet och initiativlöshet? Vilken nivå av trygghet är nödvändig för att vi överhuvudtaget ska kunna ”jaga”? Vilken omfördelning är motiverad och vilken är omotiverad givet vissa moraliska målsättningar och/eller principer? På en annan nivå inställer sig frågan utifrån ett mer praktiskt perspektiv: hur ska omfördelningen utformas? Vilka skall omfattas av den och vilket är det mest effektiva sättet att genomföra den på? På en ännu lägre detaljnivå återfinner vi exempelvis frågeställningar som är aktuella för just den här utredningen om hur ett skydds nät som sjukför-

⁴ I resonemanget fränses från mer exotiska politiskt filosofiska resonemang som har det gemensamt att de anser att människor ska lämnas helt och hållet för sig själva och att i princip ingen omfördelning och hjälp skall ges till våra medmänniskor om de s a s misslyckas i sina val. Det är också värt att notera att en omfördelning alltid krävs för existensen av en stat i verkligheten, alltså även för en mycket minimal stat. För detta i litteraturen förväns värt ofta förbisedda faktum se Stephen Holmes och Cass Sunstein (1999).

säkringen ska se ut och om hur reglerna – porten – för att kvala in i systemet bör definieras och utformas?

Sjukförsäkringen är en viktig del av den övergripande samhällsmodell som ofta kallas för välfärdsstaten. Det är en modell som har utformats i spänningsfältet mellan idéer och teorier å ena sidan och den faktiska historiska verkligheten å andra sidan.⁵

Sprungna ur speciella historiska och ideologiska erfarenheter växte välfärdsstaten fram under de föregående drygt hundra åren och är den vanligast förekommande samhällsmodellen sedan tiden efter andra världskriget i så gott som alla stater i Europa och den västerländska delen av världen.

När vi närmar oss frågan om arbetsförmåga i förhållande till sjukförsäkringens och arbetsmarknadspolitikens gränsdragningar, krav och stöd förefaller det naturligt att ta sin utgångspunkt i de bredare välfärdspolitiska principer som kan sägas underbygga den välfärdsstat kring vilken det råder en bred politisk uppslutning.

En väl utformad generell välfärdspolitik garderar mot olyckliga omständigheter och understödjer människors självbestämmande. Den skapar därmed frihet för den enskilda människan att själva forma sitt liv.

Tanken bakom välfärdspolitiken är att staten ska förhålla sig neutral till medborgarnas val av liv i en utsträckning som innebär att alla medborgare behandlas med samma hänsyn och respekt.

Likabehandlingen kan bara förverkligas genom en ambitiös neutralitet; staten kan inte nöja sig med att förhålla sig passiv till medborgarnas val, utan bör också aktivt förse dem med sådana resurser att de kan göra reella val som staten ska respektera.⁶

Resurserna bör syfta till, och ges i former som, förbättrar individernas kapaciteter att använda resurser i relation till sina mål och försätter dem i en position som ger dem möjlighet att göra reella val i enlighet med sina intressen.

I följande avsnitt har vi valt att ta hjälp av den politiska filosofin för att försöka belysa de principer varpå välfärdsstaten kan anses vila. Det gör vi inte för att den ena eller andra teorin utgör någon absolut sanning eller har varit tydligt dominerande, utan för att teorierna hjälper till att tydliggöra den typ av vägval och avvägningar som vi ytterst har att hantera i detta betänkande.

⁵ Se exempelvis *Liberala perspektiv : vision och verklighet i historia och politik*: till Jörgen Weibull sommaren 1990 och då framförallt Bo Stråths uppsats. Se även Peter Lindert (2005) och Klas Åmark (2005).

⁶ Joseph Raz (1986).

1.4 Val och omständigheter

I varje fall sedan 1970-talet, är den egalitära inriktningen den dominerande teorin i vår tids politiskt filosofiska diskussion kring den moralfilosofiska grunden för välfärdsstaten.⁷ Det är i huvudsak i så kallade egalitära teorier, eller jämlikhetsteorier, som vi tror att vi kan finna vägledning för hur vi ska se på de centrala moraliska och politiska begrepp som vi har att brottas med; efter vilka principer vi ska bygga samhällen som bäst förvaltar en jämlik behandling, människors frihet och en rättvis fördelning.

En del av diskussionen knyter an till frågan om var gränsen går mellan individens ansvar och omgivningens (läs statens) ansvar eller med statsvetaren Bo Rothsteins fråga: Vad bör staten göra?⁸

Utgångspunkten är den enskilde människans frihet och självbestämmande. Men hur avgränsas egentligen friheten eller friheterna?

Om vi knyter an till diskussionen i föregående avsnitt och påstår att det finns en distinktion mellan vad vi kan sägas ansvara för och vad vi inte kan sägas ansvara för; vad innebär det då att vara ansvarig för sina handlingar? Vilken del av oss – av vår personlighet, våra ”jag” som handlande agenter, som subjekt – kan sägas vara ansvarig för våra val?

Ett inflytelserikt svar på den frågan har den amerikanska politiska filosofen Ronald Dworkin försökt att ge. Det lyder ungefär som följer:⁹

Utgångspunkten är att människors liv och öde bestäms av *val* och *omständigheter*. Valen som en människa gör kan sägas spegla personligheten, som i sig själv kan sägas bestå av två delar: *ambition* och *karaktär*.

Ambitionen har i det här sammanhanget en bred definition. Någons ambition inkluderar alla preferenser och smaker, alla övertygelser såväl som personens övergripande livsplan eller livsprojekt; personens ambition möblerar förnuftet eller motiven för att göra ett val framför ett annat och blir därmed avgörande för vår frihet att styra vårt liv.

⁷Se exempelvis Will Kymlicka (2002).

⁸Rothstein Bo (2002).

⁹Ronald Dworkin (2000) kapitel sju och nio. Texten är inte översatt till svenska. Vi väljer de svenska uttryck som ligger närmast till. Ibland betyder det – som när vi översätter character med karaktär, ambition med ambition eller energy med energi - en liten föskjutning av uttryckets valör. Av respekt för den ursprungliga texten väljer vi ändå den mest näraliggande översättningen.

Någons karaktär består av de personlighetsdrag som inte förser oss med motiv för vårt handlande men inte desto mindre påverkar våra ambitionssträvanden. Karaktären, eller vårt eget driv eller vår energi, kan sägas inkludera förmågan att tillämpa vår kunskap, den ork vi äger, vår arbetsamhet och flit, förmåga och skicklighet att arbeta för avlägsna belöningar och så vidare.

Någons omständigheter består av *personliga* och *opersonliga resurser*. De personliga resurserna är t.ex. fysisk och mental hälsa och förmåga, den genetiska lämplighet och förmågan. På arbetsmarknaden handlar det om vår personliga förmåga att producera varor och/eller service; vår produktivitet.

Opersonliga resurser är de resurser som kan växla mellan olika personer, som egendom i bred betydelse och de möjligheter som under det rådande legala system gör att vi kan använda denna egendom.

Poängen med uppdelningen är att val är oerhört viktiga för vilka vi är och hur vi uppfattar oss själva. Vår självrespekt kommer till stor del från de val vi gör och om vi är nöjda med dem eller inte. När människor växer utvärderar vi en del av våra val och de ambitioner som utgjorde grunden för valen och vi kanske försöker komma bort från de delarna av vår karaktär som orsakade felaktiga val för att istället försöka förbättra t.ex. vår energi och vårt driv.

Vår ambition är kanske den viktigaste delen av våra "jag". I ambitionen ligger en stor del av vår potential för frihet. Genom ambitionen kan vi göra våra val, förändra våra villkor och växa. Men också omvänt; bristen på ambition, eller om ambitionen begränsas av olika omständigheter som sjukdom eller skada, kanske gör att vi inte förmår göra särskilt många val eller styra vårt liv i den riktning vi en gång drömde om.

Ambitionen möjliggör helt enkelt den självkontroll av våra liv som är så viktig för vårt välbefinnande. Kontrollerar vi oss själva och de nära omständigheterna i vårt liv är förutsättningarna för att vi ska må bra bättre än om det omvända gäller. Ger omständigheterna utrymme åt vår ambition att påverka och styra våra val ökar vår självkontroll – begränsar omständigheterna vår möjlighet att ge uttryck för ambitionen minskar vår självkontroll och därmed vårt välbefinnande.

Ambitionen gör att vi kan välja att ta ansvar i våra liv och över våra liv. Därför är ambitionen så viktig.

Med omständigheterna kan det förhålla sig annorlunda. Det finns inte samma anledning för oss att ta ansvar för dem om de inte

är ett resultat av våra val. Ofta klagar vi på att omständigheterna inte tillät oss att göra mer eller att staten eller andra politiska aktörer inte har gett oss de rätta möjligheterna för att göra annorlunda val; i fråga om ojämlig tillgång till utbildning eller för att jag föddes med en hudfärg i ett samhälle som direkt eller strukturellt diskriminerar människor med just den hudfärgen är klagan motiverad. Omständigheter betyder något när vi drabbas av dem.

Amartya Sen, en indiskfödd ekonom och filosof och tillika pristagare i ekonomipriset till Alfred Nobels minne, har utvecklat tankarna kring människors frihet ytterligare. Enligt Sen finns ett viktigt begrepp när vi diskuterar människors möjligheter att ta ansvar för sina liv och framförallt att ha möjlighet till att ta detta ansvar. Han benämner det begreppet ”capabilities” – förmågor.

Ett citat av Sen kan vara klagörande:

med en persons förmåga (capability) avses de alternativa kombinationer av funktioner (functionings) som det är möjligt för honom eller henne att uppnå.¹⁰ Förmåga är alltså ett slags frihet: den faktiska friheten att uppnå alternativa kombinationer av sätt att fungera (eller, mindre formellt uttryckt, friheten att förverkliga olika livsstilar). En förmögen person som fastar kan t.ex. ha samma funktionsnivå vad beträffar ätande eller näringsintag som en utfattig person som är tvungen att svälta, men den förre har faktiskt ett annat ”möjlighetsrum” än den senare (den förre kan välja att äta gott och bli välnärd på ett sätt som den andre inte kan).¹¹

Den politiska slutsatsen av detta, menar Sen, är att välfärdspolitikerna inte enbart kan begränsa sig till att förse medborgarna med resurser utan måste sträva efter att se till att alla medborgare också har förmåga att utnyttja, att kunna välja, sin livsstil. Det viktigaste är vad individerna kan åstadkomma med sina resurser; det är deras förmågor som avgör vad de kan åstadkomma. Därför måste politiken rikta in sig på att förverkliga att alla individer har likvärdiga förmågor att förverkliga sina livsprojekt.

Förmågor är alltså avgörande för människors valmöjligheter. Det behövs en mångdimensionell syn på människors förmågor. Till förmågorna kopplas också det centrala begreppet funktion.

Det är kombinationen av en persons funktioner som avgör vad hon kan uppnå. Genom att observera och skaffa oss information om de olika funktionerna kan vi avgöra vilka förmågor som

¹⁰ Notera att detta är Sens användning av begreppen och i synnerhet när det gäller ”funktion” ges det en annan innebörd än den som kommer att återfinnas i senare avsnitt av betänkandet.

¹¹ Amartya Sen, (2002) s. 108.

människor har. En funktion som läskunnighet är exempelvis tämligen lättillgänglig, är möjlig att fastställa och kan sedan vid behov ligga till grund för ett politiskt beslut om en läskunnighetskampanj. För en arbetsoförmögen kan funktionerna vara svårare att observera, men lyckas vi fastställa vilka funktioner som personen har och vilka som personen saknar blir det lättare att se vilka möjligheter som kan erbjudas för att stärka personens förmåga till arbete. Lyckas politiken stärka den arbetsoförmögnes förmåga är det den enskilde personens ansvar att därefter bidra (efter förmåga) att försörja sig själv.

En individs ansvar för sina val kan stärkas genom att tillföra resurser, men också genom att vi betraktar det personliga ansvaret genom de förmågor som individen har och därmed fastställer det rum av möjligheter (av frihet) som står till buds för individen. Den som genom att besitta flera förmågor har flera möjligheter har också ett större ansvar. Människan skapar således sitt liv mer eller mindre framgångsrikt i skarven mellan det egna valet och omständigheterna som begränsar eller styr det egna valet.

Det är också i den skarven, i det möjlighetsrummet, som den mänskliga friheten återfinns. Grundtanken för den politiska filosofi som här åberopas är att det blir bäst om människan själv får forma sitt liv. När den friheten inskränks eller begränsas av olika omständigheter behövs rättigheter och fördelning för att stärka eller återupprätta människors handlingsfrihet.

Men ofta är det svårt att vara människa. Begränsningarna, olyckorna, oturen och svårigheterna för människor hör till livet självt och kan inte elimineras genom några mänskliga konstruktioner. Samhällen har på skilda sätt och i varierande grad försökt lösa gemensamma problem som berör skydd för människor som drabbas av sjukdom och oförmåga. Beroende på samhällens resurser, dominerande ideologi, fördelningsprinciper och system för fördelning har dessa skyddsnät sett olika ut och framförallt varierat i ambitionsgrad. Men ur ett kontinuitetsperspektiv är det ändå försöken och ambitionerna att skapa olika sådana skyddssystem som är mest slående. Den lösning, den obligatoriska sjukförsäkringen, som står i fokus för det här betänkandet rymmer många av den sorts avvägningar vi hittills har diskuterat. Sjukdom är en av livets tydligaste "omständigheter", men i mötet med sjukdomen uppstår många fält där det också finns ett tydligt personligt ansvar. Det ansvaret kan i sin tur bli större eller mindre beroende

på vilket stöd och vilka resurser en individ har tillgång till. Ju större möjligheter som står till buds, desto större blir det egna ansvaret.

1.5 Socialförsäkringen

Socialförsäkringarna ska bistå den enskilda människan när inkomsten förloras. För att inte människors egenkontroll ska gå förlorad vid sjukdom, ålderdom och arbetslöshet behövs ett stöd för att ersätta den förlorade inkomsten. Det är avgörande för människors frihet att de under en period av sjukdom eller arbetslöshet inte ska behöva förändra hela sina liv för att inkomsten förloras eller kraftigt reduceras. Att det är omständigheter i huvudsak utanför den egna individens kontroll och möjlighet att påverka som orsakat inkomstbortfallet är grunden för försäkring. Individen är utsatt för en risk.

Generella socialförsäkringar kan sägas spegla att det i vårt samhälle är förenligt med den tidigare utvecklade synen att samhället har ett ansvar för att omfördela resurser när oförtjänta förändringar inträffar som inte kan påverkas av individen.

Det finns dessutom flera argument för obligatoriska socialförsäkringar mot inkomstbortfall. Det viktigaste är den spridning och fördelning av riskkostnaderna som uppnås genom att den omfattar alla. Den som löper mindre risk att bli sjuk får vara med och betala till samma försäkring som de som har mycket större risk. Personer med ärftliga sjukdomar, kroniskt sjuka och människor med större sjuklighet än genomsnittet skulle annars behöva betala avsevärt högre premier än unga friska människor eller – i värsta fall – nekas försäkring. Fördelen är alltså att premiernas storlek inte påverkas av den individuella risken att bli sjuk eller den individuella chansen att bli gammal utan endast av den genomsnittliga risken eller chansen samt den försäkrade inkomstens storlek.

Ett viktigt inslag för att uppnå denna riskspridning är att försäkringen är obligatorisk.

Även om de moralfilosofiska och principiella argumenten för en allmän och obligatorisk socialförsäkring efter inkomstbortfallsprincipen är många och goda är det önskvärt att uppmärksamma två delar av systemet som måste fungera bättre än i dag, i synnerhet ur ett effektivitetsperspektiv. De två delarna är porten in i försäkringen och vägarna ut ur försäkringen.

Det är viktigt, för att inte säga avgörande, för försäkringens effektivitet och legitimitet att det är de, och endast de, som behöver försäkringen som ska släppas in i den. Det är lika viktigt, av samma skäl, att samma personer om möjligt kommer ur försäkringen och in i arbete så snart det går. Porten in ska fungera väl och vägarna ut ska vara breda.

Fungerar dessa två delar tillfredsställande kan socialförsäkringen aktivt och effektivt bidra till en samhällslig flexibilitet vid de utmaningar som t.ex. globaliseringen medför.

Om utgångspunkten är att vi trots alla gränsdragningsproblem mellan val och omständigheter ändå utgår från att vi har ett ansvar för vårt liv och våra val inom ett visst rum av reella möjligheter leder det oss till slutsatsen att vi även är ansvariga för att försörja oss om vi kan.¹²

Den tidigare nämnde filosofen Ronald Dworkin har formulerat en etisk teori vars två grundläggande principer är:

1. att det är viktigt att människors liv blir bra liv och att det är lika viktigt att varje människas liv blir ett bra liv istället för ett mindre bra liv eller ett dåligt liv och
2. att varje enskild person har ett eget ansvar för sitt eget liv; ett ansvar som inkluderar att välja livsstil och val av resurser för att uppnå denna livsstil.¹³

I den första punkten ligger ett jämlikhetsideal inbäddat. Det är lika viktigt att den ena människans liv som att den andras blir lyckade istället för misslyckade. I den andra punkten ligger betoningen på det personliga ansvaret; alla har ett eget ansvar för sitt eget liv och sina egna val. Detta ansvar omfattar även en långtidssjuk person vars arbetsförmåga ska prövas av Försäkringskassans handläggare. För att utkräva rätt och rättvist ansvar måste man ta hänsyn till att människor är olika, har olika toleranströsklar och reagerar olika för påfrestningar. Behoven av stöd och hjälp varierar.

Olika typer av individuella faktorer har också olika status. Det är skillnad på mer basala egenskaper eller personliga resurser, som kan ses som en del av vår personlighet, och egenskaper eller resurser som mer hänger ihop med vad vi valt. Till den första gruppen kanske kan räknas vår förmåga att hantera smärta medan utbildning och bostadsort hör till den senare.

¹²Se tidigare referenser till Ronald Dworkin och Amartya Sen.

¹³Dworkin Ronald (2000).

Genom att erbjuda och tillföra olika externa resurser till individen kan denne ges möjlighet att förbättra sina personliga egenskaper genom till exempel kompetenshöjande utbildning och/eller andra kompetenshöjande och funktionsförbättrande insatser. På det sättet får individen instrument att försöka förbättra sin situation, sin egen energi och därmed förbättras också förutsättningarna för att personens ambition stärks.

Vid bedömningen av arbetsförmåga är det alltså viktigt att ställa rimliga krav på individen som ligger inom individens rum av reella valmöjligheter, det vill säga det som individen själv kan ansvara för eller som bidrar till att individens förutsättningar för att ta ett eget ansvar stärks.

Sjukdom och skada hör till livets omständigheter, till det som vi normalt inte har ansvar för. Men sjukdomens konsekvenser och dess påverkan på vår förmåga till försörjning är en annan fråga. Givet den hand vi har delats formas vårt ansvar och våra valmöjligheter i skärningspunkten mellan externa omständigheter och vår egen karaktär och personlighet. Allt som ryms där är inte under vår egen kontroll men en del är det och en del kan vara det.

Skyldigheten att försöka försörja sig själv ökar när omständigheterna är sådana att våra valmöjligheter ökar och när valen som kan leda till arbete är sådana att det inte är orimligt att avkräva den ansträngning och den viljeinsats som behövs.

En stark välfärdspolitik kan skapa ökade möjligheter och därmed ökade skyldigheter. Den som väljer att inte ta del av de möjligheter som står till buds har också förlorat rätten till ersättning från försäkringen. Detta ryms inom det personliga ansvaret. Inom ramen för den verklighet som är finns emellertid också alltid en spänning och ett vägval som rör gränsdragningen mellan det som vi har ett eget ansvar för och det som vi inte har ansvar för. Den gränsdragningen måste ske i varje enskilt fall, men grunderna och principerna behöver diskuteras, artikuleras och lyftas fram i ljuset. De måste vara rimliga och rättfärdiga i skenet av hur vårt samhälle och vår politik i övrigt är tänkta att fungera och i skenet av de moraliska principer som i övrigt ligger till grund för ansvarsdelningen mellan medborgare och stat.

I resten av det här betänkandet försöker vi att, utifrån begreppet arbetsförmåga, resonera oss fram till hur sjukförsäkring och arbetsmarknadspolitik tillsammans kan bidra till en stark och positiv arbetslinje; en arbetslinje där skyldigheter och rättigheter kan mötas på ett sätt som skapar en trygg och legitim försäkring som

samtidigt bidrar till att fler människor både avkrävs skyldigheten och ges möjligheten att hitta en väg till egen försörjning.

2 Arbetsförmåga som politisk utmaning

Mellan 1970 och 2005 nästan trefaldigades andelen svenskar som lämnade arbetslivet på grund av arbetsförmåga till följd av sjukdom.¹ Sedan mitten av åttiotalet har också åldersstrukturen förändrats med en allt större andel yngre personer som lämnar arbetslivet och därmed en allt större förlust av arbetade år och timmar räknat per person som står utanför.² Utvecklingen har ägt rum utan någon motsvarande allvarlig förändring av det allmänna hälsoläget och utan att regelverket gjorts mer generöst. Utvecklingen har i själva verket gått parallellt med en successiv skärpning av kriterierna för rätt till ersättning. Förtidspensionsutvecklingen under de senaste årtiondena kan inte beskrivas som något annat än ett samhällsligt misslyckande. Priset har varit högt, både i mänskliga och samhällsekonomiska termer. Att hitta vägar som leder till att fler personer med långvariga ohälsoproblem deltar i arbetslivet är en av Sveriges viktiga samhällsliga utmaningar.

Huvuddelen av alla sjuka personer i arbetsför ålder arbetar. Detsamma gäller dem som själva anser sig ha en nedsatt arbetsförmåga och/eller lida av ett funktionshinder.³ Under ideala omständigheter är det ytterst få personer som inte över huvud taget skulle kunna arbeta. Nu råder inte alltid ideala omständigheter. Många hittar aldrig den plats där de skulle kunna vara produktiva och ha en god arbetsförmåga. Sjukförsäkringen är till för dem som på grund av sjukdom har extra stora problem att finna sin plats. Men också de har rätt att försöka. Det är först i mötet med arbetsmarknaden som bilden av den egna arbetsförmågan kan prövas på allvar.

¹ SOU 2006:86.

² Samtal om Socialförsäkring nr 15.

³ Se kapitel 8.

2.1 Smalare port och bredare vägar tillbaka

Rehabkedjan bygger på att den omställning till annat arbete som tidigare förutsatts i lagstiftningen, men sällan blivit av, nu ska omsättas i verkligheten. Fler sjukskrivna ska prövas mot hela arbetsmarknaden och förhoppningsvis hitta en arbetsförmåga i ett nytt arbete. Problemet är att tidpunkten då man just blivit av med sin sjukpenning är en sällsynt dålig tid för att samla sig till en radikal omställning och eventuellt till en omprövning av en sedan länge befast yrkesidentitet. Erfarenheter från andra länder visar också att det är svårt att hitta exempel där denna typ av omställning har varit framgångsrik i någon större skala.⁴ Att krympa porten till förtidspension kan upplevas nödvändigt, men det är inte tillräckligt för att nå målet om fler i arbete. Vägar tillbaka till arbete måste samtidigt breddas och den smalare porten måste förenas med en smartare sortering mellan vilka som har rimliga möjligheter till omställning och inte.

Många nödvändiga reformer ligger utanför vad som kan behandlas inom ramen för denna utredning, men vissa viktiga delar ryms också inom ramen för överväganden kring hur begreppet arbetsförmåga uttolkas och tillämpas. Begreppet arbetsförmåga är av så avgörande betydelse att det öppnar upp många principfrågor som rör sjukförsäkringen.

Vi har i föregående kapitel försökt att beskriva de välfärds-politiska dimensioner i vilka frågan om arbetsförmåga rör sig. Men hur ser de aktuella utmaningarna ut? Vilka är de uppgifter som behöver lösas och vilka frågor är det vi har som ambition att behandla i detta betänkande? Avsikten med detta kapitel är att teckna en bild av dessa frågor.

Så många människor som möjligt bör få chansen att ta tillvara den förmåga de har och kraven på eget ansvar för den egna försörjningen bör vara höga. Samtidigt bör den som ändå inte lyckas, den vars förmåga inte räcker till, ha rätt till stöd och ekonomisk trygghet. Diskussionen de senaste åren har i stor utsträckning kretsat kring det faktum att alltför många människor lämnats utanför, att fler måste komma i arbete. Regler har skärpts och tillämpningen av dem har stramats upp. Ambitionen har under lång tid varit att tydliggöra idén om arbete som rättighet och skyldighet. Att alltför många tidigare har betraktats som arbetsoförmögna är

⁴ Det främsta undantaget är Nederländerna där en nyligen avslutad storskalig omprövning av beviljade förtidspensioner ledde till en relativt betydande återgång i arbete.

ovedersägligt. Särskilt tydligt har det varit inom sjukförsäkringen där resan via långtidssjukskrivning till permanent utanförskap har varit alltför vanlig. En viktig ambition i detta betänkande är att hålla fast vid insikten att fler måste ges en chans att hitta vägar till arbete, men också vid att krav och villkor måste vara tydliga, begripliga och rimliga.

Ett bra försäkringsskydd handlar inte bara om vad som händer när skadan har inträffat. Minst lika viktigt är känslan av att vara väl försäkrad, vilket inbegriper vetskapen att det finns en försäkring som träder in om olyckan skulle vara framme och en förståelse för försäkringens villkor. När det gäller sjukförsäkringen har det mesta de senaste 10–20 åren handlat om nivån och om att för många har fått ersättning. Det är inte fokus i det här betänkandet. Vi har i första hand ställt oss frågan hur begreppet arbetsförmåga bör förstås. Men vi har också ambitionen att diskutera hur processen för att bedöma arbetsförmåga i sig kan spela en positiv, eller i varje fall mindre negativ, roll när det gäller människors upplevelse av sin egen förmåga och egna möjligheter. Rätten att i vissa fall slippa försöka försörja sig själv är lika viktig som att i andra fall vara skyldig att försöka. Det får heller aldrig glömmas bort att den som visserligen inte behöver försöka ändå har en rätt att göra det. Arbetsförmåga är i verkligheten sällan ett absolut, permanent och binärt begrepp.

Ofta finns ett behov att dra gränser, som den mellan rätt eller inte till sjukpenning. Gränserna är dock bara konventioner och approximationer. Det går så gott som aldrig att dra en absolut gräns mellan förmåga och oförmåga. Vi kommer i kommande kapitel att utveckla synen på arbetsförmåga som situationsbunden – den går bara att bedöma i en verklig situation som är knuten till en viss plats i tiden och rummet och med givna omständigheter. Att arbetsförmåga saknas i en situation innebär inte att den inte kan finnas i en annan.

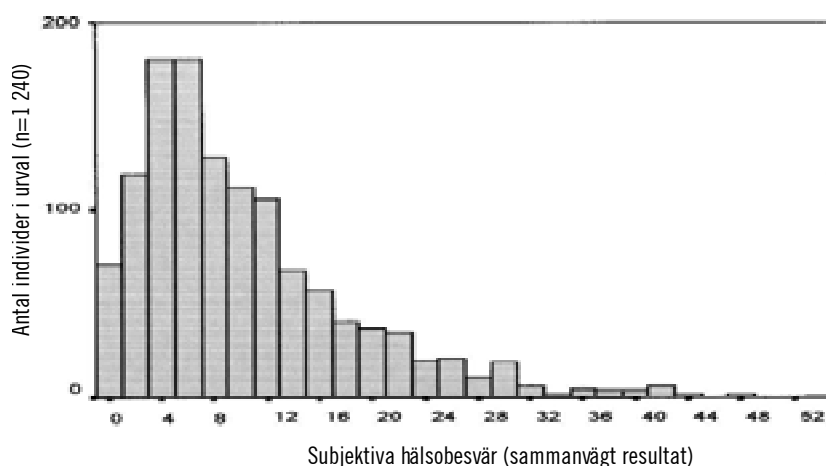
Vi vill redan här slå fast att arbetsförmågans relativa karaktär är fundamental för hur en politik kring arbetsförmåga bör utformas. Ur arbetslinjens perspektiv handlar det om att människor ska hitta en väg till sin arbetsförmåga. Förmåga finns någonstans för de allra flesta. Det behöver inte betyda att alla ska vara skyldiga att hitta dit men däremot att så många som möjligt bör ges chansen. Det betyder också att gränser mellan förmåga och oförmåga bör dras med försiktighet och med respekt för deras provisoriska och ofullkomliga natur.

Gränserna kan inte heller helt lyftas ur sitt sammanhang. De har en viktig roll att spela inom ramen för kultur och tradition i det system som studeras. Vi försökte i föregående kapitel att resonera kring hur de grundläggande värderingarna i vårt svenska system kan förstås. Arbetsförmåga som begrepp färgas av sin miljö. Även om olika delar av begreppet kan renodlas och specificeras utan större hänsyn till andra politikområden blir tillämpningen och helheten ändå beroende av det bredare välfärdspolitiska sammanhanget.

2.2 Gränser

Ett sätt att närma sig frågan om arbetsförmåga är att föreställa sig att det finns två grupper; de som kan arbeta och de som inte kan. Även om det finns gränfall föreställer man sig då grupperna i allt väsentligt åtskilda. Huvuddelen av den arbetsföra befolkningen är frisk och pigg medan en minoritet lider av sjukdomar som kan göra det svårt att arbeta. Problemet med en sådan bild är att den knappast speglar verkligheten. Många av de problem som föranleder sjukskrivning är mycket vanligt förekommande i befolkningen. I en norsk studie undersöktes förekomsten av så kallade "Subjective Health Complaints". Undersökningsgruppen fick svara på en mängd frågor om alltifrån ångest till huvudvärk. Det visade sig vara en mycket liten minoritet som inte under den senaste månaden lidit av några problem alls (fyra procent) och det gick inte att göra någon tydlig åtskillnad mellan en frisk majoritet och en sjuk minoritet. När antalet besvär och besvärens svårighetsgrad fördelades över hela gruppen blev det en glidande skala utan tydliga gränser mellan "friska" och "sjuka" (se figur 2.1).

Figur 2.1 Förekomst av subjektiva besvär i den norska befolkningen, 15–84 år



Källa: Ihlbæk m.fl., 2002.

Arbetsförmåga är inte en egenskap som vi bär med oss, utan resultatet av ett samspel mellan en lång rad omständigheter och i hög grad föränderlig beroende på dessa omständigheter. Vid varje givet tillfälle går det förvisso att skilja på dem som för stunden inte har några väsentliga problem och dem för vilka i stort sett varje form av arbete är uteslutet. Men däremellan finns ett betydande antal personer där arbete eller inte är en fråga om vilken grad av svårigheter som tolereras. Svaret ges då ofta av faktorer som ligger utanför den egna kroppen och hälsotillståndet. Kultur, förväntningar, miljö och stöd hör till det som spelar roll.

Samspelet mellan den egna hälsan och andra faktorer är svår-fångat och föränderligt men inte heller det som kan gå att isolera till den egna kroppen är alltid lätt att beskriva och värdera. Ett sätt att beskriva vad som ska klargöras vid en bedömning av arbetsförmåga är; vad kan man göra och vad räcker det till? De två frågorna ger inte hela svaret på frågan om arbetsförmåga. Svaret formas också av det specifika regelverk som bedömningen ska rymmas inom. Den som är i början av sin sjukskrivning är till exempel arbetsoförmögen i försäkringens mening om det man kan inte räcker till att utföra det befintliga arbetet, medan det senare i processen krävs att det man kan inte heller räcker till något annat

arbete. När vi talar om gränser är det i själva verket just regelverket vi talar om. Några naturliga och givna gränser är svåra att hitta.

Oavsett regelverk och omgivningsfaktorer är dock alltid en grundläggande fråga vad kropp och själ förmår, vad man kan göra. Svaret på den frågan kan visserligen påverkas av sådant som hjälpmedel och en stödjande omgivning, men det ryms ändå till stor del inom en bild av människan själv. Ofta är det i den reducerade formen som frågan om arbetsförmåga förstås. Arbetsförmåga uppfattas som något som kan beskrivas ligga hos individen.

Tyvärr är emellertid inte ens den del som handlar om individen på något sätt otvetydig och klar. Det är för det första en minst sagt vanskelig uppgift att "bedöma" vad någon klarar, i synnerhet om svaret avviker från vad den "bedömda" själv upplever och anser. Men det är också så att även denna bedömning inrymmer delar som ges av regelverket. För sjukförsäkringens del handlar det om att isolera vad som är följder av sjukdom och vad som kan bero på annat. Sjukförsäkringen försäkrar arbetsoförmåga på grund av sjukdom. Det betyder att det kan finnas problem och svagheter som inte omfattas av försäkringen och att gränser måste dras mellan vad som är det ena eller andra. Vi kommer att närma oss den frågan både utifrån begreppet arbetsförmåga och utifrån en analys av begreppet sjukdom. I inget av fallen finns några självklara svar.

Att det är svårt att dra tydliga gränser betyder inte att det inte behöver göras. Även om resultatet kan bli relativt skönmässigt behövs t.ex. ett svar på frågan om vem som har rätt till sjukpenning eller inte och det behövs ett ställningstagande till om ett lönebidrag är motiverat eller om försörjningsstödet ska vara villkorat med deltagande i arbetssökaraktiviteter. Det kan vara frestande att låta oklarheter och gråzoner leda till slutsatsen att alla sådana gränser är omöjliga och onödiga, att alla som saknar arbete eller inte kan utföra sitt arbete i grund och botten har samma problem, har behov av samma form av stöd och bör möta samma form av krav.

Problemet är att vid sidan av det grå finns också en mer svart-vit verklighet. Gråzonerna är en del av bilden men bara en del. För många som står utan arbete finns inget tvivel om att det är just bristen på arbete som är problemet och för många sjuka är det, åtminstone för stunden, helt orimligt att föreställa sig att arbeta. Att gråzonen däremellan är stor betyder inte att det inte också finns många fall där frågan om arbetsförmåga eller inte har ett tydligt svar. Svaret blir förvisso mer otydligt ju längre tiden går och

för det mesta kan det finnas någon sorts väg tillbaka till någon sorts arbetsförmåga.

Även om problembilden varit otydlig finns emellertid också många fall där till exempel sjukpenning eller sjukersättning är det rätta svaret. Ett bra försäkringsskydd mot sjukdoms konsekvenser för vår förmåga till egen försörjning är något gott. Ett sådant försäkringsskydd bör innehålla en rätt för den svårt sjuke att i lugn och ro hitta ett så bra liv som möjligt utan att behöva utsättas för en ständig granskning och en evig prövning av rätten till ersättning.

Den stora utmaningen är att balansera olika perspektiv och insikter mot varandra. Alla prövningar av människors arbetsförmåga eller förmåga att försörja sig är med nödvändighet provisoriska och ofullkomliga. Behovet av att dra gränser betyder inte att gränserna nödvändigtvis säger särskilt mycket om verkligheten. Behov av stöd och hjälp för att hitta vägar till arbete kan finnas på båda sidor gränsen och en rätt till en viss form av ersättning eller inte bör inte tolkas som mer än just det.

Samtidigt spelar gränserna stor roll. Det är stor skillnad på att få sjukpenning eller att kanske behöva leva på försörjningsstöd. Det är stor skillnad på att få rätt till ett lönebidrag eller att behöva konkurrera om arbete på samma villkor som de flesta andra. Gränserna är viktiga och det som finns att tillgå på rätt sida gränsen är ofta av stort värde. Därför måste gränserna vara tydliga och begripliga.

En sjukförsäkring är tänkt att ge trygghet inte minst när man inte behöver den. Att vara försäkrad mot något som kan hända men ännu inte har hänt är vad vi betalar försäkringspremier för. Ska försäkringen erbjuda en god trygghet måste det var tydligt hur villkoren ser ut. Och ska försäkringens utfall vara legitimt är det viktigt att det finns en tilltro till relevansen hos de bedömningar som görs. Det är svårt att dra gränser mellan förmåga och oförmåga, men det gör inte gränserna mindre viktiga.

2.3 Tydlighet och legitimitet

Vår uppfattning är att framför allt sjukförsäkringen under mycket lång tid lidit av allvarliga problem när det gäller hur gränserna ska förstås och tillämpas. Det gäller allra tydligast när man närmar sig frågan om vad en person klarar när bedömningen ska ske mot arbetsmarknaden som helhet. Försäkringens otydlighet har varit

möjlig att leva med på grund av två omständigheter som nu är under förändring; mycket få personer har fått nej och prövningar har skjutits upp så länge att det mer varit ett de facto utfall som tillåtits styra bedömningarna. I en värld där i stort sett alla som ansöker får sjukpenning väcks aldrig frågan om motiven för ett avslag. Och när en prövning mot hela arbetsmarknaden aldrig kommer till stånd blir till sist själva frånvaron från arbete ett bevis på att ingen förmåga finns.

På båda dessa punkter håller nu försäkringen på att förändras och det kommer rimligen att ställa helt nya krav på försäkringens tydlighet och på förmågan att förklara och förankra de gränser som gäller. Den stora förändring som inträffat är de tidsgränser som ryms inom den så kallade rehabiliteringskedjan och särskilt gränsen vid 180 dagar. Att man redan efter ett halvårs sjukskrivning ska få sin förmåga bedömd i relation till den ”reguljära arbetsmarknaden” kommer att på ett helt nytt sätt flytta fokus till hur den bedömningen egentligen är tänkt att gå till.

Idén är på intet sätt ny. Sjukförsäkringen har alltid byggt på att man förr eller senare ska prövas mot fler typer av arbeten än det befintliga. Skillnaden mot tidigare är att tidsgränsen rimligen kommer att pressa fram mycket fler sådana bedömningar. Även det faktum att avslagsfrekvensen har ökat, om än från en oerhört låg till en mycket låg nivå, kommer att öka kraven på försäkringens tydlighet och gränsernas legitimitet.

En begriplig och legitim tillämpning av begreppet arbetsförmåga består av åtminstone två delar. För det första krävs en teoretisk bild av begreppet som är tydlig och konsekvent, där det går att förklara vad som egentligen bedöms och hur olika typer av regelverk och bedömningar förhåller sig till varandra. För det andra behövs också en bedömningsprocess där den som blir föremål för bedömningen upplever att den görs på ett kompetent sätt och i enlighet med de begrepp som utgör grunden. Erfarenhet från Danmark visar att reformer av bedömningsprocessen kan leda till att även avslagsbesked i större utsträckning accepteras.

Det finns flera indikatorer på att legitimiteten i den svenska sjukförsäkringen i dag är låg. Försäkringskassans egna undersökningar av avslagsbesked⁵ visar till exempel att de försäkrade är kritiska mot processen och det återspeglas i en ökande frekvens av överklaganden. Två nyligen publicerade undersökningar visar också

⁵ Försäkringskassan analyserar 2007:2.

att de allmänna försäkringarna inte ger den känsla av trygghet som är deras uppgift och att utvecklingen på den punkten går åt fel håll.⁶ I vårt delbetänkande (SOU 2008:66) lyfte vi fram bristen på delaktighet i sjukskrivningsprocessen och det är fortfarande vår uppfattning att de sjukskrivna i allt för stor utsträckning behandlas som passiva objekt med begränsade möjligheter att få tillräcklig insyn i bedömningsprocessen och förståelse för vad som sker. *Vägen tillbaka till arbetsförmåga måste i största möjliga utsträckning ägas av de försäkrade själva.* Ju mer människor ges utrymme och möjlighet att ta ett eget ansvar för situationen desto bättre. Ansvar förutsätter emellertid att man också i betydligt större utsträckning än i dag har någon form av kontroll över det som sker.

Ohälsotalet har glädjande nog fallit dramatiskt de senaste åren. Andelen svenskar med sjukpenning ligger i dag på vad som kan betraktas som en europeisk normalnivå och även inflödet i sjuk- och aktivitetsersättning har minskat kraftigt. Det mesta tyder på att detta har skett utan att utslagningen från arbetsmarknaden ökat i direkt anslutning till minskningen. Färre sjukskrivna har inneburit fler i arbete. Att så blir fallet också i framtiden är av avgörande betydelse. Det grundläggande målet är att färre människor ska stå utanför arbetsmarknaden, inte bara att de inte ska synas i ohälsotalet. Även om det är för tidigt att säga något om hur bestående utvecklingen är finns goda möjligheter att de kommande åren kan ägnas mer åt andra kvalitetsdimensioner än nivån på sjukfrånvaron. Stora regionala skillnader finns fortfarande, även om de har minskat. Som vi redan konstaterat finns också oroväckande tecken på att försäkringen upplevs som snål och oberäknelig.

En bra försäkring ger en bra ersättning till rätt personer. En bra försäkring ska också ge trygghet för dem som för stunden inte behöver utnyttja den. De ska veta vad som gäller om de i framtiden blir sjuka. En bra försäkring ska också vara rättvis i bemärkelsen att reglerna tillämpas lika för alla. Begreppet arbetsförmåga är centralt ur alla dessa aspekter.

Utifrån många kontakter med olika berörda aktörer är det också uppenbart att efterfrågan på ett tydligare och mer begripligt regelverk hos alla de aktörer som i olika sammanhang bedömer arbetsförmåga är stor. Sjukförsäkringen står här i fokus, men den samlade uppgiften att bredda vägarna till arbetsförmåga berör fler områden.

⁶ LO "En sjukförsäkring som ger trygghet?" (2009) respektive SEB "Välfärdsbarometern 2009".

2.4 Gränser men inte murar

Gränser och bedömningar av vem som hamnar på vilken sida av gränsen behövs. De bedömningar som hamnar i centrum är ofta de som handlar om försörjning. Vilken ersättning man har rätt till är ofta den viktigaste och mest akuta frågan för den som för stunden inte kan försörja sig genom eget förvärvsarbete. Samtidigt är det viktigt att de gränserna inte tillåts att helt dominera landskapet. De allra flesta som är sjukskrivna har ambitionen och förhoppningen att komma tillbaka i arbete och de allra flesta kommer också tillbaka.

Att uppbära sjukpenning och samtidigt orientera sig mot arbetsmarknaden med tillgång till stöd och hjälp för att komma tillbaka bör inte vara oförenligt. Att ha rätt till sjukpenning är inte detsamma som att inte över huvud taget kunna klara någon form av arbete. Det är bara uttryck för att man för stunden har rätt till en viss form av ersättning; tidigt i sjukskrivningen för att man är oförmögen att klara det egna arbetet och senare för att man bedöms ha stora hinder även på arbetsmarknaden som helhet. Att *inte ha* rätt till sjukpenning behöver heller inte betyda att man inte är sjuk eller att det inte finns vissa hinder att arbeta, bara att hindren inte bedöms vara tillräckligt stora för att man ska ha rätt till sjukpenning.

I och med rehabiliteringskedjan skapades möjligheter att få kontakt med arbetsförmedlingen redan efter tre månaders sjukskrivning och en rätt infördes till tjänstledighet för att pröva ett nytt arbete. Vi kommer i kommande kapitel att bygga vidare på de tankarna och föreslå fler perioder där sjukpenning ska kunna kombineras med aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Även de som blivit av med sin sjukpenning kan ha behov av stöd för att överkomma hinder som sjukdomen lett till. En omställning till ett nytt arbete behöver inte vara avslutad bara för att rätten till sjukpenning upphör och det senare behöver inte betyda att allt är friskt och bra. På liknande sätt kan också behöva skapas möjligheter för personer, som av andra skäl som till exempel otillräcklig sjukpenninggrundande inkomst för att ha rätt till ersättning, att få tillgång till en del av de bedömningar och det stöd som finns inom ramen för sjukförsäkringens administration.

Om fler människor med hälsoproblem ska vara i arbete måste fler hitta sin egen väg till arbetsförmåga. Sökandet kommer beroende på regelverkets gränsdragningar ibland att ske med

sjukpenning och ibland inte. En viktig uppgift för den här utredningen har varit att på olika sätt avdramatisera skillnaden mellan dessa två tillstånd. Om sjukförsäkringen upplevs som den enda trygga hamnen i ett stormigt hav kommer inte bara pressen att bli stor på försäkringens portvakter att lösa många sorters problem, utan allt för få människor kommer också att själva se möjligheterna utanför försäkringen.

2.5 Regler och verklighet

Alltsedan början av nittioalet har det pågått en process där regelverket för sjukpenning och förtidspension successivt har skärpts. Beslutsfattarna har upplevt att tillämpningen i sjukförsäkringen har avvikit från regelverket och att försäkringen svalt allt fler arbetsmarknadsrelaterade problem. Som vi konstaterade inledningsvis i detta kapitel, är det också en bild som får gott stöd i statistiken. Ett slående faktum är att diskussionerna kring hur reglerna bör vara utformade ofta tagit sin utgångspunkt just i bilden av för höga sjuktal och ökad utslagning. Att utvecklingen gått åt fel håll har tagits till intäkt för att skärpa reglerna. Men samtidigt har kritiken av systemet i stor utsträckning byggt på att det för stunden gällande regelverket inte tillämpats som det är tänkt. Reglerna har steg för steg skärpts mot bakgrund av höga sjuktal men inte alltid på basis av någon mer principiell kritik av det gällande regelverket. Vad som ofta har saknats är en mer genomgripande problematisering både av varför det givna regelverket inte tycks ha tillämpats och av om regelverket principiellt varit för generöst om det hade tillämpats.

Det är värt att notera att det mesta tyder på att inte heller rehabiliteringskedjans regelverk tillämpas som det var tänkt. Trots tydliga tidsgränser görs inte rätt bedömning vid rätt tid. Det råder tveksamheter kring hur väl tillämpningen av de nya begreppen överensstämmer med lagstiftarens ambitioner och olikheterna i tillämpningen förefaller vara väl så stora som tidigare. Frågan är om vi om fem år än en gång kommer att behöva konstatera att verkligheten inte blev som det var tänkt och då får ännu en skärpning av ett redan mycket stramt regelverk, en skärpning som kanske återigen får som främsta effekt att ytterligare vidga klyftan mellan regler och verklighet. Vad som talar emot det scenariot är dock att ohälsotalet fortfarande är i närmast fritt fall och fortsätter den

utvecklingen lär det inte väckas några mer högljudda krav på ytterligare skärpningar. Men om det är något som präglat sjukfrånvaron så är det å andra sidan plötsliga kast och en minst sagt berg- och dalbaneliknande utveckling.

Att det finns en klyfta mellan regler och verklighet skapar förutsättningar för stora skillnader i behandling av de försäkrade. Även om administrationen hittar en egen ”normal” nivå som skiljer sig från ambitionerna i regelverket kommer det också alltid att finnas fall där handläggare strikt tillämpar det gällande regelverket. Dessa fall kommer visserligen att vara korrekt behandlade, men de kommer också att sticka ut som olyckligt drabbade i en omvärld där de flesta har behandlats påtagligt annorlunda.

Att regler och verklighet skiljer sig åt försvårar också en ärlig och öppen diskussion kring hur systemet egentligen fungerar. Det offentliga samtalet förutsätter oftast att världen ser ut som lagstiftare och myndighetsansvariga anser att den borde se ut medan den som ser verkligheten nedifrån och inifrån ofta upplever något helt annat.

Ett genomgående tema i detta betänkande är en ambition att försöka skapa processer och regelverk som har förutsättningar att minska klyftan mellan regler och verklighet. Delvis handlar det om att säkra bred samhälllegitimitet men också om att få de inblandade att uppleva att även kortsiktigt svåra beslut kan leda till något positivt i längden. Därtill kommer att instrument och beslutsprocesser ska erbjuda ett stöd för en likformig och korrekt tillämpning av regelverket.

2.6 Måttet på framgång

De fasta tidpunkterna i rehabiliteringskedjan utgör ett tydligt brott mot en tidigare tradition där valet av bedömningsgrund baserades på hur långt man nått i att utreda ett sjukfall. I den tidigare så kallade steg-för-steg modellen var det vanligt att sjukfall befann sig på steg ett av sju i flera år⁷. Poängen med att tillräckligt tidigt väcka frågan om omställning och prövning mot mer än det befintliga arbetet är att chansen för en framgångsrik omställning ökar om tiden med sjukpenning inte tillåts bli alltför lång.

Samtidigt är det viktigt att inte förlora det egentliga målet ur sikte. Framgång bör mätas i hur många som hittar tillbaka till

⁷ Dvs. att prövningen gjordes mot befintligt arbete.

arbete, till en plats där de har arbetsförmåga. Om många lämnar sjukförsäkringen för en långvarig försörjning från andra offentliga system är mindre vunnet och legitimiteten i systemet satt på spel. Även om det ibland kan vara bättre att delta i någon form av långsiktigt arbetsmarknadspolitiskt program än att uppbära sjukersättning bör ambitionen vara att så många som möjligt hittar en väg tillbaka till god arbetsförmåga, till rätt plats på arbetsmarknaden.

För närvarande pekar utvecklingen åt rätt håll. Allt färre blir sjukskrivna och de som blir det blir det allt kortare tid. Antalet pågående sjukfall är i dag lägre än på flera decennier. Samtidigt är det svårt att bedöma hur det nya regelverket kommer att fungera och vad som blir eventuella nya problem. Varningstecken finns. Den långvariga utvecklingen mot en allt större andel långa sjukfall är ännu inte tydligt brutet, även om det finns en nedgång de senaste åren. Erfarenheten hittills från rehabiliteringskedjans tillämpning pekar också mot att inte ens de nya tydliga tidsgränserna tillämpas så som tänkt. Av de fall som under juli 2009 passerade 180 dagar var det bara i cirka 50 procent av fallen som det gjorts en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden.⁸ Det är också tveksamt i vilken utsträckning de bedömningar som kommer till stånd görs på ett sätt som ligger i linje med lagstiftningens ambition om betydande restriktivitet vid beviljande av sjukpenning efter 180 dagar. Osäkerheten är dessutom stor om vad som händer i sjukfall efter dag 180. Det finns, menar vi, en risk att alltför många kommer att fastna i en passiv sjukskrivning mellan dag 180 och dag 915.

Ett förslag finns nu om ett arbetsmarknadspolitiskt introduktionsprogram för dem som blir utförsäkrade vid dag 915. Problemet är att det då har gått mycket lång tid. All erfarenhet talar för att ambitionen att väcka frågan om omställning tidigare under ett sjukfall är riktig och ökar sannolikheten för en framgångsrik omställning. I den mån gränsen vid 180 dagar inte kommer att tillämpas som avsett saknas tydliga kontrollstationer innan dag 915. Prövning av förlängd sjukpenning efter 365 dagar bygger på samma ersättningsgrund som vid 180 dagar och har tenderat att bli rätt mycket av en formalitet snarare än att utgöra ett tydligt nytt bedömningstillfälle.

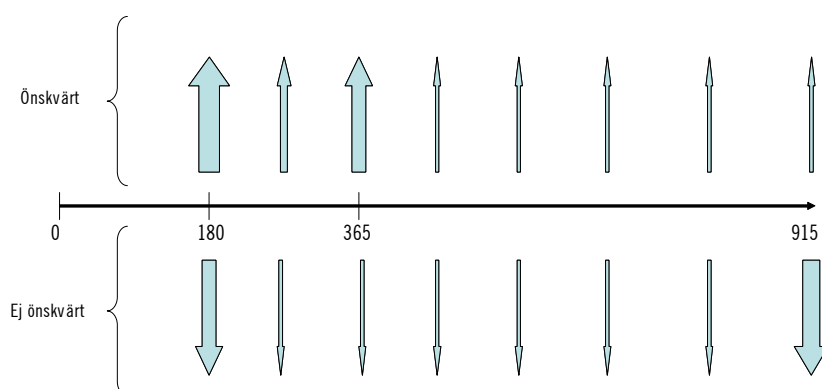
Även om utvecklingen i stort sett är positiv kommer också framöver ett stort antal människor att bli direkt berörda av hur sjukförsäkringen hanterar kraven på omställning. I september 2009

⁸ Försäkringskassan "Månadsrapport – Sjukförsäkringen" 2009-09-16.

passerade drygt 4 000 personer 180 dagars sjukskrivning.⁹ Det säkraste alternativet för att komma tillbaka till arbete är oftast att försöka återgå till det befintliga arbetet, något som förefaller ske för de flesta som får sin sjukpenning indragen.¹⁰ Ännu vanligare är sannolikt att återgång sker i anslutning till tidpunkten 180 dagar utan att det behöver bli aktuellt med en indragning av ersättningen. Tidsgränsen i sig spelar roll. Det kommer emellertid alltid att finnas de som förr eller senare behöver försöka sig på en omställning till ett nytt arbete. Risken är att det försöket fortfarande kommer för sent och utan tillräckligt stöd. Figuren nedan är en illustration av vad vi hoppas uppnå med flera av de reformer som detta betänkande behandlar.

I stället för två tydliga tillfällen då ett stort antal personer lämnar sjukförsäkringen är ambitionen att försök till omställning ska komma till stånd relativt tidigt och understödjas av tydliga bedömningstillfällen (vid 180 och 365 dagar) och erbjudande om arbetsmarknadspolitiskt stöd och hjälp såväl under som efter tid med sjukpenning.

Figur 2.2 Utflöde ur sjukförsäkringen vid olika tidpunkter



Nyckeln till framgång är sannolikt att fler sjukskrivna inte bara bedöms ut ur sjukförsäkringen utan också ser det som väntar utanför som en rimligt trygg och sannolik väg tillbaka till arbete. Utmaningen är att mobilisera den vilja till arbete som finns hos de allra flesta och att koppla skyldigheten att försörja sig själv till

⁹ Försäkringskassans ärendehandlägningsstatistik (DoA).

¹⁰ Försäkringskassan Socialförsäkringsrapport 2008:10.

reella möjligheter att också hitta en väg dit. Ansvar att hitta sin väg till arbetsförmåga har alla, men för vissa kommer vägen att vara krokig och lång. Ju krokigare och ju längre desto större blir kraven på offentliga insatser för att matcha ansvaret med stöd och hjälp. Utan tillräckligt stöd kommer också kraven på eget ansvar att behöva minska. Ansvar äger vi för det vi kan påverka genom egna val och ansträngningar.

3 Arbetsförmågebegrepp

Vi föreslår: Att två nya begrepp införs i sjukförsäkringen

- medicinska förutsättningar för arbete och
- försörjningsförmåga

Vad är arbetsförmåga? Frågan saknar ett enkelt utredbart svar. Till vardags kan det kännas rätt uppenbart för var och en av oss när vi klarar eller inte klarar att arbeta, men det räcker att gå till en morgon med ett förkylt uppvaknande för att hålla med om att helt självklart är det inte alltid. Särskilt svårt blir det när begreppet ska användas i olika offentliga verksamheter och utgöra en grund för rätt till olika stöd och ersättningar.

Bedömningar av personers arbetsförmåga är relativt vanligt inom flera offentliga verksamheter. Inom sjukförsäkringen rör det sig om hundratusentals personer vilkas arbetsförmåga prövas under ett år och inom såväl arbetsmarknadspolitiken som kommunernas socialtjänst är det i varje fall tiotusentals personer per år som blir bedömda. En stor mängd bedömningar sker också inom ramen för olika privata eller kollektivt avtalade försäkringar. Betydelsen av bedömningarna varierar men ofta kommer resultatet att spela stor roll för de personer som är berörda. Att bedömas kunna arbeta eller inte är ofta av avgörande betydelse för olika former av stöd och hjälp, men också för vilka krav som det offentliga kan ställa på den enskilde.

Arbetsförmåga som politiskt och juridiskt begrepp är främst förknippat med sjukförsäkringen och ges då en tydlig koppling till sjukdom. Första meningen i 3 kap. 7 § Lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL, lyder ”Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel”. Ned-satt arbetsförmåga på grund av sjukdom är det grundläggande ersättningskriteriet i sjukförsäkringen.

De prövningar som sker inom ramen för Arbetsförmedlingens och Socialtjänstens verksamheter sker i andra syften och inom ramen för andra regelverk och lagrum. I ingetdera fallet finns samma tydlighet som inom sjukförsäkringen där begreppet är reglerat i lag. De andra verksamheterna kan betydligt friare välja hur de vill behandla begreppet.

Mångfalden tillämpningar och skillnaderna mellan dem kan lätt skapa en viss förvirring och väcka frågan om inte arbetsförmåga borde kunna förstås och tolkas på samma sätt oavsett i vilket sammanhang bedömningen görs. Vi menar dock att det är oundvikligt att begreppet ges olika innebörd i olika sammanhang. När Arbetsförmedlingen utreder en persons arbetsförmåga i syfte att få en bättre bild av stöd och vägledning som kan behövas på vägen mot ett nytt arbete är det med nödvändighet något helt annat än när Försäkringskassan prövar om en person uppfyller kraven för rätt till sjukpenning och därvid tvingas lägga särskild vikt vid förekomsten av sjukdom. Vad som kan övervägas är om det kan finnas andra begrepp som i vissa fall skulle passa bättre än arbetsförmåga. Vad som också kan vara värdefullt är att försöka avtäcka och tydliggöra hur och varför de olika tillämpningarna skiljer sig åt.

Syftet med detta kapitel är delvis att sortera i begreppsapparaten för att skapa lite mer klarhet i hur olika arbetsförmågebegrepp kan se ut och förhålla sig till varandra och delvis att skissa på nya begrepp som skulle kunna användas inom ramen för en reformering av bedömningsgrunderna för vissa sjukförsäkringsförmåner.

3.1 Förmåga är relativt

Att ha förmåga är att kunna utföra något. Vad detta något är avgör vilken förmåga man talar om. Den som kan läsa har läsförmåga och den som kan tala har talförmåga. Arbetsförmåga skulle då vara att kunna arbeta. Problemet är att aktiviteten "att arbeta" förutsätter förtydliganden. Arbete kommer i många former och så gott som alla personer som inte är medvetlösa kan utföra någon form av arbete. I innebörden av att kunna arbeta ligger rimligen också att kunna utföra ett arbete på ett sådant sätt att någon är beredd att betala för utförandet. Ett arbete är något mer än en samling arbetsuppgifter. Det innehåller också vissa krav och förväntningar på produktivitet, på i vilken takt och med vilken kvalitet som uppgifterna ska utföras.

För att det ska vara möjligt att värdera en bild av individen i termer av arbetsförmåga krävs alltså en bild också av vad individens resurser ska relateras till. Arbetsförmåga bör förstås som ett relationellt begrepp. Det arbete som ska utföras måste specificeras i termer av vilka konkreta uppgifter som ska utföras och under vilka omständigheter, i vilken miljö, de ska utföras. Uttalanden om en persons arbetsförmåga kräver en bild av uppgifter och miljö.¹

Hos Arbetsförmedlingen är det praxis att innan hela bilden har tecknats talar man om individens "förutsättningar för arbete" snarare än om arbetsförmåga. Denna syn på begreppet arbetsförmåga ligger väl i linje med hur begreppet har behandlats tidigare i forskning² och offentliga utredningar och propositioner. Sjuk- och arbetsskadekommittén konstaterade till exempel att "Arbetsförmåga är ett begrepp som i allra högsta grad är relativt. Det finns i dag glädjande exempel där även personer med omfattande och svåra handikapp, efter anpassning av arbetsplatser och med stöd av tekniska hjälpmedel, kan utföra ett förvärvsarbete."³ Det är meningslöst att försöka uttala sig om en individs arbetsförmåga utanför de specifika uppgifter som ska utföras i en specifik miljö. Arbetsförmåga är inte en egenskap som en individ kan bära omkring på utan uppstår först i mötet med uppgift och miljö.

Denna syn på arbetsförmåga stämmer också väl överens med hur begreppet används i de tidigare skedena av en sjukskrivning för den som har ett arbete. Det är då uppenbart vilket arbete en person är sjukskriven från, det är möjligt att beskriva miljö och uppgifter likväl som individens tillstånd. Det är också fokus på hur förändringar av miljö och uppgifter eventuellt kan återskapa arbetsförmåga.⁴

En helt annan situation uppstår inom sjukförsäkringen när arbetsförmågan ska prövas mot hela arbetsmarknaden, när det inte längre räcker med att inte kunna utföra sitt befintliga arbete för att ha rätt till ersättning. Det ska då "beaktas om den försäkrade har sådan förmåga så att han eller hon kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden i övrigt".⁵ Här ersätts alltså en relativt väl definierad bild av uppgifter och miljö

¹ I Arbetsförmedlingens metodstöd för bedömning av arbetsförmåga illustreras detta av en bild med tre cirklar, där cirkelarna representerar just individ, uppgift och miljö.

² Se exempelvis Westerholm P & Lindenger G i Vahlne Westerhäll L (red), (2008).

³ SOU 1995:149 sid. 230.

⁴ Det finns även här viktiga skillnader mellan Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans (i tidiga skeden) arbetsförmågebegrepp men de ligger i hur individen beskrivs och inte i synen på arbetsförmåga som ett relationellt begrepp.

⁵ AFL 3 kap. 7§.

med begreppet ”den reguljära arbetsmarknaden”. Övergången kan ses som att man konstanthåller uppgift och miljö och reducerar beskrivningen till enbart individen. Problemet är att det inte går att värdera individens resurser till förmågan att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden på samma sätt som det går att värdera förmågan att kunna utföra en känd uppgift i en känd miljö.

Problemet kan illustreras av att ”den reguljära arbetsmarknaden” kan sägas innehålla en närmast oändlig mängd av möjliga kombinationer av uppgifts- och miljöcirklar.⁶ Lagstiftaren använder också konsekvent begreppet ”arbeten” utan att ta hänsyn till att ett och samma ”arbete”, i bemärkelsen grupp av uppgifter, kan förekomma i högst varierande miljöer som på helt olika sätt kan påverka någons förmåga att utföra uppgifterna. Under perfekta omständigheter kan i stort sett vem som helst hitta en kombination där man trots stora medicinska problem har en arbetsförmåga.

Förmåga att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden måste rimligen betyda någonting mer än att rent teoretiskt kunna utföra något arbete under några omständigheter. I praktiken måste det handla om någon form av sannolikhet. Hur lång och krokig får vägen vara till den plats där man skulle kunna ha en arbetsförmåga för att man ska kunna tala om en ”förmåga”? Det finns förvisso exempel på personer med enorma problem som har hittat en plats på arbetsmarknaden där de har arbetsförmåga, men det kan knappast betyda att alla personer med samma problem ska avkrävas ett försök att hitta en sådan plats. Det behövs en gräns, men var den ska dras går inte att sluta sig till genom en aldrig så god definition av begreppet arbetsförmåga – helt enkelt eftersom bedömningen i realiteten handlar om något annat.

Vid bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden är det en illusion att tala om att det handlar om att skilja på dem som *kan* respektive *inte kan* försörja sig. Någon sådan teoretisk bedömning i förväg kan omöjligen göras. Vad det är frågan om är att skilja den grupp som *behöver försöka* försörja sig från den som för stunden *inte behöver försöka*. Hur den gränsen ska sättas handlar inte om någon medicinskt utredbar arbetsförmåga utan om ett politiskt val gällande hur sannolik eller osannolik vägen till arbetsförmåga ska vara för att man ska ha rätt till sjukpenning eller inte.

⁶ Detta blir särskilt tydligt i och med övergången från begreppet ”normalt förekommande arbete” till ”den reguljära arbetsmarknaden”. Möjligen kan avgränsningen att ”mycket udda och sällan förekommande” (Prop. 2007/08:136 sid. 67) arbeten inte ska anses omfattas av ”den reguljära arbetsmarknaden” sägas utgöra en restriktion för vilka cirklar som man kan föreställa sig.

Vi kommer i fortsättningen att använda begreppet *medicinska förutsättningar för arbete* för att beskriva vad det är som kan bedömas när man inom sjukförsäkringen prövar någon mot den reguljära arbetsmarknaden. Det gör vi för att poängtera att det inte är fråga om arbetsförmåga och om att kunna eller inte kunna något utan om just vilka medicinska förutsättningar någon har i mötet med arbetsmarknaden. Det nya begreppet förutsätter inte i sig någon materiell förändring av gällande ersättningsbegrepp i lagstiftningen. Det syftar främst till att förtydliga vad som ska bedömas och hur det aktuella ersättningsbegreppet bör förstås i relation till begreppet arbetsförmåga. Medicinska förutsättningar för arbete är något som bärs av individen och som är konstant oavsett uppgift och miljö, eller i varje fall möjligt att relatera till en standardiserad bild av uppgifter och miljö.

3.2 Att beskriva individer

Processer för att bedöma personers arbetsförmåga tenderar att fokusera på beskrivningar och bedömningar av de individer som är föremål för bedömningarna. Även om det, som vi berört i föregående avsnitt, är nödvändigt att ha ett relationellt perspektiv för att kunna uttala sig om arbetsförmåga läggs den huvudsakliga kraften på beskrivning av individer.

Det är värt att poängtera att bedömningar av personers arbetsförmåga med nödvändighet blir något förmyndaraktiga. Det kan tyckas vettigare att låta människor själva svara på frågan om de klarar ett arbete eller inte. Bedömningar kopplade till tillgången till olika typer av förmåner kräver emellertid att en utomstående bedömare gör ett eget ställningstagande. Ofta måste bedömningen ske i en något teoretisk form. Att genom direkt observation studera hur en person faktiskt klarar ett arbete är inte alltid möjligt.

Beskrivningen av individer är inte bara huvudfokus vid arbetsförmågebedömningar; det är också det område där de viktigaste och svåraste vägvalen och avgränsningarna måste göras. Det kan tyckas naturligt att alla de personliga egenskaper som kan vara relevanta för utförandet och därmed för förmågan ska beskrivas. Problemet är att vissa sammanhang kräver restriktioner med avseende på vilka typer av egenskaper som bör ligga till grund för bedömningen. Såväl inom sjukförsäkringen som vid bedömningar av rätt till lönebidrag och vissa andra arbetsmarknadspolitiska stöd

krävs att en eventuell arbetsförmåga kan kopplas till sjukdom/skada/funktionsnedsättning. Det krävs ett orsakssamband. I de situationerna förutsätts en avgränsning där andra orsaker till nedsatt arbetsförmåga sorteras bort. Beskrivningen av individen blir begränsad till de faktorer som kan ingå i den tänkta orsakskedjan.

Avgränsningarna kan gälla både vilka personliga egenskaper, i vid bemärkelse, som ska beskrivas och hur dessa egenskaper ska beskrivas samt värderas. En grundläggande slutsats är dock att det inte räcker med att sortera mellan egenskaper. Grad av motivation lyfts ofta fram som en avgörande faktor för i vilken grad en person ser sig själv som arbetsförmögen, men också som en faktor som inte ska tillmätas någon betydelse vid bedömningen av rätt till sjukpenning. Problemet är bara att motivation kan höra till det som mycket direkt påverkas av sjukdom. Depression är ett uppenbart exempel. En rimlig slutsats inom ramen för dagens regelverk skulle bli att om en person är sjukskriven för benbrott kan bristande motivation visserligen bidra till arbetsförmåga men ska inte vägas in vid bedömningen av rätt till sjukpenning. Vid depression däremot kan bristande motivation vara en viktig grund inte bara för arbetsförmåga utan också för rätten till ersättning. Det väsentliga är i vilken grad olika egenskaper och förhållningssätt kan beskrivas som direkt påverkade av sjukdom eller skada.

I de fall där bedömningssituationen inte är kopplad till ett regelverk som till exempel kräver en koppling till sjukdom finns inget behov av avgränsning utan en lång rad faktorer och egenskaper blir naturliga att beskriva. Arbetsförmedlingen fyller, inom ramen för sin arbetsförmågemodell, individcirkeln med beskrivningar av:

- kunskaper, erfarenheter
- färdigheter och förmågor
- intresse, livsstil, personlighet och motivation
- social situation
- hälsotillstånd, funktionshinder

I relation till själva begreppet arbetsförmåga kan både den mer avgränsade och den mer omfattande beskrivningen av individen sägas rymmas. Skillnaden är att i det ena bedömningssammanhanget är det bara de dimensioner av arbetsförmågan som kan kopplas till sjukdom som ska beaktas vid prövningen av rätten till

ersättning. Rätten till sjukpenning bygger på att det finns *en arbetsförmåga på grund av sjukdom*.

Ett naturligt sätt att närma sig problemet med avgränsningar är att utgå från den sjukdom som en person antas lida av och därefter undersöka de symtom och de funktionsnedsättningar som kan antas vara en logisk följd av en given sjukdom eller skada. Har personen i fråga brutit benet så är till exempel rörlighet och smärtor i benet de möjliga relevanta grunderna för en eventuell sjukskrivning. Det försäkringsmedicinska beslutsstöd som tagits fram av Socialstyrelsen för att utgöra ett stöd för läkare och försäkringskassehandläggare bygger i stor utsträckning på denna tanke. Under varje diagnos finns en redogörelse för förväntade och möjliga effekter på patientens funktionstillstånd och resonemang kring hur länge dessa effekter kan antas bestå.

Den grundläggande svagheten i att låta diagnosen utgöra ledstjärnan för vilka egenskaper som ska beskrivas är att en beskrivning av symtom och besvär ofta inte går att skilja från själva ställandet av diagnosen. En mycket stor andel av de personer som blir aktuella för sjukskrivning lider av problem där det inte finns särskilt många andra undersökningsfynd än just själva symtomen. Det är trötthet, oro, ångest, smärta, sömnbesvär, koncentrations-svårigheter och så vidare som utgör de dominerande orsakerna till upplevd arbetsförmåga. Allt detta är fenomen som en stor del av befolkningen upplever i varierande grad och omfattning. I vilken mån problemen kläs i termer av sjukdom eller inte handlar oftast om hur allvarliga och varaktiga symtomen är samt om de leder till problem i det vardagliga livet och i betydligt mindre utsträckning om i vilken grad det går att identifiera några bakomliggande observerbara sjukliga förändringar.⁷ I dessa fall finns ingen exogent given sjukdomsdiagnos att ta spjörn emot och avgränsningen blir därmed mycket svårare. Men att det är svårt innebär inte att det går att undvika att försöka. Sjukförsäkringens legitimitet som just *sjukförsäkring* kräver att denna uppgift tas på allvar.

Problem att utföra ett befintligt arbete kan uppstå på grund av många olika orsaker. Den beskrivning som är aktuell vid bedömning av arbetsförmåga på grund av sjukdom måste alltså ha förmågan att begränsa bilden till orsaker som kan kopplas till personens sjukdom. Samtidigt måste sjukdomens konsekvenser

⁷ Det finns en omfattande litteratur kring detta problem och även många olika namn för att beskriva dessa åkommor. Se t.ex. Aylward & Waddell (2005), Eriksen & Ihlebaek & Ursin (1999) eller Samtal om Socialförsäkring nr 7.

beskrivas på ett sådant sätt att de fångar in de aspekter som är relevanta i relation till arbetets krav. Det spänningsfält som uppstår mellan dessa två krav kan illustreras med hjälp av två begrepp; *funktion* respektive *aktivitet*, som är centrala begrepp i WHO:s ”International Classification of Functioning Disability and Health” (ICF).⁸

3.2.1 Funktion och aktivitet

Funktionsbegreppet är nära knutet till kroppen. I ICF beskrivs det som organsystemens fysiologiska funktioner. Ett hjärta ska pumpa blod, en muskel ska kunna spännas, ett öga ska kunna se och tarmar ska kunna ta upp näring. De fysiska funktionerna är relativt konkreta och lättfattliga medan de mentala ibland kan bli mer abstrakta. Hjärnans fysiologiska funktion omfattar visserligen sådant som att vara vid medvetande, att minnas och att ha en uppfattning om tid och rum men i ICF:s lista finns även sådant som optimism, självförtroende och pålitlighet.

I de fall där en sjukdom leder till problem i relation till att utföra arbete kan det närmast förutsättas att det finns en funktionsnedsättning. Någon eller några funktioner har påverkats negativt och det borde gå att upptäcka och beskriva dessa funktionsnedsättningar. Eftersom en analys av arbetsförmåga på grund av sjukdom syftar till att isolera konsekvenserna av sjukdom från eventuella andra problem finns anledning att se funktionsbegreppet som ett viktigt mellansteg i analysen.

En funktionsnedsättning kan i sig ses som en indikation om att det föreligger sjukdom. Ett grundläggande problem i sjukförsäkringen är att det i många fall är svårt att skapa sig en tydlig bild av den grundläggande sjukdomen.⁹ En god bild av att det föreligger tydliga funktionsnedsättningar kan i sådana fall bli en sorts kontroll av att problemen verkligen hör samman med sjukdom.

Att funktioner har en nära koppling till kropp och psyke och därmed till den medicinska professionen behöver dock inte betyda att problem eller svagheter kopplade till funktioner alltid är ett tecken på sjukdom. Muskelstyrka är en tydlig funktion med en tydlig medicinsk/fysiologisk innebörd. Samtidigt är de variationer som ryms inom en population till mycket stor del variationer som

⁸ http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1_200342.pdf

⁹ Denna problematik är utförligt behandlad i kapitel 4 om sjukdomsbegreppet.

ryms inom ramen för fullt friska tillstånd. Detsamma gäller många av de basala funktioner som kan beskrivas hos en person. Det finns inget självklart svar på frågan om var gränsen går mellan normal funktion och en funktionsnedsättning.

Funktion är knutet till individens kropp och psyke och kan beskrivas som ett medicinskt begrepp. En bedömning av funktionsnedsättningar är central vid bedömningen av arbetsförmåga på grund av sjukdom, men nedsatt funktion är inte i sig en garanti för att det föreligger sjukdom. Det behövs också en trovärdig koppling mellan sjukdomen och funktionsnedsättningen.

I relation till kraven på arbetsmarknaden blir en beskrivning av eventuella funktionsnedsättningar också allt för begränsad; det blir en beskrivning på organnivå. ICF innehåller också begreppen aktivitet och delaktighet. Aktivitet är mötet mellan en hel människa, med sina eventuella funktionsbrister men också med sina fungerande funktioner, och en uppgift i en miljö. Med hjälp av aktivitetsbegreppet är det möjligt att komma närmare vad människor faktiskt kan och inte kan.

Förmågan att gå vilar t.ex. på en rad ICF-funktioner som rörlighet i leder, stabilitet i leder, muskelstyrka och förmåga till viljestyrda rörelser. Men i praktiken blir förmågan bedömd utifrån ICF-aktiviteten "att gå". Att vissa av de underliggande funktionerna kan vara nedsatta betyder inte nödvändigtvis att aktiviteten behöver påverkas negativt. Det kan finnas hjälpmedel eller andra kompensatoriska åtgärder/resurser som gör att förmågan att utföra aktiviteten blir relativt opåverkad.

På andra områden är funktion och aktivitet svåra att skilja åt. Många mentala funktioner kan knappast observeras annat än genom aktiviteter som kan antas ha en koppling till funktionen. Hur bedömer man t.ex. funktioner som pålitlighet, problemlösning, kognitiv flexibilitet och omdöme annat än genom att observera hur personer klarar olika aktiviteter som kan tänkas kräva sådana funktioner?

Aktivitetsbegreppet är ett nödvändigt komplement till en beskrivning av funktionsnedsättningar och i praktiken handlar oförmåga att arbeta om problem att utföra vissa aktiviteter, aktivitetsbegränsningar.

Samtidigt kan en aktivitetsbegränsning finnas utan att det finns en tydlig funktionsnedsättning. ICF innehåller en lång rad aktiviteter där säkert många av oss kan ha problem utan att det behöver finnas en bakomliggande funktionsnedsättning; att laga komplexa måltider, att hantera kriser, att kommunicera icke-verbalt och att

avsluta relationer hör rimligen till aktiviteter som inte nödvändigtvis kräver en tydlig funktionsnedsättning för att utföras dåligt.

Det är inte heller säkert att problem med att utföra en aktivitet är kopplade till problem med de funktioner som antas krävas. Det kan finnas en funktionsrelaterad förmåga men en oförmåga som har sina orsaker i helt andra faktorer. Att kunna läsa eller inte är inte nödvändigtvis en fråga om funktionstillståndet. En analfabet kan mycket väl ha de funktioner som krävs för att kunna läsa men har bara inte lärt sig det ännu.

En ren bedömning av funktionsnedsättningar är inte bara ofta rent praktiskt mycket svårt – funktionerna är inte tillgängliga för direkt observation – utan också otillräckligt i förhållande till syftet med bedömningen. Det är inte organ som är sjukskrivna utan människor. En och samma funktionsnedsättning kan ha helt olika konsekvenser för olika människor. Till slut är det hur förmågan att utföra relevanta aktiviteter har påverkats som bör vara avgörande för rätten till ersättning. Kopplingen tillbaka till funktionsnedsättningarna spelar en roll främst för att garantera en trovärdig koppling tillbaka till sjukdomen och dess konsekvenser.

En bedömning av arbetsförmåga på grund av sjukdom bör bygga på en beskrivning av hela kedjan sjukdom-funktionsnedsättning-aktivitetsbegränsning (i fortsättningen benämnd DFA-kedjan). Den slutliga värderingen bygger på vilka aktivitetsbegränsningar som finns, men kopplingen till de andra delarna bör vara tydlig.

Figur 3.1 DFA-kedjan



På dagens läkarintyg är det också denna kedja som ska beskrivas. Nedanstående punkter är direkt hämtade från fält som ska vara ifyllda på intyget.

- Diagnos/diagnoser för sjukdom/symtom som orsakar nedsatt arbetsförmåga
- Status och objektiva undersökningsfynd på organnivå (funktionsnedsättning)

- Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå? (aktivitetsbegränsning)

Sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp bygger alltså till slut på att det finns aktivitetsbegränsningar i relation till aktiviteter som krävs för att utföra det aktuella arbetet. Men dessa begränsningar måste ha ett kausalt samband med den bakomliggande sjukdomen och kunna kopplas till av sjukdomen orsakade funktionsnedsättningar. Arbetsoförmåga på grund av sjukdom är ett tydligt relationellt begrepp som kräver en bild av både uppgift och miljö, men det är också ett begrepp där beskrivningen av individen begränsas till det som får plats i DFA-kedjan. Medicinska förutsättningar för arbete är inte på samma sätt ett relationellt begrepp men även där förutsätts det en medicinsk renodling baserad på DFA-kedjan.

3.3 Att kunna något

En aktivitetsbegränsning finns när någon inte kan utföra en given aktivitet, till exempel "att gå". Frågan är dock vad som ska menas med att kunna och hur det ska bedömas. Den som får väldigt ont av att gå kan visserligen gå men inte utan smärta. Hur stor måste då smärtan vara för att man ska kunna tala om en oförmåga? Frågor av det slaget hör till det som ofta leder till konflikter när personers arbetsförmåga ska bedömas.

Oförmåga inom ramen för sjukförsäkringen har historiskt beskrivits i termer av två olika sorters oförmåga; faktisk och terapeutisk.¹⁰ Den faktiska är tänkt att fånga den situation när någon inte *kan* utföra ett arbete, medan den terapeutiska handlar om att man inte *bör* utföra arbetet. I sin historiska översikt av arbetsförmågebegreppet hävdar Ruth Mannelqvist att det skett en förskjutning från det terapeutiska till det faktiska begreppet, men fortfarande får båda anses inrymmas i lagstiftningen.¹¹

I praktiken är det inte heller helt enkelt att göra en tydlig åtskillnad mellan de båda begreppen. Om någon visserligen kan utföra en viss arbetsuppgift under en viss tid men sedan drabbas av sådana smärtor att han eller hon blir sängliggande i flera dagar, handlar det då om en faktisk eller terapeutisk oförmåga?

¹⁰ Se t.ex. Westerhäll-Gisselsson (1983), SOU 1995:149.

¹¹ Mannelqvist (2008).

Det är inte heller enkelt att inom ramen för respektive begrepp avgränsa vad som är förmåga respektive oförmåga. Att inte *kunna* göra något är sällan en fråga om ett eller noll. Hur stor utmattning ska till exempel behöva vara förknippade med en viss form av fysiskt arbete för att man ska kunna tala om en oförmåga? Eller hur mycket långsammare måste man utföra ett arbete för att det ska kunna betraktas som att man inte *kan* utföra det? Terapeutisk oförmåga kan visserligen beskrivas som att man inte *bör* göra något som förhindrar eller försvårar tillfrisknandet från en sjukdom, men hur kraftigt måste tillfrisknandet påverkas för att man ska kunna tala om en oförmåga? Och hur hanteras ett kroniskt tillstånd där det inte finns något tillfrisknande, men där tillståndet blir värre när den sjuke utför vissa uppgifter?

En inte ovanlig balans mellan begreppen handlar om att terapeutisk förmåga är viktigare i början av ett sjukfall medan den faktiska tar över allt mer ju längre tiden går. Sjuk- och arbetsskadekommittén skrev att deras överväganden behandlade den faktiska förmåga som finns kvar när den terapeutiska oförmågan upphör och att den medicinska renodlingen i första hand påverkar bedömningen av faktisk förmåga.¹² Spår av samma tanke kan sägas finnas i dagens lagstiftning där ett sannolikt läkningsförlopp kan ge rätt att skjuta upp prövningen av den faktiska förmågan i relation till den reguljära arbetsmarknaden.

Det finns anledning att betona att inte heller de resonemang vi för i det här betänkandet kring aktivitetsbegränsningar som grundläggande mått på förmåga är avsedda att stå i motsatsställning till terapeutisk oförmåga. En aktivitetsbegränsning kan vara av såväl faktisk som terapeutisk karaktär. Vid sidan av dessa två är det också viktigt att betona att en begränsning kan förekomma när utförandet av en aktivitet är påverkat på ett sätt som kan medföra fara för andra. Det kan sägas ligga i många aktiviteters och uppgifters natur att utförandet måste kunna ske på ett säkert sätt för omgivningen. Om sjukdom förhindrar detta föreligger det en faktisk oförmåga att utföra aktiviteterna.

Många av de andra frågor som väcks av funderingar kring betydelsen av "att kunna" kommer aldrig att kunna behandlas konkret inom ramen för principiella resonemang kring lagstiftning och begrepp. Hur mycket smärta som kan accepteras, hur koncentrerad man kan vara, hur trött man blir; allt detta är frågeställningar som i

¹² SOU 1995:149 s. 233.

grunden måste kunna lämnas till professionella medicinska överväganden. Det är varken möjligt eller önskvärt att lagstiftaren försöker sig på att i detalj definiera innebörden av "att kunna" på ett sådant sätt. Att bedöma vilka aktivitetsbegränsningar som en person har är en fråga för de yrkesgrupper; läkare, sjukgymnaster, psykologer, arbetsterapeuter och andra som har till uppgift att göra sådana bedömningar. *Vad* en person kan göra är i grunden en medicinsk fråga. Frågan om vad det man kan göra *räcker till* är något annorlunda. När utgör en aktivitetsbegränsning en arbetsförmåga? Där blir det en fråga om att relatera aktivitetsbegränsningarna till arbetets krav. Den frågan blir särskilt komplicerad i samband med bedömning av medicinska förutsättningar för arbete eftersom det där saknas specifika arbetsuppgifter att relatera aktivitetsbegränsningarna till. Där måste lagstiftaren gå längre när det gäller att specificera graden av problem som ska räcka för att bedömas ha rätt till ersättning. Ett aktivt beslut krävs om vilka aktivitetsbegränsningar som ska vara *tillräckliga* för rätt till ersättning.¹³ Däremot kommer det även vid en sådan bedömning att vara en medicinsk fråga vilka aktivitetsbegränsningar som faktiskt finns.

3.4 Försäkrad i befintligt skick

'Arbetsförmåga på grund av sjukdom' är och har alltid varit själva kärnan i sjukförsäkringens ersättningsbegrepp. Med tiden har den medicinska knytningen kommit att renodlas allt längre och allt färre andra faktorer har tillåtits spela en roll – åtminstone i lagstiftningen. Medicinska förutsättningar för arbete, det begrepp vi använder för att beskriva vad som ska bedömas vid en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden, vilar på samma medicinska renodling. I det här avsnittet vill vi dock väcka frågan om det inte också behövs ett begrepp som tillåter att något fler faktorer får spela en roll.

En prövning mot den reguljära arbetsmarknaden sker normalt sett (för anställda och egenföretagare) vid 180 dagar i rehabkedjan. Det vi vill säkerställa genom bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete är *nödvändig* koppling till sjukdom och sjukdomseffekter för att sjukförsäkringen ska komma i fråga för ersättning vid en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden. Sedan *nödvändig* koppling konstaterats krävs emellertid också svar

¹³ Hur det kan gå till utvecklas i kapitel 6.

på frågan om det i det enskilda fallet ändå är rimligt att individen ska avkrävas försök att – med eller utan förändring och omställning – försörja sig själv.

Man kan i den allmänna försäkringen sägas vara försäkrad ”i befintligt skick”, dvs. att bedömningen görs av den person man är och inte i förhållande till en ”normal” person eller i än mindre grad till en särskilt socialt och kompetensmässigt gynnad person. Att någon hänsyn tas till vem man faktiskt är och var i livet man befinner sig är en viktig del av försäkringens själva grundidé. Det är ”skadan” som försäkras och skadan uppstår i relation till den man tidigare var.

Vi har emellertid dessutom tidigare konstaterat att inte enbart orsaken till eventuella brister i förmåga avgör beslutet om ersättning utan också i vilken grad problemen ligger inom en sfär för vilken personen i fråga kan sägas bära ett eget ansvar.¹⁴ I vilken grad finns rimliga möjligheter för individen att själv förbättra sin förmåga? I vilken grad finns reella valmöjligheter? Större ansvar kan och bör avkrävas den som har stora resurser än den som har små.

Exakt hur stora kraven på individuellt ansvar, ansträngning och omställning ska vara är emellertid en fråga om försäkringsvillkoren som slutligen bör avgöras i den politiska processen.

Politiken äger för det första frågan om hur skarpa kraven på omställning ska vara, vilket också avgör värdet för individen av försäkringen. Eftersom så gott som alla som inte är medvetlösa kan utföra något arbete om de har turen att finna just sin plats på arbetsmarknaden (den plats där individens förmåga står i samklang med arbetsuppgifter och miljö = arbetsförmåga), kan teoretiskt kraven på omställning ställas så skarpt att så gott som ingen kan känna sig försäkrad i den meningen att det går att uppleva trygghet i att veta att om något allvarligt händer med min hälsa kommer jag ändå att vara ekonomiskt trygg.

För det andra äger emellertid också politiken instrumenten som kan skapa en rimlig balans mellan krav och förutsättningar. Ju mera stöd som erbjuds den som avkrävs försök att försörja sig själv, desto fler krav kan ställas utan att individen förlorar den känsla av att vara garderad som är försäkringens kärna.

Att inte ta hänsyn till befintligt skick är att utgå från att med undantag från sjukdomen och dess direkta konsekvenser är allt

¹⁴ Se t.ex. kapitel 1.

annat lika. I verkligheten är det att röra sig väldigt långt från en försäkring som kompenserar någon för en förlorad eller minskad förmåga till egen försörjning.

Principen om befintligt skick kan komma till uttryck på olika sätt. Det finns både en mer begränsad och en mer omfattande tolkning av hur begreppet kan komma att spela en roll inom ramen för en bedömning av arbetsförmåga. I den proposition som behandlade den så kallade ”medicinska renodlingen” av arbetsförmågebegreppet återfinns resonemang som på ett bra sätt illustrerar skillnaden.¹⁵

Propositionen behandlar möjligheten att i vissa fall ta hänsyn även till andra faktorer än de rent medicinska vid bedömningen av arbetsförmåga. Den refererar sjuk- och arbetsskadeberedningen som skiljer på individuella hänsynstaganden som ligger inom själva ersättningsrekvisitet ”sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga” vilket inrymmer att ta hänsyn till att en och samma sjukdom kan sätta ned olika personers arbetsförmåga olika mycket, respektive de hänsyn som ska tas till vad som ”rimligen kan begäras av den försäkrade med hänsyn till hans eller hennes utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bosättningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter”. Den senare formen av hänsyn sorterades in under ”särskilda skäl” och skulle endast tas i undantagsfall medan den första formen betraktades som förenlig med den medicinska renodlingen. De särskilda skälen togs bort i samband med rehabiliteringskedjans införande men den snävare tolkningen av befintligt skick har inte förändrats och får anses gälla även i dag.

Inom ramen för vår begreppsram kan den snäva tolkningen beskrivas som att det måste göras en individuell bedömning av kedjan diagnos → funktionsnedsättning → aktivitetsbegränsning. En och samma diagnos kan ge olika aktivitetsbegränsningar för olika personer. En skadad knäled kan komma att leda till betydligt större svårigheter att gå för den som redan har en dålig höft än för den som saknar andra problem. Det betyder inte att den dåliga höften i sig leder till stora aktivitetsbegränsningar utan bara att det rör sig om individuella svagheter som har en direkt betydelse för hur sjukdomen påverkar aktivitetsbegränsningarna. Den dåliga knäleden måste ha en självständig betydelse för aktivitetsbegränsningen men den dåliga höften tillåts att spela en roll vid bedömningen.

¹⁵ Prop. 1996/97:28.

Även om den snäva formen av befintligt skick bör anses rymmas inom gällande lag anser vi att det är viktigt att betona dess relevans för de begrepp som det här kapitlet behandlar. Det finns ibland en tendens att överdriva den medicinska renodlingens innebörd där det framställs som om inga individuella hänsyn får tas. Så är inte fallet.

Den vidare formen av befintligt skick kan inom ramen för våra begrepp beskrivas som en individuell bedömning av hur en given aktivitetsbegränsning påverkar förmågan att försörja sig genom förvärvsarbete. Det är här faktorer som ålder, utbildning, bosättningsförhållanden och tidigare arbetslivserfarenhet kan spela en roll. Allt detta är individuella egenskaper av olika slag, men i den mån de inte kan beskrivas inom ramen för den medicinskt präglade DFA-kedjan ska de enligt dagens lagstiftning inte tillmätas någon betydelse vid bedömning av rätt till sjukpenning. Regeringen motiverade slopandet av möjligheten till sådant hänsynstagande med att utvecklingen av sjukfrånvaron visar att renodlingen av arbetsförmågebegreppet inte fått förväntad effekt och att försäkringen är för mjuk.¹⁶ I propositionen förs inget resonemang kring de rimlighetsbedömningar som motiverade den dåvarande regeringen och sjuk- och arbetsskadeberedningen att förespråka möjligheten till icke medicinska hänsyn i särskilda fall.

Vi delar regeringens uppfattning att sjukförsäkringen varit för mjuk och att den medicinska renodlingen helt uppenbart inte fick den förväntade och avsedda effekten. Däremot kan det starkt ifrågasättas i vilken mån detta berodde på förekomsten av de så kallade särskilda skälen. Den formella möjligheten att ta icke medicinska hänsyn kom mycket tydligt, både i Försäkringskassans vägledning och i rättspraxis, att kopplas till en åldersgräns där en relativt hög ålder var ett nödvändigt kriterium för att de särskilda skälen skulle kunna åberopas. I ljuset av försäkringens utveckling är det vår bedömning att förekomsten av icke medicinska hänsyn huvudsakligen var en följd av ett informellt hänsynstagande som inte hade sin grund i regeln om särskilda skäl. Det finns därför anledning att ställa sig tvivlande till i vilken grad den nuvarande skärpningen kommer att få särskilt stor betydelse för den reella tillämpningen.

En mer principiell fråga är i vilken grad regelverket idealt sett bör ge utrymme för den typ av rimlighetsbedömningar som de

¹⁶ Prop. 2007/08:136.

särskilda skälen var ett uttryck för. Här förs i propositionen om rehabiliteringskedjan inget egentligt resonemang annat än att tillämpningen av försäkringen varit för mjuk. Vi delar på denna punkt sjuk- och arbetsskadeberedningens uppfattning att en total avsaknad av utrymme för rimlighetsbedömningar skulle leda till resultat som ibland blir "direkt stötande"¹⁷ Samtidigt finns inget självklart svar på frågan hur en sådan principiell hållning i praktiken ska komma till uttryck i lagtext eller i den praktiska hanteringen av försäkringen. I ljuset av sjukförsäkringens historia finns skäl att vara på sin vakt mot regler som kan bidra till att legitimera en "mjuk" försäkringstillämpning, men det finns också anledning att överväga hur försäkringens legitimitet ska försvaras.

Om sjukförsäkringens krav på nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ska kunna upprätthållas måste ett grundläggande krav vara att det finns en klarlagd nedsättning av de medicinska förutsättningarna för arbete. Frågan är om det ska vara ett nödvändigt eller tillräckligt kriterium för att någon ska bedömas vara oförmögen att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden. Enligt vår mening finns anledning att överväga att komplettera denna grundförutsättning med ytterligare ett bedömningssteg för att få en väl fungerande försäkring.

Att strikt begränsa sig till en värdering av de medicinska förutsättningarna för arbete innebär att lika förutsättningar ska behandlas lika. Det kan tyckas önskvärt men frågan är om det är rimligt. Medicinska förutsättningar är inte detsamma som förmåga att försörja sig. Personer med identiska medicinska förutsättningar kan i realiteten ha helt olika förutsättningar att hitta en försörjning. Så länge det finns en bekräftad medicinsk grund, en påtaglig nedsättning av de medicinska förutsättningarna för arbete, så länge bör det finnas utrymme att också väga in andra faktorer vid den fortsatta prövningen av rätten till ersättning. Vi konstaterade tidigare i detta kapitel att det är omöjligt att dra en tydlig gräns mellan den som *kan* försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden och den som *inte kan*. Det måste bli en fråga om politiska överväganden kring hur stora hinder det är rimligt att personer ska behöva försöka ta sig över.

Vid en jämförelse av två personer, en trettioårig akademiker och en sextioårig skogsarbetare, som båda drabbas av blindhet torde det vara uppenbart att hindren för fortsatt försörjning är avsevärt lägre

¹⁷ SOU 1995:149 sid. 231.

för den trettioåriga akademikern. Vid lika behandling baserat på medicinska förutsättningar blir valet att antingen ge båda ersättning eller ingen av dem. Det är enligt vår mening högst tveksamt om något av de alternativen kan sägas vara förenligt med de ambitioner som ligger bakom vår sjukförsäkring. I realiteten tycks också system som bygger på en strikt likabehandling av medicinska förutsättningar leda till att till exempel alla blinda ges rätt till varaktiga ersättningar.¹⁸ Att komplettera en bedömning av medicinska förutsättningar med en bedömning av vissa icke medicinska faktorer skulle möjliggöra ett klokare beslut. Avsikten är inte att fler eller färre ska få rätt till ersättning. Däremot kan det leda till att bedömningarna bättre överensstämmer med vad som kan upplevas som en bra och legitim försäkring.

Vi diskuterar i kapitel 1 de moraliska och filosofiska principer som kan sägas underbygga den svenska välfärdspolitiken. Vi beskriver hur många av dessa perspektiv har kommit att präglade den så kallade arbetslinje som åtnjuter ett brett politiskt och samhällsligt stöd i vårt land. Det är inte orimligt att dessa perspektiv också ska ha en plats inom sjukförsäkringen. Kärnan i mycket av det vi resonerat om handlar om val och ansvar. Där det finns reella valmöjligheter, där det finns rimliga vägar tillbaka till arbete, där finns det också för var och av oss ett eget personligt ansvar för att ta vara på dessa möjligheter. Där valen är få eller obefintliga, där vägarna är smala och fyllda av höga hinder, där är vi i högre utsträckning omständigheternas fångar och det egna ansvaret för den egna försörjningen ersätts eller kompletteras av det gemensamma ansvaret för allas välfärd.

Utöver de två tidigare sjukförsäkringsbegreppen 'arbetsoförmåga på grund av sjukdom' och 'medicinska förutsättningar för arbete' vill vi därför lansera ett tredje begrepp – 'försörjningsförmåga'.

Försörjningsförmåga som begrepp bygger på en bild av möjligheterna och en värdering av gränserna för det egna ansvaret. Rent konkret skulle en bedömning av försörjningsförmåga innebära att även andra individuella egenskaper än de som ryms inom en bedömning av medicinska förutsättningar för arbete ska kunna vägas in vid beskrivningen av individen.

¹⁸ Blindhet är ett tillstånd som i många länder ger automatisk rätt till ersättning.

3.5 Nya begrepp i sjukförsäkringen

Baserat på resonemangen i i det här kapitlet menar vi alltså att två nya begrepp bör introduceras i sjukförsäkringen; *Medicinska förutsättningar för arbete och försörjningsförmåga*.

Det första begreppet, 'medicinska förutsättningar för arbete', syftar inte till någon principiell förändring av dagens lagstiftning utan till att tydliggöra en av de bedömningar som redan ska göras, medan begreppet 'försörjningsförmåga' skulle innebära att ett nytt ersättningskriterium införs i lagen om allmän försäkring. Försörjningsförmåga blir aktuellt vid prövning av förlängd sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning.

Vår modell förutsätter vid prövning mot den reguljära arbetsmarknaden samma typ av medicinskt renodlade bedömning som i dag av vem som ska ha fortsatt rätt till sjukpenning eller inte. Det är den prövning som för anställda sjukskrivna i normalfallet görs efter sex månaders sjukskrivning. Skillnaden är att vår modell inte på samma sätt som i dag förutsätter att den som får fortsatt ersättning efter sex månader också kan antas uppfylla kraven för en mer långsiktig ersättning från försäkringen.

Dagens lagstiftning gör egentligen ingen skillnad mellan den bedömning som ska göras vid sex respektive tolv månader. Den som har rätt till ersättning vid sex månader har också, förutsatt ett oförändrat hälsotillstånd, rätt till 'förlängd sjukpenning' vid tolv månader.¹⁹ Syftet med vår formella bedömning av medicinska förutsättningar för arbete är att klargöra *vilka som har så måttliga aktivitetsbegränsningar att de direkt kan avkrävas försök att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden*. De som p.g.a. sjukdom har så stora aktivitetsbegränsningar att de får fortsätta med sjukpenning kommer, givet att de inte tillfrisknar, att kunna vara sjukskrivna i avvaktan på en djupare bedömning av försörjningsförmågan inför beslut om förlängd sjukpenning efter dag 365. Att tillhöra den grupp som ges fortsatt rätt till sjukpenning efter sex månader betyder att det mer långsiktiga ställningstagandet ska bygga på en *fördjupad bedömning av försörjningsförmåga där även andra faktorer än de rent medicinska tillåts spela en roll*.

En förändring i linje med det vi beskrivit, där en bedömning kan göras både av medicinska förutsättningar för arbete och av försörjningsförmåga skulle ge förutsättningar för en något annorlunda syn

¹⁹ Erfarenheterna hittills visar också att det är mycket ovanligt att en ansökan om förlängd sjukpenning avslås.

på bedömningsituationen vid sex månader. Uppgiften blir då inte att identifiera vilka som definitivt saknar förmåga att försörja sig själva utan vilka som, givet de medicinska förutsättningarna, bör prövas med avseende på försörjningsförmåga. Det skapas en gräns med avseende på medicinska förutsättningar för arbete där man på ena sidan hittar personer vilkas förutsättningar är tillräckligt goda för att det ska kunna anses att *stor sannolikhet* föreligger för en tillräcklig försörjningsförmåga och på andra sidan de personer där bedömningen bör vidgas utöver de medicinska förutsättningarna innan man tar slutgiltig ställning till försörjningsförmågan.

3.5.1 Ett eller två steg

Mot bakgrund av resonemangen kring försörjningsförmåga kan det förefalla motsägelsefullt att ändå, som vi föreslår, begränsa bedömningen vid 180 dagar till det medicinskt renodlade begreppet medicinska förutsättningar för arbete. Vår modell förutsätter ju att det vid sex månader fattas ett beslut baserat på bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete och att ett ställningstagande till försörjningsförmågan blir aktuellt först vid tolv månader.

Flera skäl finns som vi ser det för varför en sådan modell är önskvärd. Det första är att förutsättningarna att göra professionella bedömningar som uppfyller högt ställda krav på rättssäkerhet, likformighet och legitimitet allvarligt försämrats när det är otydligt vad det är som egentligen ska bedömas. Försäkringskassan borde vara en myndighet med särskild expertis när det gäller medicinska bedömningar. Möjligheten att utveckla denna expertis och att professionalisera handläggningen av sådana frågor är till stor del beroende av att själva bedömningsituationen är renodlad.

Det andra skälet är att utan en fristående bedömning av medicinska förutsättningar kommer det även i fortsättningen att vara mycket svårt att skydda sjukförsäkringen från att bli en plats där alla arbetsmarknadsrelaterade problem ska få sin lösning. Vi anser att begreppet försörjningsförmåga är viktigt och att det utöver rent medicinska faktorer är önskvärt att även kunna väga in andra aspekter inför mer definitiva ställningstaganden om vem som på lång sikt ska kunna lita sig mot sjukförsäkringen för sin försörjning. Men begreppet försörjningsförmåga måste vila på att det först gjorts en ordentlig prövning av de medicinska förutsättningarna.

Det går visserligen att tänka sig att det vid en och samma tidpunkt först görs en särskild prövning av de medicinska förutsättningarna för arbete och att det i de fall där det blir aktuellt sedan görs en prövning av försörjningsförmågan. Bedömningarna hålls isär men följer på varandra.

Det viktigaste argumentet mot en sådan lösning är att 180 dagar trots allt är relativt tidigt i ett komplicerat sjukfall. Mycket kan fortfarande hända och det kommer att finnas ett betydande inslag av fall med pågående medicinsk behandling. Det kommer ofta att finnas en betydande osäkerhet kring det medicinska tillståndets varaktighet och prognos. Styrkan i 180-dagarsgränsen är att den ger en möjlighet att tillräckligt tidigt sätta ned foten i fall där det är uppenbart att en omställning bör komma till stånd. Den destruktiva väntan som tidigare snarare var regel än undantag försvinner. Problemet med gränsen är att det i mer oklara fall antingen kan fattas dåliga beslut, både i form av onödiga beviljanden av sjukpenning och i form av oönskade indragningar, eller att beslutet i praktiken skjuts upp i väntan på en klarare bild. I de senare fallen finns en uppenbar risk att när tidsgränsen väl är passerad kommer sjukskrivningen att löpa på i brist på nya tydliga bedömnings-tillfällen.

Varje bedömning av människors förutsättningar och förmågor kommer att vara ofullkomlig. Det är inte möjligt, vare sig för individen själv eller för en utomstående bedömare, att med någon säkerhet uttala sig om vad människor kan och inte kan. Förmågor uppstår och försvinner beroende på situation och tid. Nya insikter och ny motivation kan påverka också den allra mest renodlade medicinska bedömning. Varje ställningstagande till en människas framtid på arbetsmarknaden kommer som bäst att vara en kvalificerad gissning. Vi är därför övertygade om att sjukförsäkringen måste innehålla en kombination av teoretiska bedömningar och faktiska prövningar. Att inte koncentrera all kraft på en teoretisk bedömning vid 180 dagar skapar utrymme för att också kunna ha perioder som är mer inriktade på stöd och hjälp än på prövning och bedömning. Den som i vår modell har rätt till sjukpenning efter 180 dagar är inte garanterad en trygg långsiktig försörjning i sjukförsäkringen. Däremot kommer det att finnas tid mellan sex månader och ett år att av egen kraft och med stöd och hjälp söka en väg tillbaka till arbete. Tid kommer också att finnas för försäkringen att skaffa sig en bättre bild av den sjukskrivnes egentliga förmåga. Vid 365 dagar kommer det sedan att finnas ett nytt tydligt

bedömningsstillfälle som i och med att det bygger på ett nytt ersättningskriterium inte kommer att vara beroende av att det medicinska tillståndet förändrats sedan bedömningen vid 180 dagar. Vid prövningen av försörjningsförmåga kan det vara andra skäl än förändrade medicinska förutsättningar som leder till att sjukpenningen dras in och att en person avkrävs försök till egen försörjning.

3.5.2 Ett eller två begrepp

Begreppet 'medicinska förutsättningar för arbete' fyller en funktion oavsett om begreppet 'försörjningsförmåga' finns eller inte. Utan försörjningsförmåga finns fortfarande ett behov av att begreppslikt tydliggöra vad det är som ska prövas vid 180 dagar. Att införa medicinska förutsättningar för arbete bör i det läget inte syfta till någon förändring av synen på gränsen för rätt till sjukpenning vid en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden.

En förändring av prövningen vid 365 dagar av det slag vi här har föreslagit skulle däremot öppna för en något annorlunda syn på var gränsen för rätt till sjukpenning dras vid en prövning av de medicinska förutsättningarna för arbete. I kapitel 6 återfinns en fördjupad diskussion kring hur den gränsen bör förstås givet den modell med två begrepp i två steg som vi föreslår.

3.6 Begreppsöversikt

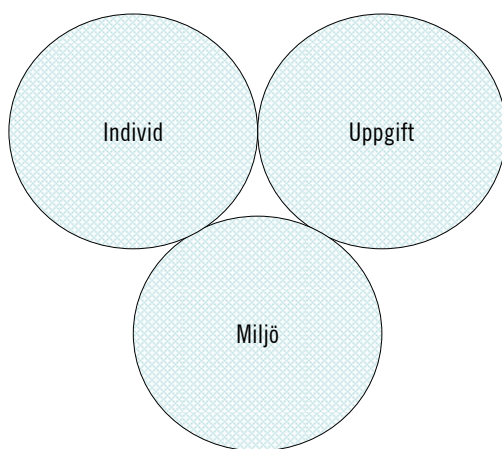
Avsikten med det här kapitlet har varit att teckna en form av karta över de begrepp som vi behandlar i detta betänkande. Det är vår karta och det är inte den enda karta som skulle kunna tecknas. Men det är den bild som vi har funnit mest meningsfull för de system, aktörer och syften som vi har att behandla. Nedan följer en sammanfattning av hur vår begreppsvärld ser ut. Begreppen beskrivs utifrån hur de förhåller sig till en grundläggande bild av arbetsförmåga som bestående av tre cirklar. Cirklarna representerar de tre områden som måste belysas vid en bedömning av arbetsförmåga. Den första cirkeln representerar individen och dennes olika egenskaper och eventuella begränsningar. Den andra cirkeln representerar de uppgifter som ska kunna utföras givet det arbete som

individen prövas mot. Den tredje cirkeln representerar den aktuella miljö där individen verkar och där uppgifterna ska utföras.

3.6.1 Arbetsförmåga

Vi använder begreppet ”arbetsförmåga” som ett relationellt begrepp när en speciell individ har specifika arbetsuppgifter i en specifik miljö. Det är endast då alla dessa tre områden meningsfullt kan beskrivas som vi väljer att använda begreppet. Arbetsförmågebegreppet i sig inbegriper individens alla egenskaper. Detta är den grundläggande trecirkelmodellen:

Arbetsförmåga

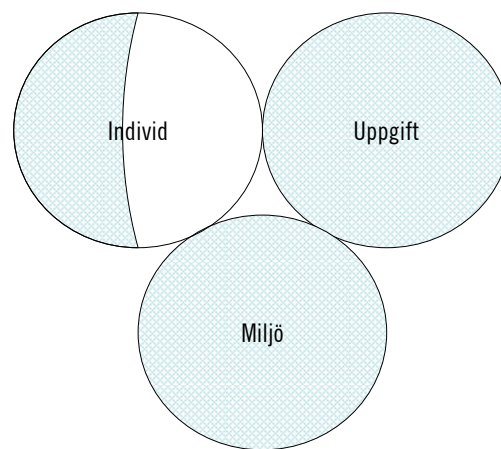


En viktig följd är att arbetsförmåga inte är en egenskap som bärs av en individ. Det är inte meningsfullt att beskriva människor i termer av vilken grad av arbetsförmåga de har annat än i den specifika situation där förmågan faktiskt bedöms. Någon kan mycket väl vara fullt arbetsförmögen i relation till en uppgift och miljö men helt sakna arbetsförmåga i relation till en annan.

3.6.2 Arbets(o)förmåga på grund av sjukdom

Arbets(o)förmåga *på grund av sjukdom* är det grundläggande ersättningsbegreppet i sjukförsäkringen. Det förutsätter en *begränsning av beskrivningen av individen till de delar som kan beskrivas som sjukdomens konsekvenser*. Förmågan värderas utifrån de aktivitetsbegränsningar som kan finnas i relation till för arbetet relevanta aktiviteter, men begränsningarna måste också vara en följd av sjukdomen och de funktionsnedsättningar som den inneburit. I cirkelmodellen kommer detta till uttryck i en begränsning av individcirkeln där bara sådant som får plats i kedjan Diagnos → Funktionsnedsättning → Aktivitetsbegränsning (DFA-kedjan) ska tillmätas betydelse vid bedömningen.

Arbets(o)förmåga p.g.a sjukdom



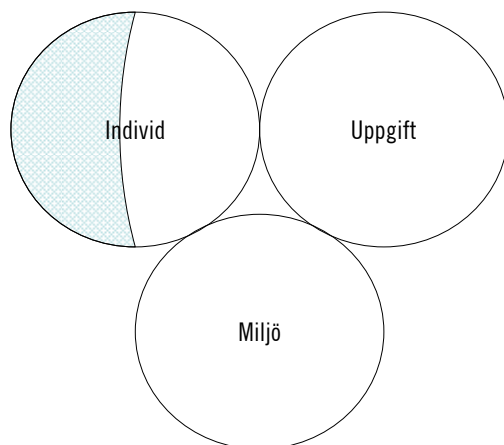
Individcirkeln blir halvfylld i sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp till skillnad från vad som gäller för arbetsförmåga i allmänhet, t.ex. i arbetsmarknadspolitiken.

3.6.3 Medicinska förutsättningar för arbete

Medicinska förutsättningarna för arbete har sin särskilda plats inom ramen för sjukförsäkringens regelverk och bedömningssituationer. Begreppet syftar till att beskriva *ersättningsgrunden vid en prövning*

mot den reguljära arbetsmarknaden. Beskrivningen av individen bygger på samma principer som vid bedömning av arbetsförmåga på grund av sjukdom, men i relation till de tre cirkarna innebär begreppet att *uppgifts- och miljöcirkarna saknar ett individuellt innehåll*. De hålls konstanta och lika för alla.²⁰

Medicinska förutsättningar för arbete



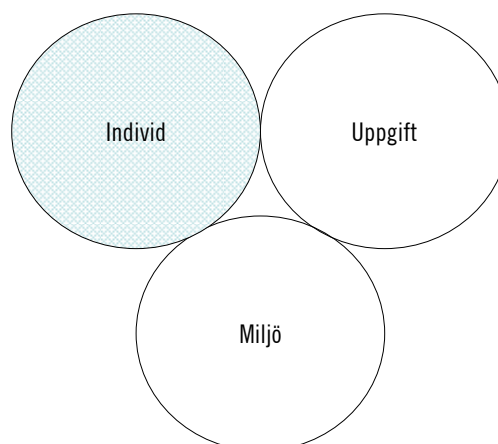
Till skillnad från arbetsförmåga är medicinska förutsättningar för arbete något som kan bäras av individen oavsett situation.

3.6.4 Försörjningsförmåga

Försörjningsförmåga har det gemensamt med medicinska förutsättningar för arbete att uppgifts- och miljöcirkarna hålls konstanta utan individuellt innehåll. Däremot finns inte längre någon anledning att begränsa beskrivningen av individen till enbart det som rymms inom DFA-kedjan. Individcirkeln öppnas för *beskrivning och bedömning också av annat hos individen som kan ha betydelse för effekterna av sjukdomen på förmågan att försörja sig genom arbete*.

²⁰ Man kan också uttrycka det som att uppgifts- och miljöcirkarna är standardiserade. De ska spegla vad som kan uppfattas som normala uppgifter och normal miljö för vår arbetsmarknad.

Försörjningsförmåga



Därmed individualiseras bedömningen så att individen blir försäkrad som den person han eller hon är. Av den som har större förutsättningar krävs mera än av den som har sämre förutsättningar och lägre sannolikhet att hitta ett arbete med sina kvarvarande aktivitetsbegränsningar på grund av sjukdom.

Ålder, tidigare utbildning, erfarenheter och förmåga att lära nytt är det som främst bör kunna påverka bedömningen av personens försörjningsförmåga vid sidan av effekterna av sjukdomen.

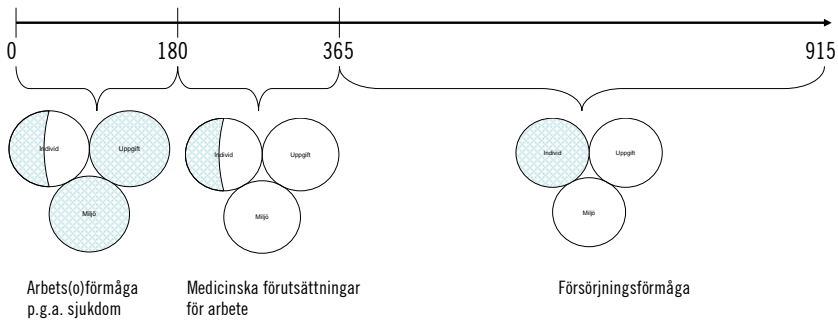
3.6.5 Begreppskedjan i sjukförsäkringen

Utifrån vår cirkelmodell och förslag till nya begrepp i sjukförsäkringen går det att teckna en principiell bild av ersättningsbegreppen i sjukförsäkringen som de skulle komma att se ut i vår föreslagna modell. Bilden nedan gäller för den som är anställd eller egenföretagare och sjukskriven.²¹ Fram till rehabiliteringskedjans dag 180 är det 'arbets(o)förmåga' på grund av sjukdom som bedöms. I normalfallet byter man därefter ersättningsbegrepp till 'medicinska förutsättningar för arbete'. Senast vid ett år kommer alla att ha bedömts utifrån medicinska förutsättningar för arbete. För rätt till

²¹ För arbetslösa gäller att de redan från dag ett av en sjukskrivningsperiod ska prövas utifrån sina medicinska förutsättningar för arbete dvs. i relation till den reguljära arbetsmarknaden.

fortsatt ersättning därefter krävs en tillräckligt nedsatt 'försörjningsförmåga'. Efter 915 dagar finns i de allra flesta fall inte längre någon rätt till sjukpenning.²²

Figur 3.2 Sjukförsäkringens bedömningstidpunkter och begrepp



²² Undantaget gäller dem som har rätt till så kallad fortsatt sjukpenning eller förlängd förlängd sjukpenning men det är begrepp som vilar på väldigt speciella kriterier och ligger utanför de här resonemangen.

4 Sjukdom

Sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp vilar, som vi beskrivit i föregående kapitel, på en medicinskt renodlad bild av individen. Det är sjukdomens konsekvenser för arbetsförmågan som ska beskrivas och bedömas. Formen för detta är den så kallade DFA-kedjan (se figur 4.1). Men sjukförsäkringen har också att behandla frågan om det *alls föreligger sjukdom*.

I detta kapitel presenteras en översikt av det moderna samhällets sjukdomsbegrepp, till största delen utan direkt koppling till sjukförsäkringen. Inledningsvis tar vi dock avstamp i sjukförsäkringslagstiftningen och avslutningsvis försöker vi besvara den i utredningens direktiv ställda frågan om det ”kan vara nödvändigt att avgränsa det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet i förhållande till den medicinska sektorns vidare begrepp”.¹

Socialförsäkringsutredningens viktigaste slutsats om sjukförsäkringen var att variationen i utnyttjandet över tiden och geografiskt är ett säkert tecken på något som fungerar dåligt. I kombination med sjukskrivningstider som i början av 2000-talet låg på ungefär dubbla tiden jämfört med de flesta andra länder och därtill en konsekvent ökning av andelen förtidspensionerade alltsedan 1970-talet, trots ökad folkhälsa och längre liv, talade utredningen om en ”mjuk” försäkring.²

I formuleringen ligger en föreställning att försäkringshanteringen snarare speglar yttre efterfrågan på sjukskrivning än en strikt tillämpning av försäkringsvillkoren i lagstiftningen.

Det faktum att antalet med ersättning från sjukförsäkringen ökade samtidigt som folkhälsan förbättrades skulle teoretiskt kunna förklaras av att sjukdomsbegreppet vidgades. Fler diagnoser och fler tillstånd kanske räknas som sjukdom. Ringarna som representerar sjukdom och symtom i figur 4.1 kan ha vidgats över tid med följd

¹ Dir. 2008: 11.

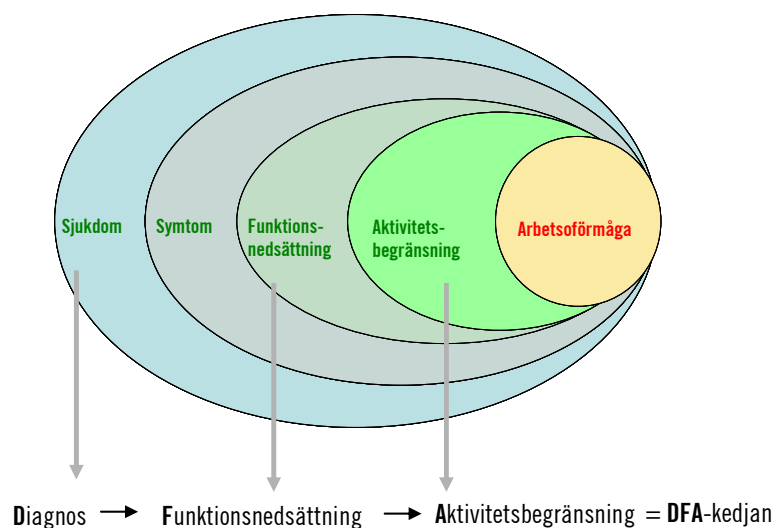
² SOU 2006:86.

att också de aktivitetsbegränsningar som kan få betydelse för rätt till ersättning från försäkringen kan ha blivit fler. Det kan emellertid också vara så att försäkringens ”mjukhet” delvis består i att inblandade aktörer (individer, läkare, försäkringshandläggare) i brist på tydliga avgränsningar och definitioner själva från fall till fall väljer vad som ska betraktas som sjukdom och dess effekter på arbetsförmåga. Mer eller mindre av symptom, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar kan i praktiken ha fått spela roll för bedömningen av arbetsförmåga.

En stringent DFA-kedja avser att råda bot på en del av bristen på systematik i bedömningen av effekterna av sjukdom på arbetsförmågan.

I botten på problematiken finns emellertid alltid frågan om vad som överhuvudtaget ska ses som sjukdom.

Figur 4.1 DFA-kedja



4.1 Sjukdom enligt lagstiftningen

Sjukdom definieras inte i själva lagstiftningen. Däremot görs vissa uttalanden i förarbetena från 1940-talet. Enligt dessa bör man hålla sig till vad som enligt ”allmänt språkbruk” och ”gällande läkarvetenskaplig uppfattning” anses vara sjukdom. Med den utgångspunkten kan varje ”onormalt kropps- eller själstillstånd som inte

hör ihop med den normala livsprocessen”³ betecknas som sjukdom. Avsikten var inte att binda rättstillämpningen. Det ansågs tvärtom som en fördel att varje ärende kan bedömas med hänsyn till förhållandena i det särskilda fallet och att ersättningen från sjukförsäkringen kan anpassas till vetenskapens framsteg utan att reglerna behöver ändras.⁴

I enlighet med ändrad domstolspraxis har ersättningsområdet successivt utvidgats till att t.ex. gälla störningar under graviditet (onormalt grava störningar, t.ex. foglossning som innebär svårigheter att gå), operativa ingrepp (oavsett anledningen till ingreppet, t.ex. skönhetsoperation eller organdonation) samt sorg- och trötthetstillstånd i samband med nära anhörigs död.

När lagstiftningen skärptes i mitten på 1990-talet uttalade regeringen att domstolspraxisen inte blivit för generös, medan däremot glidningen i tillämpningen hos läkare, patienter och inom socialförsäkringsadministrationen riskerade att göra försäkringen till en allmän inkomstbortfallsförsäkring där ersättningar betalades ut för sociala och generella livsproblem.⁵

För att markera att det är sjukdom och därmed jämställt medicinskt tillstånd som ska sätta ned den försäkrades arbetsförmåga gjordes i lagstiftningen det fortfarande gällande tillägget: ”Vid bedömningen av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden”.⁶

Den försiktiga ventil som fanns för att utöver viss grad av sjukdom beakta andra förhållanden för framför allt dem över 60 år har nu avskaffats.⁷

Vi har alltså i lagstiftningen ett absolut och strängt krav på att sjukdom och inget annat ska vara grunden för den arbetsförmåga som ger rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Å andra sidan är själva sjukdefinitionen vag och följsam till variationer i uppfattningen av vad som ska ses som sjukdom. Å ena sidan är porten in i försäkringen alltså så trång att individuella egenskaper och personliga svårigheter att ställa om sitt liv inte förutsätts kunna förvärpa effekterna av funktionsnedsättningen på grund av sjuk-

³ Sammanfaller med den definition av sjukdom som under perioden etablerades av WHO.

⁴ Försäkringskassans vägledning 2004:2 Version 10.

⁵ Prop. 1994/95:147.

⁶ 3 kap. 7 § AFL.

⁷ Den bestämmelse som avskaffats löd: Om det finns särskilda skäl för det får vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning beaktas den försäkrades ålder samt den försäkrades bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter. Prop. 2007/08:136.

dom. Men spärrarna mot att se de flesta funktionsproblem hos individen som resultat av sjukdom och ohälsa är å andra sidan närmast obefintliga.

4.2 Hälsa/ohälsa/sjukdom

Det finns, och har under århundradena funnits, ett otal definitioner av begreppen hälsa, ohälsa och sjukdom.

I svenskan finns bara ett ord för sjukdom. Engelskan har åtminstone tre, som sedan de på 1960-talet lanserades av Andrew Twaddle⁸, har utgjort en av många använd indelning.

disease = diagnostiserbar sjukdom

illness = personlig sjukdomsupplevelse

sickness = sjukroll som individen tar sig eller får av omgivningen, t.ex. i förhållande till sjukförsäkringen

'Disease' bygger i allmänhet på kända biomedicinska samband, dock inte alltid. Ofta talas om avvikelse från en biologisk norm. "Det finns en objektivitet hos 'disease' som doktorn kan se, röra, mäta, lukta; 'disease' uppfattas som kärnan i det medicinska perspektivet." säger medicinprofessorn Marshall Marinker.⁹ 'Illness' är individens egen sjukdomskänsla, som kan uppträda med eller utan samtidig diagnosticerad sjukdom, liksom 'sickness' kan förekomma med eller utan samtidig sjukdomskänsla eller diagnos.

Sjukdom ses ofta som en *process*. I vidare mening brukar dock också *tillstånden* skada (förvärvad) och defekt (medfödd) räknas till sjukdomsbegreppet (t.ex. i sjukförsäkringen).

Gränsen mellan friskt och sjukt är inte skarp. Det fastslog redan läkaren Galenos, som var verksam ca 130–200 e. Kr. Man är inte nödvändigtvis sjuk eller frisk, utan ett ganska normalt tillstånd är att inte vara sjuk, men inte heller fullt frisk. Han introducerade också begreppen "grundläggande hälsotillstånd" och "tillfälligt" hälsotillstånd. Man kan t.ex. i grunden vara kärnfrisk, men tillfälligtvis drabbas av en enkel förkylning. Eller man kan vara drabbad av cancer och alltså i grunden sjuk, men ändå tillfälligtvis känna sig ganska frisk.

⁸ Twaddle, A. (1968).

⁹ Marinker M (1978).

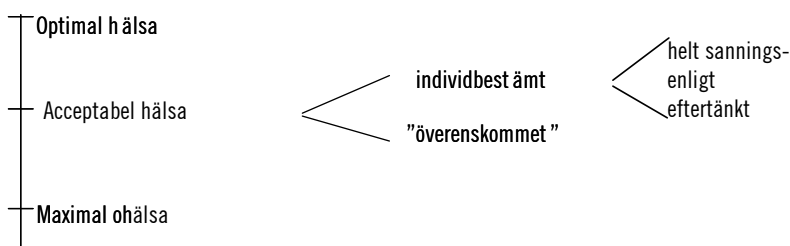
Figur 4.2 Hälsa/ohälsa enligt Galenos



Källa: Nordenfelt (1996).

Medicinfilosofen Lennart Nordenfelt uttrycker stor sympati för tanken att det inte finns en skarp gräns mellan friskt och sjukt. Med sin grundhållning menar han att den enda gräns som kan dras är den när subjektet själv finner sin hälsa acceptabel. ”I det ögonblick som t.ex. jag själv finner mitt nuvarande hälsotillstånd oacceptabelt, då har jag passerat gränsen för ohälsa.” Han kräver av individen att den acceptabla hälsogränsen ska grundas på eftertanke och vara helt sanningsenlig, men accepterar att individen ytterst avgör om t.ex. existentiella problem leder till ohälsa.

Figur 4.3 Hälsa/ohälsa enligt Nordenfelt



Att Nordenfelt lägger så stor vikt vid individens egen definition av ohälsa beror på att han anser att ohälsa är en upplevelse (illness) (av smärta, ångest eller liknande). Upplevelsen är individens egen, dvs. subjektiv ohälsa. I någon mening blir det då nödvändigt att individens egen definition får råda.

Men han säger också att det kan vara nödvändigt med skarpa gränser. ”Då måste man komma överens om dem och fatta ett gemensamt beslut. Vi får t.ex. tillsammans komma överens om att

vissa kriterier skall vara uppfyllda för att man skall kunna uppbära sjukpenning.”¹⁰

Den definition som Nordenfelt själv bidragit med distanserar sig från den biomedicinska definitionen och kan beskrivas som aktionsbaserad eller holistisk. Han ser ”handlingsförmåga” som hälsans viktigaste uttryck. Hälsa har den person som under rimliga omständigheter kan förverkliga samtliga de mål som är grundläggande viktiga för personen att nå eller bibehålla.¹¹

Ohälsa behöver alltså inte självklart vara samma sak som sjukdom och hälsa är inte nödvändigtvis samma sak som frånvaro av sjukdom.

I en litteraturöversikt¹² av definitioner av hälsa delas definitionerna in i två huvudkategorier.

Den ”biomedicinska” inriktningen ser hälsa och sjukdom som motsatser och sjukdom som en situation där delar av kroppen eller psyket inte fungerar ”normalt”; ”en patologisk process som avviker från den biologiska normen”.¹³

Att fungera normalt har beskrivits som biologiska funktioner som är som de ”bör vara” (uppfyller sin livsuppehållande kraft eller sin funktion för att upprätthålla handlingsförmåga). En ofta citerad företrädare är medicinfilosofen Christopher Boorse, som definierar hälsa som *frånvaro av sjukdom* och sjukdom som *abnorma kropps- och själsfunktioner eller sådana tillstånd som kan orsaka abnorma kropps- och själstillstånd*.

Den ”humanistiska inriktningen” tar sin utgångspunkt snarare i hälsa än sjukdom och ser hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom, i allmänhet som människans förmåga att i samspel med sin omgivning sätta och uppnå vitala mål i sitt liv. Inom inriktningen finns många olika undergrupper som på olika sätt distanserar sig från att enbart se till enskilda organs funktion och istället vill hävda en helhetssyn. Helhetssynen kan omfatta mer eller mindre. Den kan med början hos individen själv gälla samtliga kroppens organsystem i samverkan snarare än varje organsystem för sig eller individens samtliga funktionsförmågor, alltså inte bara

¹⁰ Nordenfelt Lennart, (1996).

¹¹ Nordenfelts hälsodefinition precis formulerad lyder: ”En person P har optimal hälsa (är fullkomligt frisk) om, och endast om, P är så beskaffad (biologiskt och psykologiskt) att hon har en andra ordningens förmåga att, givet rimliga omständigheter, förverkliga alla sina vitala mål.” Föregående fotnot sid. 106. Med andra ordningens förmåga avses att P inte nödvändigtvis måste *ha* förmågan att göra allt det som krävs men att hon måste *kunna tillägna sig* denna förmåga.

¹² Medin Jennie och Alexanderson Kristina, (2000).

¹³ Boyd Kenneth M, (2000).

de biologiska, utan också psykiska och sociala. Men den kan också sträcka sig till individens samspel med omgivningen, med sin sociala och fysiska miljö eller med sin sociala, fysiska och andliga miljö, dvs. tro, hopp och kärlek som en del av hälsa som helhet¹⁴.

En mycket inflytelserik formulering stod WHO för redan på 1940-talet: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller invalidisering".

Formuleringen har kritiserats, bl.a. för att snarare beskriva lycka än hälsa¹⁵ och för att snarare beskriva ett utopiskt idealtillstånd än ett föränderligt och påverkbart fenomen. WHO har också senare utvecklat tillägg som innebär att hälsa mera ska ses som dynamisk resurs och förutsättningen för ett gott liv, något som dagligen skapas och levs i samspel med omgivningens villkor.¹⁶ Som fundamentala villkor och resurser för hälsa nämner WHO fred, skydd, utbildning, mat, inkomst, ett stabilt eko-system, uthålliga resurser, social rättvisa och jämlikhet.¹⁷

Uppenbart är att begreppet hälsa ofta sträcker sig långt utanför den medicinska sfären. Det är mångfacetterat, variabelt och vagt. Därmed gäller detsamma för begreppet ohälsa. I många sammanhang, inte minst i vardagsspråket, finns ett beroende mellan begreppen hälsa och sjukdom och en överlappning mellan sjukdom och ohälsa som kan vara mer eller mindre omfattande. Men begreppen kan också representera olika dimensioner.

I figur 4.4. nedan visas tre grundläggande olika sätt att se på förhållandet mellan hälsa och sjukdom. Den första bilden nedan representerar ett synsätt där hälsa ses som frånvaro av sjukdom, den andra hälsa och sjukdom som motpoler på ett kontinuum och den tredje hälsa och sjukdom som två olika dimensioner.

Den viktiga principiella skiljelinjen går mellan bild två och tre genom att hälsa och sjukdom inte längre representerar varandras motsatser i bild tre, där även den som är mycket sjuk samtidigt kan vara vid god hälsa och den som inte är sjuk ändå kan ha dålig hälsa. Att vara vid god hälsa (enligt detta synsätt) sammanfaller inte med någon given norm, menar Kenneth Boyd, utan med att kunna göra det bästa av de omständigheter man befinner sig i vilka de än är,

¹⁴ Eriksson K, Liber 1995 citerad i Medin/ Alexanderson, not 9.

¹⁵ L Nordenfelt, se not 8.

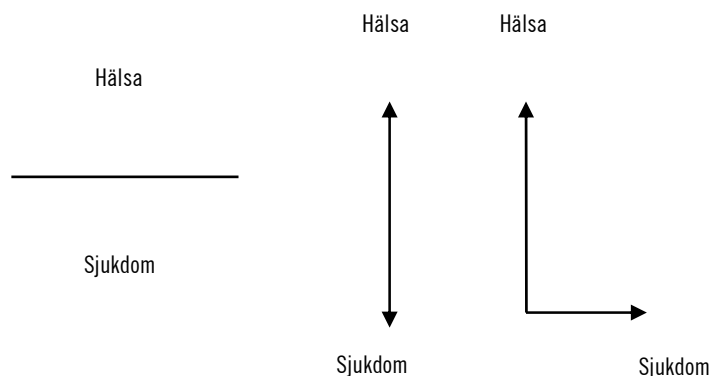
¹⁶ Ottawa 1986 och Sundsvall 1991.

¹⁷ Ottawa charter for health promotion.

inklusive om de inbegriper vad som kan tyckas vara allvarlig sjukdom.¹⁸

Hälsa i bild tre kan definieras på många olika sätt. De tre vanligaste är; känsla av välbefinnande, förmåga att uppnå vitala mål samt känsla av mening.

Figur 4.4 Tre modeller för samband mellan hälsa och sjukdom



Källa: Medin/Alexanderson, s. 74.

Det biomedicinska paradigmet söker sin legitimitet i naturvetenskapen. Under naturvetenskapens genombrottstid hölls kropp och själ isär och kroppens olika organ kunde studeras som mekaniska system där de olika delarna fungerade eller inte. Normalitet blev och har förblivit ett viktigt begrepp. En människa är vid hälsa då hennes kropp och psyke fungerar i enlighet med det arttypiska mönstret. "Hälsa är att fungera normalt, där normalitet är statistisk och funktioner biologiska" (egen översättning).¹⁹

Men normalitet och synen på människans kropp som ett biologiskt maskineri i arbete tämligen oberoende av psyket är också det som har mobiliserat motstånd; normalitet är ett problematiskt begrepp att hänga upp hälsa/ohälsa på. Den biologiska mångfalden innebär vida variationer utan att det som finns i normalfördelningens svansar kan anses vara "sjukt". Och ibland, t.ex. i mötet med förgiftad miljö, är sjukdom den normala reaktionen. Därtill är det uppenbart att kropp och själ samspelar. För dem som hävdar att

¹⁸ Boyd K M, (2000).

¹⁹ Boorse C (1977).

hälsa kräver en helhetssyn på människan är begrepp som t.ex. mål, handlingsförmåga, välbefinnande, kontroll, balans, kultur och mening viktiga.

Samtidigt blir det då tydligt att man befinner sig inom den kontext där hälsa och sjukdom rör olika dimensioner. Allt avvikande beteende innefattas inte av medicinen; raseri eller sorg kan vara fullständigt adekvata reaktioner, omoraliskt beteende klandras och bör klandras, brottslingar sätts i fängelse och originella människor får finnas. ”Moral” istället för ”sjukdom” har sina poänger, liksom den fria viljan och ansvaret för egna val och handlingar. Väljer man att beskriva negativa känslor och reaktioner inför sådana upplevelser som utslag av ohälsa är det något annat än sjukdom som avses.

Området psykisk hälsa/ psykisk sjukdom är särskilt kultur- och erfarenhetsberoende. Sjukdom förknippas med hjälplöshet, oansvarighet och bristande normalitet, något som i och för sig kan leda till en humanare behandling av de sjuka, men som samtidigt kan leda till utstämpling eller i värsta fall inspärning av oliktankande. Det gäller att vara uppmärksam på hur psykiatri används.

Ett tänkvärt exempel gäller homosexualitetens medicinska historia. Från att ha varit en moral- och kriminalfråga medikaliserades homosexualiteten. Det ledde i och för sig till en bättre behandling av de homosexuella, men också till testikeltransplantationer i Österrike på 1920-talet och rekommendationer från RFSU i Sverige på 1940-talet att medicinera med hormonpreparat. Samtidigt reagerade gay-rörelsen starkt mot att sjukförklaras. På förslag av professorn R L Spitzer fattade psykiatrifederationen i USA beslut om en definition av psykisk sjukdom: ”Ett tillstånd ska anses vara en psykisk sjukdom – eller ”psykisk störning” – endast om tillståndet ackompanjeras av ett subjektivt lidande, dvs. patienten själv ska lida, och/eller om tillståndet innebär en betydande begränsning av individens sociala förmåga”.

Den kommitté som under Spitzers ledning hade att förhålla sig till homosexualiteten som eventuell sjukdom kom till slutsatsen att det lidande och det sociala utanförskap som ofta följde av homosexualitet berodde på omgivningens reaktioner – och *inte förorsakades av homosexualiteten i sig*. Alltså var homosexualitet ingen sjukdom. Den ströks ur diagnosregistret i USA 1973, i Sverige 1979 och av WHO 1993.

4.3 Diagnos och biologi, kultur och tidsanda

Sjukdom är en händelse i den enskilda kroppen. Men den är så mycket mera. Sjukdom är det kanske enda riktigt legitima skälet att slippa ansvar och skuld. Den förklarar och förlåter, ger individen identitet och blir grunden till relationer och roller. En avgörande roll spelar diagnosen. Utan namn är sjukdomen hemlös, säger Karin Johannisson; I själva verket finns sjukdom först när vi är överens om den, genom att uppfatta, bekräfta och namnge den.²⁰

Diagnos betyder enligt Nationalencyklopedin *avgränsning och beskrivning av ett visst sjukdomstillstånd*. Det ger associationer till identifierade, gärna mätbara, biologiska processer som förklarar orsaken till lidande. Att veta *varför* ger förutsättningar för prognos, behandling och hopp, bekräftar läkarens professionella kompetens, ger Försäkringskassan grund för beslut och ger förutsättningar för forskning och utveckling av mediciner och medicinska behandlingsmetoder.

Men diagnoser är också i högsta grad kulturella speglingar av sin tid. Karin Johannisson har analyserat vad hon kallar för kultur-sjukdomar eller *kulturdiagnoser* och deras utveckling.

Tiden runt 1900 var en period av mycket snabb förändringstakt och kraftigt ökad sjuklighet. Olika teman förekom i samhällsdebatten; Degenarationstemat var ett. Trötthetstemat ett annat. Och tesen om identitetsförlust utlöst av det moderna samhällets mycket snabba förändringstakt ett tredje. Diagnoser som hysteri, neurasteni, hypokondri och nostalgi speglade tidens föreställningar om friskt och sjukt.

Under 1980-talet var hotscenarion kring kärnkraft, förgiftning, smitta, utsläpp och farliga material stora samhällsteman. Nya snabbväxande diagnoser var t.ex. kvicksilverförgiftning, el- och bildskärmsallergi, multipel kemisk överkänslighet, fibromyalgi och panikångest.

Den mycket omfattande ökningen av de svenska sjukskrivningarna kring 2000 var visserligen extrem, men de symtombaserade diagnoserna ökar överallt. ”Att studera de senaste upplagorna av de nationella och internationella sjukdomsklassifikationerna är som att följa ett drama över modernitetens allt bräckligare individ.” säger Johannisson: ”Neuros, depression, och ångest har förgrenat sig i hela system av subdiagnoser. Nya sjukdomsnamn avlöser

²⁰ Johannisson Karin, Hallerstedt Gunilla (red.), (2006).

varandra: Trötthetssyndrom, utmattningsdepression, uppgivenhetssymptom och posttraumatiskt stress-syndrom.”

Behovet av kopplingar till allmänna livsproblem för att förklara den moderna människans lidanden speglas också i de s.k. Z-koderna, som anges klassificera *risk* för sjukdom. Där hittas t.ex. oenighet med chef, vantrivsel på jobbet och misslyckade prov och examina. Z-koderna ska bara förekomma som biupplysningar till diagnoser och de är också sällsynta i Försäkringskassans register. Men de smyger sig in, liksom beteckningen förbittringssyndrom som hittats i de tyska registren.

Johannisson talar om två sjukdomsbegrepp som i debatten ofta står emot varandra. Dels den medicinska vetenskapens distinkta – sjukdom som organisk eller funktionell avvikelse – dels den medicinska praktikens flexibla som innebär att ”sjukdom är innesluten i en livsberättelse som formar kroppens upplevelse av sig själv”, dvs. ett subjektivt sjukdomsbegrepp där den egna sjukdomskänslan får en egen roll i diagnosticeringsprocessen.

Hon gör iakttagelsen att trots häftiga kontroverser mellan företrädare för de båda synsätten äger den biomedicinska förståelsemodellen av sjukdom i allmänhet företräde, också hos dem som kräver erkännande av den subjektiva sjukupplevelsen. De ser ofta bristen på specifika mekanismer eller biomedicinska markörer som temporär oförmåga i avvaktan på ytterligare vetenskapliga rön.

Mot det ställer hon ett annat tolkningsschema, där komplexiteten och diagnosens karaktär av social konstruktion accepteras. En aldrig så biomedicinsk företeelse blir inte en begriplig och användbar diagnos utan att genomlöpa den sociala process där normer, föreställningar och erfarenheter ger sjukdomen mening och innebörd socialt och kulturellt. Den innebörd en sjukdom har är aldrig enbart en neutral konsekvens av biologiska funktioner. Som tydliga exempel nämner hon tuberkulos, aids eller anorexi. Sjukdomen finns i mötet mellan den biologiska händelsen, patientens upplevelse och läkarens tolkning och definition.

När det gäller de moderna symtomdiagnoserna tycker hon sig historiskt finna en grundrepertoar av symtom som läggs i olika mönster inuti olika sjukdomsbilder. De varierar till sitt uttryck över tiden, inte minst beroende på social och kulturell bekräftelse eller förnekelse. Trötthet har bejakats och diagnostiserats kring båda de senaste sekelskiftena, men däremellan trängts tillbaka av samhällets icke ifrågasatta krav på effektivitet. Modern kroppskontroll har trängt tillbaka dramatiska kramper och hysteri.

I den sociala konstruktionen ligger att diagnosen säger hur individen ska uppfatta sig själv och hur samhället ska uppfatta henne. Vetenskapsfilosofen Ian Hacking kallar det för interaktiva kategorier, alltså kategorier som när de "har börjat användas i institutionella sammanhang, förändrar hur människor upplever sig själva och kan leda till att de utvecklar känslor och beteenden som åtminstone delvis beror på hur de har kategoriserats." När diagnosen utbrändhet etableras förändras t.ex. de förklaringsmodeller inom vilka individen förstår sig själv, sina symtom och sina relationer till omgivningen, vilket sedan i sig kan påverka själva symtomen.

Diagnoser ger medicinska förklaringar. Det kan medföra vinster och det kan innebära förluster. Om allt mera beskrivs i kategorier av medicinsk avvikelse, även sådant som kanske egentligen förklaras bättre på annat sätt, krymper utrymmet för det normala. Med Karin Johannessons ord: "Ju mer av variationerna i jaget som vi placerar i medicinska namn, alltså medikaliserar, desto mer förskjuter vi också normalitetens gränser. Namngivningen tycks vara central i denna process. Det som har ett namn *finns*."

4.4 Medikaliseringsprocessen

Under 1970-talet etablerades uttrycket medikalisering av Ivan Illich. Han menade att läkarna och det medicinska etablissemanget hade starka egenintressen i att förklara tidigare icke-medicinska tillstånd som sjukdom och åtkomliga för behandling. Därmed skapades nya sjukdomar och berövades människor makten över sin tillvaro, hävdade han. Människans medvetande om sin bräcklighet och att hon riskerar sjukdom och död gör henne sårbar. Både bilden av sjukdom som går att bota och sjukdom som inte går att bota riskerar att manipulera hennes inre, minska hennes förmåga att handskas med livets villkor och därmed hennes hälsa. Medikaliseringsprocessen skapar sjukdom.

Illich har åtminstone fått rätt i den meningen att allt mera av det som måste anses höra till det normala livsförloppet kommit att betraktas som medicinska problem. Gränserna för vad som är patologiskt eller normala biologiska avvikelser flyttas hela tiden. Normala tillstånd såsom födsel, klimakterium, kortväxthet, blyghet, hårfall, m.m. medikaliserar. Gentekniken och kartläggningen av riskfaktorer mångfaldigar gruppen potentiellt sjuka.

Det är själva processen att kategorisera i medicinska termer som är grunden för medikaliserings, hävdar sociologprofessorn Peter Conrad.²¹ Allt flera fenomen kläs i medicinsk språkdräkt, blir förstådda inom ett medicinskt ramverk och behandlas genom medicinsk intervention.

Drivkrafterna är många och knappast ens huvudsakligen den kolonialisering från läkarnas sida som Illich såg som huvudförklaring. Medicinska vetenskapliga framsteg är en kraft. Allmänhetens lägre tolerans för även milda symtom, patientrörelser, läkemedelsindustri och medias exponering av risker är andra exempel.

Vetenskapsjournalisten Joanna Rose har återgivit en beskrivning av hur *sjukdomslansering*²² för att vidga gruppen med upplevda behov av medicinering kan gå till.²³ Australiska läkemedelsföretag bestämde sig för att försöka öka användningen av mediciner mot framtida benskörhet hos äldre kvinnor. De finansierade studier, ordnade kurser för läkare, stöttade patientföreningar och inrättade ett journalistpris för journalister som tog sig an problemet. Sambandet mellan bentäthet och risk för fraktur är omdiskuterat och medicinering minskar risken för frakturer obetydligt. Men genom att jämföra kvinnor i klimakteriet med yngre kvinnor hamnar så gott som alla i riskgruppen. Miljontals kvinnor intalas att de behöver medicinering utan att det är säkert att så är fallet. Att äta mera kalcium, motionera och sluta röka är åtminstone sannolikt minst lika bra.

En fråga av betydligt större räckvidd, med samma lanseringsmönster, gäller förskrivningen av antidepressiva medel. Förskrivningen i Sverige är jämfört med 1993, då utvecklingen tog fart från en låg nivå, sju gånger högre. Cirka 600 000 svenskar äter numera antidepressiv medicin varje dag (eller har åtminstone möjlighet att göra det – en hel del av den förskrivna medicinen ligger sannolikt oanvänd i badrumsskåpen). Medlen förskrivs dubbelt så ofta till kvinnor som till män.

Journalisten Ingrid Carlberg har i sin bok *Pillret*²⁴ kartlagt den spännande historien om de selektiva serotoninåterupptagshämmande läkemedlen, de s.k. SSRI-preparaten.

Det är tveklöst så att de nya antidepressiva läkemedlen för många människor medfört avgörande lindring av svår och ibland

²¹ Conrad P., (2007).

²² Ett begrepp – disease-mongering – som lanserats av Ray Moynihan och Lynn Pay.

²³ Rose Joanna, (2005).

²⁴ Carlberg Ingrid, (2008).

livshotande ångest med betydligt mindre biverkningar än tidigare använda läkemedel. Men det är också uppenbart att läkemedelsföretagen medverkat till sjukdomslansering och medvetandekampanjer om sjukdomars existens och därmed vidgat rekryteringsbasen för SSRI-läkemedlen långt utöver vad företagen trodde var möjligt – eller önskvärt – så sent som på 1980-talet. Till en del kan det tolkas som att många människor som tidigare, när psykiatriska diagnoser var mera stigmatiserande, inte vågade begära eller inte trodde att de kunde få hjälp, nu fått lindring. Men till det förbryllande hör, dels att sjukskrivningarna för depressioner och ångest ökade kraftigt i takt med ökad medicinering, som snarare borde haft motsatt verkan, dels att mörkertalen för obehandlade psykiska tillstånd inte tycks minska. Enligt undersökningar som Ingrid Carlberg redovisar får fortfarande bara en fjärdedel av alla som kan anses lida av depression någon behandling. I en doktorsavhandling från 2004²⁵ framkom å andra sidan att 44 procent av alla gamla på Stockholms sjukhem behandlades med antidepressiva medel. Tre av fyra av dem visade sig inte ha en sjukdomsdiagnos som motiverade behandlingen. Med Ingrid Carlbergs ord ”..en makalös felträff..... Det verkar onekligen som om försäljningen av medicinerna lever sitt eget liv, utan någon entydig koppling till de sjukdomar de var tänkta för.”

Att det medicinska perspektivet griper om sig i det moderna samhället är otvetydigt. Det är inte enbart negativt. Till viss del beror det på vetenskapliga framsteg och möjligheten att åtgärda invalidiserande och plågsamma tillstånd. Illich hade dock också en viktig poäng när han påpekade att allt vidare utrymme för att tolka problem som biologiska och psykiska avvikelser hos individen riskerar att manipulera hennes inre, minska hennes förmåga att handskas med livets villkor och därmed också minska hennes upplevda hälsa.

4.5 Diagnoser av olika slag

Den vetenskapliga medicinen har sitt ursprung och hämtar fortsatt auktoritet i att sjukdom definieras av ett antal objektiva kriterier som i de flesta fall kan hänföras till biologiska företeelser eller processer som går att belägga och helst mäta. Samband och samspel mellan biologi, psykologi och social kontext kan vara oklar, otydlig

²⁵ Ulfvarson Johanna, (2004).

och tids- och kulturberoende, men för flertalet diagnoser finns vetenskapligt belagda organiska och biologiska orsakssamband.

Behovet av sjukskrivning p.g.a. nedsatt funktions- och arbetsförmåga till följd av olika diagnoser är visserligen obetydligt beforskat, och därtill är och reagerar människor olika, men själva kopplingen till att sjukdom föreligger är för flertalet etablerade diagnoser inget problem. Det brukar finnas laboratorieprov, röntgenbilder eller kliniska iakttagelser som filtrerade genom professionell erfarenhet med stor sannolikhet träffar rätt.

Mycket sjuklighet och stora diagnosgrupper finns emellertid också som inte enkelt låter inordna sig i det strikt vetenskapligt, objektivt mätbara paradigmet. Stora delar av psykiatrin, men också stora delar av den fysiska sjukligheten utifrån smärta av olika slag ger upphov till biomedicinskt oförklarade symtom.

När grupper av symtom uppkommer med en tydlig regelbundenhet brukar de kunna etableras som ett syndrom, en diagnos, för vilka behandlingsprogram kan utvecklas och evidensprövas, även om själva de underliggande biologiska mekanismerna är mer eller mindre okända. Nya avskiljda syndrom blir också ofta utgångspunkten för att söka biomedicinska förklaringar (t.ex. AIDS; Acquired Immune Deficiency Syndrom).

WHO:s ICD-koder är det klassifikationssystem för diagnoser som svensk sjukvård officiellt anslutit sig till. Inom psykiatrin är det numera ganska likt det kliniskt och vetenskapligt ofta(re) använda amerikanska DSM.

Utvecklingen av senare versioner av DSM kan beskrivas som en kamp mellan den länge förhärskande freudianska grundhållningen inom psykiatrin och den numera dominerande biologiska hållningen till depressioner och ångest. Den freudianska psykoanalytiska skolan såg orsakerna till neuroser och psykoser nedlagda i den enskilda individens livshistoria. Reaktionen på olika livshändelser är unik och därför krävdes också individuell behandling av varje individ. Specificerade och avskiljbara diagnoser sågs som mindre intressanta. Utan skarp diagnostik försvårades dock strikt vetenskaplig evidensprövning av olika behandlingar, inklusive läkemedelsprövning.

Biologiskt orienterade psykiatriker började därför på 1970-talet systematisera symtom de mötte och skapa kriterielistor som skulle helt eller delvis uppfyllas för att patienten skulle anses lida av t.ex. depression. Arbetet fångades upp av Amerikanska psykiatriska Föreningen, som förvaltar DSM. I DSM-III, som publicerades 1980,

hade antalet beskrivna sjukdomstillstånd ökat kraftigt. Symtombilden och existerande läkemedels effekter utgjorde grund för diagnosindelningen.

Trots den exploderande forskningen, prövningen och användningen av SSRI-preparaten är än idag etiologin (orsaksförklaringen) kring de psykiska diagnoserna oklar. Diagnoserna är fortsatt symtombaserade och fortsätter att bli allt flera.

Det har hävdats att det bl.a. är för att överbygga de stora skillnaderna i teoretisk grundsyn som det psykiatriska diagnostiska nomenklatursystemet eftersträvar att *inte* bygga in några orsaksförklaringar, utan istället bygger på rena, teorilösa symtombeskrivningar.²⁶ Därmed har individens historia, som t.ex. sorg som leder till depressiva symtom, försvunnit ur diagnos bilden. Som ett resultat har en tidigare etablerad indelning i endogena och exogena depressioner fallit bort. Med exogena menas sådana som har yttre händelser som naturliga förklaringar, medan endogena innebär onormalt, sjukligt starka reaktioner på påfrestningar av olika slag. I takt med att allt lättare nedstämdhet kommit att omfattas av depressionsdiagnoser har kritiken växt mot att därmed risken finns att ingen skillnad görs mellan depressiv sjukdom och normala känslomässiga reaktioner.

Sociologiprofessorn Allan V. Horwitz²⁷ menar t.ex. att DSM utan avsikt kommit att suddas ut den epidemiologiska, vetenskapligt – och av sunda förnuftet – underbyggda slutsatsen att intensiv nedstämdhet är en naturlig mänsklig reaktion på en mängd olika situationer. Det kan visserligen vara så att en del människor kan vinna något på att medicinera vid livets påfrestningar. Men ingen vet egentligen hur utbytet ser ut mellan för- och nackdelar. Kanske betyder den minskade stigmatiseringen något positivt. Men medicaliseringen av det sociala livet innebär också risker för avskärmning av viktiga livserfarenheter och ökning av kraftfull medicinering, med effekter som inte fullt ut har beforskats.

Särskild oro uttrycker Horwitz för vad det kan innebära att unga människor socialiseras in i en situation där de uppfattar det som naturligt att livets påfrestningar kan mötas och lösas genom att ta ett piller. Att suddas ut gränsen mellan normal nedstämdhet och sorg å ena sidan och depressiv sjukdomsreaktion å den andra kan också gå ut över den mindre grupp av personer som verkligen lider av psykisk sjukdom och har ett verkligt starkt behov av psykiatrisk

²⁶ Herlofson Jörgen, (2004).

²⁷ Horwitz Allan V, (2008).

hjälp. Horwits förhoppning är att den för närvarande pågående revideringen av DSM ska leda till att skillnaden mellan överdriven och normal reaktion på yttre händelser ska inarbetas i diagnoskriterierna. Han föreställer sig också möjligheten att normala sorgereaktioner skulle kunna utesluta en psykiatrisk diagnos.

4.6 Diagnoser ur sjukförsäkringens perspektiv

Diagnoser är av olika slag. Det stora flertalet i den medicinska traditionen och WHO:s register finns inom den biomedicinska och etiologiskt utredda sfären. De utgör ofta mindre problem för den försäkringsmässiga tillämpningen när det gäller att fastställa att sjukdom är grunden för förväntade funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar.

Större problem uppstår i förhållande till de symtombaserade psykiska och somatiska diagnoserna. Huvuddelen av sjukskrivningar och sjukdomsbaserad förtida pensionering är knuten till diagnoser som vilar på subjektiv sjukdomskänsla kroppsligt och psykiskt, utan klara biomedicinska diagnoser.

Rekryteringsbasen är stor. Stora delar av befolkningen lider av *allmänna hälsoproblem*. Hälften av kvinnorna och knappt en tredjedel av männen i yrkesverksam ålder (16–64) uppger att de har smärtor och värk från nacke, skuldror och ländrygg. Av dem över 55 år uppger över 30 procent av kvinnorna och över 20 procent av männen att de har långvarig sjukdom pga. besvär från rörelseorganen. Mellan 20 och 40 procent av befolkningen uppskattas lida av psykisk ohälsa. Mindre än en procent av den vuxna befolkningen beräknas dock ha allvarliga psykiska funktionshinder och de allvarliga psykiska sjukdomarna, psykoser och schizofreni, har inte ökat över tid. Istället är det psykisk ohälsa i form av oro och ångest av olika allvarlighetsgrad som ökat kraftigt sedan början av 1990-talet.²⁸

Av alla med allmänna hälsoproblem är bara en bråkdel sjukskrivna, även om smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress är de vanligaste orsakerna till sjukskrivning. Besvär från rörelseorganen och psykisk ohälsa dominerar bland såväl långtidssjukskrivna (54 procent av alla med längre sjukskrivning än 90 dagar) som förtidspensionerade

²⁸ SoS, Folkhälsorapport 2005.

(71 procent av alla nybeviljade förtidspensioner 2006; för första gången dominerade psykisk ohälsa).²⁹

Som redovisades i kap. 2 var förekomsten av upplevda hälsobesvär i den norska befolkningen (15–84 år) under en 30-dagarsperiod att 96 procent uppgav att de haft åtminstone något symtom. Bara 4 procent ansåg sig alltså helt besvärsfria.³⁰

Psykiska diagnoser är (åtminstone än så länge) med nödvändighet symtombaserade. För allvarlig psykisk sjukdom, såsom psykoser och schizofreni, är dels symtomen så svåra, dels diagnoskriterierna så etablerade, att någon problematik inte föreligger ur sjukförsäkringens perspektiv. Det gäller också väl diagnostiserad egentlig depression, men explosionen av underdiagnoser, blanddiagnoser, snabbdiagnostisering och medicinering ger upphov till svåra försäkringsmedicinska tillämpningsfrågor. På detta område, liksom för smärtor i rygg och nacke, är Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska beslutsstöd och Nationella riktlinjer för vård och behandling vid olika diagnoser av synnerlig vikt. Långvarig sjukskrivning utan adekvat behandling kan riskera att stjälpa istället för hjälpa. Det är därför viktigt att det försäkringsmedicinska beslutsstödet hålls levande bland läkare och försäkringshandläggare samt blir förmedlade till och begripliga för allmänhet, patienter och arbetsgivare.

Minst samma vikt bör Socialstyrelsens beslutsstöd och riktlinjer ha när det gäller de s.k. kultursjukdomarna, t.ex. amalgamöverkänslighet, fibromyalgi, elallergi och kroniskt trötthetssyndrom. Diagnoser kommer och går. Besvärsbilderna visar ofta stora inbördes likheter och betydande symtomatisk överlappning³¹, men mycket olika fysiska symtom kompletterar den allmänna symtombilden. Nedstämdhet i högre eller lägre grad hör ofta till bilden, liksom smärta, trötthet, kognitiva problem och ofta en stark önskan att få en biomedicinsk förklaring. Enighet saknas om de bakomliggande mekanismerna. Tolkningen av den subjektiva besvärsbilden påverkas av undersökarens referensramar.³² Inom psykiatrin talas om *somatoforma sjukdomar*, andra talar om *funktionella somatiska syndrom*. *Central sensitisering*, en psykofysiologisk överretbarhet i nervsystemet, diskuteras som möjlig förklaring, men någon enighet om mekanismerna bakom diagnoserna

²⁹ SoS, Folkhälsorapport 2005.

³⁰ Ihlebaek m.fl. (2002).

³¹ Leslie A. Aaron, Dedra Buchwald, (2001).

³² Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M, (1999).

finns inte,³³ eller ens om det rör sig om ett enda psyko/biologiskt syndrom eller om differentiering beroende på fysiska symtom bidrar till att förbättra diagnostik och behandling.³⁴

Enigheten är däremot stor om att kultursjukdomarna representerar ett stort och viktigt hälso- och sjukvårdsproblem. De förekommer i alla länder, är vanliga, kostsamma, långvariga och riskerar att leda till invalidisering. De orsakar stort lidande för drabbade individer och riskerar tillkortakommanden i sjukvården med avgörande betydelse för patienternas fortsatta liv.

När det gäller behandling börjar vissa belägg finnas för en ordning som bygger på sex olika steg. 1) uteslutning av biologiskt diagnoserbar sjukdom, 2) undersökning av om psykisk sjukdom, t.ex. egentlig depression, föreligger, 3) etablering av en samarbetsallians med patienten som bekräftar patientens lidanden, men samtidigt understryker behovet av att hitta en copingstrategi som minimerar sjukrollen, 4) komma överens om mål för att återskapa funktionsförmåga – försiktigt eskalerande fysisk träning är viktigt, 5) väl avvägd bekräftelse – patienten behöver inte bara förstå vad han eller hon *inte* lider av utan också vilka möjliga krafter som är i rörelse, 6) om inte tidigare punkter har hjälpt finns hygglig evidens för att kognitiv beteendeterapi kan lindra såväl kroppsliga symtom som generaliserat ångestsyndrom.³⁵

Eftersom mycket talar för att långa överksamma sjukskrivningsperioder, som varit vanliga, riskerar att snarare förstärka sjukdomsidentiteten än bidra till tillfrisknande är det viktigt att sjukvården tar till sig den behandlingkunskap som finns. Att primärvården, delvis med hjälp av den s.k. sjukvårdsmiljarden, bygger ut sina team med sjukgymnaster och psykologer förbättrar förutsättningarna. Också företagshälsovårdens multiprofessionella kompetens kan, om den utnyttjas för behandling i tid, spela en positiv roll. För att kognitiv beteendeterapi ska ha betydelse för återgång i arbete tycks det viktigt att terapin har sitt fokus just på arbete.

Så gott som alla vuxenläkare träffar på de symtombaserade diagnoserna, såväl specialister som allmänläkare. Det betyder också att så gott som alla vuxenläkare kommer att möta den försäkringsmedicinska problematiken. För att få en enhetlig och rättssäker hantering av sjukförsäkringen blir därmed Socialstyrelsens insatser för att följa och förmedla kunskapsutvecklingen på de symtom-

³³ Lundin Anders, (2008).

³⁴ Discussion between S Wessely (for) / P D White (against). (2004).

³⁵ Barsky A., Borus J., (1999).

baserade diagnosernas område av avgörande betydelse för såväl diagnostik som behandling.

4.7 Sjukdomsbegreppet i Lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL

Ersättning från sjukförsäkringen förutsätter att det är sjukdom som orsakar funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i relation till arbete. Försäkringen kan dock inte förutsätta att det föreligger vissa typer av undersökningsfynd och att orsaken till sjukdomssymtomen är kända.

Vi anser: Att det i frånvaro av känd sjukdomsorsak är särskilt viktigt att fastställa om det kroppsliga och psykiska tillståndet medför tillräckliga aktivitetsbegränsningar i relation till arbete.

Svensk hälso- och sjukvård och dess kunskapsunderlag, diagnoser och behandlingsprogram är en del av den internationella medicinska världen. Det är varken önskvärt eller möjligt att avskilja den svenska diagnostiska utvecklingen från den som kodifieras i internationella sammanhang.

Å andra sidan är ersättningsvillkoren i olika länders sjukförsäkringar olika. Avgränsningar av vad som ska ersättas kan och bör vara en följd av medvetna och diskuterade avvägningar - när det gäller allmänna socialförsäkringar efter allmän debatt och av politiska beslutsfattare.

I takt med att hälsobegreppet kommit att bli mycket vidare än frånvaro av sjukdom och därmed ohälsa kan stå för annat än sjukdom behöver innebörden av vad som i lagens mening ska räknas som sjukdom i viss mån förändras jämfört med de förarbeten som gällt som rättesnöre sedan 1940-talet. I kombination med den allmänna medikalisering som pågår i det moderna samhället riskerar annars den svenska sjukförsäkringen att fungera som motor i utvecklingen mot en situation där allt mera av livets påfrestningar förstås och upplevs i sjukdomsdräkt. En något stramare hållning till begreppet ohälsa och därmed sjukdomsbegreppet än vad som förekommer ”i vanligt språkbruk” får anses vara en förutsättning för att kunna upprätthålla en generös sjukförsäkring i en omvärld med starka intressen av att bygga under diagnosglidning och medikalisering.

Det sjukdomsbegrepp som sjukförsäkringen behöver kan emellertid inte heller vara det som täcks av begreppet *disease*, dvs. diagnostiserad och biologiskt förklarad sjukdom. Den medicinska vetenskapen befinner sig i ständig utveckling, men klarar inte alltid att trots tydliga sjukliga symtom biomedicinskt diagnostisera sjukdomen.

Att en sjukdom är svår att objektivt verifiera behöver inte göra den mindre verklig. Gordon Waddell och Mansel Aylward, två av Storbritanniens främsta auktoriteter på området skriver apropå de symtombaserade diagnoserna; ”Dessa allmänna hälsoproblem må vara ”mindre allvarliga” i medicinsk mening, men det betyder inte att de är mindre viktiga: De är mycket verkliga, orsakar betydande lidande, motiverar till fulla hälso- och sjukvård och kan orsaka temporära inskränkningar av förmåga. Försök att ifrågasätta individens subjektiva erfarenheter är ologiska, meningslösa och sannolikt kontraproduktiva”³⁶ (egen översättning).

Visserligen kan konstateras att ohälsobegreppet så som det i allmänhet används är vidare än sjukförsäkringens sjukdomsbegrepp bör vara. Det är väsentligt att motarbeta medikaliseringen av allmänna livsproblem och individualiseringen av problem som egentligen följer av sociala förändringar. *Men samtidigt kommer tillräckligt allvarliga sjukdomsliknande symtom, som leder till allvarliga funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, alltid att behöva omfattas av sjukförsäkringen.* Även om psykiska symtom utlöses av händelser som egentligen inte är sjukdom, t.ex. svår ångest på grund av att man blivit arbetslös, kan inte orsaken i sig utgöra en grund för att inte bevilja sjukpenning. Det är oundvikligen så att det är arten och graden av besvären som kommer att få vara avgörande. Har man drabbats av så svåra psykiska funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar att arbete är omöjligt så föreligger arbetsförmåga till följd av sjukdom.

Ett liknande exempel rör foglossning vid graviditet. Graviditet är inte en sjukdom, men det förhindrar inte att en tillräckligt svår foglossning som omöjliggör många dagliga aktiviteter bör betraktas som tillräckligt allvarliga fysiska sjukdomssymtom och därmed kunna ligga till grund för rätt till sjukpenning.³⁷

Samtidigt får det inte bli så att vissa händelser eller tillstånd *i sig* betraktas som självklara skäl för sjukskrivning. Att t.ex. förlora en

³⁶ Aylward M., Waddell G., (2006).

³⁷ Dessa två exempel behandlades nyligen av Regeringsrätten som även den kom fram till att det förelåg rätt till sjukpenning.

anhörig är en svår och traumatisk upplevelse och det kan finnas många skäl varför det kan vara svårt att arbeta i nära anslutning till en sådan händelse. Men sjukpenning kan bara bli aktuellt då det finns tillräckligt allvarliga kroppsliga eller psykiska besvär för att det ska kunna betraktas som sjukdom. Beskrivningen av en persons problem måste alltid nå fram till en konkret bild av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar.

Att utesluta vissa diagnoser eller diagnosgrupper framstår inte heller det som en framkomlig väg³⁸ för att bibehålla en strikt tillämpning av sjukförsäkringens regelverk. En mera framgångsrik strategi än att fastställa om sjukliga symtom verkligen orsakas av "objektiv" sjukdom torde vara att *utnyttja kopplingen mellan diagnos och DFA-kedjans senare steg funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning för att säkerställa ett rimligt samband mellan sjukdom och effekter på arbetsförmågan.*

Om den sjukes problem, givet diagnosen, inte står i rimlig relation till vad som kan förväntas öppnar det för ett samtal mellan läkare och patient kring vad som är det egentliga problemet. Kanske kan ett sådant samtal bidra till att separera sjukdomens konsekvenser från annat i livet och kanske kan det förändra förutsättningarna för en eventuell sjukskrivning. Lösningen på problemen kring sjukdomsbegreppets oklara gränser och hotet från en allt mer omfattande medikalisering står alltså främst att finna i mötet mellan läkare och patient och inte i hur begreppet sjukdom ska definieras inom ramen för Lagen om allmän försäkring.

De praktiska problemen att faktiskt mäta funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar och avskilja dem från t.ex. bristande ambition och ansvarstagande kommer visserligen att vara stora. Men de framstår ändå som hanterliga jämfört med den existentiella och ännu olösta grundfrågan om samspelet mellan våra kroppar, själar, livserfarenheter och innersta strävanden och vad som därvid ska anses vara friskt eller sjukt.

³⁸ Även om det kan kännas frestande att sätta frågetecken för t.ex. ICD-klassifikationens diagnoskoder F98.8 Nagelbitning, F93.3 Syskonrivalitet och R63.3 Dåliga matvanor.

4.8 Särskilda avvägningar i samband med sjukförsäkringens sjukdomsbegrepp

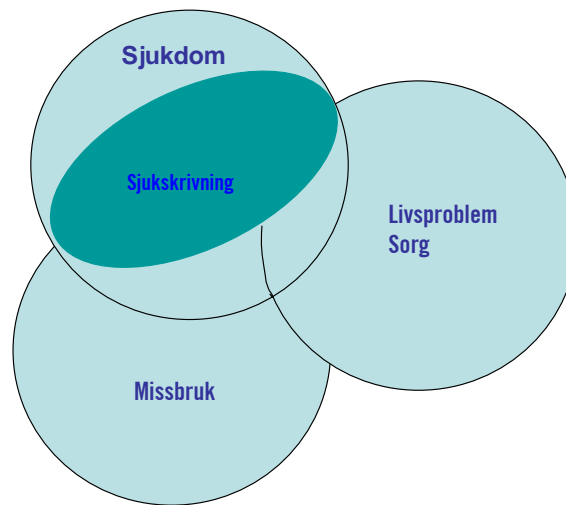
Även om vi finner att tillräckligt allvarliga symtom av sjukdomskaraktär i de allra flesta fall kommer att betraktas och behandlas som sjukdom finns fortfarande skäl att diskutera vissa avgränsningsfrågor.

Figuren nedan (figur 4.5) syftar till att principiellt beskriva avgränsningsproblematiken kring sjukförsäkringens sjukdomsbegrepp gentemot två praktiskt väsentliga områden, nämligen allmänna livsproblem med sorg som symboliskt exempel, samt missbruksproblem.

Allmänna livsproblem och allmänt missbruk räknas i princip inte som sjukdom i sjukförsäkringens mening, även om båda delar kan yttra sig som upplevd ohälsa och ge eller bidra till följsjukdomar.

Symtombilden vid t.ex. sorg kan bli densamma som vid t.ex. depression och det är givetvis svårt att avgränsa vad som kan betraktas som en naturlig sorgereaktion från ett tillstånd när sorgereaktionen har utvecklats till en sjuklig egentlig depression. Intuitivt vet vi dock att det finns en skillnad. Lika väl som det finns följsjukdomar till missbruk, som otvetydigt måste räknas som sjukdom i försäkringens mening, kan sorg föranleda sjukdom, även om adekvata sorgereaktioner inte är, och kanske inte heller bör, betraktas som sjukdom.

Figur 4.5 Sjukförsäkringens sjukdomsbegrepp



Hur bör då sjukförsäkringen förhålla sig till sjukskrivning i dessa och andra fall ?

Vi kommer i det följande att beskriva tillämpningen idag inom ett antal gränsområden till sjukdom och i några fall föreslå vissa förändringar av lagstiftningen. I några fall, såsom vid sorg och havandeskapspenning, föreslår vi att ersättningsregleringen sker på annat håll än i AFL 3 kap. 7§, som behandlar sjukpenning. Bakgrunden är att all ersättning från socialförsäkringen inte behöver komma från sjukförsäkringen och ett sätt att begränsa glidningen av sjukbegreppet kan vara att strikt hålla på sjukdom som grund för ersättning i form av sjukpenning.

Vår strävan har därför varit att i några fall där det framstår som rimligt att samhället bejaktar rätten till frånvaro från arbetet och i någon utsträckning underlättar genom att betala ut inkomstersättning, tydliggöra villkoren i lag, dock inte i lagstiftning om sjukförsäkringen. Ett tydligt regelverk syftar till att skilja på frånvaro på grund av sjukdom och legitim frånvaro av andra skäl.

4.8.1 Ledighet och ersättning vid nära anhörigs död

Vi föreslår att:

- *Särskild närståendepenning* ska kunna utges under högst tio arbetsdagar i anslutning till maka/makes/partners eller barns död.
- Vid ledighet efter ett barns död ska båda föräldrarna kunna ta ut *särskild närståendepenning* för samma tid. Det ska inte krävas att barn och föräldrar bor tillsammans. Även förlusten av ett barn som flyttat hemifrån ska ge förälder rätt till *särskild närståendepenning*. Ersättning ska utges med samma belopp som vid närståendepenning.
- Vid beviljande av *särskild närståendepenning* för ett barn som dör före beräknad förlossning ska tillämpas samma tidsgräns som Folkbokföringslagen (1991:481) använder för när ett dödfött barn ska anmälas till folkbokföringen, nämligen dödfödd som avlidit efter utgången av 22:a havandeskapsveckan.

Den som får leva ett förhållandevis långt liv tvingas som regel också uppleva perioder av både svår sjukdom och död bland sina närmast anhöriga. För den som befinner sig i arbetslivet kan det vara svårt att hantera de olika krav och förväntningar som då ställs. Det handlar både om att kunna vara ett stöd i livets slutskede för den anhörige och om de praktiska insatser som krävs efter ett dödsfall. Det handlar dessutom, och inte minst, om att trots den personliga förlusten klara av arbetslivets krav. Samhället och arbetslivet erbjuder i viss utsträckning den anhöriga möjligheter att kunna vara ledig för att ta hand om den svårt sjuka anförvanten och även för att kunna ombesörja begravning, bouppteckning m.m.

”Enskild angelägenhet av vikt”

Många anställningsavtal innehåller en rätt att vara ledig för ”enskild angelägenhet av vikt.” Det gäller vid allvarigare sjukdomsfall, dödsfall, begravning, bouppteckning eller arvsskifte inom familjen eller den nära släktkretsen. Inom vissa av Försäkringskassans ersättningar (rehabiliteringspenning och aktivitetsstöd) kan ersätt-

ning betalas ut till den försäkrade då han eller hon är ledig för enskild angelägenhet av vikt från den aktivitet som ligger till grund för ersättningen.

Rätten till ledighet för närståendevård och trängande familjeskäl regleras i dag i två olika lagar. Enligt förslag³⁹ ska bestämmelserna om ledighet i Lagen om ersättning och ledighet för närståendevård samordnas med bestämmelserna i Lagen om rätt till ledighet av trängande familjeskäl i en ny lag, Rätt till ledighet för närståendevård och trängande familjeskäl. Bestämmelserna om ledighet utmönstras enligt förslaget ur Lagen om ersättning och ledighet för närståendevård och lagens rubrik ändras till Lagen om ersättning för närståendevård. Kvar i Lagen om ersättning och ledighet för närståendevård blir efter en sådan ändring endast regler om ersättning.

Ledighet och ersättning för närståendevård

Lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård (NVL) kom till för att det ansågs vara en viktig livskvalitetsfråga att närstående personer hade möjlighet att vara tillsammans i en så svår situation som ett mycket allvarligt sjukdomstillstånd innebär. För vårdaren är det betydelsefullt att få möjlighet att vara nära den sjuke och ge det stöd och den tillsyn som han eller hon behöver. För den sjuke är det en viktig trygghetsfråga.

Det är vårdaren som ansöker om närståendepenning och det är han eller hon som ska styrka att den sjukas hälsotillstånd är sådant som förutsätts för att ersättning ska kunna betalas ut. En av förutsättningarna för att man ska kunna få närståendepenning för att vårda en svårt sjuk person är också att den sjuke har gett sitt samtycke till vården. Vården ska alltså ske i samförstånd mellan de berörda.

Närståendepenning kan för närvarande betalas för högst 60 dagar sammanlagt för varje svårt sjuk person som vårdas (6 § NVL). Antalet dagar är knutet till personen som vårdas och gäller totalt under personens livstid. I Proposition 2008/09:194, Vissa socialförsäkringsfrågor m.m., föreslås antalet dagar utökas till 100 från och med 2010-01-01.

³⁹ DS 2009:15.

Ledighet av trängande familjeskäl

Lagen (1998:209) om rätt till ledighet av trängande familjeskäl gör det möjligt för en arbetstagarare att ta ledigt i samband med sjukdom eller olycksfall i familjen som gör arbetstagararens omedelbara närvaro absolut nödvändig. Att ledigheten förutsätter att arbetstagararens närvaro är absolut nödvändig innebär att det handlar om en relativt kort begränsad frånvaro. Lagen innehåller inga regler om anmälan, samråd eller att arbetstagararen ska uppge hur länge ledigheten ska pågå. Lagen förutsätter inte att någon ersättning utgår till arbetstagararen under ledigheten.

Tillfällig föräldrapenning vid vård av sjukt barn

Föräldrar till ett allvarligt sjukt barn som inte har fyllt 18 år har rätt till tillfällig föräldrapenning under ett obegränsat antal dagar enligt Lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL, 4 kap 10 b §. Som allvarlig sjukdom avses att det finns ett påtagligt hot mot barnets liv, eller att barnet får behandling mot sin sjukdom och det utan behandlingen finns en fara för barnets liv.

4.8.1.1 Särskild närståendepenning

Ett barns eller make/makas/partners död är för de allra flesta en händelse som försätter personen i ett tillstånd av djup sorg. Även om dödsfallet inte är oväntat är det naturligt att förlusten upplevs som dramatisk och svårt att hantera.

För den som mist en nära anhörig och under en akut sorgereaktion har behov av att vara ledig från arbetet är för närvarande sjukskrivning det vanliga. Sjukskrivning kan dock i många fall i förhållande till lagen vara en tveksam åtgärd eftersom det inte handlar om sjukdom utan om en naturlig reaktion på en stor personlig förlust. Vi föreslår därför att en ny ersättning, särskild närståendepenning, införs som ger den allra närmaste kretsen (make/maka, partner och förälder) möjlighet att under tio arbetsdagar i anslutning till dödsfallet avstå från förvärvsarbete.

Det är rimligt att den som efter makes/partners eller barns död inte orkar vara på arbetsplatsen bereds möjlighet att inledningsvis få några dagars ledighet med ersättning från socialförsäkringen. Denna ledighet bör inte ses som sjukfrånvaro utan som en möjlig-

het att utan krav på prestation få sörja och påbörja hanteringen av en svår livskris.

Genom att införa en särskild närståendepenning, skild från sjukförsäkringen, blir det tydligt att rätten till ersättning inte bygger på något ställningstagande till den försäkrades hälsotillstånd utan är helt beroende av det nära släktskapet med den avlidne.

Tio arbetsdagar kan framstå som en kort tid för att hantera den första starka sorgereaktionen. Att relativt snart återknyta kontakten med arbetslivet och arbetskamraterna kan dock ofta bidra till att hantera sorgen. Detta ställer i och för sig krav på att arbetsplatsen accepterar sorgens uttryck hos den anställde och att kraven på arbetsplatsen anpassas till förmågan, något som är, eller borde vara, naturligt på de flesta arbetsplatser. Eftersom särskild närståendepenning innebär att arbetsgivaren inte har någon kostnad för sjuklöneperiod bör man dessutom kunna förvänta sig att arbetsgivaren anpassar krav, arbetsuppgifter och t.o.m. närvaroplikt för att underlätta för den som relativt snabbt försöker återvända till sitt arbete.

En lång period av frånvaro kan göra att tröskeln för att återvända till arbetslivet blir högre. Det finns dock självfallet personer som även efter en period med särskild närståendepenning lider av så svåra psykiska symptom att de är arbetsoförmögna och kan ha behov av en längre ledighet från arbetet. Rätten till ersättning från sjukförsäkringen ska då prövas som vid övrig sjukskrivning vad gäller krav på sjukdom, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

4.8.1.2 Särskild närståendepenning vid förlust av dödfött barn eller barn som dör före beräknad förlossning.

Vi föreslår att man vid beviljande av *särskild närståendepenning för ett barn som dör före beräknad förlossning* ska tillämpa samma tidsgräns som Folkbokföringslagen (1991:481) använder för när ett dödfött barn ska anmälas till folkbokföringen, nämligen dödfödd som avlidit efter utgången av 22 havandeskapsveckan. Vid förlusten av ett barn som är dödfött barn eller dör kort efter förlossningen har modern rätt till föräldrapenning till 29:e dagen efter förlossningen⁴⁰. Denna period ska ses både som en återhämtningsperiod efter förlossningen och som en möjlighet till sorgbearbetning.

⁴⁰ AFL 4 kap. 4 §.

Särskild närståendepenning ska enligt förslaget kunna utges till fadern eller annan förälder om barnet är dödfött eller avlider efter utgången av 22 havandeskapsveckan.

4.8.1.3 Det försäkringsmedicinska beslutstödet riktlinjer

Sorg är inte självklart förknippat med ett sjukdomstillstånd. För att en sjukskrivning ska kunna godkännas bör gälla de sjukdomskriterier som exempelvis föreligger vid akut stressreaktion (F43.0), där det försäkringsmedicinska beslutstödet rekommenderar att sjukskrivning så långt möjligt bör undvikas men att arbetsförmågan kan vara helt eller delvis nedsatt i 2–4 veckor, posttraumatiskt stressyndrom (F 43.1) där beslutstödet anger att arbete vanligen har positiv effekt på symtombilden och sjukskrivning så långt som möjligt bör undvikas men arbetsförmågan periodvis kan vara nedsatt, eller depressiv episod (F32). Lindrig förstagångsdepression kräver enligt beslutstödet ofta inte sjukskrivning. Arbetsförmågan kan vara nedsatt i 1–3 månader efter insatt behandling. Sjukskrivning på deltid bör övervägas. Vid svår förstagångsdepression kan arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 6 månader efter insatt behandling. Kognitiv dysfunktion kan kvarstå ytterligare 6 månader eller längre. Stora individuella skillnader förekommer.

4.8.2 Skönhetsoperationer, estetisk kirurgi

Vi föreslår: Att rätten till ersättning i form av sjuklön och sjukpenning vid plastikkirurgiska operationer endast ska omfatta *rekonstruktiv kirurgi* orsakad av medfödda deformiteter, utvecklingsrubbingar, trauma, infektion eller sjukdom.

Det utförs årligen cirka 25 000 estetiskt inriktade plastikkirurgiska ingrepp i Sverige och antalet ökar med ungefär 20 procent per år. 90 procent av ingreppen utförs på kvinnor, men antalet män som låter plastikoperera sig ökar kraftigt. Vanligast är ingreppen på personer i åldersgruppen 25–45 år⁴¹. Både inom den offentliga och privata vården handlar det framför allt om buk- och bröstplastikkirurgi.

⁴¹ Enligt uppgift på plastikoperationer.net 2009-03-04.

De flesta estetiska ingrepp kräver en förhållandevis kort frånvaro från arbetet. Behovet av ledighet ligger vid de mest frekventa typerna av operationer (bröstförstoring/förminskning och ögonlocksplastik) inom den intygsfria tiden⁴².

I de fall ingreppet kräver en längre tids konvalescens omfattar frånvaron även då som regel enbart sjuklöneperioden. Längst konvalescens tycks krävas vid bukplastik. Eftersom många inte vill ge offentlighet åt att man genomgått en estetisk operation finns anledning att tro att frånvaron i många fall löses genom uttag av semester. Detta bekräftas också vid kontakt med en av de privata aktörerna.

Inom AFL bedöms rätten till sjukpenning efter en operation för närvarande helt utan ställningstagande till om det är en nödvändig eller enbart estetisk operation. Samma förhållande gäller inom sjuklönelagen. Även om det handlar om korta perioder är det inte rimligt att vare sig arbetsgivare eller sjukförsäkringen ska stå för ersättning till den som enbart av estetiska skäl genomgår en operation och därefter under en tid blir arbetsoförmögen. Det är ett tillstånd som individen avsiktligt försätter sig i och individen bör då inte heller ha rätt till ersättning för inkomstbortfallet.

Vi har övervägt att rätten till ersättning skulle vara kopplad till om operationen bekostades av landstinget vilket skulle vara enkel och tydlig regel men valt en annan väg. Vi anser att man måste avgränsa rätten till ersättning utifrån renodlat medicinska skäl och väljer då att använda formuleringen rekonstruktiv kirurgi som definieras enligt följande: *”Rekonstruktiv kirurgi utförs på onormala kroppsstrukturer orsakade av medfödda deformiteter, utvecklingsrubbingar, trauma, infektion eller sjukdom. Den utförs för att förbättra funktion, men kan också utföras i avsikt att normalisera individens utseende*⁴³”

Denna definition är tydligare än de Nationella Medicinska Indikationer (NMI) för t.ex. bukplastik och bröstplastik som tagits fram av SKL under 2008. I de svenska indikationerna för operationer inom den offentliga vården finns även med sociala faktorer och klädproblem vilket gör avgränsningen svår mot de tillstånd som bör ersättas inom sjukförsäkringen.

⁴² Enligt www.plastikoperationer.net

⁴³ Definition av det amerikanska läkarsällskapet 1989.

4.8.3 Graviditet

Vi föreslår att:

- En rätt till *graviditetspenning* införs i 4 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring. En gravid kvinna som på grund av graviditeten anser sig behöva vara ledig från sitt arbete får rätt till *graviditetspenning* under 30 dagar. Ersättningsperioden kan påbörjas tidigast 30 dagar före beräknad förlossning och avslutas senast vid förlossningen.
- Nuvarande regler för havandeskapspenning överförs till 4 kap. lagen (1962:381) och ändras så att från och med 60 dagar till 30 dagar före beräknad förlossning kan kvinnan söka *särskild graviditetspenning* om hon inte kan omplaceras på arbetsplatsen och hennes förmåga att utföra sina arbetsuppgifter är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av havandeskapet.
- *Särskild graviditetspenning* också ska utges när en kvinna förbjuds att fortsätta sitt arbete på grund av risker i arbetsmiljön.
- Graviditetspenning och särskild graviditetspenning ska kalenderdagsberäknas och kan betalas ut som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning beroende på hur stor del av sin normala arbetstid som kvinnan är ledig. Ersättningen är pensionsgrundande och semesterlönegrundande.

4.8.3.1 Gällande regelverk

För ett barn finns sammanlagt 480 dagar med föräldrapenning. För varje barn som föds utöver det första får föräldrarna ytterligare 180 dagar gemensamt. Vid gemensam vårdnad delas dagantalet lika mellan föräldrarna. Det finns möjlighet att ta ut en del av dessa dagar även innan barnets födelse. Den gravida kvinnan kan börja att ta ut dagarna 60 dagar före beräknad förlossning.

En annan möjlighet under en normal graviditet är havandeskapspenning som kan användas om arbetsuppgifterna bedöms som för tunga under slutet av graviditeten. Från och med 60 dagar och till 10 dagar före beräknad förlossning kan kvinnan söka havande-

skapspenning om hon inte kan omplaceras på arbetsplatsen och hennes förmåga att utföra sina arbetsuppgifter är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av havandeskapet. Havandeskapspenning kan också beviljas under hela eller delar av graviditeten om kvinnan inte får sysselsättas i sitt nuvarande arbete på grund av föreskrift om förbud mot arbete som har meddelats med stöd av 4 kap. 6 § arbetsmiljölagen under graviditet och en omplacering är omöjlig. (3 kap. 9 § AFL). Det berör bara cirka 100 personer om året.

Den gravida kvinnan har rätt till sjukpenning om hon är eller blir sjuk under graviditeten och sjukdomen sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Det gäller oberoende av om sjukdomen beror på graviditeten eller om den inte har något samband med denna. Det har heller ingen betydelse hur lång tid det är kvar till beräknad förlossning.

En normal graviditet kan inte betecknas som sjukdom. Det är ett kroppstillstånd som hör ihop med den normala livsprocessen. Att graviditeten blir mera belastande mot slutet är också normalt. Detta innebär inte att sådana besvär direkt kan räknas eller inte räknas som jämställt med sjukdom, utan man måste individuellt värdera hur pass uttalade besvären är. När ett normalt graviditetsbesvär är tillräckligt uttalat och leder till svåra aktivitetsbegränsningar kan det anses som sjukdomstillstånd, vilket kan nedsätta arbetsförmågan. Det är viktigt att detta framgår av läkarintyget. Det är också uppenbart ett område där det uppstår stora gränsdragningsproblem och risk för olika tillämning.

I en tidigare utredning, SOU 2005:73 (Kärlek, omvårdnad, trygghet), lämnades ett förslag på graviditetsersättning som i stort sett överensstämmer med vårt förslag till graviditetspenning.

Fördelar med att införa graviditetspenning under den sista månaden före förlossningen

- Gränsen mellan vad som ska anses vara en normal graviditet och sjukdom är flytande vilket gör bedömningen av rätten till sjukpenning svår.
- Graviditetspenning skulle innebära en ökad likformighet. Eventuella godtyckligheter och svårigheter i administrationen skulle upphöra.

- Administrationskostnaderna för stöd till gravida kvinnor skulle minska genom att endast en förmån behöver hanteras av försäkringskassorna under slutskedet av kvinnornas graviditet.
- Tydligheten för alla inblandade parter skulle öka vilket är viktiga vinster för socialförsäkringsadministrationen och samhället i stort.
- Införandet av en ny förmån skulle också minska kostnaderna för arbetsgivarna eftersom kostnaden för sjuklöneperioderna försvinner.
- Om kvinnan vet att det finns möjlighet att vara ledig större delen av sista graviditetsmånaden utan att behöva utnyttja föräldrapenningdagar kommer antagligen fler att orka arbeta under de första åtta månaderna vilket kommer att minska behovet av sjukskrivning under denna tid.

Den nackdel som kan förutses gäller risken för förstärkt ”statistisk diskriminering” av unga kvinnor på arbetsmarknaden om arbetsgivare antar att kvinnors frånvaro i samband med barnafödande kommer att öka. Denna risk kan motverkas genom att ytterligare en månad av den del av föräldraförsäkringen som får överlåtas till den andra föräldern begränsas med ytterligare en månad. En sådan tredje s.k. pappamånad skulle under överskådlig tid också innebära att kostnaderna för graviditetspenningen skulle rymmas inom ramen för föräldraförsäkringens nuvarande kostnader.

4.8.3.2 Kostnader för graviditetspenning

Under 2008 födde drygt 108 000 kvinnor barn. Ersättning utbetalades till modern under den sista månaden före förlossningen enligt följande.

Kvinnor som fått ersättning under de sista 30 dagarna av graviditeten, barn födda fr.o.m. 2007-12-01 t.o.m. 2008-11-30

Förmån	Antal personer som erhöll ersättning	Genomsnitt antal dagar (omvandlat till hela dagar)
Sjp	18 722	20,7
Hp	21 756	17,6
Fp	43 767	11,8
Ingen	40 281	

Källa: Försäkringskassan.

Vissa kvinnor fick under månaden såväl sjukpenning som havandeskapspenning som föräldrapenning (dock inte för samma period), vilket gör att tabellen ovan redovisar fler utbetalda ersättningar (124 536) än antalet blivande mödrar.

Graviditetspenningen skulle rimligen utnyttjas av en större andel av de gravida kvinnorna än de som idag tar ut någon ersättning från sjukförsäkringen under den sista månaden före förlossningen.

Kostnaderna för sjukpenning och havandeskapspenning under den sista graviditetsmånaden som man har idag kommer kostnads- mässigt att kunna kvittas mot den nya ersättningen.

Däremot kommer sannolikt dagar med föräldrapenning för det väntade barnet som idag tas ut före förlossningen att i stor utsträckning flyttas framåt i tiden för att förlänga ledigheten efter förlossningen. De kan alltså inte kvittas.

Kostnaden består alltså dels i ersättning till dem som inte tar ut någon ersättning alls idag och dels till dem som tar ut föräldrapenning under del av månaden och istället skulle ta ut graviditetspenning under 30 dagar och spara föräldrapenningen till efter förlossningen.

Med en genomsnittlig dagersättning på 434 kronor och ett antagande att fyra av fem kvinnor skulle utnyttja möjligheten att ta ut graviditetspenning i 30 dagar skulle kostnaden uppgå till 980 miljoner kronor.

4.8.4 Missbruk och beroende

I vissa sammanhang framhålls att missbruk och beroende av droger är *sjukdom* och sjukdomsbegreppet används för att beskriva det tvångsmässiga beteende som ingår i missbruket. Andra hävdar att missbruk i sig inte är en sjukdom men att det leder till sjukdomar eller sjukdomsliknade tillstånd. Förespråkare för sjukdomsmodellen anser att den modellen garanterar en icke-moraliserande hållning och ger den enskilde ett erkännande som offer. Eftersom missbruk och beroende ligger i det gränsland som utredningen ska belysa följer nedan en kort redovisning av synen på missbruk och beroende som sjukdom inom några olika områden.

Antalet personer med tungt alkohol- eller narkotikamissbruk i Sverige beräknas uppgå till cirka 100 000, antalet personer med tungt narkotikamissbruk uppgår till drygt 25 000.⁴⁴ En trend som kan ses i såväl Sverige som internationellt är att blandmissbruket ökar. Det finns samband mellan tungt missbruk och social utslagning såsom hemlöshet, arbetslöshet och skuldsättning samt både fysisk och psykisk sjukdom. Personer som har alkohol- eller narkotikaproblem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar. Enligt den nationella folkhälsoenkäten 2006 hade 9 procent av kvinnorna och 17 procent av männen riskabla alkoholvanor.

Regeringen har i april 2008 tillsatt en utredning som ska göra en översyn av missbruks- och beroendevården⁴⁵. Utredaren ska se över gällande lagstiftning samt lämna förslag till de förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till utvecklingen inom området.

4.8.4.1 Socialstyrelsens riktlinjer

Socialstyrelsen presenterade under 2007 nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som ska vara vägledande för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblematik. I riktlinjerna pekar man på behovet av en gemensam definition av missbruk och beroende att använda inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten.

⁴⁴ Dir. 2008:48.

⁴⁵ S 2008:04.

Av den kunskapsöversikt som redovisas i Socialstyrelsens riktlinjer framgår att man inte anser att det finns stöd för att missbruk och beroende ska anses som en sjukdom.

4.8.4.2 Arbetsrätt och missbruk

Medveten misskötsel är saklig grund för uppsägning av personliga skäl enligt lag om anställningsskydd, LAS. Misskötsel som beror på sjukdom är däremot inte en medveten misskötsel. Det är den anställde som ska hävda att han eller hon är sjuk och även bevisa att misskötsamheten beror på sjukdom.

Vid sjukdom finns ett förstärkt anställningsskydd (23 § LAS) men samtidigt betonas i propositionen att ”en anställd som gör sig skyldig till en allvarlig förseelse på grund av alkoholmissbruk har inget förstärkt anställningsskydd. Det är emellertid ingalunda givet, att en enstaka förseelse skall kunna utgöra grund för uppsägning. Som regel torde en förutsättning för uppsägning vara att förseelsen upprepats”.⁴⁶

I AD:s domar används återkommande uttrycket ”ett alkoholberoende av sjukdomskaraktär”. AD har vid ett par tillfällen begärt in yttrande från Socialstyrelsen huruvida alkoholberoende kunde betraktas som en sjukdom i medicinsk mening. Detta skedde bland annat i samband med avgörande AD 1981 nr 12. Socialstyrelsen konstaterade att ”alkoholorsakade skador/störningar på organismen tveklöst faller under sjukdomsbegreppet, även om de inte är av kronisk natur. Själva beroendet i sig kan också vara av sjukdomskaraktär. Avgörandet måste baseras dels på missbrukets art och grad, dels på vad som ur behandlingssynpunkt är lämpligast. Endast läkare, väl förtrogen med alkoholfrågorna, kan i det individuella fallet och efter noggranna undersökningar avgöra när missbruket nått sådan intensitet att det kan anses vara av sjukdomskaraktär.”

AD lägger stort ansvar på arbetsgivaren att vidta rehabiliteringsåtgärder, men om arbetstagaren inte kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren utgör alkoholsjukdomen saklig grund för uppsägning. Intresseavvägningen handlar idag i mångt och mycket om hur mycket arbetsgivaren rimligen måste tåla i det enskilda fallet innan en uppsägning kan företas. Hänsyn tas bl.a. till sjukdomens natur och de förhållanden som råder på arbetsplatsen.

⁴⁶ Prop. 1973: 129, s. 125.

Även arbetsgivarens omplaceringsskyldighet och rehabiliteringsansvar vägs in i bedömningen.

4.8.4.3 Missbruk, beroende och rätt till ersättning från sjukförsäkringen

Missbruk förekommer enligt Försäkringskassan ytterst sällan som huvuddiagnos på läkarintyg. Som regel förekommer det i samband med att ett långvarigt missbruk gett effekter på ett eller flera andra organ. I de fall då missbruk står som enda diagnos på läkarintyget har man inom Försäkringskassan som praxis att avslå begäran om sjukpenning. En person som ofta måste stanna hemma från arbetet på grund av missbruksproblem har följaktligen inte heller rätt till högriskskydd från Försäkringskassan. Detta trots att personen inte är arbetsförmögen under ett pågående missbruk. För närvarande saknas missbruk i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Ett missbruk kan givetvis leda till sjukdomar eller sjukdomsliknande tillstånd som i sin tur ger rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Bland patienter som söker hjälp inom hälso- och sjukvården för psykiatriska tillstånd bedöms cirka en femtedel samtidigt ha ett missbruks- eller beroendeproblem, vanligtvis av alkohol⁴⁷.

Även om missbruk i sig inte är en grund för sjukskrivning kan ersättning från sjukförsäkringen bli aktuell då en person genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Vid rehabilitering på grund av missbruksproblem förekommer ofta vård på behandlingshem. Om den försäkrade är sjuk och arbetsoförmögen när han eller hon tas in på behandlingshemmet, prövas rätten till sjukpenning enligt 3 kap. 7 § AFL på vanligt sätt. Det kan till exempel gälla personer som inledningsvis är föremål för avgiftning. I situationer då den försäkrade deltar i arbetsträning, arbetsprövning eller utbildning utanför behandlingshemmet, kan rehabiliteringsersättning bli aktuell.

Är den försäkrade i arbete till dess att behandlingshemsvistelsen påbörjas, kan i stället förebyggande sjukpenning enligt 3 kap. 7 b § AFL bli aktuell. Arbetsförmågan ska anses vara nedsatt i samma omfattning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta, vårda barnet för den som är föräldraledig, eller söka arbete för den som är arbetslös.

⁴⁷ Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, s. 188, Socialstyrelsen.

För att ha rätt till sjukpenning vid medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering i förebyggande syfte krävs att en läkare på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet har konstaterat att den försäkrade har en förhöjd sjukdomsrisk och läkaren ska ha ordinerat behandlingen.

Rätt till sjukersättning för alkoholmissbrukare kan beviljas, men förutsätter en massiv social förhistoria som innehåller alkoholmissbruk under en följd av år och frånvaro från arbetslivet under en längre tid samt att den försäkrade gjort flera rehabiliteringsförsök som visat sig resultatlösa.

Om en noggrann utredning av den försäkrades hela situation med hänsyn tagen till relevanta sociala omständigheter visar att det inte är rimligt att begära av den försäkrade att han ska kunna försörja sig genom förvärvsarbete bör han kunna få sjuk- eller aktivitetsersättning.⁴⁸

Vi anser inte att det behövs någon ytterligare reglering av rätten till ersättning från sjukförsäkringen vid missbruk eller beroende.

⁴⁸Prop. 1976/77:44 s. 38 och s. 44.

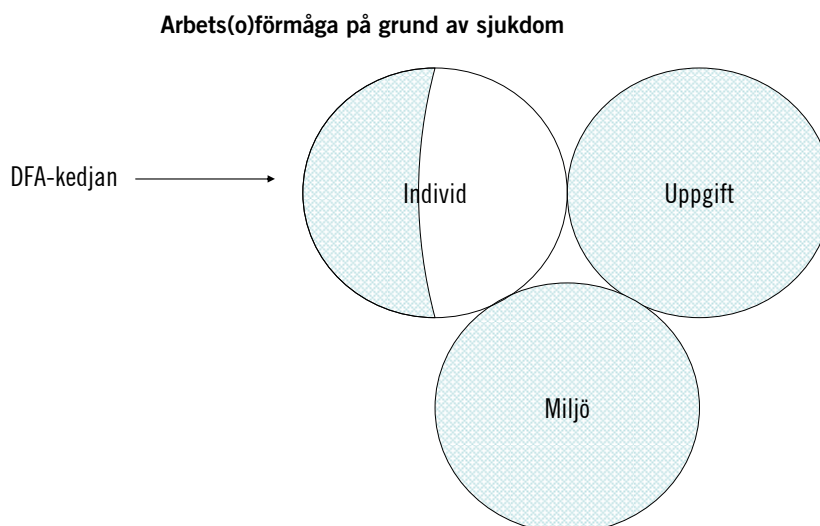
5 Arbetsförmåga på grund av sjukdom

Vi föreslår: Att begreppet *arbetsförmåga* inom sjukförsäkringen begränsas till att gälla när en viss person bedöms mot ett specifikt arbete.

När en person inom sjukförsäkringen prövas mot sitt befintliga arbete rör det sig, som vi beskrivit i kapitel 3, om en prövning av arbetsförmåga på grund av sjukdom. Arbetsförmåga är det grundläggande ersättningskriteriet i sjukförsäkringen. Vi avser inte att föreslå några förändringar av begreppet så länge som det handlar om bedömning mot det egna arbetet. Inte heller kommer vi att erbjuda någon radikalt ny tolkning av hur det bör förstås. Däremot kommer vi i det här kapitlet att göra en kritisk genomgång av hur begreppet används i praktiken och även diskutera hur gränsdragningen mot närbesläktade begrepp kan göras tydligare.

Inom ramen för vår arbetsförmågemodell illustreras begreppet av en begränsad individcirkel men fulla uppgifts- och miljöcirklar. Den medicinska avgränsningen av hur individen beskrivs bör bygga på att orsakskedjan

Diagnos → Funktionsnedsättning → Aktivitetsbegränsning
klarläggs. Uppgifts- och miljöcirkelarna fylls med faktiska förhållanden på arbetsplatsen.



Rätt till sjukpenning förutsätter aktivitetsbegränsningar i relation till de uppgifter arbetet innehåller givet den miljö i vilket de ska utföras. Begränsningarna måste gå att härleda tillbaka till en sjukdom. Härledningen bör inkludera diagnos och en bild av vilka funktionsnedsättningar som föranlett begränsningarna.

En arbetsförmåga kan alltså återskapas lika väl genom förändringar av uppgifter eller miljö som genom ett tillfrisknande från sjukdomen. Arbetsförmågan är situationsbunden och går bara att bedöma med information om den givna situationen.

Denna syn på arbetsförmågebegreppet inom sjukförsäkringen är inte ny utan uttrycks på olika sätt inom ramen för dagens regelverk. Däremot finns brister i den praktiska hanteringen av begreppet och det saknas en riktigt enhetlig begrepps användning.

5.1 Försäkringskassan och DFA-kedjan

I läkarintyget motsvaras DFA-kedjan av fälten 3, 4 och 5. Införandet av det intyg som används i dag syftade delvis just till att ge en tydligare bild av kedjan och säkerställa att alla nödvändiga delar belyses. Samtidigt visar granskningar att det alldeles för ofta saknas viktig information. När det gäller uppgifter om aktivitetsbegränsningar var det i en granskning endast cirka 43 procent av intygen

som innehöll tillräckliga uppgifter¹. För uppgift om funktionsnedsättningar var motsvarande siffra 71 procent. Detta är helt nödvändiga uppgifter för att handläggaren ska kunna göra en korrekt bedömning och de brister som finns leder till allvarliga kvalitetsproblem i handläggningen. Även om Försäkringskassan kan begära in kompletteringar, något som också görs, visar andra granskningar att även i myndighetens egna beslutsunderlag finns påtagliga brister när det gäller beskrivningen av aktivitetsbegränsningar.² Samma typ av brister förefaller återfinnas också i förvaltningsdomstolarnas domar.

Bristerna i dokumentationen visar att det, trots en teoretisk tydlighet, finns betydande brister med avseende på hur väl DFA-kedjan beskrivs och bedöms. Det är inte heller helt självklart hur begreppet aktivitetsbegränsningar ska förstås och tolkas inom ramen för krav på läkarintyget. I Riksrevisionens rapport framgår att Försäkringskassans handläggare har olika syn på om fält 6 i läkarintyget syftar på arbetsförmåga eller något som revisionen kallar funktionsförmåga. Skillnaden torde vara i vilken grad aktivitetsbegränsningarna ska uttryckas i relation till kraven i arbetet eller om de ska beskrivas mera fritt och förutsättningslöst. 'Funktionsförmåga' är för övrigt ett begrepp som ofta används men där det är svårt att hitta någon entydig definition. Det förefaller alltså som om även förståelsen av begreppen varierar.

Går man till de olika blanketter och instrument som Försäkringskassan använder och har ansvar för finns även där vissa olyckliga skillnader när det gäller hur nyckelbegrepp används och tolkas. I det vanliga läkarintyget används till exempel begreppet 'funktionsnedsättning' på ett sätt som följer ICF:s klassifikation. Det handlar om negativa förändringar på organnivå. I SASSAM-kartan däremot återfinns begreppet 'funktion' som en rubrik under vilken såväl diagnos, som funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar kan återfinnas. Även i särskilt läkarutlåtande (SLU) återfinns en liknande vid tolkning av begreppet funktion. I blanketten "Läkarutlåtande om hälsotillstånd" saknas begreppet aktivitetsbegränsning men däremot förekommer 'funktionsförmåga', 'funktionsnedsättning', 'funktionsbedömning' och 'fysisk och/eller psykisk förmåga'. I ett fält efterfrågas undersökningsfynd men utan att det på samma sätt som i läkarintygets fält 5 ges en direkt koppling till begreppet funktionsnedsättning. I det försäkringsmedicinska

¹ FK, Redovisning av uppdrag i regleringsbrev, Dnr 31507-2009-FPSS.

² Riksrevisionen 2009:7.

beslutsstödet används omväxlande begreppen 'funktionstillstånd', 'funktionsförmåga' och 'funktion' utan att det framgår om de ska betraktas som synonyma eller på vilket sätt de skiljer sig åt. Variationen ligger på diagnosnivå där samma fält har olika språkbruk beroende på vilken diagnos det handlar om.

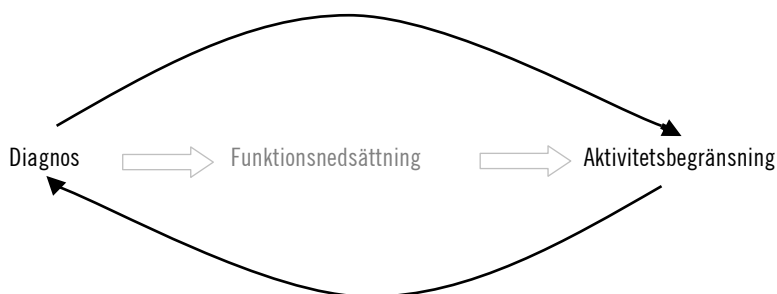
Mångfalden av begrepp med liknande innebörd kan förmodligen bidra till en viss oklarhet när det gäller vad som egentligen avses. Blanketter och instrument har tagits fram under olika tider och med olika inriktning men utan att det verkar finnas någon samlad ambition att upprätthålla ett konsekvent och likformigt språkbruk. På ett område där det finns så stora oklarheter och utrymme för tolkningar är det olyckligt om man inte ens inom en och samma myndighet har en något högre ambition att ensa begrepps användningen. Vi menar att det vore önskvärt om såväl Försäkringskassan som andra aktörer i större utsträckning höll sig till de begrepp och definitioner som återfinns i WHO:s ICF-klassifikation och att Försäkringskassan koncentrerar sig på att utveckla ett medvetet förhållningssätt till de tre leden i DFA-kedjan.

5.2 Utvecklad bedömningskompetens

Det vi kallar DFA-kedjan är grunden för det medicinskt renodlade arbetsförmågebegreppet. En trovärdig bild ska finnas inte bara av de enskilda delarna i kedjan utan också av hur de hänger ihop. Tydligheten i begreppet kan ökas om det blir tydligare vad de ingående delarna innebär och om enhetligheten blir större när det gäller hur de används. Samtidigt finns en inneboende komplexitet som måste behandlas.

Idealt bör man se en kedja där det ena leder till det andra, men i praktiken är det ofta svårare än så. I sjukförsäkringens värld är ofta aktivitetsbegränsningar eller mer allmänt uttryckta symtom startpunkten. Det är inte ovanligt att själva sjukdomsbilden aldrig blir mycket tydligare än någon form av symtombaserad diagnos där de objektiva fynden på organnivå (funktionsnedsättningarna) är svaga eller obefintliga. I stället för den ideala kedjan med sin startpunkt i sjukdomen kan det ofta mer likna en cirkel där symtom av olika slag ger en diagnos som i sin tur får ligga som förklaring till symtomen.

Figur 5.2 D(F)A-kedjan vid symtombaserade diagnoser



Svårigheten att mer objektivt verifiera sjukdomen och funktionsnedsättningarna är ett ständigt återkommande bekymmer vid diskussioner både kring sjukdoms- och arbetsförmågebegreppen och det är ett bekymmer som är gemensamt för de allra flesta länder vi har studerat. Samtidigt finns i Sverige och de flesta andra länder en väl etablerad praxis att det inte ska krävas några objektiva undersökningsfynd för att någon ska ha rätt till sjukpenning. Vår avsikt med introduktionen av DFA-kedjan är inte att förändra denna praxis. Det kan givetvis övervägas om det inte borde gå att ställa högre beviskrav, men vår bedömning är att det i praktiken varken vore önskvärt eller kanske ens möjligt.

Ett belysande exempel är det amerikanska förtidspensions-systemet. Där finns det kanske mest ambitiösa försöket att formalisera vilka undersökningsfynd som ska finnas vid olika diagnoser och det förefaller finnas en tydlig vilja att upprätthålla kraven vid prövningar av rätten till ersättning. Samtidigt gör domstolsväsendet regelbundet bedömningen att dessa regler inte utgör en absolut spärr mot att bevilja ersättning även i fall som inte uppfyller de officiella kriterierna. Argumentet är att om någon mår allt för dåligt för att arbeta ska det betraktas som att man uppfyller det grundläggande kriteriet för ersättning även om den bakomliggande sjukdomsbilden är osäker.

Till slut är det ändå så att om sjukdomsliknande symtom leder till tillräckligt stora aktivitetsbegränsningar för att orsaka arbetsförmåga är det svårt att inte betrakta dem som sjukdom. Vi har också i kapitel 4 konstaterat att några större förändringar av det svenska sjukdomsbegreppet inte är önskvärda. Däremot finns all anledning att eftersträva bättre beskrivningar av de konkreta aktivi-

tetsbegränsningarna och att alltid sträva efter att på bästa sätt verifiera dem. Även utan större förändringar av sjukdomsbegreppet och beviskraven finns utvecklingsmöjligheter på detta område.

5.2.1 Diagnosspecifik kompetens hos Försäkringskassan

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är ett försök att utifrån medicinsk kunskap beskriva vilka följder som det är rimligt att förvänta sig att en given sjukdom kan ha. I fall där aktivitetsbegränsningarna inte står i överensstämmelse med vad som kan förväntas av diagnosen finns anledning att vara extra vaksam. Det skulle kunna vara önskvärt att Försäkringskassan i ökad utsträckning skapar en diagnosspecifik bedömningskompetens. En möjlig väg skulle kunna vara att låta diagnosen få en större betydelse för hur ett ärende handläggs och att i ökad utsträckning organisera den egna medicinska kompetensen kring olika medicinska specialiteter.

5.2.2 Vidareutveckling av Socialstyrelsens beslutsstöd med metoder att verifiera aktivitetsbegränsningar

Ett internationellt exempel som det finns anledning att studera närmare är det finska Facultas-projektet.³ Arbetet syftar till att beskriva hur 'funktionsförmågan'⁴ bör bedömas för ett antal stora diagnosgrupper och har genomförts av det finska läkarsällskapet i samarbete med arbetspensionsanstalten Tela. Facultas kan beskrivas som en fördjupning av det svenska beslutsstödet där fokus ligger på själva bedömningsarbetet. Idén är att samla diagnosspecifik kunskap kring kopplingen mellan sjukdom och funktion och att ge vägledning kring vilka metoder som kan användas för att verifiera vilka aktivitetsbegränsningar som föreligger. Det är inte i första hand ett försäkringsmedicinskt instrument utan syftar till att förmedla rent medicinsk sakkunskap, men det är en typ av kunskapsmanställning som också anses kunna bli ett viktigt stöd vid handläggningen av sjukpenningärenden. Vid en eventuell vidareutveckling av det svenska beslutsstödet bör övervägas om mer fokus bör läggas på sådana mer praktiska bedömningsfrågor.

³ Bilaga 3 till betänkandet.

⁴ Vi vill egentligen inte använda begreppet "funktionsförmåga", men det är det begrepp som används i Facultas.

Både det svenska beslutsstödet och det finska Facultas är exempel på hjälpmedel som kan bidra till att stärka kopplingen mellan de olika leden i DFA-kedjan. Genom att utgå från diagnosspecifik kunskap skapas en naturlig koppling mellan den givna sjukdomen och dess rimliga konsekvenser.

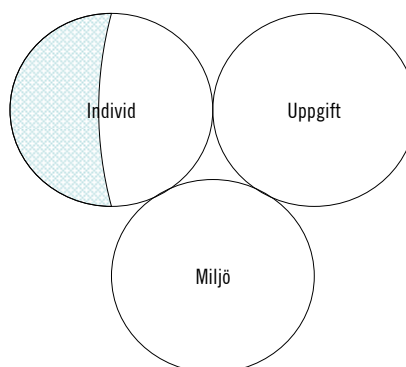
Om läkarna ges tillgång till ett utökat diagnosrelaterat beslutsstöd och Försäkringskassan utvecklar diagnosspecifik bedömningskompetens kommer ett gemensamt enhetligt språk att kunna utvecklas dem emellan. Det skulle såväl kunna bringa reda i begreppsanvändningen som bidra till en utveckling av kvaliteten i bedömningarna av på grund av sjukdom.

6 Medicinska förutsättningar för arbete

Vi föreslår: Att begreppet medicinska förutsättningar för arbete ska ersätta nuvarande ersättningsbegrepp vid prövning mot den reguljära arbetsmarknaden.

Sjukförsäkringen syftar till att försäkra människor mot arbetsoförmåga på grund av sjukdom. Samtidigt är det efter sex månader inte en försäkring mot att inte kunna arbeta hos den befintliga arbetsgivaren utan den försäkrade ska bedömas i relation till hela den reguljära arbetsmarknaden. Vi har i kapitel 3 beskrivit varför det i det läget inte längre är meningsfullt att tala om en bedömning av "arbetsförmåga" och föreslagit att lagstiftningen i stället bör utgå från en bedömning av de "medicinska förutsättningarna för arbete". Det är en bedömning som koncentreras till en beskrivning av individen och en värdering av de eventuella medicinska begränsningar som kan föreligga i relation till vad som är tillräckligt för att en person med stor sannolikhet ska anses kunna försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden.

Medicinska förutsättningar för arbete



Vi föreslår att begreppet ”medicinska förutsättningar för arbete” redan i dag ska ersätta nuvarande ersättningsbegrepp vid prövning mot den reguljära arbetsmarknaden.

En sådan förändring anser vi har ett pedagogiskt värde. Det blir tydligt att bedömningen inte längre gäller arbetsförmåga. Samtidigt är det en förändring som långt ifrån fullt ut löser de många problem som finns. Detta kapitel syftar till att beskriva en mer grundläggande reformering av bedömningstillfället där vi också behandlar frågor om vad som bör beskrivas, vilka metoder som kan användas samt hur värderingen kan tänkas gå till.

6.1 Varaktighet och särskilda skäl

Vi föreslår: Att riktlinjerna för särskilda skäl för att få arbetsförmågan bedömd mot arbete hos nuvarande arbetsgivare även efter dag 180 bör utvidgas till att oberoende av diagnos också omfatta påbörjad partiell återgång i arbete som med stor sannolikhet leder till tidigare arbetsomfattning. Vi föreslår också att sjukdomstillstånd där det finns välgrundad anledning att anta att tillståndet innan dag 365 kommer att ha förvärrats på ett sådant sätt att det då skulle finnas en rätt till sjukpenning vid en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden ska kunna leda till fortsatt sjukskrivning av särskilda skäl, även om en prövning av medicinska förutsättningar för arbete sannolikt skulle leda till

resultatet att tillräckliga aktivitetsbegränsningar ännu inte inträffat.
--

Sjukförsäkringen har alltid inrymt en balans mellan hanteringen av tillfälliga respektive långvariga eller permanenta tillstånd. Över tid blir det alltmer rimligt att avkräva människor att ta tillvara sin potentiella förmåga i ett annat arbete än det de inte längre klarar. Frågan är bara när det kravet ska ställas. När är det inte längre rimligt att vänta på att förmågan att utföra det befintliga arbetet ska återkomma?

Svaret på frågan rymmer två olika perspektiv. Det ena är mer medicinskt medan det andra är knutet till chansen att hitta ett nytt arbete. Ur ett medicinskt perspektiv är det rimligt att vänta med krav på omställning tills det är klarlagt att en medicinsk förbättring av tillståndet inte längre är sannolik. Så länge chansen till tillfrisknande är god kan det ifrågasättas hur rimligt det är att kräva en svår och osäker omställning till ett nytt arbete. Ur det andra perspektivet gäller att åstadkomma en omställning medan det ännu finns rimliga chanser att en sådan ska bli lyckosam. All erfarenhet talar för att oddsen för en lyckad omställning försämras påtagligt redan efter några månaders sjukskrivning och fortsätter att försämras ju längre man är frånvarande från arbetsmarknaden.

Fram till och med rehabiliteringskedjans införande var det medicinska perspektivet helt dominerande. Återgång i befintligt arbete var det naturliga alternativet och innan en ordentlig utredning kunde visa att en återgång var högst osannolik var det inte aktuellt att ställa några krav på omställning. Resultatet, i synnerhet under slutet av nittiotalet och början av tjugohundratalet, blev en lång och ofta innehållslös väntan på tillfrisknande och till slut ett permanent utträde från arbetslivet. I den mån frågan om omställning väcktes hade det ofta gått så lång tid att frånvaron i sig förvandlat det alternativet till en orealistisk tanke. Ofta prövades det dock inte alls.

Rehabiliteringskedjan innebar en förstärkning av det icke-medicinska perspektivet och medförde en större respekt för vådan av långa sjukskrivningar. Frågan om omställning knöts direkt till frånvarons längd och utrymmet för att utreda sig fram till svaret på om sjukdomen var kort- eller långvarig minskade. Samtidigt infördes ett element av medicinsk prövning där en medicinskt mycket sannolik återgång inom ett år kan utgöra grund för att skjuta upp

frågan om omställning och prövning mot den reguljära arbetsmarknaden. Detta innebar en mycket kraftig förskjutning av balansen mellan de två perspektiven.

Problemet är att båda perspektiven är viktiga och legitima. Idealt sett ska valet kunna göras utifrån det enskilda fallet. I de fall där en person med stor sannolikhet kommer att nå frågan om omställning är det önskvärt att det sker så fort som möjligt. Även de sex månader som det tar i dag är egentligen en riskabelt lång tid.¹ I de fall där sjukdomen visserligen är svår och långvarig men ändå har ett sannolikt slut och där det finns goda chanser till återgång i befintligt arbete är det av flera skäl olyckligt att sätta gränsen så snävt som ett halvår eller ett år. En bra försäkring tvingar inte fram en omställning som inte är nödvändig. Risken att omställningen ska misslyckas är därtill tillräckligt betydande för att det ur ett arbetslinjeperspektiv ska läggas stor vikt vid att försöka upprätthålla en befintlig anställning. Samtidigt visar historien med förskräckande tydlighet vad som riskerar att hända när det saknas tydliga och schabloniserade tidsgränser. Frågan är hur balansen bör se ut och i vilken grad det finns anledning att väcka frågan på nytt i samband med de övriga förändringar vi föreslår.

Frågan om ett tillståndets varaktighet ställs på sin spets när det ska ske en bedömning av förmåga i relation till den reguljära arbetsmarknaden. För den som har en anställning sker detta i normalfallet efter 180 dagars sjukskrivning. Eftersom prövningen av förmågan mot den reguljära arbetsmarknaden inte innehåller något ställningstagande om tillståndets varaktighet behövs ett särskilt sådant ställningstagande. I dag sker det inom ramen för så kallade ”särskilda skäl”. Om det finns välgrundad anledning att anta att den sjukskrivne innan dag 365 kommer att återgå i befintligt arbete kan bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden skjutas upp. Det framgår att det bör vara en medicinsk bedömning och att den endast kan bli aktuell vid tydliga diagnoser, där det går att ha en välgrundad uppfattning om att en viss terapi har önskad effekt eller vilket läkningsförlopp som kan förväntas.

Under utredningens arbete har vid intervjuer med handläggare hos Försäkringskassan framgått att tolkningen av reglerna kring särskilda skäl skiljer sig åt en hel del mellan olika lokala kontor,

¹Vilket förmodligen också är skälet till att det i dag redan vid tre månader finns en chans för den sjukskrivne att få kontakt med Arbetsförmedlingen och att börja orientera sig mot ett nytt arbete genom s.k. kontaktmöten och då även en rätt till tjänstledighet för att pröva nytt arbete.

vilket kan vara begripligt med tanke på att reglerna är så pass nya. Däremot aktualiserar en del av de tolkningar som gjorts frågan om regelverket. Speciellt frågan om hur partiell återgång i arbete ska behandlas bör enligt vår mening förtydligas. I dag finns inget som säger om en påbörjad partiell återgång ska spela någon roll vid bedömningen av särskilda skäl. Det tycks däremot vara en relativt vanlig bevekelsegrund för beslut där det anses föreligga särskilda skäl. Den påbörjade återgången tas till intäkt för att personen är på väg tillbaka.

I relation till propositionens betoning av en medicinsk bedömning av särskilda skäl förefaller en sådan tolkning legalt tvivelaktig. Om återgången är en följd av ett tillfrisknande kanske det inte är något problem, men att tillmäta en påbörjad återgång en självständig betydelse verkar i ljuset av dagens regler tveksamt. Samtidigt är det förmodligen så att i de fall där sjukdomens natur omöjliggör en säker medicinsk bedömning är en partiell återgång ett av få möjliga bevis för att en återgång i befintligt arbete är sannolik. Det kan också antas att om en påbörjad och planerad upptrappning avbryts av att ersättningen dras in kan det ofta upplevas som stötande.

Även vid ett oförändrat medicinskt tillstånd kan det dessutom vara sannolikt att den sjukskrivne kommer att återgå i befintligt arbete. Det kan mycket väl vara så att återgången baseras på ett anpassningsarbete där förändringar på arbetsplatsen och inte ett medicinskt tillfrisknande möjliggör återgången. Även här är det oklart om det i dag finns ett legalt utrymme för att i sådana fall utnyttja möjligheten till särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden.

Ett förtydligande av vilken annan form av bevisföring, förutom medicinska underlag, som ska kunna ligga till grund för ett ställningstagande om att det finns särskilda skäl utgör en delikat balansgång. Det får inte leda till att situationen återgår till vad som rådde innan rehabiliteringskedjan, där prövning mot den reguljära arbetsmarknaden antingen aldrig kom till stånd eller gjordes väldigt sent. Särskilda skäl ska utgöra en undantagsregel och ett ställningstagande måste vila på en hög sannolikhet för återgång. Samtidigt utgör ställningstagandet till särskilda skäl den enda möjligheten att låta sjukdomens varaktighet spela en roll vid bedömningen av arbetsförmågan. En alltför snäv tolkning av vilken form av bevisföring som är acceptabel vid bedömning av särskilda skäl riskerar att urholka systemets legitimitet och eventuellt till att prövningen mot den reguljära arbetsmarknaden i praktiken blir mindre stram

än vad som är önskvärt. Vi finner därför att det bör vara klarlagt att en trovärdig plan finns för återgång i tidigare omfattning inom 365 dagar för att partiell sjukskrivning ska utgöra grund för särskilda skäl.

En annan aspekt av särskilda skäl som aktualiserats under utredningens arbete är hur hanteringen ska se ut när det inte är ett tillfrisknande som kan förutses, utan det tvärtom finns goda skäl att anta att ett tillstånd kommer att förvärras. Det finns fall där den sjukskrivne vid 180 dagar visserligen borde anses som förmögen att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden men där sjukdomen är sådan att den förmågan snart kommer att försvinna. Det kan t.ex. röra sig om en person med cancer som vid 180 dagar klarar att arbeta halvtid och kanske skulle klara heltid i ett annat arbete men där prognosen är sådan att det bara är en tidsfråga innan sjukdomen förvärras på ett sådant sätt att arbete i tidigare omfattning är helt uteslutet. I sådana fall kan ett beslut om indragen ersättning uppfattas som stötande. Dagens regler kring särskilda skäl ger emellertid inget utrymme för något annat beslut. Här menar vi att det vore rimligt om ett beslut om särskilda skäl även kunde omfatta den som drabbats av en särskilt allvarlig och progressiv sjukdom. Fortfarande krävs att personen är arbetsoförmögen åtminstone partiellt i relation till befintligt arbete, men kravet på omställning ska inte behöva gälla för en person där det på medicinska grunder är sannolikt att arbetsförmågan i det nya arbetet inte kommer att bli långvarig.

Denna typ av överväganden är som vi har konstaterat en balansgång mellan två olika legitima och viktiga perspektiv som sjukförsäkringen alltid har burit med sig. Försäkringen är i längden inte en yrkesförsäkring men den ska inte heller i onödan tvinga människor till en svår och osäker omställning. Vi kommer i detta kapitel att utveckla tankar kring bedömningen av det vi kallar ”medicinska förutsättningar för arbete” som förmodligen kräver att den balansgången blir tydligare.

I dag ligger bedömningen av särskilda skäl hos samma handläggare som också bedömer förmågan i relation till den reguljära arbetsmarknaden. Det möjliggör i praktiken ett visst mått av pragmatiskt utbyte mellan de två bedömningarna. Om ett lagligt korrekt beslut upplevs som direkt stötande kan det, även om det egentligen inte finns utrymme för det i lagen, hanteras genom att bedömningarna anpassas till varandra. Om en handläggare t.ex. upplever sig tvingad att bedöma någon som arbetsför i relation till

den reguljära arbetsmarknaden trots att han/hon egentligen anser att beslutet är orimligt kan lösningen vara att i stället tänja på reglerna för särskilda skäl. En sådan flexibilitet är visserligen principiellt inte önskvärd och riskerar att leda till rättsosäkerhet och bristande likformighet, men samtidigt kommer verkligheten alltid att vara mer komplex än vad regelverket har utrymme att hantera. Det är inte alltid helt fel att tillämpningen har ett visst mått av säkerhetsventiler för att hantera risker för uppenbart orimliga beslut.

Vi menar dock att otydligheten vid bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden är ett stort problem i dagens försäkring och att utrymmet för ”pragmatiska” lösningar i dag är för stort. Den modell med fristående och instrumentstyrda bedömningar som vi beskriver i detta kapitel är avsedd att öka tydligheten och minska utrymmet för godtyckliga beslut. Modellen förutsätter också att man till skillnad från i dag först gör en bedömning av huruvida det föreligger särskilda skäl och endast om så inte är fallet blir det aktuellt med en bedömning av förmågan mot den reguljära arbetsmarknaden. En sådan ordning kommer att drastiskt minska utrymmet för att balansera de båda bedömningarna mot varandra och det väcker i sin tur frågan om reglerna för särskilda skäl är tillräckligt nyanserade. Vår uppfattning är att de inte är det och att partiell återgång som med stor sannolikhet leder till tidigare arbetsomfattning och progressiva tillstånd utgör exempel på situationer som regelverket bör kunna inrymma på ett tydligare sätt än i dag.

6.2 Aktivitetsbegränsning och reguljär arbetsmarknad

Medicinska förutsättningar för arbete bygger i grunden på en beskrivning av individen som inrymmer samma logik som vid bedömning av arbetsoförmåga på grund av sjukdom. Det är fortfarande DFA-kedjan som är utgångspunkten och det är en medicinskt renodlad beskrivning.

Att bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden blir så speciell beror på att en *tydlig bild av vad aktivitetsbegränsningarna ska relateras till saknas*. Alla ska bedömas lika i den meningen att det är förmågan att försörja sig på en och samma reguljära arbetsmarknad som ska bedömas. Frågan blir då vilka aktiviteter som kan sägas representera den reguljära arbetsmarknaden. Aktivitets-

begränsningar som relevant begrepp förutsätter i det här sammanhanget en bild av vilka aktiviteter man behöver kunna utföra för att det ska finnas en förmåga. Innan 180 dagar finns, för anställda och egenföretagare, en sådan bild. Det går att avgöra vilka aktivitetsbegränsningar som är förenliga eller inte med att utföra befintliga arbetsuppgifter.

Om det ska vara möjligt att göra en likvärdig och rättssäker bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden måste en bild skapas av vad den reguljära arbetsmarknaden kräver. Måste man kunna se för att försörja sig? Måste man kunna höra? Måste man kunna gå?

Det torde vara uppenbart att särskilt krävande aktiviteter inte bör ingå. Samtidigt finns rimligen mer basala aktiviteter som är relevanta i relation till i stort sett alla sorts arbeten.

Den som på grund av särskilt höga fysiska krav inte längre kan utföra sitt befintliga arbete kan ändå vara helt obehindrad i relation till de allra flesta andra arbeten. En djuphavsdykare kan mista sin arbetsförmåga i förhållande till dykararbete och ändå vara kapabel att utföra nästan alla andra arbeten på den reguljära arbetsmarknaden.

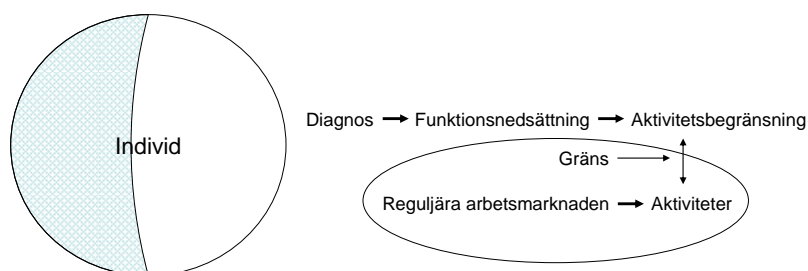
Det kan inte heller vara det allra mest udda och speciella i form av låga krav som ska sätta standarden för vad som kan sägas krävas i relation till den reguljära arbetsmarknaden. Det faktum att författaren är ett yrke och att det i princip går att skriva en bok så länge man kan blinka kan knappast betyda att alla andra aktivitetsbegränsningar är irrelevanta.

Vi har redan i kapitel 3 konstaterat att frågan till slut handlar om sannolikheter. Hur svårt eller osannolikt är det för en person att, givet sina medicinska förutsättningar för arbete, hitta en plats där han/hon är arbetsförmögen.

I figuren på nästa sida är det de ovalt inringade delarna som måste definieras för att begreppet ska bli möjligt att hantera på ett bra sätt. Den reguljära arbetsmarknaden måste representeras av ett antal utvalda aktiviteter och de aktivitetsbegränsningar som ska anses tillräckliga för att den sjuke inte ska behöva försöka försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden måste definieras (se figur 6.1).

I avsaknad av vilka aktiviteter som ska anses representera den reguljära arbetsmarknaden tvingas den enskilde handläggaren att själv göra sig en föreställning om vad den reguljära arbetsmarknaden kräver. Det säger sig självt att risken blir stor för olika behandling och stora variationer.

Figur 6.1 Aktivitetsbegränsningar i relation till den reguljära arbetsmarknaden



6.3 Normering via instrument

I vårt delbetänkande SOU 2008:66 presenterade vi ett antal instrument som används i olika länder för att göra bedömningar av vem som har rätt till olika former av sjukförsäkringsförmåner. Det flera av instrumenten har gemensamt är att de uttrycker en politisk normering av hur ersättningsgrunderna ska förstås. Instrumenten ersätter delvis mer allmänna formuleringar i lagtext och skapar en ökad tydlighet om vad som gäller för rätt till ersättning.

Instrumenten är i praktiken formulär och blanketter som ger ett svar på frågan om vilka aktiviteter som ska bedömas. Aktiviteterna är svaret på frågan hur kraven på arbetsmarknaden kan representeras. Ofta rör det sig helt enkelt om en lista över olika aktiviteter där den bedömda personen kan beskrivas utifrån förmåga eller oförmåga att utföra de olika aktiviteterna. Ofta innehåller också instrumenten någon form av svar på frågan om var gränsen går för ersättning. De beskriver hur stora aktivitetsbegränsningar som ska krävas.

Vi valde i delbetänkandet att inte besvara frågan om huruvida den svenska sjukförsäkringen behöver något liknande instrument. Utredningen har sedan dess bett om och fått regeringens uppdrag att tillsammans med Försäkringskassan påbörja ett utvecklingsarbete med syfte att skapa ett instrument som stöd för bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete. Följande resonemang kring instrument och den därtill kopplade bedömningsprocessen hör till de frågor som behandlas i det arbetet.

Arbetet att utforma det slutliga instrumentet tar med nödvändighet lång tid – enligt internationella erfarenheter flera år – av teoretisk, praktisk och vetenskaplig prövning.

När vi talar om normerande instrument vid bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete handlar det om instrument som direkt syftar till att *förtydliga hur bedömningen inom sjukförsäkringen av tillräckligt eller inte tillräckligt nedsatta förutsättningar ska gå till*. Det finns i dag en lång rad olika instrument som på olika sätt syftar till att beskriva personers funktionstillstånd. Problemet är att dessa instrument inte säger något om vem som ska ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen eller inte och de kan i större eller mindre grad också beskriva faktorer som inte ska vägas in vid en bedömning av ersättningsrätten.

Det grundläggande syftet med ett instrument är att skapa en *politisk normering* av vad som menas med reguljär arbetsmarknad och var gränsen ska gå för rätt till sjukpenning vid bedömning mot densamma, alltså ett renodlat försäkringsinstrument som ska spegla försäkringens villkor. Det är inte ett instrument för att bedöma arbetsförmåga i allmänhet. Instrumentet beskriver främst vad som ska mätas och bedömas och i mindre grad hur det ska ske.

Vid bedömningen av den enskilda individens aktivitetsbegränsningar kan många av de instrument som finns för bedömning av funktionstillstånd vara till nytta. Men vårt försäkringsrelaterade instrument talar om vad som ska bedömas och hur gränserna ska värderas.

Ett instrument kan också i varierande grad syfta till att säkra kopplingen till sjukdom och att ge vägledning vid en mer medicinsk bedömning, men det är sekundära uppgifter.

Som försäkringsinstrument är det grundläggande att instrumentet understödjer en likformig och rättssäker tillämpning av försäkringens villkor. Varje instrument kan kalibreras på olika nivåer för att ge fler eller färre rätt till ersättning men den frågan bör skiljas från instrumentets egenskaper i övrigt.

Det är instrumentets ”egenskaper i övrigt” som kräver ett professionellt utvecklingsarbete under avsevärd tid. Först när det är genomfört är det dags att i den politiska processen ta ställning till den normering som ligger i kalibreringen. Det är också först då som det blir aktuellt att ta ställning till hur den rättsliga regleringen bör se ut kring själva instrumentet. Under utvecklingsarbetets gång får man nöja sig med att diskussionerna inom Försäkringskassan om instrumentets utformning kommer att påverka och successivt i

allt högre grad ensa handläggningen av den bedömning som ska ske inför dag 180.

6.4 Generellt eller diagnosspecifikt instrument

Bland de instrument som finns i omvärlden kan två grundläggande typer urskiljas; diagnosrelaterade och generella instrument. Diagnosrelaterade instrument finns i Australien och USA. De bygger på separata kapitel för olika diagnos- eller funktionsgrupper och fokuserar därmed på sjukdomens logiska konsekvenser. Generella instrument finns i Storbritannien och Nederländerna. Dessa länder beskriver alla sökande med hjälp av samma mall och instrumentet saknar koppling till den bakomliggande sjukdomen.

En grundläggande fråga är hur vi ska förhålla oss till vägvalet mellan generellt och diagnosspecifikt instrument. Det kan visserligen finnas mellanformer men antingen finns eller finns inte olika ingångar beroende på diagnos. I det senare fallet blir processen att ta fram ett instrument betydligt mindre medicinskt präglad, medan diagnosrelaterade ingångar kräver ett betydande inslag av läkardeltagande. För de generella instrumenten är det mest kännetecknande att det finns en fullständig aktivitetslista. En sådan skulle dock kunna vara användbar även inom ramen för ett diagnosrelaterat instrument.²

Ett generellt instrument svarar väl mot principen att det är en och samma reguljära arbetsmarknad som individen ska bedömas mot. Sjukdomen ska egentligen inte spela någon roll utan det är följderna i form av relevanta aktivitetsbegränsningar som är det centrala. Och aktivitetsbegränsningarna ska beskrivas likformigt för alla som bedöms. Ett generellt instrument kan också lättare ta hänsyn till den enkla formen av principen om befintligt skick genom att hela människan bedöms och även medicinska svagheter som inte direkt följer av den aktuella sjukdomen kan tillåtas spela en roll. Det senare kan dock även medföra risker i form av att allt för mycket tillåts spela roll och fokus på kopplingen tillbaka till sjukdom försvagas. Den risken kan till viss del hanteras genom en tydlig reglering av vilka typer av begränsningar som får beaktas och av vad som utgör en begränsning. Den avgörande svagheten med ett generellt instrument är sannolikt att det riskerar att diskrimi-

²Det amerikanska systemet inrymmer faktiskt också en blankett (Residual Functioning Capacity) som skulle kunna sorteras in under den kategorin.

nera vissa typer av sjukdomar genom att de valda aktiviteterna begränsar utrymmet för vilka typer av problem som tillåts spela roll för bedömningen.

Ett diagnosrelaterat instrument har som sin främsta styrka att det skapar en ökad tydlighet när det gäller DFA-kedjan och att det kan bidra med diagnosspecifik information som förbättrar värderingen av vilka aktivitetsbegränsningar som föreligger. Det ligger visserligen utanför huvudsyftet med ett instrument men utgör samtidigt en viktig del av själva bedömningsprocessen. Ett diagnosrelaterat instrument möjliggör också en större finkornighet när det gäller att spegla olika typer av begränsningar. Risken minskar att instrumentet i sig skapar ojämlika förutsättningar för olika grupper.

Konflikter kring den aktuella bedömningen kan vara av två slag; konflikt om vad man kan, respektive konflikt om vad det man kan räcker till på arbetsmarknaden. Den första konflikten kommer i form av oenighet om hur stora problemen är, om huruvida den försäkrade kan eller inte kan utföra diverse aktiviteter. Det är en konflikt som kretsar mest kring de medicinska frågor som ryms inom DFA-kedjan. Den andra konflikten rör försäkringens gränser och kommer till uttryck i frågor om vad givna aktivitetsbegränsningar innebär i form av förmåga på arbetsmarknaden. Det är den senare konflikten som instrumentet främst är tänkt att hantera.

I den mån ett instrument ska utgöra ett stöd i den första konflikten blir det en annan typ av stöd. Det är då inte fråga om att uttrycka försäkringens regelverk utan om att understödja en ”bevisprövning”. Givet en viss diagnos, hur kan aktivitetsbegränsningar bedömas och värderas? Ett sådant instrument kommer att röra sig i ett gränsländ mellan sjukdoms- och arbetsförmågebegrepp men det är en närmast oundviklig komplikation med ett diagnosrelaterat instrument. Om en person som är diagnostiserad med depression åberopar andra aktivitetsbegränsningar än vad som finns under det avsnittet ställs bedömarens inför vissa vägval. I den mån instrumentet ska vara ett stöd i bevisvärderingen kan bedömarens säga att de begränsningarna inte är rimliga som en följd av depression och därför inte ska beaktas annat än i den mån de kan utgöra en tillräcklig grund för en annan diagnos. Om instrumentet främst ska hjälpa till att beskriva fler och, givet diagnosen, mer ändamålsenliga aktivitetsbegränsningar blir det lättare att helt enkelt gå in på ett kapitel som bättre passar de kompletterande problemen och addera den bedömningen till den som görs under

depressionskapitlet. Ska det första alternativet vara regeln kommer instrumentet att bli kontroversiellt och riskerar att komma i konflikt med hur vi ser på sjukdomsbegreppet. En sådan tillämpning riskerar också att göra våld på principen om befintligt skick i och med att kroppsliga svagheter som inte är en direkt följd av sjukdomen riskerar att sällas bort. Konflikten med sjukdomsbegreppet kan bli ännu tydligare om instrumentet, i likhet med det amerikanska, också stipulerar vilka beviskrav som ska vara uppfyllda givet en viss diagnos. Om t.ex. en viss form av objektiva undersökningsfynd ska krävas för att styrka en påstådd aktivitetsbegränsning riskerar den regeln att hamna i direkt konflikt med tanken att sjukdomsbegreppet inte alltid kan innehålla krav på klarlagda sjukdomsmekanismer – symtom kan räcka. Samtidigt är det först när instrumentet verkligen innehåller sådana delar som det på allvar kan spela en betydelsefull styrande roll i hanteringen av DFA-kedjan.

Det bör noteras att oavsett instrument ska DFA-kedjan behandlas. Vår bedömning är dock att den typen av frågor bäst behandlas med mer generella riktlinjer som kan tillämpas även vid bedömning av arbetsförmåga på grund av sjukdom. Ett mera generellt instrument utesluter inte på något sätt att det skapas en tydligare struktur för hur det ska ske. Vi resonerade i föregående kapitel kring det finska Facultas-projektet och väckte frågan att Socialstyrelsen skulle kunna ges i uppdrag att utifrån det befintliga metodstödet gå vidare och utveckla något som liknar Facultas.

I det arbete som utredningen bedrivit tillsammans med Försäkringskassan har slutsatsen blivit att ett generellt instrument bör vara förstahandsalternativet vid ett vidare utvecklingsarbete. Det viktigaste argumentet är att ett sådant instrument bedöms ha de bästa förutsättningarna att understödja och främja en likformig och rättssäker tillämpning.

6.5 Den medicinska frågan

Ett normerande instrument syftar, som vi konstaterat, främst till att ge svar på frågan om vad en persons förmåga ska bedömas räcka till. Ett generellt instrument av det slag vi förespråkar avgränsar visserligen vilka aktiviteter som ska bedömas men ger inget stöd för hur bedömningen av eventuella aktivitetsbegränsningar ska gå till. Frågan om vad en person kan kräver något mer än ett instru-

ment för att besvaras väl. Att bedöma vilka aktivitetsbegränsningar som föreligger är en renodlat medicinsk fråga.

Prövningen av rätten till ersättning vid sex månader bygger i grunden på samma faktorer som prövningen innan sex månader. Det är fortfarande sjukdomens konsekvenser i form av relevanta funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som ska bedömas. Den avgörande skillnaden ligger i att dessa inte längre ska relateras till de krav som ställs i det befintliga arbetet utan till vad som krävs för att kunna försörja sig "på den reguljära arbetsmarknaden". Aktivitetsbegränsningar som kan ha medfört uppenbar arbetsoförmåga i det befintliga arbetet kanske inte längre behöver vara lika relevanta. Å andra sidan kanske problem som inte tillmätts någon större betydelse vid de föregående bedömningarna nu måste beskrivas tydligt för att ge en helhetsbild av individens funktions-tillstånd i relation till arbetsmarknaden som helhet. Steget från en bedömning av "arbetsförmåga" till en bedömning av "medicinska förutsättningar för arbete" innebär att de befintliga medicinska underlagen inte nödvändigtvis är tillräckliga för att kunna ta ställning till rätten till ersättning.

När det funnits behov av mer djupgående bedömningar har Försäkringskassan historiskt använt sig av externa aktörer som stått för dessa utredningar. Beslutet har fortfarande legat hos Försäkringskassan men själva undersökningen av den försäkrade har utförts av andra. Ofta har det rört sig om mycket ambitiösa teamutredningar där stora resurser lagts ned på att skapa en så god bild som möjligt av den försäkrades funktionstillstånd.

En sådan modell ger upphov till flera problem, där det mest grundläggande är att utredningarna inte på ett tillräckligt professionellt sätt behandlar frågan om rätt till ersättning. Oavsett kvaliteten på utredningen står handläggaren hos Försäkringskassan fortfarande inför frågan om vad som är tillräckligt. Vilket funktionstillstånd ska anses vara förenat med förmåga respektive oförmåga att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden? Försäkringskassan ber visserligen sina leverantörer att uttala sig om arbetsförmågan men det görs då av aktörer som inte är experter på försäkringsens regelverk. *En sådan bedömning vilar på illusionen att det finns ett medicinskt svar på frågan om vem som kan försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden. Det gör det inte.*

Handläggaren tvingas att antingen acceptera en försäkringsjuridisk bedömning från personer som inte har till egentlig uppgift att göra en sådan eller att själv värdera en utredning som någon

annan gjort och som handläggaren knappast har den rätta kompetensen att värdera.

Att införa ett normerande instrument skulle delvis lösa dilemmat att vad man kan och vad det räcker till bedöms av olika aktörer. Ett generellt instrument skulle ge en extern utredare en mycket tydlig bild av vilka frågor som ska utredas och ett instrument med en tydligt uttryckt gräns för rätt till ersättning skulle med viss automatik ge svaret på frågan om ersättningsrätten. Trots detta anser vi att det skulle finnas mycket att vinna på att samla hela bedömningen på en plats.

En professionell och likvärdig bedömning kräver ett väl genomarbetat förhållningssätt till hur en persons aktivitetsbegränsningar ska bedömas. Det är ofta en mycket svår fråga att bedöma vad en person egentligen kan och även de medicinska utredningsmetoderna därvidlag behöver såväl utvecklas som ensas. En sådan utveckling sker sannolikt bäst om det är försäkringsgivaren som har kontroll över alla stegen.

Vår slutsats är att Försäkringskassan bör skaffa sig den kompetens som behövs för att själv utföra utredningarna av medicinska förutsättningar för arbete. Det är Försäkringskassan som måste bygga upp en egen expertis kring tillämpningen av det egna regelverket. Den organisation som skapas bör äga både själva utredningen och bedömningen av ersättningsrätten. I praktiken skulle det innebära att *Försäkringskassan skaffar sig professionella medicinska team som tillsammans med beslutsfattande handläggare genomför bedömningarna*. Teamen ska såväl förvalta det normerande försäkringsrelaterade instrumentet (som vi benämner MFFA) som med hjälp av sina olika professioners redskap kunna klargöra den medicinska frågan vad individen egentligen kan. Förutom att detta skapar förutsättningar för en högre kvalitet och större likformighet skulle det också möjliggöra bättre möten med de personer som ska bli föremål för bedömningarna. Betydelsen av det senare utvecklas ytterligare i kapitel 9.

6.6 Bedömning av medicinska förutsättningar för arbete för den som är arbetslös

I september 2009 var ungefär 20 procent av alla som uppbar sjukpenning arbetslösa. För denna grupp ska prövningen av rätten till sjukpenning från första ersättningsdagen göras mot arbete på

den reguljära arbetsmarknaden³ och bedömningen ska ske mot de kriterier för medicinska förutsättningar för arbete som fastställs. Läkarintyg och andra underlag ska bedömas mot dessa kriterier.

I samtliga sjukfall bör senast vid dag 180 göras ett ställningstagande till behovet av en teambedömning av medicinska förutsättningar för arbete. Detta garanterar också att sjukskrivning, oberoende av om personen var i arbete eller ej före insjuknandet, inte ska pågå längre än 180 dagar utan att ett grundligt ställningstagande görs.

6.6.1 Personer som uppbär aktivitetsstöd

Personer som uppbär aktivitetsstöd har rätt att behålla sin ersättning under perioder med sjukdom. För att villkoren för rätt till aktivitetsstöd ska kunna uppfyllas vid frånvaro på grund av sjukdom måste deltagaren göra en sjukanmälan till Försäkringskassan. Sjukperioden, eller del av sådan, ska sedan godkännas av Försäkringskassan. Vid godkänd sjukperiod betalas aktivitetsstöd ut med samma belopp som skulle ha lämnats om deltagaren varit närvarande vid programmet.⁴ Försäkringskassan ska göra samma bedömning av rätten till ersättning som vid övriga sjukfall vilket dock sällan sker. Så länge det finns ett beslut om aktivitetsstöd och ett godkänt läkarintyg betalas som regel ersättning ut. Under 2008 uppbär cirka 128 000 personer aktivitetsstöd under i genomsnitt 106 dagar. Andelen sjukdagar var cirka 23 procent. Antalet personer med aktivitetsstöd har ökat kraftigt under 2009 och i september hade drygt 80 procent fler beviljats aktivitetsstöd jämfört med motsvarande månad föregående år.

Enligt ett nyligen presenterat förslag⁵ ska Försäkringskassan för den som på grund av sjukdom är frånvarande från ett arbetsmarknadspolitiskt program vid bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga beakta om den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att delta i programmet. Den som på grund av sjukdom under en längre tid inte kan delta i programmet bör enligt förslaget lämna programmet och i stället begära sjukpenning hos Försäkringskassan.

³ 3 kap. 7 § tredje och fjärde styckena AFL.

⁴ 8 § 1 FAS och 3 kap. 7 och 14 §§ AFL.

⁵ Ds 2009:45.

I likhet med övriga arbetslösa bör individen då få sin rätt till ersättning bedömd utifrån de medicinska förutsättningarna för arbete och även i dessa sjukfall ska senast vid dag 180 göras ett ställningstagande till behov av teambedömning.

6.7 Gränsen för rätt till ersättning

Vad som ska beskrivas och hur det ska beskrivas är komplicerade frågor, men till slut är den verkliga knäckfrågan hur resultaten ska värderas. Vilka aktivitetsbegränsningar är tillräckliga för att någon ska ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen? Det avgör vem som ska anses kunna försörja sig själv på den reguljära arbetsmarknaden eller i varje fall avkrävas ett försök att göra det? En introduktion av begreppet 'medicinska förutsättningar för arbete' säger i sig mycket lite om dessa frågor. Det är fullt möjligt att introducera begreppet inom ramen för dagens lagstiftning utan någon avsikt att förtydliga gränsen för vem som har rätt till ersättning.

En sådan mer begränsad förändring skulle dock lämna det allra mest grundläggande problemet olöst. Det skulle inte ge någon tydligare politisk normering av vilka krav försäkringslagstiftningen egentligen avser att ställa. Utan en sådan ökad tydlighet kvarstår alla dagens problem där lagtexten kan tolkas som att det finns förmåga så länge det går att föreställa sig någon kombination av individ-uppgift-miljö någonstans som är förenlig med arbetsförmåga. Dagens lagtext och förarbeten ger dålig vägledning inför den svåra sannolikhetsbedömning som oundgängligen måste göras.

Bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete bör utgå från en bild av funktionstillstånd i linje med vad vi hittills har beskrivit. Individens aktivitetsbegränsningar beskrivs och uppgiften blir att värdera begränsningarna i relation till arbetsmarknadens krav. Någonstans ska finnas en gräns mellan ett läge där begränsningarna inte är större än att individen med stor sannolikhet bör kunna försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden och ett annat läge där begränsningarna är tillräckligt allvarliga för att det ska kunna anses vara motiverat att gå vidare med en djupare bedömning av försörjningsförmågan.

Hur denna gräns ska uttryckas påverkas av val av ett standardiserat instrument eller inte och vilken form av instrument som

eventuellt väljs. Generellt gäller att gränsen kan uttryckas tydligare ju mer standardiserad beskrivningen görs.

En ytterlighetsposition är att använda sig av den form av poängsystem som används i t.ex. Storbritannien. Det skulle innebära en normering både av vilka aktiviteter som ska bedömas och av hur eventuella begränsningar ska värderas i relation till ersättningsrätten. Nedan följer ett utdrag från det brittiska instrumentet där det framgår hur aktiviteterna gå, sitta, stå och böja knän/rygg beskrivs och värderas (15 poäng utgör gränsen för ersättning och poäng kan adderas så länge de kommer från olika aktiviteter).

Gå med promenadkäpp eller annat stöd, om sådant normalt används

a)	Kan inte gå alls	15
b)	Kan inte gå mer än 50 meter på slät mark utan upprepade pauser eller med allvarliga besvär	15
c)	Kan inte gå två trappsteg ens med stöd av trappräcke	15
d)	Kan inte gå mer än 100 meter på slät mark utan upprepade pauser eller med allvarliga besvär	9
e)	Kan inte gå mer än 200 meter på slät mark utan upprepade pauser eller med allvarliga besvär	6
f)	Inget av ovanstående stämmer	0

Stå och sitta

a)	Kan inte stå mer än 10 minuter, utan hjälp av annan person även om det ges möjlighet att röra sig innan det är nödvändigt att sätta sig ned	15
b)	Kan inte sitta i en stol med hög rygg och utan armstöd i mer än 10 minuter innan det är nödvändigt att flytta sig från stolen på grund av att de upplevda besvären gör det omöjligt att sitta kvar	15
c)	Kan inte resa sig från sittande till stående i en rak stol utan fysisk hjälp från en annan person	15
d)	Kan inte förflytta sig mellan en sittposition och en annan belägna intill varandra utan att behöva fysisk assistans från en annan person	15
e)	Kan inte stå mer än 30 minuter även om det ges möjlighet att röra sig innan det är nödvändigt att sitta ned	6
f)	Kan inte sitta i en stol med hög rygg och utan armstöd i mer än 30 minuter innan det är nödvändigt att flytta sig från stolen på grund av att de upplevda besvären gör det omöjligt att sitta kvar	6
g)	Inget av ovanstående stämmer	0

Böjning och knästående

a)	Kan inte böja sig och röra vid knäna och sedan räta upp kroppen igen	15
b)	Kan inte böja sig, stå på knä eller huka sig för att ta upp ett lätt föremål, exempelvis ett papper från en hylla som är placerad 15 cm över golvet, flytta på det och resa sig upp utan hjälp av en annan person	9
c)	Kan inte böja sig, stå på knä eller huka sig för att ta upp ett lätt föremål, exempelvis ett papper, från golvet och därefter resa sig upp utan hjälp av en annan person	6
d)	Inget av ovanstående stämmer	0

Ett mellansteg är att genom ett standardiserat instrument normera vad som ska beskrivas, men låta värderingen av beskrivningen ske mera fritt i relation till lagtext och förarbeten. Ett sådant instrument skulle kunna se ut ungefär som det brittiska men utan poängsättningen. På den andra ytterkanten finns en lösning mera liknande dagens där normeringen helt och hållet sker genom lagens reglering och där alla frågor om vad som ska beskrivas och hur det ska gå till lämnas åt försäkringens administratörer att avgöra.

Vi har i föregående avsnitt förordat att det tas fram ett instrument där det finns en tydlig formel för hur aktivitetsbegränsningar ska beskrivas. Ett sådant instrument kan kombineras såväl med någon form av poänggränser som med en mer öppen värdering av aktivitetsbegränsningarna. Från utredningens sida har vi inte velat göra något slutgiltigt ställningstagande till hur det kommande instrumentet ska uttrycka frågor kring gränsen för rätt till ersättning eller ej men nedanstående resonemang är ett exempel på den typ av frågeställningar som blir aktuella. De slutliga vägvalen kommer att få göras inom ramen för det utvecklingsarbete som Försäkringskassan nu har påbörjat för att senare fastställas av regering eller riksdag.

Idealt sett ska dock gränslinjen inte påverkas av vilken form den politiska normeringen ges. Varje lösning måste bygga på samma principiella resonemang kring var gränsen ska dras. Ett instrument ger möjlighet att tydliggöra gränsen och att få till stånd ett offentligt samtal kring hur den ska se ut. *Men instrumentets vara eller icke vara ska egentligen inte spela någon roll för var gränsen dras.* Följande resonemang är alltså giltigt oavsett om det finns ett instrument eller inte.

Eftersom beskrivningen av individen ska bygga på funktionstillstånd med fokus på aktivitetsbegränsningar måste också det

principiella resonemanget relatera till detta. Som vi redan konstaterat på flera ställen i föregående kapitel och avsnitt är detta ytterst en genuint politisk fråga. Det finns inga medicinska svar på vad som är tillräckliga förutsättningar eller inte. Det följande resonemanget är därför mer ett exempel på vilka typer av ställningstaganden som måste göras än ett konkret förslag på hur dessa ställningstaganden bör se ut.

Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar kan komma i många olika skepnader och kombinationer. Det kan vara fråga om breda begränsningar som omfattar många aktiviteter men där kanske inte någon speciell aktivitet är helt omöjlig att utföra. Men det kan också vara fråga om mycket drastiska men mer tydligt avgränsade begränsningar. Inte sällan är bilden komplex och rymmer många olika delar som måste vägas samman.

Till de lättare ställningstagandena hör tydligt avgränsade tillstånd som t.ex. förlust av syn eller hörsel, att vara rullstolsburen, eller att helt sakna funktion i den dominanta armen, men där inga andra funktioner är påverkade. Sådana tillstånd kräver visserligen ett normativt ställningstagande men det är relativt enkelt att värdera deras betydelse i relation till arbetsmarknadens krav. Ser man till de instrument där det finns tydliga poänggränser (Storbritannien och Australien) är det också i samtliga fall tillstånd som passerar poänggränsen för ersättning.

Svårare blir det när man närmar sig de relativt vanliga tillstånd som utmärks av smärta och rörelsebegränsningar i t.ex. nacke, skuldror och rygg. Där är arten av aktivitetsbegränsningarna ofta betydligt mer svårfångade och smärtan kan också ge en nedsättning av olika mentala funktioner, antingen direkt eller indirekt via t.ex. sömnstörningar. Aktivitetsbegränsningarna är i sådana fall ofta mindre absoluta och blir ofta en fråga om smärttålighet, rörelserädsla, uthållighet och liknande faktorer. Vid värderingen av begränsningarna kompliceras bilden av att det kan röra sig om såväl fysiska som mentala begränsningar.

Vid renodlat psykiska problem blir bilden en annan på så sätt att grava begränsningar kan medföra en mer total oförmåga. Värdet av de opåverkade fysiska funktionerna är högst begränsat i ett fall med svåra personlighetsförändrande tillstånd. Vid mer lindriga tillstånd kan å andra sidan finnas påtagliga problem och obehag samt en bred påverkan på att utföra olika aktiviteter men inga begränsningar som är tillräckligt stora för att motivera fortsatt ersättning.

Bedömningen av medicinska förutsättningar bygger inte i sig på någon värdering av ett tillståndets varaktighet. Samtidigt finns vissa aspekter av varaktighet som måste vägas in vid en värdering av funktionstillstånd. Den ena rör uthållighet, där det måste göras en uppskattning av i vilken grad en aktivitet kan utföras med en uthållighet som är tillräcklig för att det inte ska finnas någon aktivitetsbegränsning i relation till det verkliga arbetslivet. Den andra rör varierande tillstånd, där det finns både bra och dåliga dagar. I det senare fallet blir frågan om problemens frekvens en viktig variabel.⁶

Även om det i det individuella fallet inte ska göras något ställningstagande till var på arbetsmarknaden en arbetsförmåga skulle kunna tänkas finnas krävs överväganden kring olika aktivitetsbegränsningars betydelse på arbetsmarknaden för att det ska vara möjligt att formulera mer generella gränser. Aktivitetsbegränsningar kan då beskrivas i relation till arbetsmarknaden längs två dimensioner; dels graden av begränsning och dels på hur stora delar av arbetsmarknaden begränsningen kan antas medföra en nedsatt arbetsförmåga. Förmågan att gå kan t.ex. vara kraftigt begränsad men så länge man kan ta sig till arbetsplatsen finns relativt stora delar av arbetsmarknaden där kraven på frekventa förflyttningar är låga. För den som däremot på grund av psykiska besvär har svårt med sociala kontakter är det på en högst begränsad del av arbetsmarknaden som detta inte är förenat med en nedsatt arbetsförmåga. Där kan det i jämförelse med aktiviteten gå krävas en lägre grad av aktivitetsbegränsning för att resultatet ska bli en jämförbar nedsättning av de medicinska förutsättningarna.

Vi är fullt medvetna om att den typ av mycket konkreta ställningstaganden som det blir tal om kan komma att upplevas som skönsmässiga och svåra att förena med en genuint individuell bedömning. Samtidigt är det oundvikligen just denna typ av ställningstaganden som ändå görs och måste göras. Hur mycket krämpor ska anses tillräckligt? Vad ska krävas för att någon ska kunna anses ha "förmåga att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden"? Frågorna besvaras dagligen av ett stort antal handläggare inom Försäkringskassan, men det saknas kunskap om hur bedömningarna egentligen görs.

Dagens regeltillämpning bör kunna tjäna som en utgångspunkt för en diskussion kring hur ett nytt instrument bör uttrycka rätten

⁶ Den typen av ställningstaganden bör dock bygga på en medicinsk bedömning av att det mot bakgrund av diagnosen är rimligt att föreställa sig en sådan variation.

till ersättning. Det kan knappast vara omöjligt att systematisera och beskriva de bedömningar som redan görs. Genom att i ett första steg normera ett nytt instrument utifrån dagens regelverk kan man skapa förutsättningar för en öppen diskussion där de som äger det politiska ansvaret för vad försäkringen ska ersätta till slut får sätta sitt godkännande på de avvägningar som ska gälla.

Oavsett om man väljer att kalla det som bedöms för "arbetsförmåga" eller "medicinska förutsättningar för arbete" måste svaret ges av försäkringens regelverk. Det finns ingen medicinsk sanning att luta sig mot.

6.7.1 Olika gränser

Vi pekade i kapitel 3 om de olika begrepp vi föreslår, på det faktum att gränsen vid en prövning av medicinska förutsättningar för arbete bör förstås olika beroende på om den kombineras med en senare prövning av försörjningsförmåga eller inte. Enkelt uttryckt bör ribban för rätt till sjukpenning ligga högre om medicinska förutsättningar för arbete är det enda begrepp som finns och lägre om det i ett senare skede ska ske en prövning av försörjningsförmåga.

Skillnaden kan illustreras med hjälp av de fysiska aktivitetsbegränsningar som listas i det utdrag från det brittiska instrument som vi beskrivit ovan. Bör att inte kunna gå eller att inte kunna stå upp i mer än tio minuter ses som tillräckliga aktivitetsbegränsningar för att ha rätt till sjukpenning eller inte? I det brittiska instrumentet är det begränsningar som ger rätt till ersättning.

Antag att en person drabbas av en ryggmärgsskada och förlamas från midjan och nedåt, inga övriga funktionsnedsättningar eller aktivitetsbegränsningar finns än de som följer av ryggmärgsskadan och förlamningen. Innebär detta tillstånd att det saknas förmåga att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden? Uppenbart är att många i samma situation arbetar, något absolut hinder är det alltså inte. Samtidigt får det rimligen anses uppfylla förarbetenas krav på en "betydande funktionsnedsättning" för att någon ska befinnas sakna förmåga till försörjning på den reguljära arbetsmarknaden.⁷ Något säkert svar på frågan hur lagen tillämpas i ett sådant fall är svårt att ge, men som hypotetisk situation förefaller det trots allt osannolikt att det normalt sett ska betraktas som en tillräcklig

⁷ Prop. 2007/08:136 s. 67.

aktivitetsbegränsning för att någon ska beviljas sjukpenning i en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden. Om prövningen av medicinska förutsättningar för arbete är den enda prövning som görs är det sannolikt också en rimlig tolkning av försäkringens idé. Samtidigt är det utan tvekan så att den som har att besvara frågan också kan uppleva att det finns fler väsentliga delar av pusslet. För en person som närmar sig pensionsåldern och hela sitt yrkesliv har varit beroende av sin fysiska förmåga är skadan med allra största sannolikhet av en sådan art att möjligheten att hitta tillbaka till en egen försörjning är mycket avlägsen. Men för en betydligt yngre person som dessutom har en bakgrund som både vad gäller utbildning och yrkesliv innehåller erfarenheter av mindre fysiskt och mer intellektuellt krävande uppgifter går det samtidigt att anta att samma skada och samma aktivitetsbegränsningar utgör ett avsevärt mindre hinder för framtida egen försörjning.

En slutsats bör alltså bli att om medicinska förutsättningar för arbete är det enda ersättningskriteriet bör gränsen i detta fall sättas så pass högt att vår ryggmärgsskadade person inte har rätt till sjukpenning vid en prövning mot reguljär arbetsmarknad, utan redan vid 180 dagar får sin sjukpenning indragen. Om däremot syftet med bedömningen är att skilja på dem för vilka det är önskvärt med en senare prövning av försörjningsförmågan och dem som redan vid dag 180 ska anses kunna försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden blir situationen en annan. Det blir då rimligt att föreställa sig att gränsen sätts lägre och att det är vid 365 dagar och prövningen av försörjningsförmågan som de två olika fallen ovan kommer att kunna behandlas olika. Den äldre kroppsarbetaren beviljas förlängd sjukpenning medan den yngre akademikern befinns ha tillräcklig försörjningsförmåga för att avkrävas ett försök till egen försörjning.

I detta exempel är det två personer som utan försörjningsförmåga som begrepp förmodligen båda skulle bli av med sin sjukpenning vid 180 dagar, men det går också att föreställa sig situationer där två personer med samma aktivitetsbegränsningar skulle få behålla sjukpenningen vid dag 180, men där en prövning av försörjningsförmågan skulle innebära att en av dem på grund av ungdom och andra omständigheter ändå befinns ha en tillräcklig försörjningsförmåga för att avkrävas ett försök till egen försörjning.

Poängen med en bedömning av försörjningsförmåga vid 365 dagar är att det blir rimligt att gränsen med avseende på

medicinska förutsättningar sätts lägre än annars, men att det i sig inte betyder att fler personer i längden ges rätt till sjukpenning. Det som kan förväntas är att tvåstegsbedömningen med en något mer generös nivå vid dag 180 och en senare bedömning av försörjningsförmåga är att fler unga och färre äldre med fysiskt präglade arbeten och lägre utbildningsnivå kommer att avkrävas omställning.

Det är också värt att påpeka att resonemangen hittills är rent teoretiska. De säger inget om hur gränsen de facto ser ut i dag. Vår bedömning, baserat på andelen indragningar av sjukpenning och ett stort antal samtal med inblandade aktörer, är att gränsen i praktiken ligger lägre än vad det teoretiska resonemanget antyder. En möjlig anledning är att just frånvaron av andra bedömningsgrunder än de rent medicinska leder till ett informellt hänsynstagande till den typ av faktorer som vi vill fånga upp i begreppet försörjningsförmåga. En informell hantering kan emellertid också leda till att helt andra bevekelsegrunder än vad som ryms antingen inom ett begrepp som medicinska förutsättningar för arbete eller försörjningsförmåga tillåts spela roll. Förutom att detta riskerar att leda till en betydande rättsosäkerhet kan det också leda till beslut som vid en öppen granskning helt enkelt vore svåra att legitimera.

Vår föreställning är att begreppet försörjningsförmåga inte kommer att innebära att färre hittar tillbaka till eget arbete och försörjning. I praktiken kan det vara minst lika sannolikt att det blir fler, eftersom begreppet försörjningsförmåga ökar förutsättningarna att ställa kraven på omställning gentemot dem som har resurser nog att kompensera för brister i hälsa och samtidigt tillåter att den som i praktiken med stor sannolikhet inte kommer att hitta egen försörjning kan känna trygghet i att försäkringsvillkoren tar hänsyn till vem han eller hon faktiskt är.

6.7.2 Ersättning på andra grunder än aktivitetsbegränsningar

Ett instrument som tydligt specificerar vilka aktiviteter som ska bedömas och vilka aktivitetsbegränsningar som ska krävas för rätt till ersättning ställer frågan på sin spets om det inte också kan finnas andra grunder för rätt till ersättning. I kapitel 3 behandlar vi frågan om faktisk respektive terapeutisk oförmåga. Terapeutisk oförmåga, att man kanske kan men inte bör arbeta, fångas inte upp i ett instrument som fokuserar på att beskriva aktivitetsbegränsningar. Hur frågan bör förstås inom ramen för dagens begrepp,

”förmåga att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden” eller vårt begrepp ”medicinska förutsättningar för arbete”, kan diskuteras men det finns i varje fall ett större utrymme att ta hänsyn till terapeutisk oförmåga än när ett instrument utgör grunden för hur ersättningsrätten ska bedömas.

En jämförelse med till exempel Storbritannien visar också på behovet av vad man där kallar ”non functional descriptors”, dvs. skäl att bevilja ersättning som inte fångas upp i en beskrivning av aktivitetsbegränsningar. Där utgör till exempel livshotande sjukdom, svåra och tidskrävande behandlingar (exempelvis cellgiftsbehandlingar och dialys) samt att arbete på grund av sjukdomstillståndet utgör en allvarlig risk för personens hälsa grund för ersättning.

Behovet av liknande kriterier blir särskilt stort i ett läge, som i Storbritannien och Sverige, där bedömningen görs relativt tidigt i sjukfallet och där det inte, som i t.ex. Australien, finns något krav på att sjukdomstillståndet ska vara stabilt innan bedömningen görs. Ett instrument som normerar bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete kommer att behöva kompletteras med någon form av ersättningsgrundande faktorer som inte bygger på att det måste finnas en viss grad av aktivitetsbegränsningar.

7 Försörjningsförmåga

Vi föreslår att:

- Rätt till förlängd sjukpenning ska föreligga för den som saknar tillräcklig försörjningsförmåga.
- Den som har en *potentiell försörjningsförmåga* ska ha rätt till rehabiliteringsersättning enligt reglerna i 22 kapitel AFL under förutsättning att individen deltar i åtgärder i syfte att realisera förmågan. Bedömningen ska baseras på ställningstagande till vad som är rimligt och möjligt att åstadkomma.
- *Försörjningsförmåga* blir också det begrepp som ska gälla vid prövning av rätt till sjuk- och aktivitetsersättning.

En bra sjukförsäkring måste förhålla sig till avvägningen mellan graden av aktivitetsbegränsningar, varaktigheten och eventuellt kompensera resurser.

Så som vi tidigare har beskrivit innebär rehabiliteringskedjan en kraftig förskjutning av avvägningen mellan graden av aktivitetsbegränsningar och varaktigheten. Från att tidigare ha varit avgörande för rätten till fortsatt sjukskrivning ställs frågan om varaktigheten egentligen inte alls vid bedömningen vid dag 180 (med undantag för utrymmet för särskilda skäl). Enbart graden av aktivitetsbegränsningar avgör rätten till fortsatt sjukskrivning från dag 180.

Fram till dag 180, så länge som bedömningen av aktivitetsbegränsningarna ställs mot tidigare arbete, kommer också individens kompensera resurser in på ett naturligt sätt. Individen har ju bevisligen tidigare kunnat utföra arbetet. Det nya som inträffat är sjukdomen med dess aktivitetsbegränsningar *för just den här individen*. I den mån som aktivitetsbegränsningar som uppstått kompenseras av andra resurser blir det inte några avgörande akti-

vitetsbegränsningar för arbetsförmågan för just den individen i just detta arbete.

Svåra höftproblem är helt avgörande för arbetsförmågan hos en byggnadsarbetare eller en undersköterska. Sjukskrivning är självklar. För en administratör och kontorsarbetande är det inte lika självklart. Kan man bara ta sig till arbetet och någorlunda hantera smärtan har sannolikt ingen avgörande nedsättning av arbetsförmågan som motiverar sjukskrivning inträffat. Om undersköterskan i praktiken skulle klara administratörens arbete spelar innan dag 180 emellertid ingen roll för undersköterskans rätt till ersättning.

Vid prövningen mot den reguljära arbetsmarknaden uppstår en ny situation. Plötsligt blir det aktuellt att betrakta undersköterskan som en potentiell administratör. Huruvida han eller hon har några reella förutsättningar att klara ett arbete som administratör spelar då ingen roll.

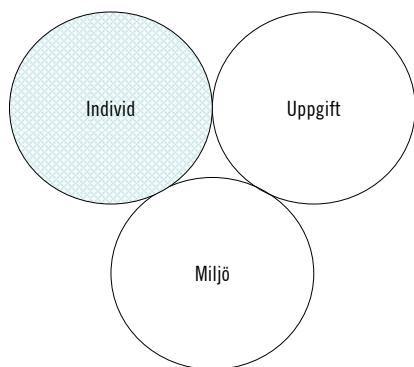
Hittills har dock frågan huruvida undersköterskan skulle kunna arbeta som administratör mest varit en teoretisk idé i lagstiftningen. Några prövningar av det slaget gjordes mycket sällan innan rehabiliteringskedjans införande och inte heller i dag verkar de göras på det sätt som lagstiftaren har avsett. Med ett instrument på plats för att bedöma medicinska förutsättningar för arbete kommer en prövning mot standardiserade arbetsmarknadskrav att göras. I vår modell kommer frågan att ställas och svaret kommer att ges av ett instrument som tydligt uttrycker lagens idé att undersköterskans bakgrund inte ska spela någon roll. Det kommer då att bli ännu tydligare att bedömningen mot reguljär arbetsmarknad saknar den inbyggda hänsynen till att olika individer har olika resurser för att hantera en aktivitetsförlust. Samtidigt bör det påpekas att det inte är instrumentet som sådant som utesluter möjligheten att ta sådan hänsyn. Även om instrumentet försvårar informella hänsynstaganden och därmed skärper den konflikt som finns i dagens lagstiftning är det även utan instrument så att lagen förutsätter en bedömning på medicinskt renodlade grunder. Det är mycket möjligt att undersköterskan mycket väl klarar ett administrativt arbete eller något annat arbete där hon inte är så fysiskt beroende av sin höft, men det är också möjligt att hon inte gör det. Det är dock enbart hennes aktivitetsbegränsningar som kommer att bedömas.

Förutsättningarna för en individ att vid en viss tidpunkt i livet försörja sig själv genom förvärvsarbete sammanhänger dock inte bara med medicinska förutsättningar, utan också med personliga

egenskaper, förmågor och individuell livshistoria. Den som har breda erfarenheter och kunskaper, lätt att utveckla nya färdigheter och förmågor, har stor social kompetens och en stark självkänsla har betydligt större potentiell arbetsmarknad än den som har samma medicinska problem men sämre andra förutsättningar. Med rätt stöd har å andra sidan de allra flesta olika resurser och förmågor som kan tas i bruk i en situation där hälsotillståndet är påverkat.

Vi kommer i detta kapitel att utveckla begreppet 'försörjningsförmåga'. Avsikten är att, utifrån en stabil grund i form av bedömningen av de medicinska förutsättningarna, vidga perspektivet och tillåta att även andra faktorer får spela en roll i den fortsatta sjukskrivningsprocessen. Individcirkeln begränsas inte längre till enbart DFA-kedjan utan tillåts också innehålla andra egenskaper hos individen med betydelse för omställningsförmåga och -krav. Det är fortfarande sjukdomens effekter som beskrivs men begreppet tillåter en vidare beskrivning av hur aktivitetsbegränsningarna påverkar just den aktuella personens försörjningsförmåga. Efter som bedömningen fortfarande ska ske mot den reguljära arbetsmarknaden saknar uppgifts- och miljöcirkelarna fortfarande ett specifikt innehåll.

Försörjningsförmåga



7.1 Beslutssituationen vid dag 365

Efter 365 dagar med sjukpenning krävs en beviljad ansökan om förlängd sjukpenning för att Försäkringskassan ska kunna fortsätta att betala ut ersättning. I dag prövas rätten till förlängd ersättning

efter samma kriterier som gäller vid prövningen mot den reguljära arbetsmarknaden vid 180 dagar. I vår modell kommer prövningen vid 365 dagar i stället att baseras på det nya begreppet 'försörjningsförmåga'. Försörjningsförmåga bygger på att det redan finns en bekräftad nedsättning av de medicinska förutsättningarna för arbete. Bedömning av försörjningsförmåga syftar till att undersöka om det trots nedsatta medicinska förutsättningar ändå finns resurser av olika slag som gör att personen i fråga har en tillräcklig försörjningsförmåga för att kunna avkrävas ett försök att försörja sig själv, dvs. att det inte finns någon rätt till förlängd sjukpenning.

Det medicinska tillståndet är klarlagt och frågan är nu hur övriga resurser ser ut i relation till den omställning som för den enskilda individen skulle krävas för återgång i arbete.

Bedömningen av resurser utgår från den resursprofil som ska ha varit i fokus under tiden mellan dag 180 och dag 365.¹ Ställningstagandet till försörjningsförmågan bör bestå av två steg; dels en bedömning av förmågan i nuläget, den *aktuella försörjningsförmågan*, dels en bedömning av den *potentiella förmågan*.² Rätt till förlängd sjukpenning kan föreligga för den som i nuläget saknar tillräcklig försörjningsförmåga. För den som visserligen saknar tillräcklig förmåga i nuläget men där det finns en potentiell förmåga, givet att vissa resurser stärks, finns rätt till förlängd sjukpenning i form av rehabiliteringspenning under förutsättning att personen deltar i de åtgärder som krävs för att realisera den potentiella förmågan. När åtgärderna är klara föreligger inte längre någon rätt till ersättning. För den som varken har tillräcklig förmåga i nuläget eller en potentiell förmåga föreligger rätt till förlängd sjukpenning, alternativt sjukersättning.

Eftersom en bedömning av försörjningsförmåga bygger på att det finns en bedömning av medicinska förutsättningar för arbete kommer bedömningen dag 365 i huvudsak att vara fokuserad på andra delar än sjukdomens rent medicinska konsekvenser. Samtidigt måste också ett ställningstagande göras till i vilken grad det medicinska tillståndet eventuellt har förändrats sedan bedömningen vid 180 dagar. I de fall där det finns anledning att anta att det skett en påtaglig förändring kan i vissa fall en ny fullskalig bedömning av

¹ Resursprofilen ingår i det arbetsmarknadspolitiska stöd som bör erbjudas den som har prövats enligt MFFA och är sjukskriven efter dag 180. Formerna för detta stöd utvecklas i kapitel 8.

² L. Nordenfelt (2008) beskriver potentiell förmåga som en andra ordningens förmåga att utföra en aktivitet om det föreligger en första ordningens förmåga att genom förkovran tillägna sig första ordningens förmåga att utföra aktiviteten.

de medicinska förutsättningarna bli nödvändig. I andra fall kan bedömningen behöva kompletteras. Det kommer också att finnas personer som når 365 dagar via undantagsregeln om särskilda skäl och som inte klarat att återgå till sitt befintliga arbete. För dem har någon prövning av de medicinska förutsättningarna inte skett. En sådan prövning kommer då att behöva göras inför dag 365 och för den som inte har en tillräcklig nedsättning av de medicinska förutsättningarna finns ingen rätt till sjukpenning.

Försörjningsförmåga är ett ersättningsbegrepp inom sjukförsäkringen och därmed är det också Försäkringskassan som har att bedöma och fatta beslut i frågan. Samtidigt innehåller begreppet många faktorer som inte kan sägas ligga inom Försäkringskassans kärnkompetens att bedöma. Det är på många sätt ett begrepp med en tydlig arbetsmarknadspolitisk innebörd.

Tiden mellan 180 och 365 dagar är, som utvecklas vidare i kapitel 8, också tänkt att ägnas åt åtgärder med en entydigt arbetsmarknadspolitisk inriktning. Försäkringskassan kommer under den tiden bara att vara engagerad i den konkreta handläggningen för att bedöma rätten till sjukpenning.

Mångfald och stor frihet är önskvärt när det gäller resursprofil och stödjande insatser dag 180–365 från Arbetsförmedlingen. Eftersom resursprofilen också ska kunna fungera som underlag för utredningen om försörjningsförmåga är det emellertid väsentligt med en genomtänkt och tillräckligt enhetlig avrapportering som kan användas när beslut ska fattas om tiden efter dag 365. Att utveckla formerna för en sådan avrapportering och dokumentation bör bli en uppgift för Försäkringskassan tillsammans med den aktör som får ansvaret för de stödjande och utredande insatserna. Avgörande för rapporteringen blir vilka personliga faktorer som ska tillåtas påverka beslutet om Försörjningsförmåga.

7.2 Exempel från grannländer

En försäkring som på ett bra sätt ska skapa en balans mellan trygghet och krav på omställning kommer alltid att ställas inför avvägningar kring vad som är rimligt och möjligt. Begreppet försörjningsförmåga är tänkt som en ram för att behandla den typen av frågor. Samtidigt går det att tänka sig många olika balanspunkter och det är svårt att på förhand ta ställning till den mångfald av olika bedömningssituationer som kommer att uppstå.

Vi tror inte det är möjligt att på samma sätt som vid en bedömning av medicinska förutsättningar för arbete luta sig särskilt mycket mot speciella instrument och schabloniserade gränser, vilket förutsätter att lagstiftning och förarbeten ger tillräckligt handfasta besked för att den praktiska handläggningen ska kunna tillfredställa krav på enhetlighet och rättssäkerhet. Det kan därför vara av intresse att studera hur en del av de aktuella frågeställningarna behandlas i våra grannländer.

En första observation är att i Danmark, Norge och Finland finns i samtliga fall ett utrymme att bevilja mer långsiktiga ersättningar även på delvis andra grunder än rent medicinska. Mönstret återkommer i många andra länder. *Att, som i dagens svenska lagstiftning, helt bortse från ålder tycks till exempel vara en högst ovanlig utgångspunkt.*

I Danmark finns över huvud taget inget krav på att det ska finnas sjukdom med i bilden. Det räcker med att andra faktorer skapar en oförmåga.

I Norge finns ett krav att sjukdom ska utgöra huvudorsaken till bristande "intjäningsförmåga". Vid bedömningen av i vilken grad intjäningsförmågan är nedsatt ska läggas vikt vid den sökandes "ålder, förmågor, utbildning, yrkesbakgrund, arbetsmöjligheter på hemorten och andra platser där det är rimligt att den sökande tar arbete"³ (egen översättning) och i Finland bygger rätten till förtidspension på ett grundkrav att "arbetstagarens arbetsförmåga på grund av sjukdom, lyte eller skada är nedsatt utan avbrott med minst två femtedelar under minst ett års tid" samt att en sådan arbetsförmåga ska bedömas i relation till "sådan tillgängligt arbete som arbetstagaren skäligen kan förutsättas utföra. Då tar man också hänsyn till arbetstagarens utbildning, tidigare verksamhet, ålder och boningsort samt andra därmed jämförbara omständigheter."⁴

I både Norge och Finland ska alltså hänsyn tas till en lång rad faktorer utöver de rent medicinska när man tar ställning till ersättningsrätten. Hänsynen kan sägas bestå av två led. I första ledet avgränsas vad som menas med arbetsförmåga och där ska hänsyn tas inte bara till vad personen medicinskt kan klara utan också vad som är reellt möjligt mot bakgrund av sådant som utbildning och arbetslivsbakgrund. I andra ledet ska hänsyn tas till om det är

³ <http://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/148024.cms> (§ 12-7)

⁴ http://tyoelakelakipalvelu.etk.fi/se/soveltamisohje/?asiakirjanumero=15164&cavaa_sisallysluettelo=15164#ot15164_294

rimligt att individen gör den omställning, t.ex. att flytta, som kan krävas för att ta tillvara den arbetsförmåga som finns.

Danmark skiljer ut sig genom att tillåta en mycket bred resursbedömning. Samtidigt rymmer den danska modellen inte samma diskussion om vad som är en rimlig omställning som den norska och finska. Det kan alltid krävas flytt inom hela landet och ålder ges inte någon självständig betydelse.⁵

I samtliga tre grannländer ska också en prövning av rehabiliteringsmöjligheter vara avklarad innan det kan bli tal om en eventuell förtidspension.

De grundläggande element som bygger upp vår föreslagna modell med begreppen 'medicinska förutsättningar för arbete' samt 'aktuell försörjningsförmåga' respektive 'potentiell försörjningsförmåga' går alltså att återfinna i olika former i Norge, Finland och Danmark. Den norska och finska lösningen där sjukdom ska vara en huvudorsak till arbetsoförmågan liknar mycket tanken med en nödvändig grund av tillräckligt nedsatta medicinska förutsättningar. Det är också i alla tre länderna så att faktorer som utbildning och arbetslivsbakgrund spelar en viktig roll. I Norge och Finland framhålls ålder som en faktor och bosättningsort kan tillåtas ha betydelse. På dessa punkter är Danmark avvikande men där accepteras i stället en lång rad faktorer som inte uppenbart har någon motsvarighet i de andra länderna.

Sverige har länge avvikit från sina grannar med ett system som i betydligt högre grad i lagstiftningen har utgått från att det bara, eller nästan bara, är direkta effekter av sjukdom som ska vara bedömningsgrunden för mer långsiktiga sjukförsäkringsförmåner.⁶ Att Sverige ändå legat så högt när det gäller andelen förtidspensionärer visar att det inte på något sätt finns en självklar koppling mellan lagstiftningens skärpa och det reella utfallet. När vi i detta betänkande öppnar för ett något annorlunda betraktelsesätt är det inte heller i syfte att öppna dörren för att bevilja fler sjukersättningar. Däremot anser vi att den typ av resonemang som ryms inom våra grannländers system, rätt hanterade, är rimliga uttryck för hur en välfärdsstat av den nordiska typen lämpligen bör fungera.⁷ Valet av vem som ska behöva försöka försörja sig själv

⁵ För mer information om Danmark se SOU 2008:66.

⁶ Även innan rehabiliteringskedjan var möjligheten att luta sig mot så kallade "särskilda skäl" mycket begränsad.

⁷ Det kan vara värt att notera att t.o.m. en radikalt annorlunda välfärdsmodell som den amerikanska även den innehåller förtidspensionsregler som handlar om vilken omställning som är möjlig att kräva givet den sjukas historia, utbildning och erfarenhet.

eller inte bör handla om vem som har reella möjligheter att ta ett eget ansvar för den egna försörjningen. Med möjligheter följer ansvar och möjligheterna formas inte bara av sjukdomen som sådan.

Den punkt där vi även fortsättningsvis anser att Sverige bör skilja sig från både Norge och Finland är kraven på geografisk rörlighet. Det är i grunden ett rimligt krav att försörjningsförmågan ska bedömas i relation till arbetsmarknaden i hela landet. När det gäller en prövning av en potentiellt mycket långvarig ersättning kan det inte finnas någon garanti för att det egna valet av boendeort ska tillåtas spela någon roll vid prövningen. Kravet att flytta, när lämpligt arbete erbjuds, finns i arbetslöshetsförsäkringen och bör i motsvarande mån finnas också i sjukförsäkringen.

Samtidigt är det en stor händelse om hela familjen blir tvungen att dra upp bopålar och flytta till en helt annan del av landet på grund av att någon i familjen blir sjuk. När det finns sociala skäl som talar emot en prövning i relation till hela landet skulle man kunna tänka sig att det vore rimligt att först pröva den potentiella försörjningsförmågan i relation till närområdet. På längre sikt bör försäkringen förutsätta att en flytt kan vara nödvändig för att förmågan ska kunna tas tillvara, men det kan finnas anledning att ge utrymme för en viss omställningsperiod där man först prövar andra möjligheter. Principiellt skulle det innebära ett brott mot principen att den aktuella försörjningsförmågan alltid ges företräde framför den potentiella, men i vissa fall skulle det kanske kunna vara rimligt.

7.3 Aktuell och potentiell försörjningsförmåga

Att göra en uppdelning mellan aktuell och potentiell förmåga är av stor vikt för att tydliggöra det individuella ansvaret för den egna försörjningen. En bedömning av försörjningsförmågan bygger inte på en medicinsk renodling där bara vissa egenskaper och faktorer får vägas in. Däremot bör begreppet uttrycka tydliga krav på människor att göra sitt bästa för att bygga på och stärka de resurser som kan finnas. Om begreppet ska kunna ligga till grund för en rätt till ersättning måste det vara tydligt att det som kan motivera en ersättning är faktorer som den enskilda inte själv råder över. Sjukdom är en sådan faktor, men försörjningsförmåga syftar till att respektera att det också finns mycket annat i våra liv och våra

personligheter som kan ligga utanför vår möjlighet till rimlig egen påverkan. För att den distinktionen ska kunna upprätthållas krävs att försäkringen är mycket tydlig när det gäller kravet på att en potentiell förmåga ska tas tillvara.

7.3.1 Aktuell försörjningsförmåga

En bedömning av försörjningsförmåga är tänkt att komplettera bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete. Det är fortfarande en beskrivning och bedömning av individen och inte av en förmåga eller inte att utföra ett visst arbete på en viss arbetsplats. Bedömningen begränsas dock inte längre till medicinska förutsättningar utan vidgas till fler områden som är relevanta i relation till utsikterna att kunna försörja sig genom förvärvsarbete.

Utgångspunkten för bedömningen är den beskrivning av individen som utgör resultatet av det arbetsmarknadspolitiska stödet mellan dag 180 och dag 365. Det bör dock betonas att den tiden syftar till betydligt mer än att belysa om det föreligger en tillräcklig försörjningsförmåga eller inte. Bedömningen av försörjningsförmåga handlar om att pröva rätten till ersättning. De faktorer som t.ex. rör en persons intressen och önskningar är då inte längre lika relevanta som under processen mellan dag 180 och dag 365 med att hitta vägar tillbaka till arbete. Bedömningen av huruvida en person har tillräcklig försörjningsförmåga ska inte ta några hänsyn till om förmågan är tillräcklig för en viss typ av *önskat* arbete eller inte. I relation till möjligheten att få fortsatt ersättning från sjukförsäkringen finns en skyldighet att ta till vara den förmåga som kan finnas. Det är fortfarande en bedömning i relation till den reguljära arbetsmarknaden. Det är också en bedömning i relation till hela landet. Inte bara den lokala arbetsmarknadens möjligheter ska spela roll.

Vad bedömningen av försörjningsförmåga primärt syftar till är att ta ställning till i vilken utsträckning som en persons medicinska förutsättningar, *i just det individuella fallet*, leder till en allvarlig begränsning av förmågan att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden. Rent konkret kan det handla om en person med påtagliga fysiska aktivitetsbegränsningar som inte längre kan utföra ett relativt tungt fysiskt arbete. Utmaningen för en sådan person är att hitta ett betydligt mindre fysiskt krävande arbete där han/hon trots begränsningarna har en tillräcklig arbetsförmåga. Chansen att

hitta ett sådant arbete påverkas t.ex. av vilken utbildning, arbetsmarknadserfarenhet och allmän intellektuell förmåga som personen besitter. Den som har stora resurser på dessa områden kan trots de begränsade medicinska förutsättningarna ha en tillräcklig försörjningsförmåga och har därmed inte rätt till förlängd sjukpenning.

Att ha passerat en prövning av de medicinska förutsättningarna för arbete enligt MFFA⁸ är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för att någon ska kunna anses sakna aktuell försörjningsförmåga. Det innebär att de medicinska förutsättningarna inte längre kan beskrivas bara utifrån om man ligger över eller under den gräns som krävdes för att ha rätt till sjukpenning enligt MFFA.

För den som precis passerade gränsen i MFFA kommer det att krävas särskilda omständigheter som t.ex. hög ålder och låg utbildning för att befinnas sakna aktuell försörjningsförmåga. Och för en yngre person med stora kompenseringar kommer det att krävas en betydligt större nedsättning av de medicinska förutsättningarna för arbete än vad som krävs i MFFA för att det ska kunna anses att det saknas en försörjningsförmåga.

Bedömningen av försörjningsförmåga inkluderar fler faktorer än bedömningen av de medicinska förutsättningarna för arbete men det är den samlade bilden av de medicinska förutsättningarna och andra resurser som ska tecknas.

I likhet med bedömningen av medicinska förutsättningar är det inte heller här fråga om en prövning av huruvida personen i fråga *kan* försörja sig själv eller inte utan det är en fråga om *sannolikheten* att personen hittar en plats där han/hon har en tillräcklig arbetsförmåga. Skillnaden är att vid bedömningen av försörjningsförmåga är det fler individuella faktorer som tillåts påverka sannolikhetsbedömningen. Sjukförsäkringen syftar till att försäkra oss mot konsekvenserna av sjukdom för vår förmåga att försörja oss själva; vem jag är, vad jag har gjort och hur mitt liv ser ut har betydelse för vilka konsekvenser som följer av en given sjukdom.

⁸ Förkortningen MFFA syftar här på det specifika instrument vi föreslår ska användas vid bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete vid (i normalfallet) 180 dagar. Det principiella resonemanget påverkas dock inte av om samma bedömning görs utan instrument.

7.3.2 Potentiell Försörjningsförmåga

Att det saknas en aktuell försörjningsförmåga betyder inte att det bör finnas en automatisk rätt till förlängd sjukpenning eller sjukersättning. Vid arbetet med resursprofilen och i bedömningen av försörjningsförmågan ska också undersökas i vilken mån det finns möjligheter för den sjukskrivne att själv förstärka sina resurser och på så sätt skapa en tillräcklig försörjningsförmåga; om det finns en potentiell försörjningsförmåga. Alla har, i relation till ersättningsrätten, ett eget ansvar för att på bästa sätt ta tillvara sin egen förmåga. Där det finns möjligheter att stärka den egna förmågan där finns det också ansvar för att ta tillvara den möjligheten.

I de fall där bedömningen resulterar i att aktuell försörjningsförmåga saknas ska alltid ett ställningstagande till den potentiella försörjningsförmågan följa. En slutsats om den potentiella förmågan ska, på samma sätt som för den aktuella förmågan, baseras på en konkret bild av var och hur förmågan skulle kunna tas tillvara. Den ska också innehålla ett ställningstagande till vad som skulle krävas för att skapa en aktuell förmåga, hur den potentiella förmågan kan realiseras. För att den sjukskrivne ska ha rätt till fortsatt ersättning ska sedan rimliga krav kunna ställas att personen i fråga gör det som bedöms behövas för att realisera den potentiella förmågan. Den som väljer att inte göra vad som krävs har inte rätt till fortsatt ersättning.

En bedömning av den potentiella förmågan ska baseras på ställningstaganden till vad som är rimligt att kräva och vad som är möjligt att göra. För att ta ett konkret exempel kan bedömningen vara att en viss arbetsmarknadsutbildning skulle innebära att det skapas en tillräcklig försörjningsförmåga. Det bör då inte räcka med att den utbildningen är en teoretisk möjlighet, utan den försäkrade måste också få tillgång till utbildningen. Innan det finns en reell möjlighet att genomgå utbildningen finns heller ingen möjlighet att realisera den potentiella förmågan och därmed finns fortsatt rätt till ersättning. Den resursstärkande åtgärden måste vara tillgänglig för den försäkrade för att det ska anses finnas en potentiell förmåga. Om utbildningen blir tillgänglig ska den försäkrade ha möjlighet att genomgå den med fortsatt rätt till ersättning från försäkringen i form av rehabiliteringspenning som bygger på deltagande i utbildningen. När utbildningen är klar finns en realiserad förmåga och då upphör rätten till ersättning.

Förutom att det ska vara möjligt att genomföra den resursstärkande åtgärden ska det också vara rimligt med avseende på den försäkrades förutsättningar. Även en bedömning av potentiell försörjningsförmåga måste vara grundad i utgångspunkten att man är försäkrad i befintligt skick. Vad som är rimligt att kräva i form av resursstärkande åtgärder måste baseras på en individuell bedömning. Vår historia, vår personlighet och våra grundläggande styrkor och svagheter är inget vi kan välja bort. Men inom rimlighetens sfär ligger att det ändå bör krävas betydande insatser för att stärka den egna förmågan och ta tillvara den potential som finns.

7.4 Faktorer att överväga vid bedömning av försörjningsförmåga

Vi föreslår att:

- Ålder ska ges en särställning vid bedömning av en individs försörjningsförmåga. Av den som är ung kan krävas omfattande omställning och av samhället ska krävas stora stödjande insatser för unga människor med nedsatta medicinska förutsättningar för arbete.
- En persons utbildning och arbetslivserfarenhet ska beaktas vid bedömning av såväl aktuell som potentiell försörjningsförmåga. Därtill bör också omställningsförmågan beaktas.

Att arbeta förutsätter *kompetens*, dvs. att individen vet *hur* en uppgift ska utföras och besitter en viss *skicklighet*. Någon ska vara villig att betala för arbetet och det kräver en viss nivå på såväl kunskapen om hur uppgiften ska utföras som på skickligheten. Den kompetens en person har eller kan förvärva är enligt vår mening grundläggande vid bedömningen av försörjningsförmåga och kravet på omställning.

Utbildning och erfarenhet har därmed en självklar betydelse för förmågan att ställa om till annat arbete. Den som har en mera omfattande utbildning eller erfarenheter från många områden har i allmänhet ett större antal arbeten att välja mellan redan när det gäller aktuell försörjningsförmåga. Att personen kunnat tillägna sig utbildningen eller förmått arbeta på många områden tyder dess-

utom på en förmåga att tillägna sig ny kompetens, dvs. en sannolikhet för potentiell förmåga.

Högre utbildning och framför allt omfattande erfarenhet är mera sannolikt för den som är äldre än för den mycket unga⁹. Det bör dock inte betyda att yngres försörjningsförmåga a priori ska bedömas som mindre än äldres. Tvärtom är förutsättningen att kunna skilja på kraven på omställning gentemot äldre och unga ett av de allra viktigaste argumenten för ett vidgat begrepp utöver medicinska förutsättningar för arbete.

På unga bör ställas betydligt större krav på omställning än på äldre. De unga har hela eller stora delar av arbetslivet framför sig. Att vidareutbilda sig och pröva på olika yrken är en naturlig del av ungas liv, medan den som är mycket fast i sin yrkesroll och har kort tid kvar till pension kan ha en mera motiverad önskan att ett annat arbete ska innebära att redan förvärvad erfarenhet och kunskap kan tas tillvara. Det är också rimligt att samhällets insatser för omställning blir mera omfattande för den som är yngre än för den som närmar sig pensionsåldern.

7.4.1 Ålder

Ålder bör enligt vår mening vara den första och mest avgörande faktor som vid bedömningen av försörjningsförmåga ska tas i beaktande. För den som är i 30-årsåldern bör även den potentiella förmåga som kräver mycket omfattande omställning tas tillvara. Även totalt yrkesbyte och långvarig utbildning ska ses som naturliga inom ramen för en ung människas potentiella försörjningsförmåga. I gengäld ska också ställas stora krav på samhällets insatser för att hjälpa till. Den som i unga år t.ex. genom en olycka blir ryggmärgsskadad och svårt handikappad bör ha rätt till mycket omfattande insatser för att utveckla sin kompensatoriska förmåga och hitta ett arbete.

Skalan är glidande. Utredningen om en översyn av aktivitetsersättningen¹⁰ har föreslagit att aktivitetsersättning, som idag är den speciella form av sjukersättning som utges till dem under 30 år, ska avskaffas. Skälet är den glidning i kriterierna som speglas i allt fler unga i aktivitetsersättning, som i praktiken kommit att fungera som port till livslångt utanförskap. Utredningen vill skärpa kraven

⁹ Även om yngre generationer tenderar att utbilda sig mer än äldre även om de tar tid på sig.

¹⁰ SOU 2008: 102.

på samhällsinsatser för unga med funktionsnedsättningar genom att lägga ett nytt ansvar på Arbetsförmedlingen att hjälpa dem att komma ut på arbetsmarknaden. Försörjning genom sjukförsäkringen föreslås förbehållas dem som slutat skolan (eventuellt efter förlängd skolgång med försörjning från studiestödssystemet) och har medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar som är så omfattande att de aldrig kommer att kunna arbeta. I avvaktan på en mera genomgripande reform inom handikappolitiken för denna begränsade grupp föreslår utredningen att 'sjukersättning till unga' ska kunna utgå till dess de fyller 30 år.

Förslagen innebär att en mycket liten grupp med mycket svåra funktionsnedsättningar är de enda unga som ska kunna *bedömas* sakna egen försörjningsförmåga. För alla andra, också för dem med betydande problem, ska Arbetsförmedlingen göra mycket stora insatser för att de ska få realistiska förutsättningar att lyckas i de försök att hitta egen försörjning som de kommer att avkrävas. Det finns i bakgrunden en välmotiverad föreställning om att man faktiskt inte när det gäller unga människor kan veta vilka kompensatoriska förmågor de kan utveckla. De kanske måste få mycket individuellt utformat och omfattande stöd för att pröva sig fram till ett aktivt vuxenliv och eget arbete. Om det går kan man veta först efteråt. Det är också rimligt att samhället är berett att ställa upp med extraordinära insatser för att en ung person med kraftigt nedsatta medicinska förutsättningar för arbete och hela livet framför sig ska få chansen.

30 år är den åldersgräns som idag gäller för aktivitetsersättning och föreslås gälla för 'sjukersättning till unga'. Det är en administrativ gräns som i någon mening är godtycklig. Ingenting dramatiskt händer egentligen för att någon fyller 30 år. Den som sedan skolan förgäves har kämpat och trots stora insatser fortfarande inte kan arbeta kan ha rätt att bli bedömd sakna försörjningsförmåga och få rätt till sjukersättning om tillståndet bedöms stadigvarande. Men den som fortfarande har hopp om att kunna hitta ett arbete har fortfarande i stort sett lika stor anledning att få omfattande stöd. Det handlar fortfarande om den period när det är naturligt att söka sig fram till sin plats i vuxenlivet och man har fortfarande hela livet framför sig.

För den som i 30-årsåldern blivit sjuk eller skadat sig är situationen likartad. Man kan visserligen ha hunnit etablera sig i ett visst yrke, men det är fortfarande helt naturligt att söka sig fram och man har knappast hela sin identitet knuten till ett avgränsat

yrkesområde. Många har inte avslutat sin utbildning. Ju mera etablerad man hunnit bli, desto större omställningsförmåga kan man för övrigt antas ha till följd av de erfarenheter man har.

Detsamma gäller i stort sett, om än i någon mindre utsträckning, för den som hunnit bli 40 år. Många byter arbete och inte så få inriktning i sitt yrkesliv i den åldern. Och fortfarande ligger normalt sett åtminstone halva arbetslivet framåt i tiden.

Ju högre upp i medelåldern en person har blivit sjuk, desto större hänsyn bör tas till möjligheten att ta tillvara den redan förvärvade kompetensen genom utbildning och erfarenheter. Så småningom växer de flesta in i den identitet som följer av de egna livserfarenheterna och till detta är det rimligt att en försäkring tar viss hänsyn när den för äldre kräver omställning till annat arbete. Å andra sidan är det viktigt att också den som närmar sig 60-årsåldern får rätt att försöka hitta ett arbete där hans eller hennes kompetens eller potentiella förmåga kan komma till sin rätt.

Sett ur sjukförsäkringens perspektiv är det naturligt att ålder är den första bedömningsfaktor som bör få självständig betydelse vid bedömningen av försörjningsförmåga. För en ung person eller en person i tidig medelålder finns anledning att även omfattande omställning, inklusive flerårig utbildning om sådan är realistisk med hänsyn till förmåga att tillgodogöra sig den, ska räknas till potentiell försörjningsförmåga. Byte av yrke och yrkesområde bör ses som naturligt om det krävs för försörjningsförmåga.

För den som sannolikt skulle ha försörjningsförmåga efter en akademisk utbildning, men nått den ålder när studiestödssystemet inte längre är tillgängligt, kan man ställa sig frågan om det är lika naturligt att räkna in en flerårig utbildning i den potentiella förmågan. Enligt principen att rättigheter ger skyldigheter och bristande förutsättningar är det man ska kompenseras för vore det rimligt att överväga att utvidga rätten till studielån till dem som efter sjukdom har en potentiell försörjningsförmåga under förutsättning att de genomgår en flerårig utbildning. Alternativt skulle en bedömning kunna ske inom ramen för försäkringen om det med hänsyn till den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete, ålder, förutsättningar och sannolikhet att uppnå försörjningsförmåga krävs en flerårig utbildning. Att den försäkrade inom tidsramen 915 dagar skulle få studera med fortsatt sjukpenning under förutsättning att de medicinskt betingade aktivitetsbegränsningarna och sannolikheten att senare få ett arbete är tillräckligt stora skulle innebära en balans mellan rättigheter och skyldigheter. Men det är

också ett radikalt brott mot etablerade principer för vuxenstudiestöd och behöver därför övervägas i särskild ordning. Med nuvarande regelverk får det sägas vara naturligt att kravet på lång utbildning som vägen till försörjningsförmåga avtar i takt med att samhällets studiestöd inte längre finns.

För den som närmar sig pensionsåldern, dvs. är väl över 60 år, är det rimligt att omställningskraven är lägre. Kunskap och erfarenheter som individen har ska utnyttjas, men kravet att utbilda sig för att helt byta yrkesområde bör bortfalla. Försäkringen bör i närheten av pensionsåldern närma sig en yrkes- eller åtminstone yrkesområdesförsäkring. Det är svårt att hävda att man inte fortfarande ska vara skyldig att ta ett sämre betalt arbete inom det egna yrkesområdet. Men en byggnadsarbetare bör i princip få begränsa sitt sökande de sista åren till arbeten inom eller i närheten av det egna yrkesområdet, liksom en tjänsteman med administrativa uppgifter bör få begränsa sig till att söka ett arbete där de egna arbetserfarenheterna direkt kan komma till nytta. Är aktivitetsnedsättningen av sådan art att ett totalt byte av yrkeskompetens är nödvändigt bör kravet på egen försörjning bara ställas om andra uppenbara kompetenser direkt kan utnyttjas.

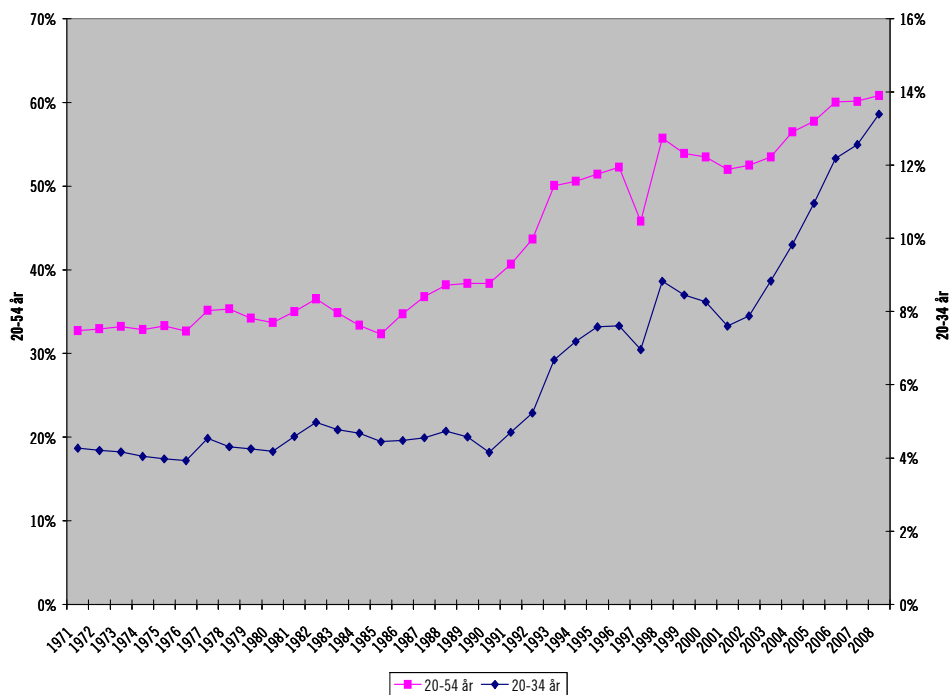
Vår syn på ålder som självständig bedömningsfaktor kan exemplifieras med förlust av den dominanta armen dels en 32-åring, dels en 62-årig snickare med i huvudsak samma typ av arbete hela arbetslivet.

Oavsett 32-åringens tidigare utbildning, yrke och erfarenheter måste presumtionen vara att potentiell försörjningsförmåga föreligger. Anpassningen och omställningen kan ta viss tid och omfatta mer eller mindre av radikalt yrkesbyte med mer eller mindre krav på ny utbildning, men den naturliga föreställningen är att försörjningsförmåga kommer att föreligga. Detsamma gäller inte 62-åringen. Där är presumtionen snarare att omställningskravet blir för stort eftersom ett radikalt yrkesbyte kan anses behövas. Försörjningsförmåga anses bara föreligga under förutsättning att just den här individen råkar ha en alldeles specifik kompetens, som t.ex. härstammar ur många års kommunalt politiskt arbete i skol- och ungdomsnämnden, som råkar ha behov av en tjänsteman där snickarens erfarenheter råkar passa utmärkt.

Att tillmäta ålder en självständig betydelse skulle kunna bidra till att motverka den utveckling med allt fler yngre som lämnar arbetslivet på grund av sjukdom. Så länge som ålder inte tillåts spela någon roll finns risken att kraven på yngre ställs för lågt på grund

av att de annars skulle bli helt orimliga för de äldre. Diagrammet nedan illustrerar den föryngring som pågått under lång tid av dem som har beviljats förtidspension/sjukersättning/aktivitetsersättning. Det är en utveckling som måste brytas.

Diagram 7.1 Andelen nya förtidspensionärer som är 20–54 respektive 20–34 år



Källa: Försäkringskassan.

7.4.2 Utbildning och arbetslivserfarenhet

Mera omfattande tidigare utbildning bör i princip medföra större aktuell försörjningsförmåga än mindre utbildning. Det följer av det enkla faktum att utbildning handlar om att vidga kompetens och det är den kompetens en person har som avgör den aktuella försörjningsförmågan.

Olika utbildningsvägar ger emellertid upphov till bredare eller smalare kompetens i relation till arbetsmarknadens krav. En måttligt lång utbildning till webbredaktör leder sannolikt till en betyd-

ligt större arbetsmarknad än en mycket lång och specialiserad konstnärlig utbildning. Å andra sidan kan den konstnärliga utbildningen ha gett upphov till olika färdigheter som kan vara användbara på stora delar av arbetsmarknaden. I båda fallen gäller också att bedöma om de aktivitetsbegränsningar som sjukdomen innebär har urholkat användbarheten av just den kompetens som den enskildes utbildningsväg har lett till.

För bedömning av potentiell försörjningsförmåga är framgångsrik högre utbildning en stark indikation. Den som tidigare har visat sig ha stor förmåga att vidga sin kompetens genom utbildning bör också kunna tillägna sig ytterligare viktiga kunskaper och färdigheter, allt under förutsättning att det inte är just förutsättningarna för utbildning som sjukdomens aktivitetsbegränsningar har påverkat.

Motsvarande resonemang som för utbildning kan föras om arbetslivserfarenhet. Den som faktiskt har kunnat utföra många olika arbetsuppgifter har därmed visat sig ha olika kompetenser och förmågor och därtill viss förmåga att ställa om till annat arbete och andra arbetsplatser.

7.4.3 Omställningsförmåga

Ålder, utbildning och arbetslivserfarenhet är lätt identifierbara förhållanden som bör få tydlig inverkan på bedömningen av om försörjningsförmåga föreligger för den person som drabbats av betydande nedsättning av medicinska förutsättningar för arbete. Därmed kommer individens egen historia och egna personliga förutsättningar in i bilden på ett påtagligt och lätt bedömbart sätt. Man närmar sig den i försäkringssammanhang viktiga principen om 'befintligt skick'; att vara försäkrad som den man faktiskt är och kan ta eget ansvar för.

Redan intuitivt är det emellertid klart att dessa faktorer inte är uttömmande. Omställningsförmågan hos den enskilde kan vara både större och mindre än vad som framgår av beskrivningen av ålder, utbildning och arbetslivserfarenhet.

En första självklar faktor att ta hänsyn till är förmåga att lära nytt. Det kan handla om intellektuell kapacitet, men också om praktisk begåvning, minneskapacitet och allmänna kognitiva färdigheter. Den som inte tidigare har längre utbildning kan mycket väl ha stor förmåga att lära nytt. Men det kan också finnas personer

som, särskilt efter ett långt liv med en smal kompetensbas, skulle ha påtagliga svårigheter att klara att byta yrkesbana.

Många människor utvecklar kompetenser utanför sitt yrkesliv. De kan av intresse och i sina privata liv ha utvecklat teoretisk och/eller praktisk kunskap och viss skicklighet på områden som kan vara möjliga att omsätta i försörjningsförmåga.

Frågan är emellertid om det räcker med den arbetsuppgifts-specifika kompetensen. Nordenfelt beskriver i sitt arbete om arbetsförmåga hur de flesta arbeten, liksom förmåga att lära sig att utföra arbete tillräckligt väl, kräver ett visst mått av t.ex. samarbetsförmåga, tålamod och uthållighet, stresstolerans, vilja, anpassningsförmåga, förmåga att ta ansvar och kommunikationsförmåga.¹¹ Dessa allmänna sociala kompetenser krävs visserligen på en miniminivå i de flesta arbeten, men det kan inte uteslutas att en person i sin personlighet har så specifika karaktärsdrag att tidigare arbetslivserfarenhet har varit beroende av att det funnits utrymme för individens kompetens trots brister som skulle ha spelat roll på de flesta arbetsplatser.

Vi närmar oss här begreppet anställningsbarhet, vilket dock inte med hull och hår kan inneslutas i bedömningen av omställningsförmåga. Bara de delar av personligheten som individen inte själv kan ta ett ansvar för kan tillåtas påverka om kompetens som en person med nedsatta medicinska förutsättningar för arbete borde kunna utnyttja ändå inte ska anses medföra försörjningsförmåga. Till personlighetsdrag som kan ges betydelse hör sådant som en extremt skygg personlighet eller extremt låg intelligens.

Omställningsförmåga är svårare att beskriva och bedöma än faktorer som ålder och utbildning och erfarenheter. Vi har försökt att hitta en rimlig balans mellan det enkla och det rätta. Det faktum att det är svårt att beskriva människor så som de faktiskt är får inte leda till kriterier som visserligen är enkla men som ger en otillräcklig bild av deras verkliga förmåga.

Sammanfattningsvis bör vid bedömning av en individs försörjningsförmåga vid sidan av de medicinska förutsättningarna för arbete ålder ges en särställning. Av den som är ung kan krävas omfattande omställning och av samhället bör för unga människor med nedsatta medicinska förutsättningar för arbete krävas stora stödjande insatser.

¹¹ Nordenfelt (2007).

En persons utbildning och arbetslivserfarenhet bör beaktas vid bedömning av såväl aktuell som potentiell försörjningsförmåga, liksom förmåga att lära och kompetenser som förvärvats utanför tidigare yrkesliv.

I sista hand och undantagsvis kan särskilt för äldre personer också speciella personliga omständigheter utanför individens egen kontroll innebära att det vore obilligt att kräva att en viss kompetens ska anses leda till försörjningsförmåga.

7.5 Rätt till sjuk- och aktivitetsersättning

Med försörjningsförmåga som ersättningsbegrepp vid prövning av förlängd sjukpenning blir det logiskt att det också är det begrepp som ska gälla vid prövning av en mer permanent ersättning från sjukförsäkringen. Vi föreslår därför att försörjningsförmåga också ska vara det ersättningsbegrepp som används vid prövningen av sjuk- eller aktivitetsersättning. Försörjningsförmågan kommer då inte att prövas i relation till den reguljära arbetsmarknaden utan ställas i relation till det bredare arbetsmarknadsbegrepp som i dag gäller vid en sådan prövning. Det innebär att även anpassade och subventionerade arbete som t.ex. lönebidragsarbeten ingår.

I de flesta fall har ett beslut om sjukersättning föregåtts av ett längre sjukfall men det förekommer även att personer som inte varit sjukskrivna tidigare ansöker om sjukersättning. Det handlar både om personer som saknar sjukpenninggrundade inkomst, och därför inte har rätt till sjukpenning, och om personer som trots sjukdom försöker hålla sig kvar i arbetslivet in i det sista. Eftersom det inte gjorts tidigare kommer en prövning av rätt till sjukersättning för dessa personer att kräva ett särskilt ställningstagande till om de passerar gränsen enligt MFFA eller inte.

8 Vägar till arbete

Vi föreslår: Att 'Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans handlingsplan för stöd till återgång i arbete' omvandlas till en permanent verksamhet, innebärande att sjukförsäkringen finansierar ett *särskilt arbetsmarknadsprogram* som garanterar tidiga insatser baserade på de bedömningar som görs inom sjukförsäkringen.

Sjukförsäkringen är en försäkring mot den inkomstförlust som kan bli följd av att inte kunna arbeta på grund av sjukdom. Försäkringen erbjuder en inkomstersättning. Under senare år har försäkringen allt mer kommit att också handla om omställning. Sjukförsäkringen har hamnat mitt i en bred samhällslig diskussion om hur fler människor ska få chansen att arbeta. Grundtanken är att försäkringen förutom att erbjuda en inkomstersättning också ska erbjuda vägar tillbaka till arbete, oavsett om det är en återgång till ett befintligt arbete eller en övergång till ett nytt arbete. Försäkringen måste hanteras på ett sådant sätt att den både uttrycker en skyldighet att ta tillvara den egna försörjningsförmågan och en rättighet att få stöd och hjälp att göra detta.

Detta betänkande handlar både om att tydliggöra skyldigheten och om att förstärka rättigheten. Tydliga bedömningstillfällen där ersättningen kan avslutas kombineras med perioder där främst stöd och hjälp står i fokus. Breda vägar tillbaka till arbete kräver också att den som inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen ändå möts av en välkomnande och stödjande miljö utanför försäkringen.

Sjukförsäkringen är bara en del av ett betydligt vidare system som formar förutsättningarna för arbete. De personer som uppbär ersättning från försäkringen är en begränsad del av den grupp där sjukdom och skada kan skapa problem i mötet med arbetsmarknaden. Många människor med försvagade medicinska förutsätt-

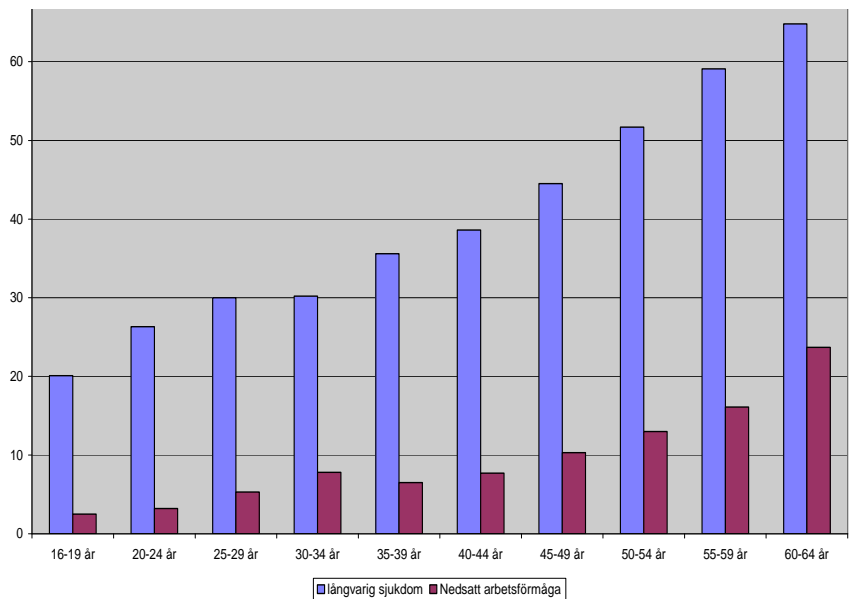
ningar för arbete finns inte i sjukförsäkringen och mycket av det som avgör deras möjligheter på arbetsmarknaden sker inom helt andra system och områden.

Kapitlet syftar till att diskutera villkoren för dem som trots sjukdom ändå vill och/eller förväntas arbeta. Diskussionen gäller gränslandet mellan sjukförsäkringen och arbetsmarknaden men också gränslandet mellan den enskilde sjuke och arbetsmarknaden.

8.1 Sjukdom, ohälsa, arbete och försörjning

En betydande andel av alla svenskar i arbetsför ålder upplever sig lida av någon form av sjukdom. I SCB:s undersökning av levnadsförhållanden svarade 2006 ungefär 40 procent att de lider av en långvarig sjukdom och en fjärdedel av dem ansåg att de hade nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdomen. I absoluta tal blir det cirka 2,4 miljoner sjuka och cirka 580 000 med nedsatt arbetsförmåga (se figur 8.1).

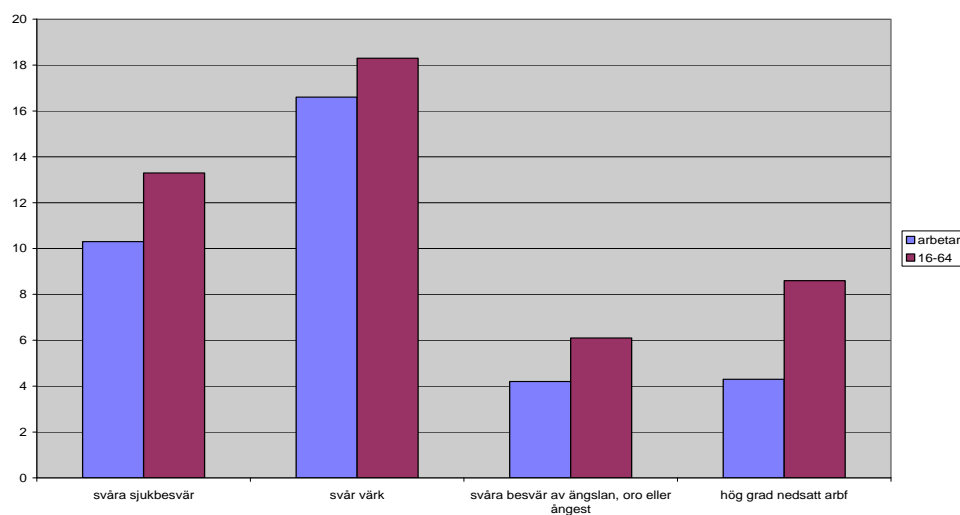
Figur 8.1 Andel av befolkningen i olika åldrar som uppger att de lider av långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga p.g.a. sjukdom 2006



I en bilaga till SCB:s arbetskraftsundersökning 2006 framkom att 900 000 av alla mellan 16–64 ansåg att de hade någon form av funktionsnedsättning. Av dessa ansåg drygt 60 procent eller knappt 560 000 att funktionsnedsättningen medfört en nedsatt arbetsförmåga.

Huvuddelen av den grupp som svarar att de lider av en långvarig sjukdom arbetar. Ungefär hälften av gruppen funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga är sysselsatt. På arbetsmarknaden finns många som lyckas förena sjukdom och arbete. Det finns också många som trots nedsatt arbetsförmåga arbetar. I diagrammet nedan jämför vi den grupp som i undersökningen om levnadsförhållanden svarat att de förvärvsarbetar minst 16 timmar i veckan med alla i åldrarna mellan 16–64. De olika besvär som finns registrerade är något vanligare i hela gruppen men de finns också i betydande grad hos dem som förvärvsarbetar.

Figur 8.2 Förekomst av sjukdomsbesvär bland personer som arbetar minst 16 timmar/vecka samt hos alla i åldern 16–64 år



Källa. SCB.

Att drygt 16 procent bland de förvärvsarbetande lider av svår värk men bara drygt fyra procent upplever att de i hög grad har en nedsatt arbetsförmåga tyder på att många har hittat en plats där de trots sina besvär ändå kan vara produktiva. Det sker också ett

betydande arbete på svenska arbetsplatser med att anpassa arbetsuppgifter för att bereda plats för personer med medicinska problem. I gruppen funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga som ändå är i sysselsättning svarar ungefär 75 procent att det har krävts anpassning och/eller hjälpmedel för att de ska kunna arbeta. Ungefär 80 procent har också fått tillgång till detta. I absoluta tal rör det sig cirka 200 000 personer. Siffran ligger i närheten av de cirka 180 000 personer som i ULF¹ förvärvsarbetar men har en i hög grad nedsatt arbetsförmåga.

Mycket av det som sker på den reguljära arbetsmarknaden fångas inte upp i den offentliga statistik som mer formellt klassificerar personer bland annat utifrån förekomst av funktionshinder. Att luta sig mot självrapporterad status är visserligen förenat med betydande osäkerhet men bidrar ändå till att skapa en mer heltäckande bild av vad som sker i mötet mellan sjukdom/funktionshinder och arbetsmarknaden.

Det finns också en betydande offentlig verksamhet som syftar till att bereda plats på arbetsmarknaden för personer med nedsatt arbetsförmåga. Arbetsförmedlingen har till sitt förfogande flera olika typer av subventionerade anställningsformer där målgruppen i samtliga fall är funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga. Omfattningen var under första halvåret 2009 drygt 86 000 personer. Av dessa var cirka 50 000 lönebidragsanställningar och cirka 20 000 anställningar inom Samhall.

Även om många med sjukdom och nedsatt arbetsförmåga på olika sätt befinner sig i arbete finns också ett betydande antal människor utanför arbete. Den helt dominerande gruppen ingår bland de drygt 500 000 personer som uppbär sjuk- och aktivitetsersättning. Denna grupp överlappar förmodligen till stor del de drygt 200 000 funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga som i AKU² registrerats som stående utanför arbetsmarknaden. Till de 500 000 kan läggas de drygt 60 000 personer som i juni 2009³ befann sig i sjukfall som varat över 180 dagar. De utgör den stora riskgruppen för övergång till sjukersättning. Hos Arbetsförmedlingen finns cirka 20 000 arbetslösa som registrerats som funktionshindrade. Den gruppen är i samma storleksordning som de knappt 30 000 funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga som registrerats som arbetslösa i AKU. Inom socialtjänsten finns per-

¹ Undersökning av levnadsförhållanden, SCB.

² Arbetskraftsundersökning, SCB.

³ Försäkringskassan, Månadsrapport Sjukförsäkringen, 2009-09-16..

soner som saknar sjukpenninggrundande inkomst och därmed inte har rätt till sjukpenning men som är för sjuka för att arbeta. Uppskattningsvis rör det sig om ungefär 20 000 personer. Till viss del kan det vara samma personer som är registrerade som funktionshindrade arbetslösa hos arbetsförmedlingen.

Huvuduppgiften för de reformer som betänkandet behandlar är att minska flödet från de mindre grupperna till den stora; att minska sannolikheten för att sjukdom, funktionshinder och ned-satta medicinska förutsättningar för arbete resulterar i förtida ut-träde från arbetsmarknaden genom sjuk- eller aktivitetsersättning.

Till stor del kommer dock resultatet att formas av helt andra faktorer än de som ligger inom ramen för sjukförsäkring eller arbetsmarknadspolitik. Det är framför allt vad som händer på den reguljära arbetsmarknaden som avgör utfallet. Hur många människor får chansen att arbeta kvar genom anpassningar och hjälp-medel? Hur kan arbetsorganisationen på landets arbetsplatser anpassas för att bättre bereda plats även för dem med dålig hälsa? Hur många lyckas hitta det arbete på den plats där just de har en god arbetsförmåga? Hur kan samhällsekonomin stärkas så att efterfrågan på arbete räcker även för dem som kanske inte står allra först i ledet?

Samtidigt finns på många håll inom olika offentliga verksamheter anledning att fundera över vad som sker eller inte sker för att bredda vägarna till arbete för människor med olika former av hälsoproblem. Både av volymiskäl och andra skäl är sjukförsäkringen central i det arbetet. Det är främst i sjukförsäkringen som samhället gör en värdering av människors medicinska förutsättningar för arbete. Däremot är det inte där kompetens och resurser finns för att hjälpa människor tillbaka. När det gäller praktisk verksamhet är det Arbetsförmedlingen som besitter kompetens och verktyg som kan vara till nytta. Arbetsförmedlingens insatser förutsätter i sin tur att det finns en arbetsmarknad som välkomnar personer som varit långtidssjukskrivna eller lider av sjukdomar. Särskilt i en tid av hög arbetslöshet har personer med ohälsa svårt att konkurrera om de lediga platserna.

8.2 Sjukförsäkringen och Arbetsmarknadspolitiken

En aktivitetsbegränsning som är orsakad av sjukdom behöver långt ifrån alltid vara förknippad med bristande arbetsförmåga. För de flesta finns någon kombination av arbetsuppgifter och arbetsmiljö som, med eller utan hjälpmedel eller anpassningsåtgärder, gör att individens arbetsförmåga kan tas tillvara. En förstärkning av färdigheter och kompetens kan krävas och både tur och tid för att hitta rätt kan behövas. Arbetsmarknadspolitik av olika slag kan vara ett viktigt stöd för att göra vägen rakare och bredare.

Stöd och hjälp kan komma i olika former men kan grovt sett delas upp i: vägledning och utredning, resursförstärkning och subventioner. Vägledning kan både handla om allmän yrkesrådgivning och om mer individualiserade tester och utredningar för att tydliggöra hur de individuella förutsättningarna ser ut och var det finns bäst möjliga möjligheter att hitta en arbetsförmåga. Resursförstärkning handlar till största delen om utbildning av olika slag men kan också handla om social träning, motivationshöjande arbete och hjälp att hantera de medicinska problem som kan finnas. Även stöd till hjälpmedel på arbetsplatsen ingår här. Subventioner kan bli aktuella när det finns en chans till anställning, men där det antingen finns en bekräftad nedsatt arbetsförmåga eller där personens konkurrenskraft minskat på grund av lång frånvaro från arbetslivet.

Även om det arbetsmarknadspolitiska fältet i dag rymmer en mångfald aktörer är det på den offentliga sidan främst Arbetsförmedlingen som har resurser, kompetens och uttryckligt uppdrag att arbeta med arbetsmarknadsstöd till personer med bristande medicinska förutsättningar.

I takt med att diskussionerna kring sjukförsäkringen allt mer har kommit att handla om behovet av omställning även för sjuka, har gränslandet mellan sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken blivit ett allt viktigare område för diskussioner och reformer. Det senaste exemplet är det särskilda introduktionsprogrammet hos Arbetsförmedlingen för personer vilkas dagar med sjukpenning tagit slut. Arbetsmarknadsminister Sven Otto Littorin uttryckte det som att "Nu bygger vi den bro mellan sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken som länge har saknats."⁴ Förslaget i det här kapitlet syftar till att bygga fler och tidigare broar.

⁴ Socialdepartementet, Arbetsmarknadsdepartementet Pressmeddelande "Fler vägar till arbete för långtidssjukskrivna" (2009-09-04).

8.3 Sjukförsäkringens behov

En del av denna utrednings uppdrag är att beskriva olika aktörers arbete med arbetsförmågebedömningar. Beskrivningarna ska syfta till ”att begrepp, bedömningskriterier och metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken ska bli mer enhetliga.”⁵

Arbetsförmågebedömningar av olika slag används i allt högre utsträckning för att pröva människors förmåga att försörja sig. De spelar dock olika roll och används inom ramen för olika typer av regelverk beroende på sammanhanget. Olika aktörers arbete kring begreppet arbetsförmåga fyller visserligen olika syften men de kretsar också kring två gemensamma kärnuppgifter; att för det första, bidra till att människors potentiella arbetsförmåga kan tas tillvara och, för det andra, att de offentliga försörjningssystemen ger rätt ersättning till rätt personer. En stor del av denna verksamhet kan skötas utan någon större friktion mellan aktörer och system, men det finns också tillfällen när det kan uppstå oklarheter och oönskade utfall.

Vi konstaterade i kapitel 3 att det inte är önskvärt med någon enhetlighet i bemärkelsen att t.ex. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska använda ett och samma arbetsförmågebegrepp. Myndigheternas uppgifter är olika och det behövs olika begrepp för att hantera olika uppgifter. Vad vi har gjort i det här betänkandet är att försöka skapa en ökad tydlighet kring hur de olika begreppen skiljer sig åt. Däremot finns det anledning att se över hur en bedömning hos en aktör kan ges en betydelse för övergångar till verksamheter hos en annan aktör.

Att *ha* rätt till sjukpenning vid ett givet tillfälle betyder inte att vägen tillbaka till arbete är stängd. Det ska alltid finnas en skyldighet, men också erbjudas möjligheter, att hitta tillbaka till arbete. Att *inte ha* rätt till sjukpenning betyder inte att vägen tillbaka till arbete är problemfri eller att det inte kan finnas hinder orsakade av sjukdom. Det kan i båda fallen behövas en varierande grad av stöd och hjälp för att hitta tillbaka. Dessa konstateranden präglar vår syn på hur sjukförsäkringen bör samspela med arbetsmarknadspolitiken.

Det offentliga bör ha respekt för att de gränser som dras inom olika system är ofullkomliga och inte nödvändigtvis speglar den individuella verkligheten. I dag upplevs det ofta som något mycket

⁵ Dir. 2008:7.

dramatiskt att mista sin sjukpenning och det kan även i realiteten få mycket stora ekonomiska konsekvenser och konsekvenser för vilken form av stöd som erbjuds. För att vägarna ut ur sjukförsäkringen ska bli bredare krävs antagligen att något av denna dramatik försvinner. Det krävs både för att försäkringens administratörer ska känna en trygghet i att tillämpa gällande regelverk och för att de försäkrade ska uppleva att det finns positiva möjligheter även utanför sjukförsäkringen.

I samspelet mellan den sjukskrivne och handläggaren formas utvecklingen och det är också i det samspelet som det avgörs i vilken grad lagstiftarens ambitioner blir verklighet. Ett regelverk som saknar legitimitet hos de praktiskt inblandade kommer inte att tillämpas, något som i flera decennier varit fallet i sjukförsäkringen.

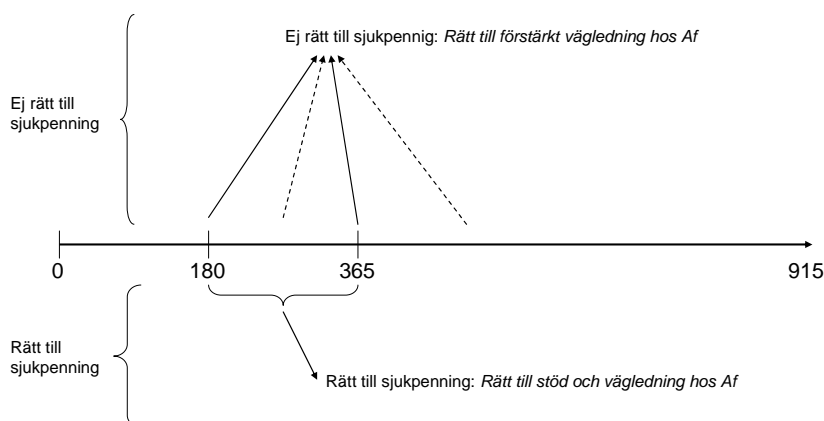
När sjukförsäkringen vänder blicken från den sjukskrivnes befintliga arbete mot möjligheterna att utföra något annat arbete någon annanstans blir frågan om omställning central. I normalfallet ska detta ske efter 180 dagars sjukskrivning vid prövning mot den reguljära arbetsmarknaden, en prövning som vi föreslår ska ske utifrån begreppet 'medicinska förutsättningar för arbete'. Efter en sådan prövning kommer det att finnas personer som fortfarande har rätt till sjukpenning respektive som får sin sjukpenning indragen. Sett över lite längre tid har dock båda dessa grupper det gemensamt att för många av de inblandade kommer vägen tillbaka till arbete att behöva gå via omställning till ett nytt arbete.

Vi menar att för båda grupperna finns behov av arbetsmarknadspolitiska insatser för att pröva och/eller underlätta omställningen till ett nytt arbete.

Grundtanken är att de stöd vi föreslår ska ses som integrerade delar av sjukförsäkringens ersättningsystem. Att inte ha rätt till sjukpenning innebär inte nödvändigtvis att det inte finns något för försäkringen att ersätta. Att till exempel tvingas byta arbete på grund av sjukdom bör vara en händelse som i någon form kan ge kompensation från sjukförsäkringen även om det inte sker i form av sjukpenning.

Avsikten är att skapa en modell där det är möjligt att *bedömas* ha rätt till arbetsmarknadspolitiskt stöd utifrån bedömningar som görs inom ramen för sjukförsäkringen. En möjlig utbyggnad av den modellen är att vissa av dessa stödformer också öppnas för personer som trots sjukdom inte uppbär sjukpenning.

Figur 8.3 Behov av arbetsmarknadspolitiskt stöd



8.4 Särskilt arbetsmarknadsprogram

8.4.1 Omställningsstöd

Framför allt vid 180 respektive 365 dagar kommer ett betydande antal personer att förlora sin rätt till sjukpenning. Det rör sig om personer som visserligen inte klarar sitt befintliga arbete men som bedöms ha tillräckliga medicinska förutsättningar för arbete eller en tillräcklig försörjningsförmåga för att avkrävas försök att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden.

Det förstärkta arbetsmarknadsstödet bör vara ett erbjudande till alla anställda som vid en bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden blir av med sin sjukpenning oavsett om detta sker vid eller efter 180 dagar, men de största volymerna kommer sannolikt att genereras vid 180 dagar. Någon rätt till stöd bör dock inte finnas för arbetslösa eftersom de från första dagen ska bedömas mot den reguljära arbetsmarknaden och en nekad eller indragen sjukpenning kan vara följden av att det inte finns någon eller i varje fall mycket marginell nedsättning av de medicinska förutsättningarna för arbete. I deras fall har det ofta inte uppstått någon "skada" i meningen att sjukdom omöjliggör återgång till ett tidigare arbete.

Stödet bör vara tidsbegränsat till sex månader och för den som redan deltagit i den verksamhet som är tänkt för personer med sjukpenning mellan dag 180 och dag 365 ska tid i den verksamheten räknas in.

En betydande andel av dem som blir av med sin sjukpenning kommer förmodligen att försöka återgå till sitt befintliga arbete, men det kommer också att finnas många som inte klarar detta. För dem innebär indragningen att de lämnar sjukförsäkringen för arbetslöshet och en försörjning via arbetslöshetsersättning eller något annat.

Att inte längre ha rätt till sjukpenning innebär inte att det saknas en "skada" i försäkringsteknisk mening. Eftersom det kan antas komma att ha stor betydelse för personens fortsatta liv är det heller inte en obetydlig skada att tvingas söka annat arbete än det man på grund av sjukdom inte längre kan utföra. Att ofrivilligt byta arbete och kanske yrke innebär en betydande förändring. Att många därtill får en betydligt lägre ersättning vid arbetslöshet än vid sjukdom gör inte situationen mindre dramatisk.

Vi anser att det finns goda skäl för sjukförsäkringen att införa en förstärkt rätt till arbetsmarknadsmässigt stöd till de personer som vid en bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden får sin sjukpenning indragen. Att individen försätts i en situation som "minimerar skadan" av sjukdomens följder och samtidigt kan inrikta sin kraft på att så snart som möjligt hitta ett passande arbete stämmer väl med hur en bra försäkring kan förväntas fungera.

Den förstärkta rätten till arbetsmarknadsstöd syftar till att garantera att människor som bevisligen drabbats av aktivitetsbegränsningar till följd av sjukdom, om än lindrigare än vad som krävs för fortsatt rätt till sjukpenning, snabbt får det stöd de kan behöva för att anpassa sig till sin nya situation. Det är en speciell situation att behöva lämna sitt gamla arbete på grund av sjukdom och det är en speciell situation att behöva gå ut i arbetslöshet med kvarstående medicinska problem. Vi vet från internationella erfarenheter att denna övergång är mycket vanskelig och att risken för långvarig arbetslöshet och återgång i sjukskrivning är mycket stor. Det stöd som bör bli aktuellt är främst av vägledande natur och bör inriktas på att hjälpa individen att se hur de kvarvarande resurserna kan komma till användning och att tillsammans med den arbetssökande hitta vägar till arbetsförmåga. En viktig del bör dessutom vara att hjälpa individen att hantera den kris som kravet på omställning på grund av sjukdom kan innebära. Sjukförsäkringen bör ha det finansiella ansvaret för att ett sådant stöd blir tillgängligt utan dröjsmål.

I dag finns i och för sig en rutin med överlämningsmöten mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen där den som går från

sjukpenning till arbetslöshet ska försäkras en bra övergång. Det finns också kompetens och resurser hos Arbetsförmedlingen att arbeta med personer som har hälsoproblem. Vad är det då som gör att det ändå kan behövas ett särskilt garanterat omställningsstöd?

Det kan konstateras att antalet erbjudanden om överlämningsmöten vida överstiger antalet de facto genomförda möten. Uppenbarligen finns en ovilja hos dem som får sin ersättning indragen att delta i den tänkta överlämningen. Orsakerna är säkert många och delvis handlar det förmodligen om att många i stället försöker att återgå till sitt tidigare arbete. Vår bild är emellertid att det också kan bero på en reaktion mot det beslut som fattats. Den försäkrade själv accepterar inte att omställning till nytt arbete är det bästa alternativet och upplever sig inte redo att stå till arbetsmarknadens förfogande. I det läget är det viktigt att det alternativ som erbjuds faktiskt upplevs som värdefullt. En garanterad rätt till ett särskilt anpassat omställningsstöd skulle kunna bidra till att fler övergångar sker som det är tänkt.

Ett särskilt utformat stöd skulle också skapa förutsättningar för en specialisering på just den utmaning som det innebär att ge stöd och vägledning till personer som tvingas till omställning på grund av sjukdom. Att behöva ställa om på grund av sjukdom innebär ofta en personlig kris. Svår sjukdom är i sig något som vi alla kan ha svårt att hantera. När sjukdomen dessutom får till följd att man förlorar sitt arbete är det inte svårt att föreställa sig att reaktionen blir stark. Att möta människor i den situationen ställer speciella krav på kompetensen hos de personer och den organisation som ska vara ett stöd för att hitta vidare.

För de flesta som blir arbetslösa är det naturligt att gå till vem man *är*, vad man kan och vad man har gjort för att hitta svaret på var det kan finnas ett nytt arbete. För den som behöver ställa om på grund av sjukdom är frågan snarare vem jag har blivit och vem kan jag *bli*? Det är just det tidigare livet som sjukdomen har ryckt undan mattan för. Det är den gamla yrkesidentiteten som måste omprövas. Utmaningen för den som ska ge stöd och vägledning är att se bortom begränsningarna och det som varit för att i stället hitta en ny användning för de förmågor och resurser som ändå finns kvar. Uppbrottet från historien och omställningen till något helt nytt ställer speciella krav på bemötande och metodik.

Det stöd vi föreställer oss bör vara inriktat på att hantera just den speciella problematik som ges av själva kravet på omställning. Uppgiften är delvis annorlunda än den som en vanlig arbetsför-

medlare normalt möter. Ett särskilt uppdrag från sjukförsäkringen skulle ge Arbetsförmedlingen utrymme att samla en del av den kompetens och de resurser som redan finns för att koncentrerat arbeta med denna uppgift och vidareutveckla sitt professionella förhållningssätt till gruppen sjuka med omställningsbehov.

Att låta sjukförsäkringens behov garantera en rätt till stöd skulle också minska risken att de personer som berörs måste utredas på nytt innan rätt insatser kan bli aktuella. Behovet uppkommer ur sjukförsäkringens bedömning och det finns ingen garanti för att en, i och för sig, helt korrekt handläggning inom ramen för Arbetsförmedlingens uppdrag skulle leda till att behovet möts. Myndigheterna har olika uppdrag och arbetar med olika begrepp och metoder. En stor del av poängen med att någon ska kunna bedömas inom sjukförsäkringen att ha rätt till en viss form av arbetsmarknadspolitiskt stöd är att då undviks risken att sjukförsäkringens behov trängs undan av andra arbetsmarknadspolitiska prioriteringar.

8.4.2 Gruppen sjukskrivna efter dag 180

Omställningsstödet blir aktuellt för dem som vid en bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden förlorar sin sjukpenning. Men även för dem som får fortsatt rätt till sjukpenning finns anledning att erbjuda stöd och åtgärder med arbetsmarknadspolitisk inriktning. Gruppen sjukskrivna efter dag 180 kommer att bestå av många olika typer av personer. Prövningen mot den reguljära arbetsmarknaden har syftat till att identifiera dem som med stor sannolikhet kan hitta tillbaka till en plats på arbetsmarknaden där de har en arbetsförmåga. För dem som hamnar på andra sidan gränsen och har rätt till sjukpenning även efter dag 180 är bedömningen att det krävs en fördjupad utredning av deras försörjningsförmåga. Den utredningen kommer att ställa vissa krav på vad som sker under tiden mellan dag 180 och dag 365.

Därutöver bör de ges en chans att försöka hitta tillbaka till en plats där de vill vara och kan utnyttja sina resurser. Att ha rätt till sjukpenning vid en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden betyder inte att man inte kan arbeta utan bara att vägen dit kan vara lång och svår att hitta.

Vårt förslag är att den individ som efter 180 dagar och en prövning av de medicinska förutsättningarna för arbete fortfarande

är sjukskriven ska följas och stödjas i en strukturerad process med det dubbla syftet att hitta vägar tillbaka till arbete och att utreda försörjningsförmågan. Processen bör bygga på tecknande av individens *resursprofil*.

Resursprofilen syftar till att ta fasta på möjligheter snarare än begränsningar och innebär en kartläggning av vilka resurser en person har och hur de kan användas på arbetsmarknaden. Individens hälsostatus är kartlagd genom undersökningen av medicinska förutsättningar för arbete. Resursprofilen är mycket bredare och omfattar allt det som inte är knutet till medicinska förutsättningar. Resursprofilen kan alltså sägas syfta till att spegla personen ”sådan hon eller han är” i relation till arbetsmarknaden utan begränsningen till enbart det som gäller till följd av sjukdomen.

En rimlig utgångspunkt för resursprofilen är den syn som Arbetsförmedlingen använder vid en beskrivning av individen inom sin arbetsförmågemodell.⁶

En annan inspiration kan vara den danska arbetsförmågebedömningsmetoden där de använder en resursprofil och där det dessutom understryks hur viktig dialogen med den försäkrade är i processen.⁷ Det är individen själv som måste ta det huvudsakliga ansvaret för att utnyttja sina samlade resurser till ett så aktivt och självständigt fortsatt liv som möjligt. Men med rätt vägledning och stöd kan möjligheter öppnas som personen själv kan ha svårigheter att se, inte minst i den situation av kvardröjande funktionshinder som individen kan förutsättas befinna sig i.

Huvudtanken med resursprofilen är att ge individen en tydlig bild av sig själv och sina möjligheter. Det kan ske genom samtal, undersökningar och tester, men också genom praktisk arbetsprövning i reell eller simulerad miljö.

Deltagande i vissa delar av arbetet med resursprofilen bör i princip vara frivilligt för den sjukskrivne. Rätten till ersättning bygger under denna tid på att det finns en rätt till ersättning baserat på bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete. Andra delar av arbetet kommer dock att vara nödvändiga för att utreda den eventuella rätten till förlängd sjukpenning efter dag 365. Den sjukskrivne är i dessa delar precis som vanligt skyldig att delta i sådana utredningar som krävs för att försäkringskassan ska kunna ta ställning till rätten till sjukpenning.

⁶ Se kapitel 3 för en beskrivning.

⁷ Se SOU 2008:66 för en beskrivning av metoden.

För den som väljer att ta del av det mer omfattande paket av stöd och vägledning som erbjuds bör det i normalfallet ske med uppbyggande av rehabiliteringspenning. Det innebär att även om själva deltagandet är frivilligt kommer ersättningen att vila på att man också deltar i de aktiviteter som ingår i verksamheten. På det sättet kommer att ställas krav på den som deltar men samtidigt skapas en ökad trygghet eftersom rehabiliteringspenningen utgår så länge man deltar i programmet.

De som efter bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete är fortsatt sjukskrivna kan förutsättas ha betydande funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. En stor grupp har en anställning, men det får förutsättas att prövningen under tiden fram till dag 180 har klarlagt att arbetsförmåga i förhållande till det befintliga arbetet saknas. Individen kan fortfarande tillfriskna i tillräcklig utsträckning för att återvända till sin gamla arbetsplats, men det som framför allt ska klarläggas mellan dag 181 och dag 365 är den försäkrades förutsättningar och möjligheter i relation till omställning.

Det kommer under den här tiden att finnas både ett återflöde till befintlig anställning och ett utflöde till annat arbete i former som är del av ett naturligt förlopp utan att det görs särskilda bedömningar. Fall kommer också att finnas där Försäkringskassan finner det befogat att dra in en ersättning. I huvudsak kommer emellertid utflödet att bestå av det spontana åter- och utflöde som uppstår tack vare naturliga läkningsprocesser och därav följande medicinska bedömning av individens läkare eller genom personens egen strävan att återgå i arbete.

Gruppen sjukskrivna efter dag 180 kommer att vara en heterogen grupp. Där kommer att finnas personer med goda förutsättningar att komma tillbaka till arbete men också personer där det med stor sannolikhet kommer att vara sjukersättning som är det mest sannolika alternativet. Arbetet mellan dag 180 och dag 365 måste ta hänsyn till detta och betydande utrymme bör finnas för inblandade aktörer till en individuell anpassning av den process som följer på bedömningen vid dag 180. Även om det för de flesta är önskvärt med ett aktivt deltagande i en insats inriktad på återgång i arbete kommer det också att finnas personer där det främst är en fråga om att se hur det medicinska förloppet utvecklar sig. Avgörande är att ingen avfärdas på förhand. Även den som har mycket stora medicinska problem ska ha rätt att vara så aktiv som möjligt. De

resurser som finns för att hitta vägar till arbete ska ställas till förfogande för alla som önskar delta.

Eftersom de personer det gäller fortfarande uppbär ersättning från sjukförsäkringen kommer Försäkringskassan att ha ansvaret för den fortsatta handläggningen av deras ersättning. Däremot är de åtgärder som bör bli aktuella av en sådan natur att främst Arbetsförmedlingen har kompetens och resurser att arbeta med den delen. Samverkan kommer därför att krävas mellan de två myndigheterna.

Det har under många år varit svårt att få ett väl fungerande samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Försäkringskassans strävan att färre ska vara sjukskrivna har konkurrerat med Arbetsförmedlingens mål att färre ska vara arbetslösa. Det har upplevts som ett Svarte Petter – spel där människor hänvisats fram och tillbaka mellan myndigheterna. På senare år har dock stora förbättringar skett. Både kultur och attityder kring samverkan och de organisatoriska förutsättningarna för samverkan har förändrats.

Sedan 2003 regleras samverkan i en särskild handlingsplan för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Årligen omfattas 12 000–15 000 personer av de insatser som föreskrivs i handlingsplanen. Insatserna finansieras inom ramen för sjukpenninganslaget och under 2009 får 650 miljoner kronor användas för denna samverkan. Av de 15 000 som beräknas kunna få insatser under året ska 8 000 personer utgöras av arbetslösa med sjukersättning och 5 000 av arbetslösa med sjukpenning. Endast en mindre del, 1 000 personer, beräknas utgöras av anställda, som för att ingå i målgruppen ska uppbära sjuk- eller aktivitetsersättning.

Det särskilda program vi föreslår kan ses som en vidareutveckling av den formaliserade samverkan som finns i dag, dock med två viktiga skillnader; programmet kommer att innehålla inslag av utredning av försörjningsförmåga och urvalet av vilka som deltar kommer att se annorlunda ut. Därtill kommer insatserna att sättas in betydligt tidigare än vad som hittills varit fallet.

De insatser som för närvarande erbjuds inom ramen för samverkan mellan myndigheterna riktar sig främst till arbetslösa personer med sjukersättning eller sjukpenning. Dagens samverkan har i stor utsträckning haft den svåra uppgiften att hantera resultatet av tidigare misslyckanden i sjukskrivningsprocessen. Deltagarna har ofta varit borta länge från arbetslivet och haft långa tider i sjukförsäkringen bakom sig. Behovet av att hantera gamla synder

minskar nu vilket ger utrymme för behoven som följer av den nya rehabiliteringskedjan.

Mycket av den verksamhet som i dag bedrivs inom samverkan är av ett slag som svarar mot bilden av det nya program vi föreslår. Samtidigt finns nu en möjlighet att sätta in insatserna mycket tidigare i sjukfallen. Det finns ingen anledning att vänta med omställningsinsatser tills dagarna med sjukpenning tar slut efter 915 dagar. Ju tidigare stödet sätts in desto större är möjligheterna att det gör nytta.

Att formalisera urvalskriterierna för vilka som får del av de särskilda insatserna skulle också erbjuda en mer handfast urvalsmekanism än vad som är fallet inom ramen för dagens samverkan. Vid samtal med inblandade aktörer är det vår bild att denna process i dag är relativt godtycklig. Att få tillgång till rehabiliteringsersättning och stöd inom samverkan innebär stora fördelar jämfört med att vara hänvisad direkt till arbetslöshetsersättning och arbetsförmedlingens reguljära verksamhet. Men gränsen mellan de två vägarna upplevs ofta som mycket otydlig. En mer strukturerad urvalsprocess skulle kunna tydliggöra uppdraget för samverkan och bidra till en starkare professionalisering av arbetet i gränslandet mellan sjukförsäkring och arbetsmarknadspolitik.

8.4.2.1 Rätt till bedömning

Att inte ha rätt till sjukpenning behöver inte på något sätt hänga ihop med att man inte är tillräckligt "sjuk". Det mest uppenbara exemplet är de personer som saknar en SGI och därför definitionsmässigt inte kan bli sjukskrivna. På nationell nivå utgör cirka 18 procent av kostnaden för försörjningsstöd av bidrag till individer som är sjuka men saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI).⁸ I den mån som sjukförsäkringens behov av att erbjuda arbetsmarknadspolitiska åtgärder leder till en utveckling av effektiva program för personer med nedsatta medicinska förutsättningar för arbete är det rimligt att väcka frågan om inte de programmen också skulle kunna vara till nytta för grupper utanför sjukförsäringen.

En tydlig, strukturerad och instrumentbaserad bedömning av medicinska förutsättningar för arbete skulle kunna bli en port in till arbetsmarknadspolitiskt stöd för sjuka oavsett försörjningskälla. Såväl socialtjänst som arbetsförmedling skulle då, mot betalning,

⁸ Sveriges Kommuner och Landsting.

kunna ”remittera” personer till en bedömning av medicinska förutsättningar för arbete. Den som där uppfyller kriterierna för rätt till sjukpenning efter dag 180 skulle då kunna ges rätt att delta i den verksamhet som bedrivs för sjukskrivna mellan dag 180 och dag 365.

En sådan lösning skulle garantera att alla med nedsatta medicinska förutsättningar för arbete ges chans till en likvärdig prövning av rätten till arbetsmarknadspolitiskt stöd. Det skulle också innebära en viss avlastning av socialtjänst och Arbetsförmedling där de befrias från den växande uppgiften att vara en sorts alternativ försäkringskassa och bedriva medicinska undersökningar av ett slag som inte nödvändigtvis har en naturlig plats i deras verksamhet. Att personer som är drabbade av samma medicinska problem får rätt till samma stödsatser kan också motverka upplevelsen av att det finns personer som ”ramlar mellan stolarna” när det gäller samhällets stöd.

8.5 Organisation

I de två fall vi behandlat ovan finns en efterfrågan på olika former av ett särskilt arbetsmarknadspolitiskt program som följer av beslut och bedömningar inom sjukförsäkringen. Att vi har valt att lyfta fram dessa i en särskild ordning motiveras av bedömningen att insatserna inte automatiskt kan förväntas komma till stånd inom ramen för de prioriteringsmekanismer som finns i den ordinarie arbetsmarknadspolitiken och i den befintliga samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Vad vi försöker göra genom förslagen i detta kapitel är att tydligare knyta sjukförsäkringens regelverk till korresponderande inslag av arbetsmarknadspolitiskt stöd. Det handlar om att flytta insatserna till tidigare skeden i sjukfallen och att garantera tillgången till dem baserat på de bedömningar som görs inom sjukförsäkringen. Avsikten är att skapa vägar tillbaka till arbete som upplevs som tryggare av de personer som berörs; fler broar mellan sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken.

Vi anser att Arbetsförmedlingen är den myndighet som har bäst förutsättningar att kunna åta sig uppdraget. Där finns redan en hel del av den expertis som erfordras, där finns kunskap om metoder och där finns erfarenheter av att samarbeta med Försäkringskassan. För att garantera tillgång och kvalitet i innehållet skulle dock förmodligen krävas en tydlig organisatorisk uppdelning där Arbets-

förmedlingen utvecklar en ny verksamhetsgren inriktad på att möta sjukförsäkringens behov och där sjukförsäkringen finansierar de vägledande, utredande och stödjande insatser som behövs. Verksamheten bör således få en självständig ställning och kan ses som en vidareutveckling av "Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans handlingsplan för stöd till återgång i arbete"

Det som däremot krävs i form av direkta åtgärder som till exempel lönebidrag bör fortfarande ligga inom Arbetsförmedlingens vanliga ansvar. En skillnad mot i dag bör dock vara att det görs tydligt att bedömningar inom sjukförsäkringen ska kunna innebära att personer tillhör den prioriterade gruppen funktionshindrade. Att ha tillräckligt nedsatta medicinska förutsättningar för arbete för att ha rätt till sjukpenning ska betraktas som en tillräcklig grund för att ingå i den hos Arbetsförmedlingen prioriterade gruppen och ha tillgång till förmedlingens hela arsenal.

Vi har valt att inte gå in djupare på hur och i vilka former den nödvändiga organisatoriska lösningen bör komma till stånd eftersom det är en fråga av en omfattning och art som vi bedömer liggande utanför vårt uppdrag och mandat. Vad vi har velat göra är att lyfta fram behovet av och mera principiellt argumentera för en starkare koppling mellan vad som sker i sjukförsäkringen respektive arbetsmarknadspolitiken. Vad som krävs är ett ställningstagande för en mera permanent lösning som därmed kan leda till en stabil organisation och systematisk professionell vidareutveckling. Vi föreslår att frågan om den specifika organisatoriska lösningen och finansieringsmodellen ska beredas ytterligare och att myndigheterna därefter ska få i uppdrag att omvandla dagens handlingsplanesamverkan till en verksamhet som fyller den roll vi beskrivit i detta kapitel.

9 En ny sjukskrivningsprocess

Vi har i det föregående ägnat oss åt att analysera kärnbegreppen arbetsförmåga och sjukdom i relation till den gällande lagstiftningen om den s.k. rehabiliteringskedjan. Vi har diskuterat behovet av andra begrepp och särskilda instrument för att tydliggöra den fundamentala förändringen av innehållet i arbetsförmågebegreppet som inträffar när bedömningen inte längre ska göras i relation till ett specifikt arbete i en specifik miljö. Vi har också diskuterat vilka arbetsmarknadsorienterade insatser som kan behövas för att balansera kraven på individens omställning och öka sannolikheten att den tidigare eller fortfarande sjuke ska hitta vägar tillbaka till arbete. I det här kapitlet vill vi förflytta oss från det perspektiv som är lagens, försäkringens och administrationens till att mera tydligt möta försäkringen utifrån den enskilda individens perspektiv.

9.1 Individen i centrum

Avgörande för hur ett sjukfall kommer att sluta är vad som sker i början.

Den som varit frisk, arbetat och blivit sjuk upplever sig i allmänhet till en början som drabbad av något onormalt och övergående. Det är för det mesta sant. De flesta sjukfall avslutas inom ett par veckor.

För de flesta framstår som den naturliga och sannolika utvecklingen att man snart blir sitt gamla friska jag. Just nu har man svårigheter att utföra sitt vanliga arbete, men sjukdomen framstår fortfarande som ett undantagstillstånd från det vanliga aktiva livet.

Ju längre frånvaro från arbetet, desto mera naturligt blir det onaturliga tillståndet. Även om man blir bättre är det inte säkert att man blir bra. Har man väl vant sig vid att sjukdomstillståndet är förknippat med frånvaro från arbetet är det inte självklart var

gränsen går för att kunna gå tillbaka. Den bild man bär med sig är att det var som frisk och symtomfri som man arbetade, och vem vet? Det kanske rent av är riskabelt och kan förvärra tillståndet om man går tillbaka för tidigt. Man förblir kanske sjukskriven och befinner sig då i ett av de få tillstånd av ansvarslöshet och kravlöshet som är legitima i det moderna livet. Vilan från vardagens normala krav kan vara det som krävs för läkningsprocessen, men själva undantagstillståndet kan också påverka den egna energin och föreställningen om den egna förmågan.

Socialförsäkringsutredningen konstaterade att den omfattande svenska sjukfrånvaron med exceptionellt långa sjukskrivningstider och höga kostnader sällan tyckts leda till att de som varit sjukskrivna länge varit nöjda med den behandling och det bemötande man fått under sjukskrivningen. Sedd inifrån finns det många vittnesmål om en sjukskrivningsprocess där man som sjukskriven känt sig misstänkliggjord, kontrollerad och nonchalerad.¹ I denna utrednings första betänkande kunde vidare konstateras att individens egen medverkan och delaktighet i processen att beskriva och bedöma sjukdomens konsekvenser i flera länder tycks ses som viktigare än vad som varit fallet i Sverige, något som påverkat utformningen av deras bedömningsinstrument och -process.²

I det inledande kapitlet om välfärdspolitik och arbetsförmåga redogjorde vi för hur filosofen Ronald Dworkin och ekonomen Amartya Sen resonerar om hur väsentligt det är för varje människa att själv forma och välja sitt liv inom de ramar som ges av omständigheter som begränsar eller styr det egna valet. Välfärdspolitikens resurser bör användas för att stärka de mindre gynnades förmågor och energi på ett sådant sätt att friheten att själv forma och ta ansvar för sitt liv blir så jämlik som möjligt. Ur sjukförsäkringens perspektiv kan denna strävan uttryckas som att själva sjukskrivningsprocessen bör omformas så att de som drabbats av sjukdom känner att de själva, givet de begränsningar som sjukdomen kan innebära, kan ta ansvar för vad de vill göra med resten av sina liv. Oavsett vilka eventuella förändringar som i övrigt genomförs av arbetsförmågebegreppet, rehabiliteringskedjan eller bedömningsinstrument finns starka skäl att låta hela sjukskrivningsprocessen genomsyras av en ökad strävan att stärka den enskilda individens medverkan i och överblick över vad som sker. Att individerna känner att de har kontroll över vad som sker i

¹ Samtal om socialförsäkring nr 7, s. 65.

² SOU 2008:66, s. 92.

processen ökar inte bara deras välfärd. Det torde också bidra till den energi hos individen som starkt ökar förutsättningarna för framgång i att hitta vägar tillbaka till arbete och försörjning. Långvarig sjukdom innehåller i sig risker att permanenta ett tillstånd av passivitet och frihet från ansvar. Det finns därför särskilda skäl att just i sjukskrivningsprocessen vara noga med att själva processen stärker snarare än försvagar individens förutsättningar att återta makten över sin tillvaro.

9.2 Etableringsfasen – sjukvårdens roll

Efter en vecka måste ett läkarbesök göras för ett sjukintyg och för eventuell behandling. Det är normalt det första personliga mötet patienten har med någon som kan ha betydelse för det fortsatta sjukskrivningsförloppet. Ofta är den första tidens möten också viktiga. De sätter bilden av framtiden och förväntningar om utvecklingen på plats.

Många gånger är det inte bara den faktiska sjukligheten som leder till sjukskrivning utan mer allmänna tankar hos den försäkrade om nyttan av sjukskrivning som "behandling" eller om faran med att arbeta. Ofta avgör detta mer än någon verkligt tydlig arbetsförmåga på grund av sjukdomen patientens önskan om sjukskrivning. Det finns relativt god vetenskaplig kunskap om att det snarare är överväganden om sjukdomen än sjukdomen i sig som ligger bakom en önskan om sjukskrivning. Så har man till exempel efter hjärtinfarkt hos medelålders män inte sett samband mellan det upplevda behovet av sjukskrivning och infarktens storlek, komplikationer under vårdtiden i form av hjärtsvikt eller rytmrubbningar, resultat av arbetsprov eller förekomst av kärlkramp efter utskrivningen. Det upplevda behovet har i stället betingats av ängslan eller oro.³

Försäkringskassan är fortfarande långt ifrån aktivitet i sjukfallet när de första kontakterna med sjukvården tas. Arbetsgivaren ska anmäla till Försäkringskassan när sjukfallet överstiger 14 dagar, men kan ha upp till 30 dagar på sig om nästa löneutbetalning inväntas. Något ärende blir det inte i Försäkringskassan förrän den försäkrade kommit in med en begäran om ersättning, vilket ofta kan ta ytterligare några veckor. Att det tar 6–10 veckor tills det finns ett faktiskt ärende är alltså fullt normalt. Efter 10 veckor har

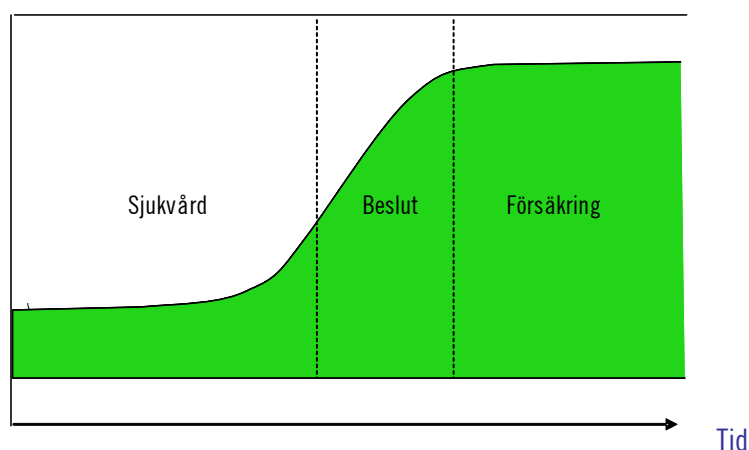
³ Riegel B.J. (1993).

drygt 50 procent av alla sjukfall som blir längre än 30 dagar redan avslutats och mycket hunnit hända i dem som fortfarande pågår. 20 dagar är vad som återstår av den tid man har rätt att prövas mot sitt eget arbete.

Vi beskrev i vårt första betänkande hur vi för sjukförsäkringen i praktiken föreställer oss en framgångsrik faktisk ansvarsförskjutning över tiden mellan sjukvården och försäkringsadministrationen (se figur 9.1).⁴ Tillfällig sjukdom och sjukförloppets första tid beskrevs som ett kärnområde för hälso- och sjukvården, medan långvariga tillstånd, som med tiden övergår till att bli mer eller mindre kroniska, alltmera övergår till att bli rena försäkringsvillkorsfrågor. Då avgörs vilka villkor som gäller för långvarig försörjning från sjukförsäkringen och vilken omställning försäkringen kräver av individen.

Figur 9.1 Principskiss över ansvarsförskjutning mellan sjukvård och sjukförsäkring vid sjukskrivning

Ansvar



Det formella försäkringsbeslutet ligger även i början på Försäkringskassan, men i praktiken får läkarnas bedömning avgörande betydelse, om inte annat så av rent praktiska skäl. På längre sikt kvarstår givetvis individens läkares betydelse för den vård och behandling som kan vara fortsatt motiverad. Men försäkrings-

⁴SOU 2008:66, s. 77-84.

besluten blir bedömningar där försäkringsjuridik och försäkringsmedicin blir allt viktigare.

Ett personligt möte är ofta avgörande för bedömningen av effekten av sjukdomen på individens arbetsförmåga. Eftersom den person som individen oftast möter är den egna läkaren, är det närmast oundvikligt att just läkarens utlåtande blir avgörande, särskilt under sjukfallens inledningsskede. Det blir därmed också läkaren som har de största förutsättningarna att bidra till att forma individens egna föreställningar och förväntningar inför framtiden, något som enligt vår uppfattning oftast har en avgörande betydelse för sjukfallens långsiktiga utveckling.

Att bedöma effekterna av sjukdomen för individens arbetsförmåga kan framstå som en professionellt främmande frågeställning för läkaren. Under den första tiden, fram till dag 180, underlättas emellertid frågan (utom för arbetslösa) av att bedömningen gäller specifika arbetsuppgifter i en specifik miljö. Det läkaren har att göra är att tillsammans med patienten – och eventuellt i kontakt med patientens arbetsgivare – identifiera vilka aktivitetsbegränsningar till följd av funktionsnedsättningar som följer av sjukdomen som kan utgöra hinder i arbetet i det särskilda fallet. Vidare bör läkaren överväga om arbete skulle medföra risker för patienten eller andra och hur prognosen ser ut. Att arbetsmarknadens krav och risker ändå kan vara främmande mark för läkare i allmänhet har också lett till förslag som bygger på att företagshälsovården skulle kunna ha särskilda förutsättningar att göra relevanta bedömningar redan från början i sjukfallen.

Relationen mellan sjukvården och sjukförsäkringen har utvecklats betydligt under senare år. Socialstyrelsen har utformat beslutsstöd vid sjukskrivning som vilar på väl beprövad erfarenhet – om än kanske inte stark vetenskaplig grund. Till följd av den s.k. sjukvårdsmiljarden har sjukskrivningsfrågorna kommit upp inom landstingens ledningsorganisationer. Området försäkringsmedicin har fått en starkare ställning. Diskussionen om sjukskrivningars risker har förts specifikt t.ex. i SBU:s forskningsöversikt om sjukskrivning och brett inom läkarkåren. Behandlingsfrågorna när det gäller de stora diagnosområdena lättare psykiska störningar och värk i rygg och nacke tas upp inom ramen för den s.k. rehabiliteringsgarantin. Och inte minst; de tidigare extremt långa svenska sjukskrivningstiderna har minskat dramatiskt sedan 2002. Under tiden 2002–2008 var det främst de korta sjukfallen som blev färre och kortare, något som sannolikt till inte ringa del kan tillskrivas

sjukvårdens ökade intresse för frågan. Från 2008, dvs. efter införandet av rehabiliteringskedjan, har minskningen mellan dag 180 och 365 skett med särskild kraft.

Med hänsyn till sjukvårdens mycket viktiga roll, särskilt under sjukskrivningens etableringsfas, är det angeläget att det som skett under senare år konsolideras och vidareutvecklas. Inte minst är kunskapsproduktionen kring sjukskrivnings nytta och risker viktig, t.ex. i form av forskning och evidensbyggande utvecklingsarbete kring Socialstyrelsens beslutsstöd.

Ett av de områden som därutöver framträder som ytterligare utvecklingsbart gäller själva det personliga mötet mellan läkare och patient.

Läkarens roll i socialförsäkringen är bland annat att fungera som portvakt i systemet så att bara de som verkligen behöver förmånen sjukpenning får den. När det gäller allmänläkares praxis är det påfallande att läkaren i så låg andel som ungefär fem procent av alla konsultationer där sjukskrivning diskuterats eller övervägts över huvud taget säger nej till sjukskrivning. Även i de sjukskrivningskonsultationer där läkaren bedömer att "sjukskrivning kan bli till skada för patientens långsiktiga hälsa eller arbetsförmåga" eller där läkaren anser att han eller hon "inte skulle ha föreslagit sjukskrivning om inte patienten hade begärt det" sjukskriver man i mer än 90 procent av fallen.⁵ Siffran har dock minskat något under senare år.⁶ Att läkaren agerar mot sitt egna bättre vetande kan förstås i perspektivet av svårigheter med själva mötet med en tydligt sjukskrivningsönskande patient.

Enbart god kunskap om regelverket ('försäkringsmedicin') räcker inte för en bra sjukskrivningspraxis. Även läkare som på deltid tjänstgjort som försäkringsläkare kan i sin kliniska verksamhet vara de som sjukskriver mest frikostigt. I det verkliga mötet med patienten krävs kunskap om hur man handskas med de krafter som uppstår i själva sjukskrivningskonsultationen i mötet människa till människa. Det är svårt att möta en människa som åtminstone på kortare sikt upplever att hon får ett beslut som gör livssituationen svårare och som visar förtvivlan eller tydlig ilska. Inte sällan kan de krafter man då utsätts för göra även den mest professionelle benägen att se de faktorer som kan väga över för att beslutet ska gå åt ett annat håll. Även om ett regelverk blir tydligare, som t.ex. genom socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskriv-

⁵ Englund L., Svärdsudd K., (2000)

⁶ Englund L., (2008).

ning, kommer tolkningar, rimlighetsbedömningar och frånvaro av helt säkra bedömningsgrunder alltid att finnas som gör att det är lätt att brista i den professionella rollen. Sakligheten och objektiviteten får ge vika för att människan/doktorn ska slippa det obehag mötet kan skapa. Om det grundläggande regelverket dessutom diskuteras och ifrågasätts i samhällsdebatten blir det ännu lättare att låta den egna känslan styra hur man vinklar sitt beslut.

I de försäkringsmedicinska utbildningar som ges till läkare som ska kunna konsulteras av Försäkringskassan för s.k. Särskilda Läkarutlåtanden (SLU-utbildningar), tas utgångspunkten i praktiska fallbeskrivningar. När besvärliga sjukskrivningskonsultationer analyseras är det påfallande att möjligheten att se och förstå de egna känslorna ger de bästa förutsättningarna för läkaren att följa regelverket på ett sätt som på sikt blir mest gynnsamt för alla parter. I de fall en läkare (eller för den delen handläggare) agerar mot sitt bättre vetande kommer den felaktiga eller regelvidriga bedömningen ofta att präglade alla fortsatta kontakter med just denna patient eller klient. Då skapas vad man kan kalla en 'förgiftad relation' där ärlighet och saklighet riskerar att ersättas av dimridåer och falskhet.

Patientens föreställningar om sjukdomens effekter och risker är en viktig, men inte självklart klarlagd, del av sjukskrivningskonsultationens förutsättningar. Ett så kallat 'patientcentrerat förhållningssätt' innebär inte att låta patientens egna uppfattningar styra vare sig konsultationens innehåll, bedömningar eller resultat i form av sjukskrivning eller inte, men kräver att patientens egen syn ingår i beslutsunderlaget och finns synlig och uppe på bordet i sjukskrivningskonsultationen.

Andra gånger kan det hos den försäkrade finnas orealistiska förväntningar om att bli botad från sin sjuklighet som ligger i vägen för ett acceptera den nyorientering som kan krävas när en prövning mot andra arbetsuppgifter eller till och med mot ett nytt arbete måste göras. Den sortens tankar är inte självklart uttalade i sjukskrivningskonsultationen och det krävs att läkaren är beredd att fråga om patientens syn och sedan vara beredd att utlösa krisen som det innebär för den sjukskrivne att släppa hoppet om fullständig bot.

I tillägg till bättre och mer sakliga bedömningar genom tydligare regelverk, mer väldefinierade bedömningsstationer och instrument för ett sakligare underlag finns ett behov av att ägna särskild uppmärksamhet åt betydelsen av mötet i sjukskrivningskonsultationen.

Det gäller särskilt läkarna som får en avgörande roll för den viktiga etableringsfasen. Men det gäller också andra inblandade handläggare och tjänstemän.

Utan systematiska utbildningsinsatser och en professionell förmåga att genomföra goda möten också inom socialförsäkringens ram finns det risk att intentionerna med andra förslag kan utebli. Det är genom goda personliga möten som en väsentlig kvalitetsförbättring kan komma till stånd också när det gäller individens delaktighet och förståelse av sjukskrivningsprocessen.

9.3 Anpassningsfas – arbetsgivarnas roll

Efter tre månader har mycket hänt. Över 60 procent av alla som fått sjukpenning har blivit friska och återgått till sina arbeten (eller till arbetslöshet). Det är, och det trots att totalantalet nya sjukskrivna sjunkit, en betydligt större andel än för tre år sedan, när åtta procentenheter färre hade återgått inom den tidsperioden. De senaste åren har framför allt de kortare fallen blivit allt kortare, något som understryker att något hänt i sjukvården. En del har också kunnat återgå därför att anpassningar skett på arbetsplatsen. Även många arbetsgivare kan alltså förutsättas ha visat ett ökat intresse för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, något som också stämmer med de allmänna intrycken.

Försäkringskassan ska efter senast 60 sjukdagar ha ärendet hos lokalkontoret (LFC), men i takt med att allt flera kommer att ha flera sjukperioder med kortare mellanrum än 90 dagar, kan det förutses att färre kommer att ha hunnit till LFC i god tid innan dag 90 i rehabiliteringskedjan. För att frågan om anpassning av det egna arbetet eller annat arbete hos arbetsgivaren ska komma igång tidigt är det alltså viktigt att arbetsgivarna tar ansvar för fastlagda och självinitierande rutiner för arbetsplatsernas arbete med sjukskrivningar.

Något som under alla förhållanden får anses ligga i den personliga handläggarens uppdrag är att fram till dag 180 etablera en personlig kontakt med den försäkrade. Därigenom kan den försäkrade göras medveten om villkor och förutsättningar för den fortsatta processen och därmed också bli delaktig och drivande i sin egen rehabiliteringsprocess.

När en personlig handläggare på LFC fått ärendet, inte sällan antagligen i närheten av dag 90, kan hon eller han trycka på för

kontakter eller insatser som inte blivit av, t.ex. genom att ordna avstämningsmöte. Några skarpa redskap för att tvinga arbetsgivare som säger sig inte ha några anpassnings- eller omplaceringsmöjligheter har emellertid inte Försäkringskassan.

Rehabiliteringskedjan har inte inneburit någon formell förändring av lagstiftningen som gäller rehabiliteringsansvar, omplaceringsskyldighet eller anställningstrygghet. I praktiken kan det dock hävdas att en redan tidigare svårpreciserad relation mellan olika lagrum har blivit ytterligare komplicerad.

Arbetsgivarens skyldigheter när en anställd blir sjuk följer av samspelet mellan lagen om anställningsskydd (LAS), arbetsmiljölagen (AML) och lagen om allmän försäkring (AFL).

Av förarbetena till LAS och Arbetsdomstolens praxis framgår att sjukdom och därav följande arbetsoförmåga inte i sig utgör saklig grund för uppsägning. För att en nedsättning av arbetsförmågan till följd av sjukdom ska kunna utgöra saklig grund krävs att nedsättningen ska vara stadigvarande och dessutom så väsentlig att arbetstagaren inte längre kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Vid prövning av saklig grund bedöms om arbetsgivaren fullgjort sitt rehabiliteringsuppdrag. En formell omplaceringsutredning ska göras innan det kan bedömas finnas saklig grund för uppsägning. En omplaceringsutredning innebär att arbetsgivaren ska pröva om arbetsförmåga och kvalifikationer i övrigt är tillräckliga för att klara något ledigt arbete hos arbetsgivaren.

I AFL framgår att arbetsgivaren ska svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering tillbaka till arbete hos arbetsgivaren. Kraven på att arbetsgivaren ska anpassa arbetet framgår av AML, där det sägs att arbetsgivaren ska anpassa arbetet efter arbetstagarens individuella förutsättningar. Arbetsgivaren ska ha gjort "vad som skäligen kan krävas" för att den anställde ska kunna behålla sin anställning. Det krävs alltså en bedömning av vad som är rimligt för olika arbetsgivare med olika resurser och förutsättningar. Arbetsgivaren har dock ingen skyldighet att inom ramen för rehabiliteringsansvaret utvidga verksamheten eller skapa nya arbetsuppgifter.

Rehabiliterings- och omställningskraven kan alltså sägas vara tämligen mjuka krav gentemot arbetsgivaren. Försäkringskassan ska visserligen enligt AFL i samråd med den försäkrade "se till" att behovet av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering, men arbetsgivaren avgör i

stort sett själv vad som är rimligt. Några sanktioner eller ekonomiska drivkrafter finns egentligen inte.

LAS-reglerna om uppsägning är däremot skarpa och ger ett omfattande och formellt skydd mot uppsägning vid sjukdom.

Många arbetsgivare har naturligtvis ett eget intresse av att ha väl fungerande rehabiliterings- och omställningsverksamhet och därtill resurser som gör det möjligt. Många andra arbetsgivare står emellertid rätt frågande inför vad som egentligen finns att göra, när det ska göras och vilka resurser som egentligen ska och kan användas effektivt för rehabilitering. En inte oförklarlig reaktion har därför ofta varit ett tämligen passivt förhållningssätt till rehabilitering, men heller ingen aktivitet för att säga upp en sjuk medarbetare. Det är sannolikt att dessa dubbla argument för passivitet kan ha bidragit till de långa sjukskrivningar som varit den svenska sjukförsäkringens kännetecken.

När rehabiliteringskedjan nu genom fasta tidsgränser gör att fortsatt sjukskrivning oftare kommer att ifrågasättas har visserligen ingen formell förändring skett. I praktiken tillkommer dock ett nytt riskmoment i form av bristande försörjning för den tidigare sjukskrivne. Det kan komma att innebära att tidigare sjukskrivna finner sig på arbetsplatsen trots att de egentligen saknar arbetsförmåga i sitt gamla arbete. Kravet på rehabilitering och anpassning skulle därmed kunna öka.

Risken att stå utan försörjning får ändå sägas väga tyngre för individen än för arbetsgivaren. Att komma tillbaka till en motvillig arbetsgivare som inte visat något intresse för hjälpa den sjukskrivne tillbaka kan sannolikt upplevas som så konfliktladdat att individen väljer att ställa sig till arbetsmarknadens förfogande för att istället kunna uppbära a-kassa. Därmed förloras anställningsskyddet hos den gamla arbetsgivaren. Den balans som tidigare funnits mellan utebliven rehabilitering och fortsatt arbetsgivaransvar har därmed vägt över till en situation där en passivitet i rehabiliteringsfrågan kan förenkla för arbetsgivaren att säga upp individen.

Om det arbetsmarknadsstöd som vi tidigare föreslagit kommer till stånd för personer som efter dag 180 sannolikt kan försörja sig genom ett annat arbete på den reguljära arbetsmarknaden riskerar dessutom situationen att förvärras till den sjukskrivnes nackdel. För att få del av den särskilda insatsen för att hitta ett annat arbete torde förutsättningen vara att personen står till arbetsmarknadens förfogande. Individen har då att välja mellan att antingen gå tillbaka till en motvillig arbetsgivare, av honom begära rehabilitering och

missa den särskilda omställningshjälpen från samhället eller att avsäga sig sin anställningstrygghet och få del av omställningsstödet. I praktiken kan man därmed i sådana fall tycka att risk och skyldigheter ensidigt landat på individen och lättat för arbetsgivare som försummat att uppfylla kraven på anpassning och rehabilitering.

Ett sätt att skapa bättre balans mellan rättigheter och skyldigheter hos såväl arbetsgivare som arbetstagare kan vara att skapa ekonomiska drivkrafter för att arbetsgivaren i tid före dag 180 genomför sina skyldigheter när det gäller rehabilitering och omställning.⁷ Ett sådant förslag skisseras i kapitel 10.

9.4 Bedömning av medicinska förutsättningar för arbete – en professionell försäkringsutredning

Den skarpa tidsgränsen för bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden får sannolikt framför allt effekten att de som vill fortsätta i sitt gamla arbete kommer att om möjligt återvända innan gränsen inträffar eller åtminstone ha påbörjat en så bestämd återgång att de kan bli föremål för bedömningen att särskilda skäl gör att de inte behöver bedömas mot den reguljära arbetsmarknaden. De som kommer att bli föremål för den särskilda 180-dagarsprövningen blir därmed de som bedömer sig själva som antingen alltför sjuka för att överhuvudtaget kunna arbeta eller åtminstone för sjuka för sitt gamla arbete. Därtill kommer de arbetslösa sjuka som redan från början ska bedömas i relation till den reguljära arbetsmarknaden. Gruppen kommer därmed i huvudsak att bestå av personer som anser sig ha betydande besvär på grund av sjukdom eller tidigare sjukdom. De flesta lever sannolikt med föreställningen att fortsatt sjukskrivning är det mest naturliga.

Nu ska emellertid deras fall prövas i förhållande till försäkringsvillkoren. Kan de antas med stor sannolikhet kunna försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden har de inte rätt till fortsatt sjukskrivning.

Att när man upplever att sjukdom har lett till relativt stora aktivitetsbegränsningar hamna i en situation där man förutsätts byta arbete och sannolikt också yrkesinriktning (annars hade man

⁷ Notera dock att rehabiliteringsskyldigheterna i lagstiftningen är uttryckta i allmänna ordalag och inte uttryckligen är kopplade till rehabiliteringskedjans tidsgränser.

antagligen återgått till sitt gamla arbete) kan förutsättas upplevas som tämligen dramatiskt. Många knyter sin identitet starkt till yrke och arbete. Lång sjukfrånvaro tenderar att minska energi och självförtroende. Det blir då synnerligen angeläget att den beslutsprocess man möter inför ett beslut kan upplevas som professionell, rättssäker och respektfull.

Vi förordar starkt att Försäkringskassan inom sin egen organisation inrättar de professionella bedömningsteam som ska genomföra MFFA och att teamen därtill får ta hela ansvaret för såväl bedömning som beslut. Det viktigaste skälet är att det torde vara det mest effektiva sättet att snabbt utveckla såväl bedömningsinstrument som arbetsprocess kring instrumentet. Dels har försäkringen behov av tydliga och testade kriterier för vem som ska och vem som inte ska behöva försöka försörja sig själv. Dels behöver de som testas få känna att de verkligen möter dem som de uppfattar har deras öde i sina händer och känna att den bedömnings- och beslutsprocess de deltar i kan respekteras för att den sköts professionellt och rättssäkert.

Det säkraste sättet att säkerställa att utvecklings- och bedömningsprocess kan tjäna båda dessa syften är att göra inblandade parter fullt ut beroende av varandra och de möten som kommer till stånd. Den försäkrade ska veta att han eller hon möter någon av dem som är professionellt tränade att göra medicinska funktions- och aktivitetsbedömningar, som gör många sådana och som kan motivera varför bedömningen blir som den blir. Och den som gör bedömningen ska veta att hon eller han måste komma inte bara till ett utlåtande, utan till ett faktiskt beslut, som kan motiveras inför såväl den berörda individen, den egna organisationen som andra försäkrade som har rätt att bli bedömda på ett likvärdigt sätt.

Sättet att bemöta individen och förmedla resultat av prövningen kommer att få stor betydelse för hur framgångsrik bedömningsprocessen kommer att bli när det gäller att rätt bedöma vem som i praktiken kommer att visa sig kunna eller inte kunna försörja sig själv. Bemötandet i bedömnings- och beslutsprocessen kommer i sig själv att ha betydelse för om individen kommer att känna sig stärkt eller kränkt, något som i sin tur kommer att påverka fortsättningen för den som ska söka nytt arbete.

Vi tror också att det är en fördel att den lokala handläggaren helt kan överlämna det svåra beslutet rätt eller inte rätt till fortsatt sjukpenning efter dag 180 till specialister på aktivitetsbegränsningar till följd av sjukdom. Den lokala handläggaren kan då koncentrera

sig på att bygga allianser med och mellan den försäkrade, hans eller hennes arbetsplats och behandlande läkare. Därtill kommer den viktiga uppgiften att dokumentera sjukfallet på ett sådant sätt att bedömningsteamet får en fullödig bild av individens sjukhistoria och de insatser som gjorts eller inte gjorts tidigare.

För själva utvecklingsarbetet av MFFA torde ett eller flera medicinska team vara nödvändiga. Huruvida medicinska team senare ska ingå i den ordinarie organisationen för att bedöma medicinska förutsättningar för arbete är en organisatorisk fråga som Försäkringskassan själv bör äga. Med hänsyn till behovet av en stabil och sammanhållen professionell försäkringsbedömning på medicinsk grund förordar vi emellertid att frågan prövas som en del av utvecklingsarbetet.

9.4.1 Själva bedömningen

Bedömningsteam för MFFA kommer inte att behöva eller kunna finnas överallt. Förmodligen kommer ett tjugotal team att täcka behovet. Många kommer alltså att behöva resa till en huvudort om de ska undersökas och möta teamet, något som inte framstår som orimligt för att möta kvalificerade specialister inför ett viktigt beslut inför framtiden.

De som når dag 180 i rehabiliteringskedjan är mycket olika sjuka. Gruppen omfattar allt ifrån dem som är på väg tillbaka till sitt arbete till dödligt sjuka och helt invalidiserade personer. För att teamen ska kunna arbeta effektivt blir därmed förberedelsearbetet mycket viktigt. I god tid före aktuellt möte (som måste planeras in före dag 180) måste teamet ha tillgång till den sjukes akt, ordnad på ett sådant sätt att en god bild framträder av nuvarande tillstånd, historik, gjorda och planerade insatser samt bedömd sannolik utveckling. På den grunden ska den selektering göras som alltid är avgörande om specialiserade resurser ska användas på rätt sätt. I teamet bör finnas medicinsk, försäkringsjuridisk, psykologisk, ergonomisk, och arbetsterapeutisk expertis, som visserligen alltid ska vara beredd att samverka, men där olika specialister är olika lämpade att vara huvudansvarig, eller ingångskontakt, med teamet. Och som alltid bör inte sist anställd med minst erfarenhet göra selekteringen utan tvärtom den som har mest erfarenhet och kompetens, ofta, men inte alltid, en läkare.

I vissa fall kan beslut fattas utan något möte alls. Det gäller de svårast sjuka som uppenbart saknar förutsättningar att under närmaste halvår påbörja sin rehabilitering tillbaka till arbete. För dem kan beslut om fortsatt sjukpenning fattas utan särskild undersökning. Det bör också gälla många av dem som kan bedömas enligt regeln om särskilda skäl.

Särskilda skäl förutsätter med dagens formulering en tydlig diagnos med hög sannolikhet för full arbetsförmåga före dag 365, dvs. i stort sett okomplicerad konvalescens efter operativa eller andra behandlingar med tämligen säker prognos. Enligt vad vi erfarit tillämpas dock regeln på många håll framför allt när handläggaren gör bedömningen att en påbörjad återgång på deltid kommer att kunna leda till full återgång till arbetsgivaren inom närmaste halvår. Ofta ligger vaga diagnoser i botten. Vi finner det inte orimligt att en tydlig plan och påbörjad lyckosam upptrappning bör kunna medföra uppskjuten prövning enligt MFFA och vi föreslår därför (kapitel 6) en utvidgning med denna innebörd. Det bör emellertid i så fall kräva en tydlig regel och därefter noggrann uppföljning. Vad som dessutom framstår som helt avgörande är att det görs ett särskilt och tydligt motiverat ställningstagande som också kommuniceras, så att såväl individen som arbetsgivaren vet om att prövningen mot den reguljära arbetsmarknaden skjuts upp av särskilda skäl. Det som idag ofta sker – att den sjukskrivne helt enkelt får ett besked om fortsatt sjukskrivning utan närmare motivering – bör närmast ge motsatt signal. Istället för budskapet till den enskilde om särbehandling för att bedömningen gjorts att hon eller han är på väg att bli frisk blir ett enkelt fortsatt beslut om sjukskrivning snarast ett budskap om att personen bedöms som så sjuk att någon prövning mot den reguljära arbetsmarknaden inte görs. Ett tydligt ställningstagande till att särskilda skäl har tillämpats och varför är därför en viktig del i dialogen med den sjukskrivne.

Vi föreslår också att progressiva sjukdomar ska kunna leda till fortsatt sjukskrivning av särskilda skäl, även om en prövning av medicinska förutsättningar för arbete sannolikt skulle leda till resultatet att tillräcklig aktivitetsnedsättning ännu inte inträffat.

Till vårt samhälles framåtskridande hör att de allra flesta i aktiv ålder inte behöver räkna med sjukdomar med dödlig utgång eller svår invalidisering under sitt aktiva liv. Ändå sker det regelmässigt att människor drabbas. Att i ett samhälle, där man inte som tidigare i historien ständigt är tvingad att vara förberedd på plötslig död

eller invalidiserande sjukdom, ställas inför att man med stor sannolikhet har relativt kort tid kvar eller snart kommer att bli betydligt sämre, utlöser naturligtvis en existentiell kris som tar sin tid och hanteras mycket olika av olika människor. Det är vår bestämda föreställning att de allra flesta av sin sjukförsäkring förväntar sig att de, om de drabbades av komplicerad cancer, ALS, framskriden MS eller andra liknande tillstånd, skulle tillåtas vara sjukskrivna även om de för ögonblicket skulle kunna arbeta. Att rent av till följd av en fyrkantig bedömning av medicinska förutsättningar för arbete kräva att individen skulle överge en partiell närvaro hos sin arbetsgivare för att söka annat arbete vore direkt stötande och riskerar att underminera försäkringens legitimitet.

En fråga är om ställningstagande till särskilda skäl ska göras av den lokala handläggaren eller av bedömningsteamet. Vi förordar att ställningstagandet görs av teamet, oftast redan vid selekterings-tillfället och utan individuellt möte. Det är teamen som ska representera den speciella försäkringsmedicinska kompetensen och fungera som rättssäkra och professionella väktare av kvaliteten i de avgörande besluten dag 180. Många gånger kommer det att vara naturligt att direkt acceptera den lokala handläggarens förslag om fortsatt sjukskrivning på grund av särskilda skäl. Men som en särskild kvalitetssäkring och för en lika tillämpning kan det vara viktigt att det blir teamen som gör det slutliga ställningstagandet. Frågan tillhör emellertid de organisatoriska frågor som slutligen ägs av Försäkringskassan och kan prövas i försöksverksamheten kring utvecklingen av MFFA.

De flesta sjukskrivna ska dock infinna sig personligen för prövning mot MFFA. I selekteringsprocessen har en bedömning gjorts av vad som hittills framgår om diagnos, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Om akten framstår som ofullständig på dessa punkter kan kontakt tas med behandlande läkare eller handläggare. På så sätt kommer MFFA-teamen att kunna bli en tydlig kvalitetssäkrare och -utvecklare också av bedömningsprocessen tidigare under sjukfallet. Men det kan också hända att det framstår som nödvändigt att utnyttja någon av specialisterna i teamet för att med hjälp av deras verktyg få en tydligare bakgrundsbild av funktionstillståndet. Idén är dock att den som får uppdraget att genomföra själva MFFA-kartläggningen med den sjukskrivne ska ha tillgång till en medicinsk värdering och bedömning av individens sjukhistorik sådan den framträder i akten och med hjälp av eventuella tilläggsundersökningar av teamet.

För att den sjukskrivne ska bli en så jämbördig part som möjligt i mötet med teamet – något som för övrigt inte är helt enkelt att uppnå när ett professionellt teams samlade kompetens ställs mot en enskild sjuk person – är det viktigt att den sjukskrivne av den lokala handläggaren i förväg ges tillfälle att ta del av akten och själv ge uttryck för om bilden stämmer eller på vilket sätt den enligt den sjukskrivne inte gör det. Det kan påpekas att rätten att i akten få tillföra sin mening i Danmark t.o.m. är lagfäst.

Den samlade bedömningen av sjukhistoriken är framför allt till för att säkerställa eventuella aktivitetsbegränsningars samband med sjukdom. Är det naturligt eller rimligt att individens problem har samband med och står i rimlig proportion till föreliggande sjukdom? Den frågan måste besvaras, även om den egentliga MFFA-kartläggningen sedan detta är konstaterat ska stå på egna ben. Det är graden av faktiska aktivitetsbegränsningar sådana de mäts och värderas enligt instrumentet som avgör rätten till fortsatt sjukskrivning eller skyldigheten att försöka försörja sig själv.

Själva kommunikationen kring resultatet av kartläggning och beslut är en viktig del av konsultationen. I den mån som individen upplever besvikelse eller förundran inför besked om att fortsatt sjukskrivning inte är aktuell, är kommunikationen kring beslutet en viktig chans att understryka att ett positivt test visar på betydande aktivitetsförmåga och chans att komma vidare till ett aktivt liv. Som vanligt är det också viktigt att tydliggöra vad som kan förväntas vara nästa steg sedan personen fått sitt besked. Steget över till den arbetsmarknadsinsats som kan behövas bör vara väl förberett genom samarbetsrutiner som leder till snabb kontakt.

9.4.2 De som har tillräckliga medicinska förutsättningar för att försöka försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden

Att själv fortfarande känna sig för sjuk för att återgå till det gamla arbetet och ändå få beskedet att man förväntas försörja sig själv i ett annat arbete utlöser sannolikt något av en chock. De som kan komma antagligen att försöka återgå till sitt arbete, men en del kommer inte att kunna. Även om det kan vara bra att så tidigt som möjligt få klart för sig att någon långsiktig försörjning från sjukförsäkringen inte är att räkna med till följd av de aktivitetsbegräns-

ningar man har så ställs stora krav på mötet med den arbetsförmedlare som ska hjälpa till.

Den tidigare sjuke är nu att betrakta som arbetslös och en del av reaktionen kan jämföras med vad en just arbetslös kan förväntas känna. Om detta vet forskningen en del. Chock och sorg är normala första reaktioner. Det är emellertid också viktigt att se skillnaderna jämfört med den som "bara" blivit arbetslös. För den som förlorar sitt gamla arbete på grund av sjukdom tillkommer dessutom att hon eller han är individuellt drabbad och ska lära sig leva med effekterna av sin sjukdom. Risken är stor att beskedet att sjukskrivning inte längre är aktuellt utlöser en bitterhet hos individen som handlar om att känna sig övergiven och osedd i en utsatt situation.

Hur samhällsföreträdarna bemöter dem i denna situation är av yttersta vikt. Försäkringskassan har undersökt hur de som nekats fortsatt sjukpenning har reagerat.⁸ Den samlade bedömningen är att många reagerat mycket negativt. Många kände sig kränkta av beslutet och många kände sig också kränkta av bemötandet i anslutning till beslutet. Många hade uppfattningen att sjukpenning är en rättighet för den som känner sig för sjuk för att arbeta och har ett "sjukintyg" från en läkare. Därtill upplever många också försäkringen som en yrkesförsäkring, vilket gör att de saknar förståelse för kravet att söka ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Flertalet hade velat ha ett personligt möte med en handläggare som kunnat förklara beslutet. Få uppger sig ha fått till stånd ett möte och många uppger att de uppfattar avslagsbeslutet som en misstro från försäkringskassan. Att överklaga beslutet har varit ett sätt att söka upprättelse. I rapporten dras slutsatsen dels att det är viktigt att skapa rätt förväntningar på försäkringen hos de försäkrade, dels att personliga möten som präglas av professionalitet, saklighet och ett empatiskt förhållningssätt tycks vara en grundförutsättning för att fler ska förstå och acceptera ett för dem negativt beslut.

Med bedömningsteamerna med medicinsk personal skapas förutsättningar för personliga möten, som kan säkra att individen får föra diskussionen om sitt medicinska tillstånd med professionellt kompetent personal. Det blir också en viktig uppgift att utbilda och stödja de försäkringshandläggare i teamen som sannolikt

⁸ Försäkringskassan analyserar 2007:2.

kommer att få som en av sina uppgifter att förklara för dem som inte längre får rätt till sjukpenning hur försäkringsreglerna ser ut.

Ur professionell synvinkel är det också mycket viktigt att se att den arbetsmarknadspolitiska tjänsteman som kommer att stå för nästa möte med individen inte har samma uppdrag som en arbetsförmedlare normalt sett har att matcha ihop en person med sin givna yrkesbakgrund med arbetsmarknadens arbetsutbud. Här tillkommer ett sannolikt behov av omorientering och omställning orsakat av sjukdom och sannolikt ofrivilligt. Det behövs både allmän förmåga att motivera en person som upplever sig ha aktivitetsbegränsningar på grund av sjukdom och förmåga att hitta lämpliga arbeten att ställa om till. Eftersom upplevelsen av brist på respekt för den sjuklighet individen upplever sig ha är ett genomgående drag är särskilt förmåga till empatiskt förhållningssätt en förutsättning. Samtidigt finns annan kunskap om att bara en bestämd inriktning mot arbete ger förutsättningar för framgångsrik rehabilitering tillbaka till arbete. Här föreligger alltså behov av att utveckla en särskild professionell inriktning inom arbetsmarknadspolitikens ramar.

9.4.3 Vad kan individen förvänta sig?

Rehabiliteringsfrågorna inom sjukförsäkringen och samhällsorganisationen kring dem fick i en skrift från Socialförsäkringsutredningen den historiesammanfattande titeln Rehabilitering – ett långt lidandes historia⁹. Fram träder bilden av ideliga utredningar under tiotals år, oklara uppdrag, stora förhoppningar och små resultat. Mot den bakgrunden finns skäl att ytterligare precisera vad som redan bör ha framgått: De insatser och det stöd vi föreställer oss ska finansieras inom sjukförsäkringen ska ha konsekvent inriktning mot konkret återgång till arbete. Insatserna måste ingå i systematiska arbetsmarknadsprogram, professionaliseras, utvärderas och utvecklas genom successivt lärande hos den organisation som får uppdraget att genomföra den specifika arbetsmarknadspolitik som ska syfta till att hjälpa gruppen sjuka eller tidigare sjuka att om möjligt ta sig tillbaka till arbete.

Sedan detta är sagt måste det också tydliggöras att den berörda gruppen är ytterst heterogen. Den består av unga och gamla, mycket sjuka och närmast fullt återställda, välutbildade och

⁹ Samtal om socialförsäkring Nr 10.

resursstarka och dem som ödet drabbat inte bara med sjukdom, utan också andra präglade livsöden. De program som utvecklas måste alltså vara både starkt *fokuserade* och starkt *individualiserade*. Själva den grundläggande idén är att människor, trots kvarvarande hälsoproblematik, ska se, förstå och ta tag i sina möjligheter att försörja sig själva.

Den allra mest komplicerade frågeställningen handlar då om motivation.

Å ena sidan vet vi att vilja, motivation och lust är nyckelbegrepp. Å andra sidan ska individens personliga preferenser inte inverka på försäkringens bedömning av om en person har försörjningsförmåga eller inte. Då ska medicinska förutsättningar för arbete och individuella resurser vara avgörande.

Rehabiliteringskliniken Spinalis, specialiserad på ryggmärgsskadade, arbetar av förklarliga skäl mycket med frågor om motivation. Den stora patientgruppen är unga män, som kommer att få tillbringa sitt liv i rullstol. Förutom de direkta konsekvenserna av ett neurologiskt funktionshinder upplever de flesta en djup existentiell oro och ångest, betingad eller utlöst av den konkreta situationen. Detta tillstånd av existentiell oro och ångest är oftast inte uttryck för psykisk sjukdom. Enligt läkarna Claes Hultling och Richard Levi¹⁰ är det snarare ett ”filosofiskt tillstånd” som uppstår då livsvillkoren är osäkra och individen tvingas ifrågasätta sin hittillsvarande (artikulerade eller oartikulerade) livsåskådning. Frågor som kräver svar kan vara: Varför drabbades just jag? Är detta ett straff? Vilken är nu livets mening? Vad ska jag nu göra? Vilket värde som människa har jag nu? osv.

Liknande situationer uppträder i de flesta människors liv, förr eller senare. Inte bara egna hälsoproblem, utan även närståendes ohälsa, dödsfall, separationer, åldrande, m.m. utgör inkörsportar till det filosofiska tillståndet.

På Spinalis, som har långtgående ambitioner när det gäller återgång till ett aktivt och självständigt liv, har man länge arbetat med psykoterapi och KBT. Sedan ca ett år har man också lagt till filosofistudier som ett sätt att ta tillvara den unika möjligheten till *omprövning* som det filosofiska tillståndet kännetecknas av. Att patienten i en ny livssituation kan uppleva vilja, motivation och lust är så avgörande för rehabiliteringen eftersom individen inte kan

¹⁰ Enligt samtal och korrespondens med Claes Hultling, Spinalis.

”låta sig” rehabiliteras, så som man exempelvis kan låta sig opereras. Patienten måste, med hjälp, rehabilitera sig själv.

Utän vilja, motivation och lust kan man inte rehabilitera sig själv. Vilja, motivation och lust är nära kopplade till *mening*. Många gånger måste personen först söka och finna för sig själv tillfredsställande svar på frågorna som dominerar det filosofiska tillståndet innan motivationen och lusten kan återvända. Varje större livsförändring kommer naturligen att väcka försök till tolkning och mening. Eftersom ”mening” är ett centralt begrepp inom filosofin blir filosofi enligt Hultling ett viktigt redskap i praktiskt rehabiliteringsarbete. Man arbetar därför med att hela personalgruppen ska kunna genomsyras av ett filosofiskt förhållningssätt, dvs. få patienterna att återfå vilja, lust och motivation på basen av en genomtänkt livs- och världsåskådning.

Exemplet från Spinalis utvecklingsarbete nämns här inte för att vi förordar metodiken i allt rehabiliteringsarbete. Spinalis patientgrupp är extremt drabbad av en totalt omvälvande livssituation, där ofta friska, unga, djarva och företagsamma människor i ett slag måste totalt omvärdera sin framtid. Deras rehabiliteringstid är ofta mångårig och även särskilt resurskrävande och mera okonventionella metoder behövs och kan motiveras i det individuella fallet. Exemplet kan emellertid ge en insikt i hur varje individ som utsätts för att behöva omvärdera sina livsutsikter kan behöva stöd för att hitta den motivation som kommer att bli avgörande för om hon eller han kommer att uppleva sig styra sitt eget liv när omställning blir nödvändig.

Slutsatsen för de arbetsmarknadsinsatser som ska göras mellan dag 180 och 365 är att de bör innehålla kvalificerat motivationsarbete med inriktning mot framtida arbete. Det bör finnas utrymme för att bejaka lust och intresse hos individen, även om det hela tiden måste göras klart att bedömningen av rätt till förlängd sjukpenning från dag 365 mera strikt kommer att kräva att försörjningsförmåga av vilket slag det vara må ska utnyttjas. Finns försörjningsförmåga, kommer därefter inte sjukpenning längre att betalas ut. Den individ som genom yrkesvägledning eller anlagstest förstått att han eller hon egentligen drömmer om ett arbete som kräver fortsatta långvariga studier kan kanske ändå välja att utanför sjukförsäkringen söka sig sin egen väg fram. Och fram till dag 365 bör finnas ett utrymme för den som i den nya processen har en bevisad nedsättning av de medicinska förutsättningarna för arbete att få pröva vad man *vill* och inte bara vad man kan.

Grundbegreppet är respekt. Den individ som efter lång tid fortfarande är drabbad av hälsoproblem, men ändå kan bedömas klara av ett annat arbete ska, till skillnad från vad som i praktiken gällt tidigare, avkrävas försök att försörja sig själv. Särskilt i en arbetsmarknad med stor arbetslöshet är uppgiften komplicerad. Den kräver vilja och motivation av individen, vilket i sin tur kräver att individen känner sig respekterad i den situation av påverkan av sjukdom hon eller han befinner sig i även om sjukpenning inte längre är lösningen. Den kräver också professionella stödresurser med stor arbetsmarknadskunskap och effektiva arbetsmarknads-politiska verktyg anpassade för grupper med olika hälsoproblem.

9.4.4 Efter dag 365

Senast dag 365 ska för alla sjukskrivna en bedömning av försörjningsförmågan vara gjord av Försäkringskassan. I botten finns en uppdaterad MFFA-bedömning och till sin hjälp har försäkringskassehandläggaren också den arbetsmarknadsorienterade resursprofilen. Den som har kompensering resurser i form av ungdom, utbildning, arbetserfarenhet, andra erfarenheter och tillräcklig omställningsförmåga blir inte längre sjukskriven trots nedsatta medicinska förutsättningar för arbete. Om arbetsmarknadsstödet mellan dag 180 och dag 365 fungerar väl är förutsättningarna goda för att individen känner sig förberedd för och motiverad att söka sig vidare. Om någon omställningsinsats krävs för försörjningsförmåga, vanligen utbildning eller praktik, har individen potentiell arbetsförmåga och får förlängd sjukpenning i väntan på och rehabiliteringspenning under insatsen i tillsammans 365 dagar.

Många utbildningar är längre än så, men får då finansieras med sedvanlig vuxenutbildningsfinansiering för de unga personer för vilka även långa studier kan ingå i potentiell förmåga eller för övriga som hellre väljer en lång än en kortare utbildning därför att den leder till ett mera önskat arbete. Däremot finns det med en ettårig begränsning knappast skäl för att det ska vara uteslutet att påbörja en längre utbildning, även en universitetsutbildning, som man efter det första året är beredd att själv ta ansvar för. Att ge utrymme för individens eget val och egen ambition ökar sannolikheten för framgångsrik återgång i arbete.

Om allt har gjorts rätt fram till dag 365, inklusive en prövning av rätt till sjukersättning, är det förmodligen inte så många som

kommer att passera dag 365 med sjukpenning. Gruppen kommer att framför allt bestå av personer som på grund av sjukdom inte har full arbetskapacitet, men som med tur och skicklighet skulle kunna arbeta partiellt eller i ett skyddat arbete. Därtill kommer de som saknar medicinska förutsättningar för arbete, men för vilka man inte kan avgöra om nedsättningen är stadigvarande samt en mindre grupp med mycket lång rehabiliteringstid med mer eller mindre sannolikt tillfrisknande.

Huruvida dessa personer, som samtliga är drabbade av sina sjukdomars effekter, ska uppleva att de är väl försäkrade och väl behandlade är helt avhängigt den fortsatta processen.

Grundbegreppet är återigen respekt. Att knyta särskilda och kraftfulla arbetsmarknadsresurser till sjukförsäkringen är ett sätt att visa de försäkrade att deras situation tas på allvar. Vi kommer dessutom i kapitel 10 att lyfta frågan om hur man bör se på försäkringens bortre parentes för dem med svagast förutsättningar om rehabiliteringskedjan bestämda bedömningstidpunkter och tidig kraftfull arbetsmarknadspolitik visar sig fungera väl. Kanske kan vad som sker efter rehabiliteringskedjan göras beroende av att arbetsmarknadsinsatserna verkligen ger möjligheter till egen försörjning helt eller delvis, utan subventioner eller med. Om samhället utvecklar sin förmåga att utnyttja den kvarvarande förmåga som med rätt förutsättningar de allra flesta har också efter lång tids sjukdom bör denna förmåga utnyttjas. Men om samma person efter ansträngning och med god hjälp av skickliga arbetsvägledare inte hittar en lösning på 915 dagar skulle det kunna ses som en indikation för sjukersättning. Detta skapar balans mellan rättigheter och skyldigheter på ett sätt som bör främja medborgarnas respekt för och tillit till sin försäkring.

10 Övriga frågor

Arbetsförmåga och Sjukdom är de två kärnbegreppen i sjukförsäkringen. Kring dem formas sjukförsäkringens regelverk, dvs. försäkringens villkor och därmed försäkringens betydelse för de försäkrade. Den allmänna försäkringen omfattar alla individer och alla sjukdomar, vilket borgar för ett närmast oändligt antal möjliga utfall av situationer på individnivå. När ett nytt regelverk ska sättas på plats blir därmed risken stor att den regel som fungerar som tänkt för flertalet situationer ändå får orimliga eller icke önskade konsekvenser för vissa individer. Vi har i det föregående därför föreslagit vissa anpassningar i det regelverk som direkt berör rehabiliteringskedjan. Därutöver kan finnas anledning att överväga om de nya reglerna för att fungera väl egentligen förutsätter följdändringar på områden som vid första påseende kan tyckas ligga relativt långt ifrån själva kärnfrågan.

Vi föreslår i detta betänkande bedömningsinstrument och processteg som kan förväntas säkerställa i praktiken det som redan före rehabiliteringskedjan varit avsikten teoretiskt, nämligen att krav på omställning till annat arbete faktiskt kommer att ställas. Det finns då anledning att peka på några frågor som till synes inte direkt berörs av våra förslag, men som kan vara viktiga för framgångsrika omställningar i praktiken. Vi utformar i det följande inga färdiga förslag, men beskriver några områden som är värda att överväga inför framtida utredningsarbete och vidareutveckling.

10.1 Partiell sjukersättning

10.1.1 Anpassat eller partiellt arbete

Prövningen av ”medicinska förutsättningarna för arbete” vid 180 dagar görs mot heltidsarbete. Att ha tillräckliga förutsättningar innebär att man med stor sannolikhet kan klara ett heltidsarbete på

den reguljära arbetsmarknaden. Den som har tillräckliga förutsättningar har inte rätt till fortsatt sjukpenning, varken hel eller partiell. Den som saknar tillräckliga förutsättningar kan dock mycket väl ha en fortsatt partiell sjukpenning efter dag 180. Vid dag 365 väcks frågan om partialitet igen, både i relation till eventuell förlängd sjukpenning och i relation till eventuell sjukersättning.

Prövningen av "försörjningsförmågan" vid dag 365 gäller likaså i första hand om det finns tillräcklig aktuell eller potentiell försörjningsförmåga i relation till heltidsarbete på den reguljära arbetsmarknaden. Det gäller även för den som har någon form av partiell sjukpenning innan dag 365. Här finns inte längre några undantag från prövningen mot den reguljära arbetsmarknaden. För den som inte har en tillräcklig sådan förmåga väcks frågan om det finns någon form av partiell eller begränsad förmåga som ändå kan tas tillvara.

Införandet av ett separat arbetsmarknadsbegrepp vid prövning av sjukersättning kan sägas representera hur en sådan partiell förmåga kan förstås. Begreppet "hela arbetsmarknaden" är tänkt att fånga in förmåga som kan finnas i relation till anpassade och subventionerade arbeten som inte kan sägas vara en del av den reguljära arbetsmarknaden. Det är då frågan om en form av partiell förmåga som kan tas tillvara på olika sätt men alltid antas kräva någon form av subvention eller organisatorisk särlösning på arbetsplatsen.

Frågan blir om det är möjligt att skilja på vad som är partiell förmåga i relation till den reguljära arbetsmarknaden respektive hel förmåga i relation till hela arbetsmarknaden. Går det egentligen att föreställa sig en objektiv och rimlig bedömning som klarar att skilja på en person som antas klara ett "vanligt" halvtidsarbete från en person som antas klara ett heltidsarbete med 50 procentigt lönebidrag? Vår syn är att det är en grad av finkornighet i bedömningen som i den mån den ska förekomma riskerar att bli närmast helt godtycklig.

Det är också så att en bedömning av att någon har en partiell förmåga mycket sällan vilar på en rent teoretisk bedömning. I praktiken handlar det normalt sett om att respektera en redan existerande partiell arbetsinsats. Den som arbetar halvtid och uppbär halv sjukpenning har de facto kommit att anses ha halv förmåga. Denna form av de facto-partialitet utgör den absolut vanligaste grunden för att bevilja partiell sjukersättning. Det är sällsynt att en sådan förmån "bedöms" fram utan grund i existerande arbetsförhållanden.

Vi ifrågasätter alltså om det verkligen går att skilja en person som kan utföra ett halvtids- men inte ett heltidsarbete på den reguljära arbetsmarknaden från en person som kan utföra ett heltidsarbete på hela arbetsmarknaden med hjälp av en 50-procentig lönesubvention. Slutsatsen blir att det inte heller är önskvärt. Vår slutsats är att det främst är personer som saknar försörjningsförmåga i relation till den "reguljära" arbetsmarknaden men som har försörjningsförmåga i relation till "hela" arbetsmarknaden, dvs. har behov av subvention eller anpassning, som kan anses ha en "partiell" försörjningsförmåga.

10.1.2 En annorlunda partiell sjukersättning

Sjukersättning kan i det svenska systemet fås i samma delar som sjukpenning, nämligen som $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ eller $\frac{3}{4}$. Partiell förtidspension är internationellt något vanligare än partiell sjukpenning, men en tendens som iakttagits av OECD är att allt fler överväger den väg som Danmark valt. Danmark har avskaffat möjligheten till partiell förtidspension och istället infört s.k. "fleksjobb". Ett fleksjobb innebär att arbetsgivaren erhåller en permanent lönesubvention som kompensation för personens produktivetsförlust till följd av reducerad arbetsförmåga. Lönesubventionen kan uppgå till högst två tredjedelar av lönen. Den anställda i fleksjobbet får reguljär lön. Den vars arbetsförmåga är nedsatt med minst två tredjedelar får hel förtidspension.

Det danska systemet svarar egentligen logiskt bättre mot den effekt som normalt uppstår till följd av funktions- och aktivitetsnedsättning på grund av sjukdom. Det torde vara ganska ovanligt att den individ som t.ex. får halv sjukersättning kan prestera fullt mellan kl. 08.00 och 12.00 och ingenting alls mellan 13.00 och 17.00. Vanligare är sannolikt att funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen leder till att produktionskapaciteten är nedsatt så att det som tidigare blev gjort på fyra timmar nu tar åtta. Det särskilt problematiska med kravet att det är arbetstiden som ska kortas är att arbetsgivaren inte får den normala prestationen under de timmar han betalar för och därmed har mindre intresse av att ta tillvara den arbetsförmåga som finns. Det lönar sig helt enkelt ofta inte.

Socialförsäkringsutredningen diskuterade i ett av sina publicerade PM ett annorlunda sätt att se på partiell arbetsförmåga som

skulle kunna binda ihop partiell förmåga med subventionsbehovet. Vi citerar:

Ett sätt att försöka komma tillrätta med bristerna i nuvarande system skulle kunna vara att förändra normen så att det blir *kravet att prestera* som minskas istället för *antalet arbetade timmar*. För den som arbetar heltid och beviljas halv sjukersättning halveras alltså prestationskravet medan arbetstiden förblir oförändrad. Arbetsgivaren skulle precis som i dag betala lön för fyra timmars arbete och samtidigt se till att den anställdes prestationskrav per arbetad timme halveras.

Portvakten bör dock kunna besluta att arbetstiden ska kortas om det är uppenbart att sjukdomen har egenskaper som talar för det. Sådana undantag bör bara ges när det handlar om ofta förekommande och tidskrävande medicinsk behandling eller när det är uppenbart att nedsättningen handlar just om att kunna arbeta halva den tid man tidigare arbetat. Men det normala bör vara nedsatt prestationskrav under oförändrad arbetstid. Bara då finns i allmänhet de ekonomiska skälen för arbetsgivaren att ta tillvara den restarbetsförmåga individen faktiskt har. Friskvård i form av promenader, vilostunder, gymnastik m.m. bör inte motivera undantag, utan utgör just sådan anpassning av arbetskraven som den partiella ersättningen ska motivera. Att det kan finnas arbetsuppgifter som inte går att utföra i långsammare takt bör inte heller få motivera undantag. Det är alltid arbetstagarens nedsatta arbetsförmåga som ska vara utgångspunkten vid beslutet.

Förändringen skulle innebära att den anställde får en lön som motsvarar den prestation som är möjlig med tanke på sjukdomen och därutöver ersättning från sjukförsäkringen som (delvis) kompenserar det inkomstbortfall som sjukdomen orsakar. Det hela är helt i linje med hur en försäkring bör fungera. Arbetsgivarna får vad de betalar för – halv prestation för halv lön. Sjukförsäkringens utbetalning är inte en kompensation till den arbetsgivare som har en anställd som inte kan prestera "normalt", utan resultatet av en (förhoppningsvis) väl fungerande sjukförsäkring.

Dagens system gör att arbetsgivaren i praktiken "bara" blir skyldig att anpassa arbetet så att den som har partiell sjukersättning ska kunna vara på jobbet färre timmar. Med den förändring som här diskuteras skulle arbetsgivarens skyldighet istället handla om att anpassa arbetet så att det går att prestera mindre när man arbetar. Vår uppfattning är att det är ganska få arbeten som inte kan anpassas och om arbetsgivaren anser att det är omöjligt får han göra det bästa av situationen eller – om den anställde är intresserad - hjälpa till att hitta en annan arbetsgivare. Det bör vara enklare för arbetsgivaren att hitta lösningar när lönekostnaden per timme sänks eftersom arbetsuppgifter som normalt inte "bär sig" då kan bli ekonomiskt försvarbara.¹

¹ <http://www.sou.gov.se/avslutadeutred/departementsordning/social>
Klicka på S 2004:8, PM 2 Sjuk men delvis arbetsförmögen.

Utredningen om försörjningsförmåga bör också omfatta eventuell partiell försörjningsförmåga. Arbetet med resursprofilen avser att skapa en mera differentierad och individualiserad bild av den enskildes eventuella kompenserande resurser och faktiska situation. Till detta hör också att ställa frågan om individen kan mobilisera delar av full arbetsförmåga trots betydande medicinska problem. På så sätt kommer frågan om partiell ersättning åter in i beslutsprocessen.

Man kan kanske tycka att det befintliga lönebidraget kan tillgodose behovet av ett subventionerat arbete. Frågan är dock om dagens form av lönebidragsanställningar inom ramen för arbetsmarknadspolitiken riktigt svarar mot behovet för gruppen. Lönebidragen bedöms i relation till ett bestämt arbete och är att betrakta som omställningsbidrag, som så småningom förutsätts trappas av. Partiell sjukersättning kommer emellertid inte ifråga om inte nedsättningen kan anses vara stadigvarande. Den förutsätts också kunna bedömas fram utan att ett specifikt arbete finns att pröva den emot.

Vi anser alltså en ny form av partiell ersättning i form av sjukersättning för partiell förlust av försörjningsförmåga borde övervägas. Ersättningen bör utgå i relation till *nedsatt produktivitet* i förhållande till vad som krävs för försörjning på den reguljära arbetsmarknaden, normalt i relation till full tids arbetsnärvaro. Undantagsvis kan nedsättning *i tid* vara motiverat av rent medicinska skäl, exempelvis för den som har svår reumatism eller cystisk fibros som kräver behandlande insatser vid varje dags början.

Den partiella sjukersättningen liknar därmed lönebidrag, men skiljer sig från lönebidraget genom att det för sjukersättning krävs stadigvarande förlust av försörjningsförmåga, d.v.s. att den partiella sjukersättningen kan förväntas bestå och alltså inte kan förutsättas kompenseras av ett omställningsbidrag. Därmed uppstår en intressant möjlighet för arbetsgivaren att anpassa arbetet utan risk för att subventionen kommer att försvinna. Det skulle alltså gå att inrätta arbeten som i dag rationaliseras bort därför att produktivitet/kostnads relationen inte blir lönsam. Till skillnad från lönebidraget bedöms behovet av ersättning inte heller i relation till ett specifikt arbete utan i relation till individens medicinska funktions- och aktivitetsbegränsning i förhållande till allmän försörjningsförmåga. Individen kan alltså sägas bära med sig en delförsörjning ut på arbetsmarknaden som medför att arbetsgivaren *ska* sätta ned prestationskrav och får minska betalning i motsvarande mån.

Att arbetsgivarna verkligen sätter ned prestationskraven är viktigt för att de fackliga organisationerna ska kunna godta nedsatt betalning och det är därför viktigt att de fackliga organisationerna får delta i beslutsprocessen att anställa eller behålla en person med partiell sjukersättning och reducerad lön.

Personer som av Försäkringskassan bedömts ha en stadigvarande nedsatt försörjningsförmåga skulle med denna typ av lönebidrag få en chans att hitta en väg tillbaka till arbete. Det krävs fortfarande att man hittar ett arbete där subventionen kan användas men Arbetsförmedlingen skulle ha en skyldighet att på basis av Försäkringskassans bedömning arbeta med att hitta sådana arbeten. Individen kan också själv söka lämpligt arbete och med hänvisning till vissa sjukdomsbesvär erbjuda sina tjänster till en lönekostnad som är anpassad till graden av produktiv försörjningsförmåga.

Vi finner denna form av partiell sjukersättning väl motiverad att utreda vidare. Den största tveksamheten inför våra förslag om ett särskilt arbetsmarknadspolitiskt program för sjuka tycker vi oss möta när det gäller om arbetsmarknaden verkligen är beredd att ta emot dem som har kvardröjande problem på grund av sjukdom. Med en partiell ersättning som kompenserar arbetsgivaren för nedsatt produktivitet och den försäkrade för den lägre lönen bortfaller det starkaste argumentet för att det kan vara svårt att göra anpassningar på arbetsplatserna.

10.2 Särskild inkomstutfyllnad till personer som övergår till ett lägre betalt arbete

Förtidspensionsutredningen föreslog 1997 på principiella grunder att den som på grund av sjukdom övergår från ett arbete till ett annat arbete som är lägre betalt än det tidigare arbetet skulle erhålla särskild inkomstutfyllnad med ett belopp som motsvarade skillnaden mellan förtidspension i det tidigare arbetet och faktisk lön i det nya.²

Utredningen påpekade att inkomstbortfallsprincipen bygger på tanken att den som blir sjuk ska slippa drabbas av så stort inkomstbortfall att livet helt förändras och att denna princip också gäller om arbetsförmågan helt bortfaller. Att den som däremot tvingas lämna ett välbetalt arbete och ta ett annat med betydligt lägre lön

² SOU 1997:166.

helt skulle sakna försäkring för denna förlust tedde sig för utredningen inte rimligt och dessutom som ett hot mot en framgångsrik arbetslinje. Utredningen kunde vidare påvisa att Försäkringsdomstolen bl.a. i en dom under tidigare lagstiftning (TAF 29/1967) gjort just den tolkning som motsvarade vad utredningen föreslog.

Förtidspensionsutredningens förslag får förnyad aktualitet om rehabiliteringskedjans krav på omställning ska kunna möta förståelse om någon tvingas arbeta med en lägre lön än vad den som får full sjukersättning får i ersättning. En ”strimma” av det föreslagna slaget kan också göra arbetsmarknadsmyndighetens arbete betydligt lättare när det gäller att hitta lösningar på arbetsmarknaden. Här gäller det inte ett subventionerat arbete utan ett arbete med låg betalning på den reguljära arbetsmarknaden. Att även reguljära arbeten med lägre betalning blir en realistisk möjlighet när det gäller sjukas omställning ökar förutsättningarna för framgång, men framgången är sannolikt också beroende av att individen inte förlorar på att arbeta jämfört med den som inte ställer om.

Det kan påpekas att den holländska inkomstbortfallsförsäringen innehåller en motsvarande regel.

Vi förordar alltså att det bör övervägas att den som på grund av sjukdom tar ett sämre betalt arbete kan ansöka om att få utfyllnad motsvarande skillnaden mellan vad sjukersättningen skulle ha blivit i det gamla arbetet och den nya lönen. På så sätt upprätthålls inkomsttryggheten och den viktiga principen att såväl betalning som förmån i sjukförsäkringen speglar den faktiska inkomsten. Förslaget blir särskilt viktigt om taket i sjukförsäkringen skulle höjas.

10.3 Studiemedel

Frågan om omställning handlar i hög grad om kompetens. Potentiell förmåga handlar ofta om påfyllnad av kompetens, dvs. ofta om utbildning. Vi har redan i avsnitt 7.4.1 påpekat att det måste finnas viss konsistens mellan kraven på kompetensomställning och möjligheter att finansiera den.

I ett samhälle där det finns vuxenstudiestöd och studiemedel är det möjligt att ställa krav också på utbildning som går utöver vad som kan finansieras inom sjukförsäkringens försörjning och tidsgränser. Det är rent av viktigt att olika grupper studerande i största möjliga utsträckning behandlas lika. Det bör t.ex. inte vara så

gynnsamt att utbilda sig inom sjukförsäkringens ramar att den som vill sadla om lockas att se sjukdom och sjukskrivning som en lösning. Å andra sidan är det också olyckligt om studier utesluts från det som kan övervägas som rehabilitering till nytt arbete med bibehållen inkomsttrygghet. Den gällande ordningen att utbildning med försörjning från sjukförsäkringen får omfatta högst ett år kan därför framstå som väl avvägd.

Vad som däremot blir alltmera obsolet är att universitetsstudier som är längre än 40 veckor helt utesluts. Att göra radikala yrkesbyten utan en högskoleutbildning blir allt svårare. Det skulle också kunna stärka mod och beslutsamhet hos den försäkrade om det rehabiliteringsår som är möjligt för den som har potentiell försörjningsförmåga kunde få utnyttjas för det första året i en längre utbildning.

Att möjligheten att utnyttja studiemedel snarast går mot att försvåras för de medelålders är inte heller ägnat att bygga under det arbetsutbud från äldre som i alla andra sammanhang efterfrågas. Under alla förhållanden är det viktigt att behoven att ställa om och byta inriktning också sent i livet, särskilt om sjukdom påverkat förutsättningarna för det gamla yrket, tillåts påverka övervägandena kring hur vuxenstudier ska finansieras.

10.4 En särskild myndighet för arbetsmarknadsstöd till sjuka

Vi har i det föregående understrukit att det arbetsmarknadsprogram som krävs för att vid omställning på grund av sjukdom skapa balans mellan krav och stöd inte finns, utan måste utvecklas. Programmet förutsätter kunskaper om medicinska förhållanden på ett sätt som inte är självklart i den ordinarie arbetsmarknadspolitik. Frågor om motivation och självförtroende i en ny livssituation får en särskild betydelse. Verksamheten med utredning av försörjningsförmåga har dessutom en försäkringsjuridisk sida. Arbetsmarknadsprogrammet för sjuka bör därför hanteras i en särskild organisation, inom eller utom Arbetsförmedlingen, som specialiserar sig på området att återföra sjuka till arbete.

Det kan också övervägas om verksamheten lämpar sig bäst för en särskild myndighet. Därvid skulle man kunna hämta inspiration från den australiska myndighet som har som huvuduppgift att upphandla privata aktörer som åtar sig att arbeta med olika grupper

med olika svårigheter att hitta arbete. Utförarna får delvis betalt i efterskott och efter resultat, olika mycket beroende hur svårförmedlad grupp det handlar om. Myndigheten gör årliga utvärderingar av uppnådda resultat och de utförare som hamnar underst på listan byts ut mot andra utförare.

Arbetet med resursprofilen och stödarbete för att hitta vägar tillbaka till arbetslivet är mera utredande och mindre direkt arbetsförmedling än det australiensiska systemet, men kan ändå lämpa sig för upphandling av många olika utförare.

Undersökningen av medicinska förutsättningar för arbete kan behöva hållas ihop. Skälen är att undersökningen av medicinska förutsättningar är till för att skapa en så enhetlig och rättvis port till försäkringen som möjligt. Vägar tillbaka till arbete har däremot förutsättningar att bli mera framgångsrika ju mera fantasifullt differentierade de blir i förhållande till individer med mycket olika förutsättningar och förmågor.

Att mångfald är viktigt gör det dock inte mindre viktigt att arbetsmarknadsstödet vilar på professionell kompetens och väl utvärderade metoder. En särskild ansvarig myndighet kan genom systematisk uppföljning av olika aktörers arbetsätt och resultat bli en god upphandlare, specialiserad på arbetsförutsättningar för olika grupper med olika funktions- och aktivitetsbegränsningar. I kombination och samspel med många specialiserade utförare på marknaden bör det kunna leda till en lyckad mångfald och ett systematiskt utvecklingsarbete.

Som vi har visat arbetar många sjuka med betydande funktionsnedsättningar på den svenska arbetsmarknaden. Det är ändå en tämligen ny verklighet att tidigare sjuka, sannolikt med kvardröjande påverkan av sjukdom, ska motiveras att söka nya arbeten som de kanske aldrig föreställt sig att de har resurser för. Det är viktigt att den myndighet som får ansvaret också ansvarar för att utveckla kunskap och verktyg kring resursprofil och stödprogram. Det krävs nya verkningsfulla redskap för att kunna kräva ansvar och ansträngning av människor efter deras faktiska förmåga och förutsättningar på ett rättvist sätt.

10.5 Arbetslösas akuta sjukskrivning

Arbetslösas rätt till sjukpenning förutsätts från andra dagen bedömas i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden. I takt med att bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden systematiseras och instrumentaliserats blir detta alltmera tveksamt.

Den principiella bakgrunden till att sjukförsäkringen träder in redan från dag två handlar om att den som på grund av sjukdom inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande inte heller kan uppbära ersättning från arbetslöshetskassa. Den historiska förklaringen torde även ha att göra med att arbetslöshetsförsäkringen tidigare än sjukförsäkringen har tillämpat olika tidsgränser. Därmed blev det motiverat att vara särskilt rädd om dagar i a-kassan, vilket bidrog till att den administrativa besparing som skulle ha uppstått om a-kassan på motsvarande sätt som arbetsbivarna fått stå för den första tidens sjukpenning aldrig på allvar övervägdes.

Merparten av sjukfallen bland arbetslösa är kortare än 14 dagar. Om dessa sjukfall ersattes inom arbetslöshetsförsäkringen skulle flera vinster göras. Dels skulle den sökande slippa de glapp i utbetalning som blir följderna av att ärendet ska handläggas av en annan instans än den som annars betalar ut ersättningen, dels skulle administrativa besparingar göras genom att Försäkringskassan inte behövde göra beräkning av den sökandes SGI när bara ett fåtal dagar ska ersättas. Om det är önskvärt att kostnaderna bokförs inom sjukförsäkringen och räknas som överhoppningsbar tid är detta möjligt även om utbetalningarna görs av a-kassan med samma dagbelopp som a-kasseersättningen.

En ytterligare fördel den arbetslöse skulle vara att beräkningen av sjukperioden kunde ske på samma sätt som för den som har ett arbete. För den som är arbetslös ingår nämligen samtliga dagar i varje sjukperiod då man beräknar förbrukade sjukdagar inom ramtiden. Det innebär att med samma antal sjukdagar kommer den som är arbetslös att snabbare få sin ersättning sänkt än den som har ett arbete och har ett antal sjukdagar som begränsas till sjuklöneperioden.

Det mera principiella argumentet för att överväga att flytta bedömning och beslut från Försäkringskassan till arbetslöshetskassan för den första sjukskrivningstiden har emellertid att göra med risken för att ett glapp annars kan riskera att uppstå mellan försäkringarna.

Det kan tyckas naturligt att den arbetslöse omedelbart ska bedömas i relation till hela den reguljära arbetsmarknaden. Det är den som i princip är sökområde för den arbetslöse och han eller hon har ju inte heller något arbete att konkret förhålla sig till. Skillnaden är emellertid i praktiken stor mellan en akut, oftast kortvarig, sjukdom och kvardröjande aktivitetsbegränsning på grund av sjukdom som ska fångas in, helst med ett normerande instrument, vid dag 180. Det är svårt att hävda att kraftig förkylning eller en akut stukning skulle göra det svårt att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden, men det är ändå avsikten att det ska kunna leda till sjukskrivning. Det behövs av terapeutiska skäl, inklusive risken att smitta andra. Så som framhålls i avsnitt 3.3 är den *terapeutiska* oförmågan, när man inte *bör* arbeta, ofta den viktiga i början av ett sjukfall, medan *faktisk* oförmåga, när man inte *kan*, blir viktigare med tiden.

Om arbetslösa redan från början kommer att bedömas enligt de kriterier som ska gälla efter sex månader finns risken att de bedöms som "för friska för att ha rätt till sjukskrivning" men sedan hos arbetsförmedlingen kan bedömas som "för sjuka för att få a-kassa" därför att de faktiskt inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande och aktivt söka arbete.

Det logiska vore att rätten till sjukpenning för arbetslösa under den första tiden bedöms genom att det akuta sjuktilståndets aktivitetsbegränsningar ställs just mot kraven på aktivitet för arbetslösa.

Ett steg i den riktningen har för övrigt tagits i och med regeringens förslag att för den som på grund av sjukdom är frånvarande från ett arbetsmarknadspolitiskt program Försäkringskassan vid bedömningen av arbetsförmåga ska beakta om den försäkrade kan delta i programmet.³

Arbetslöshetsförsäkringen har också successivt skärpta krav på geografiskt sökområde, vilket också borde påverka tolkningen av "reguljär arbetsmarknad" för den arbetslöse.

Arbetsförmedlingen torde ha större förutsättningar att skapa konsistens mellan krav på aktivitet inom ramen för arbetslöshetsförsäkringen och aktivitetsbegränsningar på grund av akut sjukdom än Försäkringskassan. Ju längre tid som går, desto rimligare blir det att de arbetslösa bedöms på samma sätt som dem som har arbete. En överföring av hanteringen av den korta sjukfrånvaron för arbetslösa från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen för

³ Ds 2009:45.

minst en period motsvarande sjuklönen och maximalt 180 dagar borde därför övervägas.

10.6 Rätt till sjukersättning

Vid ett bedömningstillfälle av den typ som finns vid 365 dagar är det naturligt att frågan om sjukersättning väcks. Bedömningen bör inte bara gälla huruvida det finns rätt till förlängd sjukpenning utan också inkludera överväganden kring varaktighet och eventuell rätt till sjukersättning.

När en långvarig sjukfrånvaro har konstaterats bygga på ett medicinskt tillstånd med en viss varaktighet finns i de allra flesta länder någon form av mer varaktig ersättning, förtidspension. Kriterierna för vad som ska menas med varaktighet kan variera men den grundläggande idén är så gott som alltid densamma; de kriterier, med avseende på arbetsförmåga (eller något annat liknande begrepp), som reglerar långvarig sjukfrånvaro är vanligen samma kriterier som reglerar rätten till förtidspension. Den ytterliga fråga som ställs blir när ett tillstånd kan anses tillräckligt varaktigt för att motivera en mer permanent ersättning.

Det finns avvikelser från principen att kriterierna för långvarig sjukfrånvaro som är tidsbegränsad sammanfaller med kriterierna för någon form av förtidspension, och dagens svenska system är en sådan. Avvikelserna skapar emellertid problem. Det är svårt att ha en tidsbegränsad sjukpenning, där den som är tillräckligt oförmögen för att ha rätt till ersättning kanske inte är tillräckligt oförmögen för att ha rätt till den mer permanenta lösningen, även om tillståndet utan tvekan är varaktigt och kroniskt. Den tidsbegränsade ersättningen kan då ta slut utan att det finns någon rätt till den varaktiga ersättningen. Personen är fortfarande i försäkringens mening helt arbetsoförmögen i relation till den ersättning man inte längre har rätt till, men inte tillräckligt oförmögen i relation till den ersättning som vore det naturliga alternativet givet ett kroniskt tillstånd.

Flera av de förändringar som gjordes i samband med att rehabiliteringskedjan infördes har bidragit till att den här typen av situationer kan bli relativt vanliga i Sverige.

Den svenska varaktiga ersättningen, sjukersättning, vilar på ett annat ersättningsbegrepp än rätten till sjukpenning och förlängd sjukpenning. Sjukpenning bedöms i relation till förmågan att

försörja sig på ”den reguljära arbetsmarknaden” medan sjukersättning ska prövas i relation till ”hela arbetsmarknaden”. Skillnaden kan förefalla hårfin men den har en högst specifik innebörd. Begreppet ”hela arbetsmarknaden” inkluderar olika former av anpassade och subventionerade anställningar. Denna typ av arbeten förekommer i en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden bara när den sjukskrivne faktiskt *erbjuds* ett sådant arbete. Vid prövningen av sjukersättning, dvs. mot hela arbetsmarknaden, räcker det med att man *bedöms* klara ett sådant arbete för att inte ha rätt till ersättning.⁴ Att det inte finns något sådant arbete tillgängligt spelar alltså ingen roll för rätten till sjukersättning.

Från och med den första juli 2008 har Sverige också vad som troligen är det snävast definierade varaktighetskriteriet i hela OECD. Rätten till sjukersättning baseras på att det underliggande medicinska tillståndet ska vara ”stadigvarande”. Med detta menas ett tillstånd som, givet dagens medicinska kunskap, kan antas vara livslångt. Problemet med ett så snävt formulerat kriterium är att det ofta kan vara mycket svårt att uttala sig så kategoriskt om ett tillståndets varaktighet. För många av de diagnoser som hittills har dominerat när sjukersättning beviljats är det tveksamt om det över huvud taget går att uppfylla ett sådant kriterium. Tidigare hantades den typen av problem, inom ramen för ett mindre snävt varaktighetsbegrepp, genom att den sjukskrivne beviljades tidsbegränsad sjukersättning. Det var tänkt som en ersättning som skulle användas just när det fanns tveksamheter kring en sjukdoms varaktighet. Den ersättningen är nu borttagen, vilket riskerar att ytterliga skärpa den problematik som kan uppstå i gränslandet mellan reglerna för en tidsbegränsad sjukpenning och en mer varaktig sjukersättning.

Mot bakgrund av den kraftiga ökningen av antalet personer med sjukersättning som skedde under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet är det knappast förvånande att det har gjorts avsmalningar av porten till sjukersättning. Om det visar sig att rehabiliteringskedjan med bedömningar av medicinska förutsättningar för arbete och försörjningsförmåga i kombination med tidiga och kraftfulla arbetsmarknadsinsatser leder till önskad tidig återgång till arbete kan det emellertid ifrågasättas hur balansen ska se ut mellan porten ut ur sjukpenning och porten in till sjukersättning. Risken är annars att försäkringen kommer att bygga upp samma sorts

⁴ Prop. 2007/08:136, Försäkringskassans vägledning 2004:2, version 12.

problematik som tidigare haft så förödande effekter. *Allt fler allt längre sjukfall riskerar att aldrig komma till avslut, vilket tynger administrationen och förmågan att i tid göra rätt insatser för de nyligen insjuknade.* Allt mera av resurserna går åt för de allt fler allt längre sjukfallen, vilket i sig skapar fler allt längre sjukfall.

Resultatet av en förstärkt rehabiliteringskedja bör följas noga, såväl ifråga om resultaten vid de särskilda bedömningstillfällena som när det gäller de riktigt långa fallen. Visar det sig att det går att lita på processen kanske man vågar komma till avslut i frågan om rätten till sjukersättning. Har förmågan att försörja sig i anpassat eller subventionerat arbete prövats i praktiken skapas förutsättningar att ta ställning till om en sådan förmåga finns. Och har ett sjukfall pågått i 915 dagar kan den tiden i sig ses som en indikation om att det medicinska tillståndet sannolikt är stadigvarande.

10.7 Omställningspenning

Vi har i kapitel 8 föreslagit att den som vid prövningen av medicinska förutsättningar för arbete befinns sannolikt kunna försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden under en övergångstid ska få del av särskilda omställningsinsatser i första hand i form av arbetsmarknadsstöd. Ett sätt att ytterligare förstärka drivkrafterna för omställning skulle vara att säkerställa att förlusten av sjukpenning inte leder till akuta ekonomiska problem.

Många har lägre a-kasseersättning än sjukpenning. Inte så få som har haft ett arbete har enbart grundbelopp. Om dessa personers tillvaro efter ett beslut om indragen sjukpenning inte ska ockuperas av oron för ekonomin, utan istället så snart som möjligt inriktas mot ett nytt arbete, kan en omställningspenning i nivå med rehabiliteringspenning övervägas under en övergångsperiod på några månader. Mot bakgrund av samma resonemang som tidigare om att 'skada' i försäkringens mening trots allt inträffat för den som på grund av sjukdom inte kan återvända till sitt gamla arbete skulle sjukförsäkringen kunna betala en inkomstutbytesnad, motsvarande skillnaden mellan rehabiliteringsersättning och individens grundförsörjning. Individen skulle då få en första tid med särskilt arbetsmarknadsstöd och garanterad inkomst på samma nivå som tidigare och därmed starka skäl att snabbt inrikta sig mot att hitta ett nytt arbete.

Omställningspenning kommer bara ifråga för den som varit sjukskriven från ett arbete och som därmed lidit ”skadan” att inte kunna återvända till det. Vi har i kap. 9 påtalat att arbetsgivarnas drivkrafter att i tid göra de insatser och anpassningar som lagstiftningen kräver snarast minskar om stödet från sjukförsäkringen blir kraftfullare. Ett sätt att skapa drivkrafter också för arbetsgivare vore att omställningsersättningen skulle kunna utgöra medfinansiering från arbetsgivaren, som arbetsgivare som har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar dock skulle slippa.

Att göra vad som kan och bör göras mellan dag 90 och 180 blir med medfinansiering en mycket god affär jämfört med att behöva betala sex månaders omställningsersättning. Därmed bör de allra flesta arbetsgivare självmant ta initiativ kring dag 90 och Försäkringskassan på ett tydligare sätt kunna bidra till att driva fram anpassningsåtgärder och omplaceringsmöjligheter där så inte sker.

Antingen en överenskommelse mellan arbetstagare och arbetsgivare eller en överenskommelse mellan arbetsgivare och facklig organisation bör räcka som bevis för att arbetsgivaren gjort ”vad som skäligen kan krävas”. En mera formell prövning av om arbetsgivaren är skyldig att betala kommer då bara att behöva göras om oenighet råder och arbetstagaren valt att inte inställa sig hos arbetsgivaren och kräva sin rätt till lön, rehabilitering och anställningskydd, en situation som knappast kommer att inträffa särskilt ofta.

Hela frågan om förhållandena mellan arbetstagare och arbetsgivare från dag 90 till dess sjukskrivningen upphör skulle också kunna lämpa sig väl för överenskommelser mellan parterna i form av t.ex. en omställningsförsäkring.

11 Konsekvensanalys

11.1 Förslagen i korthet

1. *Medicinska förutsättningar för arbete* ska utgöra grunden för ersättning då aktivitetsbegränsningen ska bedömas mot den reguljära arbetsmarknaden.
2. Riktlinjer för *särskilda skäl* för att få arbetsförmågan bedömd mot arbete hos nuvarande arbetsgivare även efter dag 180 utvidgas till att även omfatta partiell återgång i arbete. Särskilda skäl föreligger också då det finns välgrundad anledning att anta att tillståndet innan dag 365 kommer att ha förvärrats på ett sådant sätt att det då skulle finnas en rätt till sjukpenning vid en prövning mot den reguljära arbetsmarknaden.
3. Vid prövning av rätten till förlängd sjukpenning ska alltid beaktas om den försäkrade trots nedsatta medicinska förutsättningar likväl har *försörjningsförmåga*.
4. Den som har en *potentiell försörjningsförmåga* ska ha rätt till rehabiliteringsersättning enligt reglerna i 22 kapitel AFL under förutsättning att individen deltar i åtgärder i syfte att realisera förmågan. Bedömningen ska baseras på ställningstagande till vad som är rimligt och möjligt att åstadkomma.
5. *Särskild närståendepenning* ska kunna utges under högst tio arbetsdagar i anslutning till maka/makes/partners eller barns död.
6. Rätten till ersättning i form av sjuklön och sjukpenning vid plastikkirurgiska operationer ska endast omfatta *rekonstruktiv kirurgi* orsakad av medfödda deformiteter, utvecklingsrubbingar, trauma, infektion eller sjukdom.
7. En gravid kvinna som på grund av graviditeten anser sig behöva vara ledig från sitt arbete får rätt till *graviditetspenning* under

30 dagar. Ersättningsperioden kan påbörjas tidigast 30 dagar före beräknad förlossning.

Utöver ovanstående diskuteras i betänkandet ytterligare ett antal möjliga förändringar, dock mer översiktligt, och utan att förslag på lagändringar lämnas och någon konsekvensanalys görs därför inte av dem.

11.2 Förslagets konsekvenser för företag

Det tydliga ställningstagande till den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete, som med undantag för då särskilda skäl föreligger, ska ske vid dag 180 kommer troligen att leda till att fler försäkrade bedöms ha tillräckliga förutsättningar för arbete och återvänder till arbetsplatsen med de aktivitetsbegränsningar som ändå kan kvarstå. Detta kommer att ställa krav på att arbetsgivare i tid har gjort de anpassningar av arbetsplats och arbetsuppgifter som behövs.

De utvidgade riktlinjerna för särskilda skäl att inte pröva aktivitetsbegränsningen mot den reguljära arbetsmarknaden vid dag 180 kommer att leda till att fler kommer att försöka börja arbeta på deltid före denna tidpunkt vilket ställer krav på arbetsgivare att planera arbetet så att detta är möjligt. Samma sak gäller då en anställd lider av en progressiv sjukdom och vill fortsätta arbete hos nuvarande arbetsgivare.

Förslaget om *särskild närståendepenning* innebär att det inte blir aktuellt med sjuklön under de tio arbetsdagar den anhörige har möjlighet att vara ledig med ersättning. Det är viktigt att den som drabbats av en stor sorg redan efter en kort tid får möjlighet att återkomma till arbetsplatsen men det ställer också krav på anpassning av arbetskraven och på arbetsgivare och arbetskamrater att tillåta de uttryck som sorgen självfallet fortfarande tar sig.

Möjlighet att få *graviditetspenning* under den sista månaden av graviditeten minskar kostnaden för sjuklön. Det bör dessutom minska behovet av sjukskrivning även tidigare under graviditeten och därmed kostnaderna för sjuklön.

Arbetsgivare ska fortsättningsvis inte behöva betala sjuklön då en anställd genomgått en *plastikoperation* för att förbättra sitt utseende.

Övriga förslag i betänkandet berör främst de enskilda försäkrade och Försäkringskassans administration

11.3 Förslagets konsekvenser ur ett jämställdhetsperspektiv

Kvinnors och mäns upplevelse av sjukdom kan se delvis olika ut och det kommer att vara viktigt vid utformningen av det föreslagna bedömningsinstrumentet att man tar hänsyn till detta så att kvinnor och män får en likvärdig bedömning av sina medicinska förutsättningar för arbete.

De ställningstagande till individens rätt till ersättning från sjukförsäkringen som ska ske vid bestämda tidpunkter gör försäkringen mer förutsägbar vilket är positivt för både kvinnor och män.

Rätten till graviditetsersättning under graviditetens sista månad kommer att göra det möjligt för gravida kvinnor att få en tid för vila och återhämtning före förlossningen. Vår bedömning är att om kvinnan vet att hon har rätt att vara ledig i slutet av graviditeten kommer fler att orka arbeta mer under de första åtta månaderna. Genom att rätten till ersättning inte bygger på någon prövning av arbetsförmågan försvinner också risken för skillnader i bedömningen.

Om det genomsnittliga uttaget av föräldraledigheten inte ökar för den andra föräldern finns risk för ökad statistisk diskriminering av kvinnor i barnafödande åldrar.

Övriga förslag i betänkandet har inga konsekvenser ur ett jämställdhetsperspektiv.

11.4 Administrativa konsekvenser

Försäkringskassan

Enhetliga bedömningsinstrument och tydliga tidsgränser för ställningstagande till rätten till ersättning innebär att Försäkringskassans handläggning av sjukfall blir betydligt mer likformig. Teambedömning av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete kommer att ske vid ett begränsat antal orter i landet vilket också kommer att underlätta den fortsatta metodutvecklingen på området.

Förslagets tydliga gränsdragning av arbetsuppgifter mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen innebär att Försäkringskassans arbete med rehabilitering kommer att bli starkt begränsat och i princip begränsas till handläggning av ersättning till den försäkrade medan ansvaret för planering och genomförande av insatserna kommer att vila på arbetsmarknadsmyndigheterna.

Förtydligandet och utvidgningen av de särskilda skälen för att den anställdes aktivitetsbegränsning inte ska bedömas mot den reguljära arbetsmarknaden vid dag 180 innebär till viss del en anpassning till rådande praxis.

Då en gravid kvinna ansöker om graviditetspenning ska ingen prövning av behovet av ledigheten göras vilket kommer att innebära en administrativ besparing i Försäkringskassans administration jämfört med dagens situation där cirka 40 000 kvinnor uppbär sjukpenning eller havandeskapspenning under den sista graviditetsmånaden. Skillnaden i handläggningstid uppskattas av Försäkringskassan till 30 minuter/ärende.

Särskild närståendepenning ska utbetalas efter anmälan av den försäkrade vilket innebär att någon prövning utöver släktskapet med den avlidne inte behövs. Behovet av sjukskrivning för denna grupp anhöriga kommer att minska.

Den tydliga regleringen av att sjukpenning inte kan beviljas i samband med estetiska plastikoperationer innebär en förenkling för Försäkringskassan, även om omfattningen av denna typ av ärenden är begränsad.

Arbetsförmedlingen

Den som har nedsatta medicinska förutsättningar för arbete på den reguljära arbetsmarknaden ska erbjudas stöd för att den försörjningsförmåga som trots detta kan finnas ska kunna tas till vara.

Även den som bedöms ha tillräckliga medicinska förutsättningar för arbete men där den kvarstående aktivitetsbegränsningen förutsätter ett annat arbete än det den försäkrade hade före sjukskrivningen ska erbjudas stöd för att finna nya vägar till arbete.

Vi har i betänkandet inte gått in på de organisatoriska detaljerna i utformningen av det arbetsmarknadspolitiska stödet men förslagen kommer att innebära ett större ansvar för Arbetsförmedlingen i sjukfall som pågått i 180 dagar, dvs. betydligt tidigare än vad som tidigare varit fallet.

12 Författningskommentar

12.1 Förslaget till ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

3 kap. Om sjukpenning

7 §

Första stycket

Arbetsförmåga används i denna lag för att beskriva individens förmåga att utföra ett visst arbete i en viss arbetsmiljö. Att sakna arbetsförmåga på grund av sjukdom är det begrepp som används för att beteckna aktivitetsbegränsning på grund av sjukdom hos den som har ett arbete som anställd eller som egen företagare.

En ny regel införs i första stycket för att tydliggöra att försäkringen inte ska ersätta försäkrads arbetsförmåga i förhållande till arbete när den uppstått på grund av ett estetiskt plastikkirurgiskt ingrepp, även kallat kosmetisk kirurgi eller skönhetsoperation. En sådan operation utförs på normala kroppsstrukturer i avsikt att förbättra individens utseende och självkänsla. Om däremot komplikationer tillstöter i form av infektioner, nervskador, blödningar eller liknande kan givetvis ett vanligt sjukdomstillstånd ha uppstått och sjukpenning kan utges. Arbetsförmåga som är en följd av rekonstruktiv kirurgi ska däremot anses som ett sjukdomstillstånd. Med rekonstruktiv kirurgi avses kirurgi som utförs på onormala kroppsstrukturer orsakade av medfödda deformiteter, utvecklingsrubbingar, trauma, infektion eller sjukdom. Det är en typ av kirurgi som syftar till att förbättra funktioner eller normalisera individens utseende.

Andra stycket

Ett nytt begrepp införs, ”medicinska förutsättningar för arbete”, som används då bedömningen av individens aktivitetsbegränsning på grund av sjukdom ska göras mot den reguljära arbetsmarknadens krav. Bedömningen bygger på samma principer som vid bedömning av arbetsförmåga på grund av sjukdom men med den viktiga skillnaden att det inte finns någon specifik arbetsmiljö eller specifika arbetsuppgifter att relatera till. Dessa faktorer hålls därför konstanta och lika för alla.

För den som saknar arbete prövas rätten till sjukpenning redan från första ersättningsdagen mot de medicinska förutsättningarna för arbete. En text motsvarande den i första stycket om rätt till ersättning vid rekonstruktiv kirurgi införs.

Tredje stycket

Ingen ändring föreslås, utöver att ”medicinska förutsättningar för arbete” läggs till.

Fjärde stycket

Ingen ändring, men ett förtydligande av att texten avser de personer som har ett arbete. Motsvarar tidigare stycke tre.

Femte stycket

Ingen ändring föreslås. Motsvarar tidigare stycke fyra.

Sjätte stycket

Ingen ändring föreslås. Motsvarar tidigare stycke fem.

Sjunde stycket

För den som har ett arbete ska bedömningen av de medicinska förutsättningar för arbete göras mot den reguljära arbetsmarknaden från dag 180 i sjukfallet såvida inte särskilda skäl föreligger för att

bedömningen. ska ske vid ett senare tillfälle, dock senast vid dag 365.

Särskilda skäl utvidgas till att, oberoende av diagnos, omfatta påbörjad partiell återgång i arbete som med stor sannolikhet leder till tidigare arbetsomfattning. Särskilt allvarliga och progressiva sjukdomstillstånd ska också kunna leda till fortsatt sjukskrivning av särskilda skäl, även om en prövning av de medicinska förutsättningarna för arbete sannolikt skulle leda till resultatet att tillräcklig aktivitetsnedsättning ännu inte inträffat.

Åttonde stycket

Den bedömning av försörjningsförmågan som ska ske vid dag 366 ska utöver bedömningen av de medicinska förutsättningarna för arbete även ta hänsyn till försäkrades ålder, utbildning, arbetslivserfarenhet och förmåga att ställa om till annat arbete på arbetsmarknaden. Den försäkrades önskemål om viss typ av arbete beaktas inte vid bedömning av om försörjningsförmågan är tillräcklig eller inte. Försörjningsförmågan bedöms i relation till arbetsmarknaden i hela landet. Ju yngre en person är och ju bättre utbildning och ju bredare arbetslivserfarenhet hon eller han har desto större krav ska kunna ställas på att individen ska klara en ny inriktning i arbetslivet. För den som fyllt 61 år ska det endast ställas krav på att befintlig kompetens ska tas till vara. Det är således inte ett krav att den försäkrade för rätt till ersättning ska genomgå utbildning.

En bedömning vid dag 366 måste också innehålla ett avgörande av om det medicinska tillståndet har förändrats sedan dag 180. En ny eller en kompletterande utredning angående de medicinska förutsättningarna för arbete kan behöva göras.

Nionde stycket

Ingen ändring föreslås. Motsvarar tidigare stycke 7.

Tioende–tolfe stycket

Ingen ändring, motsvarar tidigare stycke 8–10.

Trettonde stycket

Enda förändringen är att texten kompletterats med medicinska förutsättningar för arbete. I övrigt motsvarar texten tidigare stycke 11.

Fjortonde stycket

Ingen ändring, motsvarar tidigare stycke 12.

8 §*Andra och tredje stycket*

Ingen ändring i sak i förhållande till tidigare stycke två och tredje, men omformulerad utifrån att den som är anställd ska bedömas med avseende på arbetsförmåga medan den som saknar arbete ska bedömas med avseende på de medicinska förutsättningarna för arbete.

8 a §*Första stycket*

Ingen ändring i sak i förhållande till tidigare men omformulerad utifrån att den som är anställd ska bedömas med avseende på arbetsförmåga medan den som saknar arbete ska bedömas med avseende på de medicinska förutsättningarna för arbete

9 § och 9 a §§

Upphör att gälla och ersätts med regler i fjärde kapitlet om graviditetspenning och särskild graviditetspenning.

10 c § ändras på sådant vis att ordet "havandeskapspenning" tas bort.

4 kap. Om föräldrapenningförmåner

Rubriken föreslås ändras till "Om föräldrapenningförmåner, graviditetspenning och särskild graviditetspenning".

En ersättning i form av graviditetspenning föreslås ska kunna utgå till alla gravida kvinnor som på grund av graviditeten avstår från förvärvsarbete eller studier under de 30 sista dagarna före beräknad förlossning. Särskild graviditetspenning ersätter rätten till havandeskapspenning enligt 3 kap. 9 och 9 a §§ vilka paragrafer föreslås upphävas.

En normal graviditet kan inte betraktas som sjukdom. Om normala graviditetsbesvär blir tillräckligt uttalade kan de emellertid anses som sjukdomstillstånd. Kvinnor som inte har besvär som bedöms som sjukdom eller som inte har ett tillräckligt fysiskt påfrestande arbete för att ge rätt till havandeskapspenning kan trots det ha behov av ledighet under den sista delen av graviditeten. För att de ska kunna få tillgång till en ersättningsform som är lika för alla under de sista 30 dagarna av graviditeten införs graviditetspenning. Den administrativa hanteringen kommer att förenklas eftersom havandeskapspenning, föräldrapenning och i många fall även sjukpenning under den sista delen av graviditeten kommer att ersättas av graviditetspenning. Reglerna om graviditetspenning passar bäst in i fjärde kapitlet. Möjligheten att få föräldrapenning under den senare delen av graviditeten behöver emellertid finnas kvar för den som är arbetslös eller studerande och därför inte kan avstå från förvärvsarbete.

1 §

En rätt till graviditetspenning och särskild graviditetspenning införs för försäkrad gravid kvinna som förvärvsarbetar eller studerar.

4 a §

Reglerar rätten till graviditetspenning som kan utges under trettio dagar och tidigast från och med den trettionde dagen före beräknad tidpunkt för förlossningen samt rätten till särskild graviditetspenning vilken motsvarar rätten till havandeskapspenning enligt 3 kap. 9 § som föreslås ska upphävas. Särskild graviditetspenning utges tidigast från och med den sextionde dagen före beräknad tidpunkt för förlossningen och längst till den trettionde dagen. I de fall ett förbud mot arbete meddelats med stöd av Arbetsmiljölagen (1977:1160) utges särskild graviditetspenning för varje dag som förbudet gäller.

4 b §

För att bli berättigad till särskild graviditetspenning krävs en ansökan och om Försäkringskassan begär det, utlåtande av arbetsgivaren och läkarutlåtande. För att bli berättigad till graviditetspenning räcker det med att en anmälan lämnas till Försäkringskassan. Reglerna i det tidigare tredje stycket av 3 kap. 9 a § om beräkning av havandeskapspenningen m.m. flyttas hit för att gälla graviditetspenning och särskild graviditetspenning.

7 a §

Orden ”graviditetspenning” och ”särskild graviditetspenning” läggs till. Regeln gäller även dessa ersättningar.

8 a §

Graviditetspenning och särskild graviditetspenning utges som hel, halv, tre fjärdedels eller en fjärdedels ersättning beroende på hur stor del av den normala arbetstiden som kvinnan avstår från.

15 §

Ett tillägg görs som medför att samma regel gäller för graviditetspenning som för föräldrapenningförmån i fråga om ersättning för tid före anmälan.

17 §

Ett tillägg görs för att markera att samma regler gäller för graviditetspenning och särskild graviditetspenning som för föräldrapenningförmåner vid bedömning av rätt till ersättning för dag då annan typ av ersättning utges eller vid semesterledighet.

18 §

Ett tillägg görs för att slå fast att reglerna i 3 kap. 6 § om skyldighet att anmäla ändrad inkomst även gäller graviditetspenning och särskild graviditetspenning. Reglerna i 3 kap. 16 § första – femte styckena om vad som gäller när rätt till lön under sjukdom finns för vissa arbetstagare m.m. gäller också för graviditetspenning och särskild graviditetspenning. Vad som stadgas i 3 kap. 17 § första stycket b och andra stycket om indragning och nedsättning av sjukpenning gäller även graviditetspenning och särskild graviditetspenning. Reglerna i 3 kap. 15 § om att sjukpenning inte utgår när den försäkrade t.ex. är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt gäller även graviditetspenning och särskild graviditetspenning liksom regeln i 3 kap. 17 § första stycket a om indragning eller nedsättning av sjukpenning vid adressändring.

I tredje stycket görs det tillägget för kvinna under 18 år som är gravid att regeln även gäller den graviditetspenning och särskilda graviditetspenning hon kan ha rätt att uppbära.

7 kap. Om sjukersättning och aktivitetsersättning

Med försörjningsförmåga som ersättningsbegrepp vid prövning av förlängd sjukpenning blir det logiskt att det också är det begrepp som ska gälla vid prövning av en mer permanent ersättning från sjukförsäkringen. Försörjningsförmåga är det ersättningsbegrepp som används vid prövningen av sjuk- eller aktivitetsersättning.

Försörjningsförmågan kommer då inte att prövas i relation till den reguljära arbetsmarknaden utan ställas i relation till det bredare arbetsmarknadsbegrepp som i dag gäller vid en sådan prövning. Det innebär att även anpassade och subventionerade arbeten som t.ex. lönebidragsarbeten ingår.

16 kap. Om utbetalning av sjukersättning och aktivitetsersättning m.m.

Motsvarande ändringar som i 7 kap. görs i 7, 7 a, 7 b samt i 8 §§.

16 a kap. Särskilda bestämmelser om sjukersättning

Motsvarande ändringar som i 7 kap. görs i 1 och 2 §§.

22 kap. Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning

Motsvarande ändringar som i 7 kap. görs i 2, 7 och 9 §§.

12.2 Förslaget till ändring i föräldraledighetslagen (1995:584)

1 §

En fjärde punkt läggs till som anger att en arbetstagare som är gravid har rätt att vara ledig från sin anställning enligt vad som sägs i lagen.

3 §

I första styckets första punkt införs en regel om att rätt till ledighet finns i samband med graviditet när graviditetsspenning eller särskild graviditetsspenning utgår enligt vad som sägs i 4 a § vilken hänvisar vidare till 4 kap. i lagen (1962:381) om allmän försäkring. I andra stycket om särskilda bestämmelser om bl.a. ledighet för kvinnlig arbetstagare som väntar barn läggs en hänvisning till 4 a § till.

4 a §

En gravid kvinna har rätt att vara ledig från sitt arbete under de dagar hon uppbär graviditetspenning eller särskild graviditetspenning enligt 4 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring. Kvinnan har rätt att vara helt ledig eller att förkorta sin arbetstid till en fjärdedel, hälften eller tre fjärdedelar.

13 §

Ett tredje stycke läggs till för att ange att regeln om anmälan till arbetsgivaren även gäller för graviditetspenning eller särskild graviditetspenning samt att anmälan ska göras senast två veckor innan ledighetens början.

12.3 Förslaget till ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

5 §

Ett tredje stycke läggs till som anger att arbetsgivaren inte är skyldig att betala sjuklön i de fall arbetsförmåga uppstått på grund av ett estetiskt plastikkirurgiskt ingrepp, även kallat kosmetisk kirurgi eller skönhetsoperation. En sådan operation utförs på normala kroppsstrukturer i avsikt att förbättra individens utseende och självkänsla. Nedsättning av aktivitetsförmågan på grund av ett sådant frivilligt ingrepp ska inte bäras av arbetsgivaren. Om däremot komplikationer tillstöter i form av infektioner, nervskador, blödningar eller liknande kan ett vanligt sjukdomstillstånd anses ha uppstått. För sjukskrivning som är en följd av rekonstruktiv kirurgi bör däremot sjuklön utgå om aktivitetsbegränsningen uppgår till minst en fjärdedel. Med rekonstruktiv kirurgi avses kirurgi som utförs på onormala kroppsstrukturer orsakade av medfödda deformiteter, utvecklingsrubbningsar, trauma, infektion eller sjukdom. Det är en kirurgi som syftar till att förbättra funktioner eller normalisera individens utseende.

12.4 Förslaget till ändring i lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård

Det föreslås att lagens namn ändras till lag (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård *samt i anslutning till nära anhörigs död*.

1 §

Ett nytt andra stycke införs med en regel om att lagen även innehåller bestämmelser om rätt till ledighet för och ersättning till nära anhörig dvs. förälder, make, maka, partner eller sambo som avstår från förvärvsarbete i anslutning till att barn, make, maka, partner eller sambo avlider. Ersättning utgår i form av särskild närståendepenning. Motiveringen till införandet av en särskild närståendepenning är att den försäkrade kan ha behov av ledighet med ersättning i anslutning till en sådan händelse även om sjukskrivning inte är motiverad. För att förtydliga att sjukpenning endast utbetalas för att kompensera inkomstförlust som har sitt ursprung i sjukdom behövs en ersättningsform som passar vid de aktuella tillfällena. För att markera att det vid tillstånd av sorg vanligtvis inte är fråga om sjukdom utges istället särskild närståendepenning när den försäkrade behöver avstå från arbete. Ett sjukdomstillstånd kan även uppstå vid de aktuella tillfällena men i en sådan situation krävs att läkarintyg visar på diagnoser som överensstämmer med det försäkringsmedicinska beslutsstödet för att sjukpenning ska kunna utges.

2 §

De ersättningar som kan utgå enligt lagen utgörs av ”närståendepenning” och ”särskild närståendepenning”.

3 §

Ändras på sådant vis att det anges att det villkor som omnämns i paragrafen gäller för att ersättning i form av närståendepenning ska utbetalas.

4 §

Ett tredje stycke läggs till för att klargöra att vardera föräldern har rätt till tio dagars ersättning med särskild närståendepenning i anslutning till barns död om föräldern avstår från förvärvsarbete. Ersättningen utges oavsett om föräldern sammanbor med barnet eller inte och även i det fall barnet flyttat hemifrån.

Om ett ofött barn avlider efter utgången av den tjugooandra havandeskapsveckan har fadern eller den förälder som inte är barnets moder rätt till särskild närståendepenning om han eller hon avstår från förvärvsarbete. Tidsgränsen motsvarar den gräns som anges i folkbokföringslagen (1991:481) ifråga om när ett ofött barn som avlider ska anmälas till folkbokföringen. Moderns rätt till ersättning i en sådan situation regleras av 4 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring som anger att modern har rätt till föräldrapenning t.o.m. den tjugonionde dagen efter förlossningsdagen. Modern ska under den tiden ha möjlighet till sorgbearbetning och återhämtning efter förlossningen.

5 §

Paragrafen anger vilka regler i lagen (1962:381) om allmän försäkring som ska användas när ersättningen beräknas. Paragrafen ändras på sådant sätt att den anges gälla även vid beräkning av särskild närståendepenning.

6 §

I paragrafen anges hur många ersättningsdagar som kan utgå enligt lagen. Ett andra stycke införs för att fastställa att särskild närståendepenning kan utges i högst tio dagar.

9 §

Paragrafen ändras genom att ordet "havandeskapspenning" byts ut mot "graviditetspenning, särskild graviditetspenning".

11 §

Ordet ”den nära anhörige” läggs till och ordet ”havandeskapspenning” byts ut mot ”graviditetspenning, särskild graviditetspenning”.

14 §

Ett tillägg görs i första stycket för att förtydliga att det behövs ett läkarintyg bifogat till ansökan när fråga är om ansökan om närståendepenning.

20 §

Tillägg görs till paragrafen för att markera att rätten till ledighet och ersättning i andelar enbart gäller i fråga om närståendepenning. Den som vill avstå från arbete i högst tio dagar i anslutning till att nära anhörig avlider måste avstå helt från arbete varvid hel särskild närståendepenning utges.

12.5 Förslaget till ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring**16 §**

I den åttonde punkten görs ett tillägg till lagens namn. I nionde och tionde punkterna anges att tid med särskild närståendepenning då nära anhörig avlidit är överhoppningsbar vid beräkning av ramtid enligt lagen liksom tid med hel graviditetspenning eller hel särskild graviditetspenning.

12.6 Förslaget till ändring i semesterlagen (1977:480)

17 §

I andra punkten byts ”havandeskapspenning” ut mot ”graviditetspenning eller särskild graviditetspenning”. I sjunde punkten anges att närståendepenning är semesterlönegrundande vid ledighet i högst 45 dagar under intjänandeåret. Ledighet med särskild närståendepenning som kan utges under tio dagar är också semesterlönegrundande.

12.7 Förslaget till ändring i förordningen (1982:366) om utbetalning av dagersättningar från Försäkringskassan

1 §

I första punkten byts ordet ”havandeskapspenning” ut mot ”graviditetspenning” och ”särskild graviditetspenning”. I sjätte punkten kompletteras lagens namn med ”samt i anslutning till nära anhörigs död”.

12.8 Förslaget till ändring i socialförsäkringslagen (1999:799)

4 §

Ordet ”havandeskapspenning” i första punkten byts ut mot ”graviditetspenning och särskild graviditetspenning”.

5 §

I andra punkten ändras lagens namn till ”lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård samt i anslutning till nära anhörigs död”.

12.9 Förslaget till ändring i lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare

6 §

I andra punkten byts ordet "havandeskapspenning" ut mot "graviditetspenning, särskild graviditetspenning". Benämningen på lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård kompletteras med "samt i anslutning till nära anhörigs död".

12.10 Förslaget till ändring i inkomstskattelagen (1999:1229)

11 kap. 31 §

I första punkten läggs graviditetspenning och särskild graviditetspenning till eftersom även sådan ersättning ska tas upp under inkomst av tjänst. I andra punkten ändras benämningen på lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård genom att tillägget "samt i anslutning till nära anhörigs död" görs.

12.11 Förslaget till ändring i förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan

3 §

I andra punkten ändras benämningen på lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård genom att tillägget "samt i anslutning till nära anhörigs död" görs.

12.12 Förslaget till ändring i tjänstledighetsförordningen (1984:111)

2 §

I tionde avsnittet nämns lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård. Ett tillägg görs till lagens namn med "samt i anslutning till nära anhörigs död".

Förslaget till lag () om ändring i lag (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade.

5 §

Benämningen på lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård ändras genom att ett tillägg ”samt i anslutning till nära anhörigs död” görs.

12.13 Förslaget till ändring i förordningen (1995:938) om utbildningsbidrag för doktorander

12§

I första stycket andra punkten läggs orden ”graviditetspenning och särskild graviditetspenning” till. I fjärde punkten läggs ”samt vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död” till. Benämningen på lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård kompletteras med ”samt i anslutning till nära anhörigs död”.

12.14 Förslaget till ändring i förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd

8 §

I sjätte punkten ändras den nämnda lagens namn till lag (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård samt i anslutning till nära anhörigs död.

12 §

Paragrafen kompletteras med en regel om att aktivitetsstödet minskas även för den som får graviditetspenning och särskild graviditetspenning.

12.15 Förslaget till ändring i lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension

2 kap. 5 §

I andra punkten anges att som pensionsgrundande inkomst av anställning räknas även graviditetspenning och särskild graviditetspenning. I tredje punkten ändras namnet på lag (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård genom att orden ”samt i anslutning till nära anhörigs död” läggs till.

12.16 Förslaget till ändring i lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift

2 §

I andra punkten läggs graviditetspenning och särskild graviditetspenning till i uppräknningen. I tredje punkten ändras den nämnda lagens namn till lag (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård samt i anslutning till nära anhörigs död.

12.17 Förslaget till ändring i lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter

4 §

I andra punkten ändras den nämnda lagens namn till lag (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård samt i anslutning till nära anhörigs död.

12.18 Förslaget till ändring i förordningen(1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m.

11 §

Ett tillägg görs i tredje punkten för att ange att regeln även gäller intyg som behövs för att få ut särskild graviditetspenning.

12.19 Förslaget till ändring i Utsökningsbalken (1981:774)

7 kap. 1 §

I femte punkten görs tillägget ”graviditetspenning, särskild graviditetspenning” för att ange att även dessa ersättningar omfattas av regeln om utmätning. Namnet på den nämnda lagen om närståendevård kompletteras genom att tillägget ”samt i anslutning till när anhörigs död” görs.

12.20 Förslaget till ändring i studiestödslagen (1999:1395)

2 kap. 10 §

I andra stycket görs tillägget ”och vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död”.

3 kap. 24 §

I andra stycket görs tillägget ”och vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död”.

12.21 Förslaget till ändring i studiestödsförordningen (2000:655)

2 kap. 21 §

Ett tillägg görs för att markera att regeln även gäller vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död.

3 kap. 33 §

Ett tillägg görs för att markera att regeln även gäller vid ledighet i anslutning till nära anhörigs död.

Särskilt yttrande

Av sakkunnige Leif Westerlind, Socialdepartementet och sakkunnige Jan Lidhard, Finansdepartementet

Utredarens uppgift är att föreslå användbara metoder för att mäta och bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga. Utredaren ska även föreslå hur ett mer fördjupat arbete med att ta fram ett metodstöd ska genomföras. I ett andra steg ska utredaren beskriva och analysera begreppet arbetsförmåga och presentera en begreppsapparat som även innefattar begreppet sjukdom. I uppdraget ingår även att närmare redovisa och analysera skillnaderna mellan kraven på omställning i socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. Däremot anges inte att utredaren i denna del ska lämna förslag som rör sjukförsäkringen eller som är av organisatorisk art. Även om det inte står uttryckligen i direktiven får det förutsättas att det är dagens regler inom sjukförsäkringen som ska vara utgångspunkten för arbetet. Utredningen aviserades i budgetpropositionen för 2008 som ett led i introduktionen av rehabiliteringskedjan.

Enligt vår uppfattning har betänkandet stora förtjänster när det gäller att beskriva och klarlägga begreppen sjukdom och arbetsförmåga. Däremot har utredaren inte kommit så långt som vore önskvärt med att föreslå användbara metoder för att mäta och bedöma arbetsförmåga, vilket varit utredarens huvuduppgift. För att komma längre i denna del har utredaren getts förlängd tid i sex månader med uppdrag att tillsammans med Försäkringskassan påbörja ett utvecklingsarbete för att fullfölja det ursprungliga uppdraget. Redovisningen av detta arbete görs enbart på ett övergripande sätt i betänkandet. Vårt intryck och vår bedömning är att resultatet av detta arbete inte motsvarar förväntningarna.

Utredaren har i stället ägnat avsevärd uppmärksamhet åt att föreslå betydande förändringar i den nuvarande sjukskrivningsprocessens regelsystem. Utredarens förslag i denna del är mycket

komplicerade och medför mycket svåra avvägningar när t.ex. individens omställningsförmåga och sociala kompetens ska bedömas. Förslagen innebär även en kraftig expansion av sjukförsäkringens omfattning. Förslagen konkretiseras dock i mycket begränsad utsträckning i lagförslag, vilket också gör det svårare att bedöma dem. Till detta kommer att de metoder och instrument för att bedöma arbetsförmåga som borde vara utgångspunkten för utredarens förslag saknas. Detta medför sammantaget att det knappast är möjligt att ta ställning till utredarens förslag i denna del. Utredaren lämnar även förslag på familjepolitikens område, vilket inte ingår i utredarens uppdrag.

Utredaren föreslår även att det ska ske ett utvecklingsarbete genom en uppbyggnad av medicinska bedömningsteam hos Försäkringskassan. Vi anser att utredaren haft större ambitioner i denna del än vad som ryms inom uppdraget. Det är dock nödvändigt att en sådan förändring föregås av en principdiskussion om Försäkringskassans uppgift. Den förutsätter dessutom ett utvecklat bedömningsinstrument. Ett utvecklingsarbete i denna del riskerar därmed att försena utvecklandet av metoderna och instrumenten för bedömning av funktionstillstånd och arbetsförmåga.

Vi anser sammanfattningsvis att betänkandet borde ha visat större följsamhet mot direktiven och därigenom ha begränsats till de delar som rör begreppen sjukdom och arbetsförmåga samt metoderna och instrumenten för bedömning av arbetsförmåga, särskilt i de tidigare skedena av sjukskrivningsprocessen.

Referenser

- Aaron Leslie A., Buchwald Dedra (2001) *A Review of the Evidence for Overlap among Unexplained Clinical Conditions*, Annals of Internal Medicine, volume 134.
- Aylward & Waddell (2006) *The Scientific and Conceptual Basis of Incapacity Benefit*, The Stationary Office, London.
- Barsky A, J Borus (1999), Annals of Internal Medicine, Vol 130, Nr 11.
- Boorse C, *Health as a theoretical concept*, Philosophy of Science 1977;44.
- Boyd Kenneth M, *Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts*, Med. Humanit. 2000;26;9-17.
- Carlberg Ingrid (2008) *Pillret*, Norstedts.
- Dworkin Ronald (2000) *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality* Harvard University press, Cambridge, Massachusetts London, England.
- Englund Lars och Svärdsudd Kurt, *Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish County*. Scan J Prim Health Care 2000;2:81-6.
- Englund L. (2008) *Hur har distriktsläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? Resultat av tre praxisundersökningar bland distriktsläkare i ett svenskt landsting åren 1996, 2001 och 2007*. Arbetsrapport, Centrum för Klinisk Forskning, Falun.
- Eriksen H R, Ihlebäck C, Ursin H, *A scoring system of subjective health Complaints*, SCJ of public health 1999;27 (1).
- Eriksson K, (1995) *Hälsans idé*, Liber, citerad i Medin/Alexandersson (2000).
- Försäkringskassan analyserar 2007:02 *Att säga nej på ett bra sätt*.
- Försäkringskassans vägledning 2004:2 version 12, *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*.

- Försäkringskassan Socialförsäkringsrapport 2008:10, *Nej till sjukpenning – Vad hände sen?*
- Herlofson Jörgen, *Kriteriestödd psykiatrisk diagnostik – DSM-systemet i historiskt perspektiv*. Bearbetning av ursprungstext av First M B, Gibbon M, Spitzer R L, Williams J B W, Benjamin L. Autismforum 3/11 2004.
- Holmes Stephen och Sunstein Cass (1999) *The Cost of Rights: Why Liberty depends on taxes*, W. W. Norton & Company.
- Horwitz Allan V, *An Epidemic of Depression*, Psychiatric Times. Vol. 25 No. 13 2008.
- Ihlebak et al. (2002) *Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway*, Scand J Public Health.2002; 30: 20-29.
- Junestav Malin (2004) *Arbetslinjen i svensk socialpolitisk debatt och lagstiftning 1930–2001*, avhandling.
- Johannisson Karin (2006) *Hur skapas en diagnos? Diagnosens makt*, Gunilla Hallerstedt (red.), Daidalos.
- Kymlicka Will (2002) *Contemporary Political Philosophy: an Introduction*, Oxford University Press, Oxford.
- Lindert Peter (2005) *Välfärdsstatens expansion. Ekonomisk tillväxt och offentlig sektor under 200 år*, SNS.
- LO (2009); *En sjukförsäkring som ger trygghet*.
- Lundin Anders, *Kultursjukdomarna – den subjektiva ohälsans olika ansikten*, Läkartidningen 2008-10-28.
- Mannelqvist Ruth, *Arbetsförmåga i sjukförsäringen - lagstiftarens motiv*. Förvaltningsrättslig Tidskrift. - 2008 (4), s. 509–533.
- Marinker, M (1978) *Why make people patients?* Journal of Medical Ethics 1975:1 81-84.
- Medin Jennie och Alexanderson Kristina (2000) *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*, Studentlitteratur.
- Nordenfelt L (1996) *Samtal om Hälsan*, Liber, Falköping.
- Nordenfelt L (2008) *The Concept of Work Ability*, P.I.E. Peter Lang, Germany.
- Conrad P, *The Medicalization of Society*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Raz Joseph (1986) *The Morality of Freedom*, Clarendon Press, Oxford.
- Riegel B J. *Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction*. Coron Artery Dis 1993;4:215-20.
- Rothstein Bo (2002) *Vad bör staten göra?* SNS förlag.
- Rose Joanna, *Gör mig hel!* Forskning och Framsteg 2/2005.

- SEB (2009), *Välfärdsbarometern*.
- Sen Amartya (2002) *Utveckling som frihet*, Bokförlaget Daidalos AB, Uddevalla.
- Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*, Norstedts Förlag.
- Stråth Bo (1990) *Vision och verklighet i historia och politik: till Jörgen Weibull sommaren 1990 Höganäs*, Wiken.
- Twaddle, A (1968) *Influence and Illnes: Definition and Definiers of Illness Behavior*, Brown University, Ph. D thesis.
- Ulfvarson Johanna (2004) *Drug treatment of elderly*, Karolinska Institutet.
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M, *Functional somatic syndromes: one or many?* Lancet 1999;354:936-9.
- Wessely S / White P D *There is only one functional somatic syndrome*. Discussion between Wessely (for) / White (against). British Journal of Psychiatry 2004 185. 95-96.
- Westerholm P och Lindenger G (2008) *Arbetsförmåga – Det humana kapitalets värde*, sid. 306–9 i *Arbets(o)förmåga*, red. L. Vahlne Westerhäll, Santérus Förlag, Stockholm.
- Westerhäll-Gisselsson L (1983) *Sjukdom och arbetsförmåga*, Doktorsavhandling, Norstedts Stockholm.
- Åmark Klas (2005) *Hundra år av välfärdsolitik: Välfärdsstatens framväxt i Norge och Sverige*, Borea förlag Umeå.

Departementsserie

- Ds 2009:45 *Stöd till personer som lämnar sjukförsäkringen*, Socialdepartementet.
- Ds 2009:15 *En enklare ledighetslagstiftning*, Socialdepartementet.

Statens Offentliga Utredningar, SOU

- 1995:149 *Försäkringsskydd vid sjukdom*.
- 2006:86 *Mera försäkring och mera arbete*.
- 2008:66 *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder*.
- 2008:102 *Brist på brådska – en översyn av aktivitetsersättningen*.

Propositioner

Prop. 1973: 129 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om anställningskydd, m. m.*

Prop. 1976/77:44 *om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring, m.m.*

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

Prop. 1996/97:28 *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension.*

Prop. 2007/08: 136 *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*

Socialförsäkringsutredningens (SOU 2006:86) skriftserie,

Samtal om socialförsäkring

<http://www.sou.gov.se/avslutadeutred/departementsordning/social/2004.htm> (klicka på Socialförsäkringsutredningen)

Samtal om socialförsäkring nr 4, *Vad är arbetslinjen?*

Samtal om socialförsäkring nr 7, *Sjuk eller ledsen?*

Samtal om socialförsäkring nr 10, *Rehabilitering – Ett långt lidandes historia.*

Samtal om socialförsäkring nr 15, *Obälsoskulden och de unga.*

Kommittédirektiv



Översyn av begreppen sjukdom och arbetsförmåga samt en enhetlig bedömning av arbetsförmåga

Dir.
2008:11

Beslut vid regeringssammanträde den 31 januari 2008

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare får i uppdrag att i ett första steg göra en inventering av de olika metoder som finns i dag, i Sverige och andra länder, för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga. Utifrån denna genomgång ska utredaren föreslå användbara metoder för att mäta och bedöma funktionstillstånd och/eller funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Utredaren ska vidare föreslå hur ett mera fördjupat arbete med att ta fram ett metodstöd ska genomföras.

I ett andra steg ska utredaren beskriva och analysera begreppet arbetsförmåga och presentera en begreppsapparat. Utredaren ska analysera vad som läggs i begreppet och hur det används inom såväl socialförsäkringen, arbetsmarknadspolitiken som handikappolitiken. Utredaren ska vidare beskriva och analysera begreppet sjukdom ur sjukförsäkringens perspektiv.

I uppdraget ingår även att närmare redovisa och analysera skillnaderna mellan kraven på individers omställning i socialförsäkringen och motsvarande krav inom arbetsmarknadspolitiken. Utgångspunkten för uppdraget är att individens funktionstillstånd ska tillmätas större betydelse vid bedömningen av arbetsförmågan. Begreppsapparat, bedömningskriterier och metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken ska också bli mera enhetliga.

Utredaren ska lämna de förslag till författningsändringar som översynen motiverar.

Den första delen av uppdraget ska redovisas senast den 31 maj 2008. Utredaren ska slutligt redovisa hela uppdraget senast den 30 april 2009.

Bakgrund

Det medicinska sjukdomsbegreppet

Sjukdomsbegreppet har inte definierats i lag och kan skilja sig åt beroende på ur vems perspektiv begreppet diskuteras. Ur individens perspektiv, ett subjektivt begrepp, där individens upplevelse av sjukdom, t.ex. smärta, trötthet, nedsatt funktionsförmåga, är det avgörande. Ur professionens perspektiv kan det sägas vara objektivt i den meningen att man då utgår från det faktiska tillståndet, från vad som från medicinska utgångspunkter uppfattas som ett normalt tillstånd eller ett onormalt tillstånd som resulterar i en diagnos. Sjukdomsbegreppet kan också variera över tiden.

I Sverige och flertalet andra länder används inom hälso- och sjukvården det klassifikationssystem för sjukdomar som utarbetats av WHO – ICD (International Classification of Diseases) – vilket omfattar medfödda och förvärvade sjukdomar och även skador. Klassifikationen, som bl.a. används för diagnosättning inom sjukvården, har översatts till svenska och uppdateras löpande. Socialstyrelsen bedriver därutöver ett arbete för att normera och rekommendera användningen av begrepp och termer, i syfte att värna om patientsäkerheten respektive rättssäkerheten. Vidare har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att ansvara för översättning och harmonisering av ett internationellt begreppssystem för kliniska begrepp och termer, SNOMED CT (Systemized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms). Avsikten med systemet är att, genom ett enhetligt bruk av begrepp och termer, få en entydig information i all vård- och omsorgsdokumentation. Detta arbete medför förbättrade förutsättningar för vårdgivare vad avser t.ex. tydlighet och enhetlighet, liksom för uppföljning och styrning av verksamheten. Härigenom kan även bättre beslutsunderlag för sjukskrivning åstadkommas.

Begrepp inom sjukförsäkringen

Begreppen sjukdom och arbetsförmåga är centrala för sjukförsäkringen. Begreppen är emellertid vaga och kan ha både en smalare och vidare betydelse än inom sjukförsäkringen. Det medicinska sjukdomsbegreppet behöver således inte fullständigt överensstämma med det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet.

Även begreppet försäkringsmedicin är tämligen otydligt, men skulle till exempel kunna beskrivas som kunskapen om den nedsatta arbetsförmåga som har sin grund i sjukdom och kunskapen om den tid under vilken arbetsförmågan är nedsatt och som under olika förutsättningar bör ge rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Försäkringsmedicin kan idag inte betraktas som en etablerad akademisk disciplin. Området är till stora delar utforskat och det finns brister vad gäller vetenskapligt underbyggd kunskap. Bristen på evidensbaserad kunskap om medicinskt grundad funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga och lämpliga sjukskrivningstider bidrar till olikheter i tillämpningen av sjukförsäkringen i tid och geografiskt. Det finns inte heller underlag för att avgöra om skillnaden i tillämpningen mellan kvinnor och män är motiverad. Behovet av att utveckla den evidensbaserade kunskapen inom försäkringsmedicin är därför stort. Ett steg på vägen är det uppdrag som Socialstyrelsen och Försäkringskassan har fått (dnr. S2005/9201/SF) att utforma nationella försäkringsmedicinska riktlinjer i form av ett beslutsstöd för sjukskrivning. Beslutsstödet kommer i huvudsak att grundas på beprövad erfarenhet. Genom förbättrad kunskap kommer beslutsstödet att successivt behöva utvecklas. Försäkringsmedicinen kan därmed sägas ha fått sitt första konkreta vetenskapliga uppdrag med framtida klinisk användbarhet. Det färdigställda och kvalitetssäkrade beslutsstödet kommer att presenteras under 2008. Delar av beslutsstödet har emellertid presenterats i oktober 2007, i form av en vägledning, och stödet har börjat användas.

För begreppen arbetsförmåga och arbetsoförmåga, liksom metoderna för bedömning av dessa saknas ett motsvarande uppdrag. Begreppen och bedömningen av dessa behöver konkretiseras. WHO:s klassifikation ICF (International Classification of Functioning) är grundläggande för begreppsbildningen i sammanhanget. Svårigheterna och de rådande problemen med att bedöma arbetsförmåga är av så fundamental art att en grundlig utredning är nödvändig för att utveckla och förankra ett gemensamt synsätt och

gemensamma metoder för bedömning av medicinskt orsakad funktionsnedsättning och arbetsförmåga. Ett arbete för att utveckla och förankra ett synsätt och sådana metoder behöver därför initieras. Detta är avgörande för att arbetslinjens krav på omställning bättre ska tillgodoses samtidigt som olikheten i tillämpningen av sjukförsäkringen minskar.

Regeringen har i budgetpropositionen för 2008 angett att den anser att individens funktionstillstånd ska tillmätas större betydelse vid bedömningen av arbetsförmågan. De bedömningskriterier som används inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken liksom metoderna för att bedöma funktions- och arbetsförmåga måste enligt regeringen bli mera enhetliga. De ska tillsammans främja en snabbare återgång till arbete. Regeringen aviserar att en översyn ska göras för att dels fastställa metoder för bedömning av arbetsförmåga och/eller funktionstillstånd, dels tydliggöra det sjukdomsbegrepp som ska gälla i sjukförsäkringen. Detta direktiv baserar sig på regeringens avisering.

Gällande bestämmelser

Grundläggande kriterier för ersättning enligt AFL

För sjukförsäkringen finns den grundläggande bestämmelsen rörande sjukdom och arbetsförmåga i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

Enligt AFL är det för rätt till sjukpenning, aktivitetsersättning eller sjukersättning två grundläggande kriterier som ska bedömas; dels om sjukdom eller skada föreligger, dels om denna sjukdom eller skada lett till nedsättning av personens arbetsförmåga med minst 25 procent. Beroende på graden av nedsatt arbetsförmåga kan sjukpenning lämnas med hel, tre fjärdedels, halv eller med en fjärdedels ersättning. Med sjukdom jämförs, enligt AFL, ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning lämnats och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört. Vid bedömning av om sjukdom föreligger ska enligt AFL bortses från arbetsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Det är en sjukdoms konsekvens för funktionstillstånd och arbetsförmåga som kan motivera sjukskrivning, inte sjukdomen i sig.

Sjukdomsbegreppet

Sjukdomsbegreppet saknar en definition i AFL trots att innebörden av begreppet har en avgörande betydelse vid bedömningen av rätten till ersättning. Det är istället Socialvårdskommitténs uttalanden av allmän karaktär i betänkandet från 1944 (SOU 1944:15) som är vägledande. Uttalandet lyder *Som sjukdom torde kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket inte sammanhänger med den normala livsprocessen*. Kommittén har framhållit två omständigheter som viktiga vid bedömning av om sjukdom föreligger, nämligen läkarens uppfattning och möjligheten till skälighetsöverbäganden.

I förarbetena till nuvarande lagstiftning uttalas beträffande sjukdomsbegreppet att utvidgningar av sjukförsäkringens ersättningsområde kan ske genom att domstolarna skapar eller ändrar rättspraxis eller genom att riksdagen fattar beslut om att ändra regelverket. Vad som avses med sjukdom har under en lång tid successivt utvecklats genom praxis av framförallt den tidigare Försäkringsöverdomstolen. Även förändringar av det medicinska sjukdomsbegreppet har lett till förändringar i det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet.

Exempel på hur sjukdomsbegreppet har utvidgats i praxis är den utveckling som skett beträffande synen på störningar under graviditeten samt operativa ingrepp. Tillstånd under graviditeten som tidigare inte gett rätt till sjukpenning men som enligt nuvarande rättspraxis anses göra det är bl.a. hotande förtidsbörd, hotande missfall och otillräcklig fostertillväxt.

Exempel på operativa ingrepp som ger rätt till sjukpenning är t.ex. abort, sterilisering, skönhetsoperation och organ- eller vävnadsdonation. Även sorg- och trötthetstillstånd kan ge rätt till sjukpenning. När det gäller operativa ingrepp har praxis efter hand utvecklats så att anledningen till ingreppet inte tillmäts någon betydelse när det gäller att bedöma sjukdomstillståndet efter ingreppet. Bedömningen ska i stället göras utifrån det tillstånd som det operativa ingreppet medfört.

Arbetsförmåga och bedömning av denna

AFL innehåller ingen definition av begreppet arbetsförmåga. Lagen innehåller däremot en regel för hur arbetsförmåga ska bedömas. Regeln innebär att enbart medicinska kriterier som huvudregel ger rätt till ersättning. Regeln har dock undantag (3 kap 7 § resp. 7 kap. 3 § AFL) som anger att om det finns särskilda skäl för det får vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning beaktas den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter.

Det formella kravet på arbetsförmågans nedsättning enligt AFL skiljer sig något när det gäller rätten till sjukpenning respektive rätten till aktivitets- och sjukersättning. För rätt till hel sjukpenning krävs i princip att arbetsförmågan är fullständigt nedsatt. Detta innebär att till exempel en begränsad arbetsinsats i en förening eller ett politiskt mindre omfattande uppdrag i regel alltid minskar sjukpenningen. I fråga om aktivitets- eller sjukersättning utbetalas däremot hel sådan förmån om arbetsförmågan är helt eller i det närmaste helt nedsatt.

När Försäkringskassan konstaterat att sjukdom föreligger och ska bedöma den försäkrades arbetsförmåga sker detta stegvis enligt den så kallade steg- för- steg- modellen. Syftet med modellen är att ge Försäkringskassan stöd för att på ett strukturerat och aktivt sätt bedöma arbetsförmågan vid ställningstagande för rätten till sjukpenning.

Vid bedömning av arbetsförmågan hos en anställd ska Försäkringskassan alltid först bedöma förmågan i förhållande till den försäkrades vanliga arbete eller arbetsuppgifter. Om det visar sig att den anställde på grund av sjukdom inte kan återgå i sitt vanliga eller i annat arbete hos arbetsgivaren ska Försäkringskassan bedöma hennes eller hans arbetsförmåga mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, det vill säga på samma sätt som för arbetslösa.

För den som är arbetslös ska arbetsförmågan alltid bedömas i ett bredare perspektiv, inte bara mot ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter. Bedömningen ska relateras till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

I begreppet normalt förekommande arbete ligger att Försäkringskassan inte bara ska göra bedömningen av arbetsförmågan i förhållande till de arbeten som finns direkt tillgängliga för den försäkrade. Försäkringskassan ska göra bedömningen mot hela den

svenska arbetsmarknaden. Detta betyder att bedömningen inte ska begränsas till den lokala eller regionala arbetsmarknaden. Bedöms den försäkrade kunna klara ett normalt förekommande arbete har hon eller han inte längre rätt till sjukpenning. Om den försäkrade inte kan få ett sådant arbete är personen att anse som arbetslös. I departementspromemorian *Införande av en rehabiliteringskedja* (S2007/11032/SF) som är föremål för remissbehandling föreslås att begreppet normalt förekommande arbete ersätts med förmåga att försörja sig genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden. I denna promemoria föreslås även förändringar av den ovan angivna stegmodellen.

Arbetsförmåga på arbetsmarknadspolitikens område

Begreppet arbetsförmåga är centralt även i olika sammanhang inom arbetsmarknadspolitik och Arbetsförmedlingens verksamhet.

Arbetsförmedlingens uppgift är att, utifrån varje individs förutsättningar och begränsningar, hjälpa individen att få ett lämpligt arbete. För dem som har ett funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga måste, som ett första steg, en bedömning göras av arbetsförmågan.

Inte heller inom arbetsmarknadspolitik finns i gällande lagar och förordningar begreppet arbetsförmåga närmare definierat. I Arbetsförmedlingens egna handläggarstöd om arbetsförmåga anges emellertid en definition av begreppet som lyder "arbetsförmåga bestäms av egenskaper hos en individ, en specifik arbetsuppgift och arbetsmiljö i samspel". Arbetsmarknadsstyrelsen har i föreskrifter (AMSFS 2000:6) angett vilka steg som ska vidtas och vilket underlag som ska finnas vid bedömning av arbetsförmåga i samband med beviljande av särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga.

Arbetslöshetsförsäkringen är en omställningsförsäkring vid omställning till annat arbete. I lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkringen (ALF) finns bestämmelser som är nära kopplade till den sökandes arbetsförmåga.

När en person skriver in sig på Arbetsförmedlingen i syfte att söka arbete och göra anspråk på arbetslöshetsersättning ska förmedlingen göra en bedömning av om personen är arbetsför och oförhindrad att åta sig arbete för en arbetsgivares räkning minst 3 timmar varje arbetsdag och i genomsnitt minst 17 timmar i veckan

(9 § 1 ALF). Om personen inte anses vara arbetsför och oförhindrad att åta sig arbete ska förmedlingen anmäla detta till arbetslöshetskassan som fattar beslut om personen är berättigad till ersättning eller inte. Med att vara arbetsför avses enligt förarbetena till lagen om arbetslöshetsförsäkring att sökanden ska kunna prestera ett normalt arbetsresultat i ett för honom eller henne lämpligt arbete. För att i tveksamma fall kunna fastställa om en sökande är arbetsför kan arbetslöshetskassan kräva att han eller hon visar upp ett läkarutlåtande. Att en person är oförhindrad att förvärvsarbeta innebär att det inte får föreligga några omständigheter som hindrar den sökande att åta sig arbete under tid personen gör anspråk på ersättning. Annorlunda uttryckt innebär kravet att den arbetssökande ska vara oförhindrad att åta sig arbete och att personen ska stå till arbetsmarknadens förfogande.

Enligt grundvillkoren krävs vidare att den sökande ska vara beredd att anta erbjudet lämpligt arbete samt aktivt söka sådant arbete. Vilka arbeten som ska anses lämpliga bedöms utifrån reglerna i 11 § ALF. Arbetsförmedlingen och arbetslöshetskassan ansvarar för bedömningen utifrån arbeten på hela den svenska arbetsmarknaden. Därvid ska det exempelvis inom ramen för tillgången på arbetstillfällen tas skälig hänsyn till den sökandes förutsättningar för arbetet samt andra personliga förhållanden. Vidare ska eventuella medicinska hinder beaktas. En förutsättning för att ett arbete ska bedömas icke lämpligt på grund av medicinska hinder är dock att hindren kan styrkas med ett läkarutlåtande.

Vid bedömning av arbetsförmåga ska Arbetsförmedlingen pröva individens funktionstillstånd, kunskaper, färdigheter, erfarenheter och utvecklingsmöjligheter mot olika arbetsuppgifter och arbetsmiljöer. En individ kan med detta synsätt vara fullt arbetsförmögen när det gäller vissa arbetsuppgifter och helt oförmögen att arbeta med andra uppgifter. Begreppet arbetsförmåga är således en relation mellan individ och miljö och inte enbart en egenskap hos individen. Arbetsförmågan kan påverkas genom anpassning av arbetsplatsen, med hjälp av olika hjälpmedel, med utbildning och inte minst över tid.

För personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga finns ett särskilt program. Programmet omfattar stöd och andra insatser som syftar till att kompensera nedsättningen i arbetsförmågan. För att få tillgång till dessa stöd och insatser ska funktionsnedsättningen vara dokumenterad och en

bedömning av arbetsförmågan vara gjord. I fråga om lönebidrag ska en bedömning göras av graden av arbetsförmågans nedsättning.

Ett handläggarsstöd för bedömning av arbetsförmåga finns tillgängligt för personalen vid Arbetsförmedlingen. Där finns också anställda specialister på rehabilitering, t.ex. arbetsterapeuter, sjukgymnaster och psykologer, som bl.a. har till uppgift att göra bedömningar av arbetsförmåga. Specialistkunnande finns också när det gäller olika slag av funktionsnedsättningar. Av handläggarsstödet framgår att flera olika metoder och hjälpmedel används som underlag för en bedömning av arbetsförmåga. Exempel är bl.a. samtal, självskattning, arbetspsykologisk utredning och ofta arbetsprovning på en eller flera arbetsplatser.

För att personer som går från sjukskrivning till att bli aktivt arbetssökande ska kunna erbjudas kontinuitet i servicen, har arbetsformer etablerats mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i form av s.k. avstämningsmöten. Det är vid dessa möten som myndigheterna tillsammans med individen gör en första plan för hur övergången till arbete ska kunna ske. Utgångspunkten är den av Försäkringskassan gjorda bedömningen av individens arbetsförmåga. Denna får sedan kompletteras med Arbetsförmedlingens utredning. Om det inte finns uppenbara skäl att ifrågasätta bedömningen ska den som av Försäkringskassan ha bedömts ha en arbetsförmåga också av Arbetsförmedlingen bedömas stå till arbetsmarknadens förfogande.

Metoder för bedömning av funktionstillstånd i andra länder

Internationellt finns vissa etablerade metoder och instrument för att mäta olika typer av funktionstillstånd, framförallt fysiskt funktionstillstånd såsom styrka i vissa muskler, syreupptagningsförmåga, EKG, syn, hörsel, rörlighet. Det finns även metoder för att mäta vissa mentala funktionsförmågor såsom minne, logiskt tänkande och reaktionsförmåga. Det saknas emellertid i stor utsträckning metoder för sociala förmågor. Därtill saknas nästan helt metoder för att ta ställning till i vilken grad nedsatt *funktionstillstånd* även innebär en nedsättning av den fysiska, mentala respektive sociala *arbetsförmågan*, och i så fall till vilken grad.

Flera länder, exempelvis Nederländerna, Storbritannien och Danmark, har utvecklat olika instrument för att bättre kunna

bedöma en persons arbetsförmåga och vilken typ av insatser som kan behövas för återgång i arbetslivet.

Behovet av en översyn

Enligt Sjukförsäkringsutredningen (SOU 2006:86) är det en "mjuk" försäkring som ligger bakom utvecklingen att allt fler lämnar arbetslivet till följd av ohälsa i Sverige. I detta ligger att andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom har påverkat bedömningen av rätten till ersättning, vilket har medfört att sjukfrånvaron har varierat över tid och rum på ett sätt som inte är motiverat av förändringar i befolkningens hälsoläge eller åldersstruktur. Samtidigt har alla typer av sjukfall förlängts. Resultatet har blivit en ökad utslagning från arbetsmarknaden med allvarliga mänskliga och samhällsekonomiska konsekvenser som följd.

Begreppet sjukdom

Andelen sjukskrivna med diagnoser inom gruppen psykiska sjukdomar har ökat kraftigt i Sverige. Den största diagnosgruppen är dock fortfarande diagnoser avseende sjukdomar i rörelseorganen. Tillsammans står dessa diagnoser för närmare två av tre sjukskrivningar som varat över 60 dagar.

I Sverige är således de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning idag lindrigare psykisk ohälsa och besvär från rörelseapparaten. Problemen kännetecknas ofta av begränsade objektiva undersökningsfynd. De utgörs inte sällan av subjektiva besvär och är många gånger kopplade till psykosociala problem som hänger samman med individens allmänna livsvillkor eller förhållanden på arbetsplatsen. För dessa tillstånd utgör arbete dock ofta inte något hot mot hälsan. Tvärtom kan arbete många gånger vara en förutsättning för bevarande av hälsan.

Det ligger en motsägelse i att Sveriges befolkning generellt sett har blivit allt friskare och lever allt längre, samtidigt som antalet personer som får ersättning på grund av långvarig sjukdom ökar kraftigt. Andra faktorer än ökad sjuklighet kan delvis förklara detta förhållande. Exempelvis har kunskaperna om psykiska sjukdomar ökat samtidigt som stigmatiseringen, som är förknippad med sådana sjukdomstillstånd, har minskat. Detta kan innebära att

patienterna har blivit mer villiga att berätta om psykiska problem och att läkarens eventuella tidigare motstånd mot att ange en psykiatrisk diagnos på intyget har minskat. I vissa fall kan dock läkarens diagnostiska bekräftelse av patientens sjukdomsupplevelse ges etiketten medikalisering. Med det avses att ett tidigare icke-medicinskt problem definieras som sjukdom och inkluderas i den medicinska sfären. Därtill kommer att sjukskrivning, ibland under långa tider, i praktiken har kommit att betraktas som en behandlingsmetod för vissa upplevelser/symptom trots bristande evidens såväl vad gäller faktisk grad av nedsatt arbetsförmåga som effekter av sjukskrivning på sjukdomsförloppet.

Sett ur sjukförsäkringens perspektiv kompliceras bilden ytterligare av vilka tillstånd som försäkringsrättsligt bör ge rätt till ersättning. Dels måste en väl fungerande sjukförsäkring kunna avgränsa de tillstånd av sjukdom som omfattas av försäkringen, dels kan själva möjligheten att via sjukförsäkringen få sjukdom och nedsatt arbetsförmåga bekräftad och ersatt bli en icke önskvärd del av medikaliseringen.

I försäkringsrättsligt hänseende bör innebörden av skillnaderna mellan den subjektiva upplevelsen av att inte må bra (ofta benämnt *illness*), den sociala roll man får av illabefinnandet (*sickness*) och det patologiska tillstånd som är objektivt diagnostiserat inom medicinen (*disease*) analyseras. Utan ett tydligt sjukdomsbegrepp kan den enskilde i praktiken komma att avgöra begreppets innebörd. Personliga faktorer som motivation och förhållningssätt kan få alltför stor betydelse i bedömningen av om sjukdom som försäkringsrättsligt ger rätt till ersättning föreligger eller inte.

Långvarig frånvaro på grund av mindre väldefinierade sjukdomstillstånd kan många gånger med tiden i sig starta en utslagningsprocess. Det innebär att mindre svåra besvär övergår i en nedsatt arbetsförmåga som är en primär effekt av frånvaro och att den försäkrade identifierar sig själv som sjuk. Denna utslagnings-effekt tycks vara likartad i de flesta västländer.

Som tidigare nämnts gäller numera för operativa ingrepp att anledningen till ingreppet inte tillmäts någon betydelse när det gäller att bedöma sjukdomstillståndet efter ingreppet, utan bedömningen ska i stället göras utifrån det tillstånd som det operativa ingreppet medfört. Det har i olika sammanhang framförts stark kritik mot att personer som frivilligt och av högst personliga skäl väljer att låta sig opereras, t.ex. i form av s.k. skönhetsoperationer

av olika slag, därefter har rätt till av arbetsgivaren eller försäkringen betald sjukfrånvaro.

Sjukförsäkringen vilar på idén om ett tydligt kriterium på skada eller sjukdom. I själva verket är detta begrepp i allra högsta grad undflyende, mångtydigt, föränderligt och omstritt. Varje försök att entydigt definiera sjukdom riskerar att bli antingen för begränsat eller för allomfattande för att vara praktiskt användbart.

Regeringen anser att det nu finns ett behov av att grundligt analysera och se över det grundläggande begreppet sjukdom sett ur sjukförsäkringens perspektiv. För att få en väl fungerande sjukförsäkring kan det vara nödvändigt att avgränsa det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet i förhållande till den medicinska sektorns vidare begrepp.

Begreppet arbetsförmåga

Den försäkrades förmåga att arbeta beror inte enbart på individens kapacitet i olika avseenden. Arbetsförmågan är även resultatet av samspelet mellan denna kapacitet, arbetets krav på den försäkrade och den miljö som individen befinner sig i. Begreppet arbetsförmåga kan beskrivas i tre grunddimensioner; en fysisk, en psykisk och en social. Arbetsförmågan avgörs av samspelet dem emellan och arbetet i fråga. Många faktorer påverkar således om ett visst hälsotillstånd leder till nedsatt arbetsförmåga. Personliga faktorer (bl.a. motivation och förhållningssätt) spelar också roll, särskilt vid mindre allvarliga och subjektivt upplevda hälsotillstånd.

Graden av arbetsförmåga har en mycket central betydelse i sjukförsäkringssammanhang. Trots det saknas en tydlig definition av begreppet arbetsförmåga. Det finns heller inte några gemensamma normer eller instrument för hur arbetsförmågan och olika grader av nedsättning av den ska prövas och bedömas. Bedömningarna blir särskilt svåra när arbetsförmågan ska relateras till hela arbetsmarknaden. Avsaknaden av gemensamma metoder och normer för värdering av arbetsförmågan leder till att värderingar och föreställningar hos den som bedömer den försäkrades arbetsförmåga, eller hos patienten själv, riskerar att få stor betydelse. Även den försäkrades möjlighet att få arbete på orten kan få stor betydelse. Enligt en tillsynsrapport från Socialstyrelsen *Sjukskrivningsprocessen i primärvården (2005)* framgår dessutom att många läkare inom primärvården har uppfattningen att det egentligen är

patienten som avgör hur stor arbetsförmåga han eller hon har, även om det är läkaren som skriver intyget.

Nedsatt eller saknad arbetsförmåga på medicinska grunder kan vara fysiskt eller psykiskt fullständigt självklar. Men för många tillstånd kan man inte komma ifrån att allmänna värderingar i samhället om vilka krav på ansträngning och omställning som ska ställas på individen spelar in. Hur stora krav som ska ställas på individen blir sist och slutligen en normativ fråga som saknar ett självklart svar. Olika samhällen och olika tider ser olika på frågan om individens skyldigheter och rättigheter, t.ex. för kvinnor och män. Sett från de försäkrades utgångspunkt spelar också allmänna värderingar roll för vilka försäkringsvillkor som upplevs som nödvändiga för att individen ska känna att den har ett gott försäkringsskydd för sin inkomst.

I sjukförsäkringsärenden blir bristen på gemensamma normer och metoder problematisk. Försäkrades rätt till ersättning kan bedömas mycket olika trots likartade situationer. Detta tenderar att undergräva systemets legitimitet i samhället. Även det faktum att fler förhållanden än rent medicinska kan vägas in i bedömningen av den nedsatta arbetsförmågan leder till otydligheter, vilket kan leda till både underutnyttjande och överutnyttjande av sjukförsäkringen. Otydligheter innebär även att inblandade professionella – t.ex. inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvården – känner frustration och otillfredsställelse, både över att inte kunna utföra ett optimalt arbete och över att denna typ av oklarheter leder till att handläggningen tar mer tid och oftare blir konfliktfylld. För individen liksom för samhället i stort är det en förlust att ett stort antal försäkrade som uppstår sjukpenning eller sjukersättning har en påtaglig arbetsförmåga som inte tas till vara. En studie från Försäkringskassan *Sjukskriven i onödan?* visar att nästan 60 procent av de sjukskrivna uppger att de skulle kunna arbeta åtminstone en del av sin normala arbetstid om de kunde bestämma själva över sin arbetssituation. Av de heltidssjukskrivna uppgav 32 procent att de skulle vilja arbeta deltid med tanke på sin arbetsförmåga.

Utredningen *Från socialbidrag till arbete* har i sitt betänkande *Från socialbidrag till arbete* (SOU 2007:2) konstaterat att det även är viktigt att ta fram ett arbetsförmågeverktyg för personer som inte har arbetat tidigare och som därför inte omfattas av sjukförsäkringssystemet. Dessa personers arbetsförmåga är ofta outredd, och ett arbetsförmågeverktyg riktat till denna målgrupp bedöms öka möjligheterna att ta tillvara tidigare outredda människors

arbetsförmåga och därmed också minska risken för ett mer eller mindre permanent utanförskap för dessa individer. Som exempel kan nämnas att dessa problem finns hos många av kriminalvårdens klienter.

Krav på omställning

Arbetsförmågan ska i dag, i sjukförsäkringssammanhang, ställas i relation till de krav som personens arbete innebär eller, vid längre sjukfall och för personer som saknar arbete, till krav på ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. För detta skulle beskrivningar av vilka kraven är i olika arbeten behövas. Sådana kravbeskrivningar saknas emellertid i stor utsträckning, vilket ytterligare försvårar bedömningen av individers arbetsförmåga. Än svårare kan det vara att ta ställning till kraven på arbetsmarknaden i allmänhet, även om den stora variation av krav som arbetsmarknaden innehåller i praktiken rimligen borde medföra att endast försäkrade med omfattande funktionsnedsättning kan anses ha en långsiktigt fullständigt nedsatt arbetsförmåga.

Arbetslinjen ställer krav på omställning. Den som kan arbeta ska försörja sig själv. Frågan är hur arbetslinjens krav översätts i normer och krav för vad som ska krävas av enskilda med nedsatt funktions- och arbetsförmåga. Vissa personer med mycket omfattande funktionsnedsättningar kan ha full arbetsförmåga, medan andra med till synes gott funktionstillstånd inte klarar arbetslivet. Funktionsförmåga bestäms givetvis även av faktorer som i vilken grad arbetsplatsen t.ex. har anpassats och tillgängligheten i samhället. Ny teknik kan skapa nya förutsättningar för arbetsförmågan för människor med funktionsnedsättningar men kan också skapa nya hinder. Människor med funktionsnedsättningar kan ha en nedsatt arbetsförmåga men behöver inte ha det om arbetsförhållandena och arbetsplatserna är anpassade med hänsyn till funktionsnedsättningens art liksom om den enskilde har de hjälpmedel som behövs. Rätten till arbete för människor med funktionshinder på samma villkor som för andra – understruken i FN-konventionen om rättigheter för människor med funktionshinder – måste skyddas. Det är också viktigt för denna grupp att sjukfall inte leder till sjuk- eller aktivitetsersättning utan att arbetsförmågan i nya eller anpassade arbetsuppgifter har prövats ordentligt.

Sjukförsäkringen i Sverige är ingen yrkesförsäkring och kraven på omställning är egentligen obegränsade i AFL även om det i praktiken sällan förekommer radikala yrkesomställningar vid nedsatt arbetsförmåga. Många försäkrade lever emellertid i föreställningen att de är yrkesförsäkrade och att de därigenom inte är tvungna att byta yrke när förmågan att utföra det tidigare arbetet inte längre finns. I arbetslöshetsförsäkringen finns en regel som berättigar den arbets sökande att inte behöva ta arbeten som medför en lägre inkomst än 90 procent av dagpenningen i arbetslöshetsförsäkringen. Någon motsvarighet finns inte i sjukförsäkringen. Det finns emellertid skäl att tro att tillämpningen är densamma även om faktisk kunskap saknas, vilket motiverar en närmare analys.

Att tydligt formulera kraven på den enskilde, generella såväl som något mera specifika för olika arbeten, är viktigt för förutsebarhet och för att få till stånd en mera enhetlig tillämpning av sjukförsäkringen. Vid ett sådant formulering bör eventuella krav på omställning inom andra angränsande områden observeras.

Mot bakgrund av det ovan beskrivna anser regeringen att det finns behov av att dels grundligt analysera och se över det grundläggande begreppet arbetsförmåga dels utarbeta evidensbaserade metoder för bedömning av medicinskt orsakad funktionsnedsättning och arbetsoförmåga. Utgångspunkten för ett sådant uppdrag är att kvarvarande arbetsförmåga ska tas tillvara i ökad utsträckning. Uppmärksamheten ska vidare vara inriktad på den arbetsförmåga som den försäkrade har och inte på arbetsoförmågan. Det innebär att de som kan arbeta och bidra till sin egen försörjning också ska ges möjlighet till detta. Regeringens bedömning är att ett nytt evidensbaserat metodstöd för bedömning av arbetsförmåga, i likhet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet, väsentligt kommer att öka enhetligheten och ge stöd för både intygsskrivande läkare och försäkringsadministrationen i handläggnings- och beslutsprocessen vad gäller rätten till ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. För den enskilde innebär ett evidensbaserat metodstöd ökad likabehandling och rättssäkerhet.

För allmänheten är sjukförsäkringens sätt att definiera och tillämpa begreppen sjukdom och arbetsförmåga av avgörande betydelse. Många professioner och organisationer, bl.a. läkare, försäkringskassehandläggare, psykologer, arbetsförmedlare, företagshälsovård, privata rehabiliteringsaktörer, arbetslöshetskassor, handikapporganisationer och försäkringsbolag är direkt berörda av

diskussionen om sjukdom och därav föranledd nedsatt arbetsförmåga.

Uppdraget

Uppdraget ska utföras i två steg som ska redovisas var för sig.

Inventera metoder

I ett första steg ska utredaren inventera de olika metoder för beskrivning och bedömning av funktionstillstånd och arbetsförmåga som finns i dag, i Sverige och andra länder. Metoderna ska sammanställas utifrån sina styrkor och svagheter, användbarhet, kostnader samt konsekvenser de medfört, hur accepterade de är bland allmänheten, hos olika professioner och bland arbetsgivare. Mot bakgrund av denna genomgång ska utredaren presentera en internationell kunskapsöversikt, dra slutsatser därav för svenska förhållanden och föreslå användbara metoder för att beskriva och bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga. Utredaren ska i samråd med berörda myndigheter vidare föreslå hur arbetet med att ta fram ett detaljerat metodstöd ska genomföras. Utgångspunkten ska vara att individens funktionstillstånd ska tillmätas större betydelse vid bedömningen av arbetsförmågan. Metoderna ska bidra till en rättssäker beslutsprocess inom sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. De ska så långt som möjligt vara evidensbaserade och utformade på sådant sätt att de blir användbara för berörda aktörer, t.ex. hälso- och sjukvården, företagshälsovården, Försäkringskassan, arbetslöshetskassorna och Arbetsförmedlingen. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt behovet av att kunna identifiera förmågor, inte enbart oförmågor. Detta innebär bl.a. att metodernas möjligheter att beskriva och bedöma partiell arbetsförmåga samt att hantera situationer när arbetsförmågan förbättrats ska belysas särskilt. I utredningens uppdrag ligger även att redogöra för konsekvenserna av ett sådant arbetssätt.

Denna del av uppdraget ska redovisas senast den 31 maj 2008.

Beskriva och analysera begrepp

I ett andra steg ska utredaren beskriva och analysera begreppet sjukdom ur sjukförsäkringens perspektiv. En grundläggande fråga är hur en avgränsning av sjukdomsbegreppet i försäkringsrättsligt hänseende ska göras i förhållande till hur begreppet används i allmänt språkbruk eller inom hälso- och sjukvården. Den sjukförsäkringsrättsliga förhållningen till diffusa diagnoser och s.k. symptomdiagnoser är här central. Utredaren ska i detta sammanhang även belysa och vid behov föreslå regler vad gäller t.ex. frågan om de frivilliga operationer som leder till ett medicinskt sjukdomstillstånd även socialförsäkringsrättsligt ska betraktas som sjukdom och ge rätt till ersättning.

Utredaren ska vidare beskriva och analysera begreppen arbetsförmåga och arbetsoförmåga och presentera en begreppsapparat. Hänsyn ska tas till arbetslinjens krav på att den som kan ska arbeta och försörja sig själv, men också till vad som krävs för att medborgarna ska uppleva att de har en god inkomsttrygghetsförsäkring. Den som vill omfattas av inkomsttrygghetsförsäkringarna och som har en arbetsförmåga, om än begränsad, ska arbeta eller stå till arbetsmarknadens förfogande. Utredaren ska analysera den nuvarande tillämpningen av begreppen arbetsförmåga och arbetsoförmåga inom såväl socialförsäkringen som arbetsmarknadspolitiken. Angränsande begrepp inom arbetsmarknadspolitiken, såsom att betraktas som arbetsför, eller s.k. anställbar, och att stå till arbetsmarknadens förfogande behöver beskrivas och analyseras. Utredaren ska försöka förhindra omotiverade skillnader mellan att betraktas ha en arbetsförmåga respektive betraktas som arbetsför osv. Skillnaden mellan funktionsnedsättning, funktions-tillstånd, aktivitetsbegränsning, arbetsförmåga och arbetsoförmåga liksom förhållandet dem emellan ska beskrivas och analyseras. Utredaren bör särskilt analysera bedömningen av arbetsförmågan hos personer med varaktiga funktionsnedsättningar som har funnits vid födseln eller uppstått senare på grund av skada eller sjukdom.

Utredningen ska således presentera en genomarbetad begreppsapparat som förtydligar begreppen sjukdom och arbetsförmåga. Utredaren ska konkretisera de frågeställningar av normativt slag som kan ligga till grund för de politiska avgöranden som krävs för att tydliggöra försäkringsvillkoren i sjukförsäkringen. Skillnader mellan kraven på omställning i socialförsäkringen respektive

arbetsmarknadspolitiken ska redovisas närmare och analyseras. Utredningen syftar ytterst till att begrepp, bedömningskriterier och metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga inom socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken ska bli mer enhetliga. Utredaren bör även beakta hur personer som inte omfattas av sjukförsäkringssystemet, och saknar sjukpenninggrundande inkomst, kan få sin funktions- och arbetsförmåga bedömd på ett adekvat sätt.

Utredaren ska vidare överväga hur en systematisk forsknings- och kunskapsutveckling ska komma till stånd när det gäller medicinskt betingad oförmåga att arbeta.

Försäkringsmedicinska, medicinska, ekonomiska, rättsliga, och etiska aspekter bör beaktas i utredningen och de föreslagna metodernas vetenskapliga förankring bör säkerställas.

Utredarens analyser och konsekvensbeskrivningar ska där så är relevant göras med ett jämställdhetsperspektiv.

Utredaren ska lämna de förslag till författningsändringar som översynen motiverar. Det står utredaren fritt att ta upp och föreslå även andra förändringar som har samband med uppdraget.

Den första delen av uppdraget ska som tidigare nämnts redovisas senast den 31 maj 2008. Utredaren ska redovisa hela uppdraget senast den 30 april 2009.

Utredningens arbetsformer

Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen ska bistå utredaren redan från början i utredningsarbetet. Detta för att ta till vara myndigheternas kunskap och erfarenheter liksom pågående arbete på området eller närliggande områden. Myndigheterna ska få en aktiv roll i arbetet. Därmed kommer de förslag som lämnas av utredaren att vara väl förankrade i dessa kretsar redan från start. Myndigheternas expertkunskap är en förutsättning för att metodstödet ska bli tillämpligt i praktiken och inte minst för att det ska vinna acceptans bland de yrkesgrupper som ska tillämpa stödet.

Utredaren ska under arbetet söka få till stånd såväl allmän debatt som diskussioner bland de direkt berörda, t.ex. genom att anordna seminarier och sammankomster som ger berörda möjlighet att medverka och påverka. Att många deltar i debatten om

innebörden av begreppen sjukdom och arbetsförmåga är en central aspekt i förankringen av synen på försäkringen.

Det står utredaren fritt att skapa och knyta referensgrupper till sig med såväl nationella som internationella experter på området.

Utredaren ska samråda med den i budgetpropositionen för 2008 (prop. 2007/08:1) aviserade parlamentariska utredningen om socialförsäkringarna som kommer att tillsättas under utredningstiden.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till Utredningen om
översyn av begreppen sjukdom och
arbetsförmåga samt en enhetlig bedömning
av arbetsförmåga (S 2008:01)**

**Dir.
2009:33**

Beslut vid regeringssammanträde den 16 april 2009

Förlängd tid för uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 31 januari 2008 tillkallade statsrådet Husmark Pehrsson en särskild utredare med uppdrag att se över begreppen sjukdom och arbetsförmåga samt en enhetlig bedömning av arbetsförmåga (dir. 2008:01). Utredaren ska även föreslå användbara metoder för att mäta och bedöma bl.a. arbetsförmåga. Utredaren ska enligt direktiven redovisa hela uppdraget senast den 30 april 2009.

Tiden för utredningsuppdraget förlängs för att utredningen tillsammans med Försäkringskassan ska kunna påbörja ett utvecklingsarbete av ett instrument för bedömning av arbetsförmåga. Utredaren ska i stället redovisa hela uppdraget senast den 31 oktober 2009.

(Socialdepartementet)

Bedömning av funktionsförmåga inom
hälso- och sjukvården i Finland
– Finska Läkarsällskapet Duodecims och
TELA:s publikationsserie "Facultas"

Peter Westerholm
Professor emeritus
Uppsala Universitet



Gustav Wickström
Professor
Åbo Universitet/Turun Yliopisto



Sammanfattning

I denna promemoria redovisas Arbetsförmågeutredningens uppdrag till undertecknade Peter Westerholm och Gustav Wickström att presentera ett sammandrag av fyra finskspråkiga dokument redigerade för vägledning av läkarkåren i Finland om bedömning av funktionsförmåga. Dessa dokument utgör en avkastning av det s.k. Facultas – programmet som genomförts gemensamt av finska läkarsällskapet Duodecim och försäkringsanstalten (arbetspensioner) TELA. De fyra Facultas-dokumenterna avhandlar sakområdena 1) Psykisk störning; 2) Sjukdomar i rygg och nacke; 3) De stora lederna; 4) Kronisk smärta.

Presentationen innehåller tre delar: i) Redogörelse för Facultas-projektets tillkomst och kortfattad resumé av arbetsprocessen för att ta fram skrifterna. ii) Sammandrag av vardera fyra Facultas-dokumenterna och iii) våra (Peter Westerholms och Gustav Wickströms) anslutande kommentarer.

I sammandragen av Facultas-dokumenterna valde vi att återge författarnas huvudbudskap vad gäller metod för bedömning av funktionsförmåga på de fyra ovan nämnda sjukdomsområdena. I avsnittet kommentarer och reflektioner diskuteras grundläggande begrepp som funktionsförmåga och arbetsförmåga. Företagshälsovårdens roll som aktör med ett samhällsuppdrag beskrivs kort. Kvalitetsbrister i läkarintyg har utgjort ett viktigt motiv i initieringen av Facultas-projektet.

Frågan om anpassning av befintliga beskrivningssystem för funktionsbegränsningar och funktionstillstånd vid tillämpning av WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Facultas-dokumentens beröringspunkter med Socialstyrelsens och Försäkringskassans beslutsstöd diskuteras kort. Betydelsen av en framtida utvärdering av projektet framhålls.

Författarna erinrar om de fördelar som kan finnas i ett internordiskt samarbete i att ta fram metoder och medicinska kriterier i bedömning av funktionstillstånd och – begränsningar.

1 Facultas-projektet

Denna promemoria redovisar ett sammandrag av riktlinjer som tagits fram av den finska läkarkåren och dess organisationer för att åstadkomma mer enhetliga funktionsbedömningar inom hälso- och sjukvården och i praktisk försäkringsmedicin. Riktlinjerna har år 2008 publicerats av finska läkarsällskapet Duodecim. De utgör resultatet av det så kallade Facultas-projektet, som sällskapet genomfört i samarbete med arbetspensionsförsäkringen TELA. I de fyra skrifterna behandlas:

- Psykiska störningar – (Fi: "Mielialan häiriöt")
- Ländryggens och nackens sjukdomar – (Fi: "Alaselkä- ja niskasairaudet")
- Besvär i de stora lederna – (Fi: "Isot nivelet")
- Kronisk smärta – (Fi: "Krooninen kipu")

En viktig drivkraft vid projektets tillkomst var att läkare i sin kliniska verksamhet i ökande utsträckning ställs inför krav att bedöma funktions- eller arbetsförmåga. Detta gäller praktiskt taget alla läkare i primär- och företagshälsovård, men också andra specialiteter. Funktionsförmågan behandlas i Facultas-skrifterna som ett medicinskt begrepp, som beskriver en persons förmåga att funktionellt reagera på krav från sin omgivning. När en behandlande läkare skall uttala sig om sina patienters förutsättningar att klara krav i arbetslivet uppstår ofta osäkerhet om vilka funktioner som skall bedömas, hur man mäter dem och vad som bör ingå i en systematisk beskrivning av en funktionsförmåga.

Projektet planerades 2005–06. Det första steget bestod i val av sjukdomsområden att ta upp till granskning. Besvär iländrygg och nacke, psykiska besvär, ledbesvär och kronisk smärta prioriterades högst, eftersom man på dessa områden såg det största behovet av utveckling och uppstramning av praxis. Först utsågs lämpliga ledare för de fyra delprojekten i avsikt att tillförsäkra projektgrupperna praktiskt kunniga och erfarna kliniker med högt kollegialt anseende i läkarkåren. Efter detta vidtog sökande av lämpliga personer att medverka i arbetsgrupperna. I denna nominering/rekrytering deltog läkarsällskapet Duodecim aktivt genom sina specialförbund. I varje grupp skulle finnas företrädare för de specialområden som frågeställningen berör. Till grupperna knöts också en informatiker/dokumentalist för att förse dem med aktuellt publicerat material från berörda vetenskapsområden.

Gruppernas uppgift var att skriva en text med handboks-karaktär, som vänder sig till alla läkare som i sin verksamhet har att göra funktionsprovningar och dokumentera dessa med läkarintyg. Det gällde att gå igenom de fyra områdena för att producera skrifter användbara som vägledning, instruktion och för utbildning av läkare i hälso- och sjukvården med ansvar för diagnostik, vård, rehabilitering och härmed sammanhängande intyg och utlåtanden.

Under arbetets gång konsulterades ett omfattande nätverk av specialister för att tillförsäkra skrifternas innehåll en bred förankring i läkarkåren. Alla berörda specialistföreningar bereddes möjlighet att komma med synpunkter på texterna. En brett upplagd pilotundersökning utfördes i samarbete med läkare i primärvården och företagshälsovården för att tillföra materialet erfarenheter av praktisk användning i hälso- och sjukvårdens vardag. En särskild referensgrupp organiserades inom Social- och hälsoministeriet för genomförandet av pilotstudierna och det omfattande utbildningsprogram som utgjorde en del av projektet. Drygt 5 700 läkare i Finland har genomgått en särskild Facultas-utbildning omfattande två halvdagar (2 x 4 undervisningstimmar) om skrifternas innehåll och användning. Facultas-skrifterna är nu tillgängliga på finska för Finlands läkare via Duodecims portal "terveysportti.fi". De har omgående tagits i bruk för utbildning av läkare i primär- och företagshälsovård och andra berörda kliniska specialiteter.

2 De fyra dokumenten i sammandrag

De fyra översikter som här följer syftar till att återge de principiella tankegångarna i funktionsvärdering och hithörande överväganden. Frågor om diagnostik och terapi berörs endast kortfattat. I texten refereras personer vilkas funktionsförmåga bedöms som "patienter" eftersom det sammanhang där bedömningarna görs oftast är en medicinsk konsultation. Sammandragen är inte redigerade på ett enhetligt sätt eftersom de sjukdomstillstånd de behandlar är så olikartade. De utgör koncentrerade återgivningar av de finska originaltexterna och, under egen rubrik, våra egna reflektioner. Vi har hållit oss nära den finska originaltexten med ransonering av fri översättning för att på möjligast effektiva sätt återge de idéer och synsätt som författarna vill förmedla.

2.1 Psykiska störningar (Fi: "Mielialan häiriöt")

Författare: Erkki Isometsä (ordf.), Elina Kinnunen, Heini Ahveninen, Kari Eskola, Heli Koivumaa-Honkanen, Outi Poutanen, Heikki Rytsälä, Jouko Salminen, Ilkka Seppälä, Jyrki Varjonen, Ilkka Pakkala (red.) 14 sidor text. Referenser: 15, av vilka 12 engelskspråkiga och tre finskspråkiga källskrifter.

De behandlade psykiatriska sjukdoms/störningstillstånden:

- depressionsepisod och recidiverande depression – ICD-10 kategorier F32 respektive F33
- Bipolärt syndrom (typ I och II) samt
- Hypoman episod.

Allmänt

Vanligen sänks funktionsförmågan av flera samtidigt förekommande psykiatriska syndrom. Typiska, samtidigt uppträdande psykiska symtombilder är ångestsyndrom, personlighetsstörningar och beroendesyndrom. Ungefär hälften av de patienter som söker vård för depression eller bipolär symtombild uppvisar också en personlighetsstörning av något slag. Om patienten är hämmad, labil eller särskilt krävande för sin omgivning kan en funktionsbedömning vara svår att genomföra.

Bedömning av funktionsförmåga

Funktionsförmågan hos en deprimerad patient är relaterad till yttringar av sjukdomstecken och deras svårighetsgrad. Det är viktigt att uppmärksamma restsymtom från tidigare ofullständigt utläkta sjukdomstillfällen, särskilt i fråga om bipolära syndroms långsiktiga inverkan på arbetsförmågan. Upprepade sjukdomsskov kan ha en ackumulerande negativ inverkan över tid. Funktionsförmågan påverkas även av andra samtidigt förekommande psykiska störningar och somatiskt ohälsotillstånd. I bedömningen bör beaktas ålder, kön, yrke, utbildning, familjerelationer och övrigt socialt nätverk samt aktuella livshändelser. För att få en heltäckande bild av funk-

tionsförmågan är det viktigt att klarlägga patientens funktionsförmåga på flera olika livsområden såsom arbete, studier, familjeliv, sociala relationer, fritidsvanor, egenvård och personliga hygien. En särskild svårighet kan ligga i en psykisk störnings periodicitet och de skiftningar i funktionsförmågan detta kan medföra. I princip behöver man få fram en uppfattning om funktioners variabilitet över tid. För helhetsbilden är detta ofta av större vikt än graden av aktuell funktionsförmåga under ett akut sjukdomsskov. En psykisk störnings inverkan på funktionsförmågan bör sättas i relation till en jämförelsepunkt, exempelvis högsta uppnådda funktionsförmåga i vuxen ålder. Den nivå till vilken funktionsförmågan återgått efter tidigare sjukdomsskov kan ge en jämförelsepunkt för bedömning av det läge till vilket den i ideala fall kan återvända. Eftersom en deprimerad patient ofta bedömer sitt eget liv i ett negativt perspektiv bör eftersträvas att så långt möjligt förankra alla bedömningar i konkreta fakta genom utnyttjande av även andra informationskällor än den undersökta personen.

Enbart medicinska uppgifter om sjukdomen och symtomens svårighetsgrad är inte tillräckliga för att beskriva hur en person reder sig i sitt vardagsliv. I en bedömning av funktionsförmåga bör klarläggas konkret vad patienten kan och inte kan göra. Så till exempel ger en uppgift om minskad koncentrationsförmåga inte någon klar bild av dess funktionella betydelse, medan en uppgift om t.ex. oförmåga att läsa mer än en halv sida text åt gången på grund av koncentrationssvårigheter kan vara mera upplysande.

Funktionsförmågan i tidsperspektiv

Bedömning av funktionsförmåga kan göras på olika sätt beroende på sammanhang och syfte. Breda, heltäckande och djupgående utredningar, som kanske omfattar en persons hela livshistoria, kan behövas i prövningar av arbetsförmåga och överväganden om rehabiliteringsbehov. I andra fall – såsom efter kort tids sjukfrånvaro – kan en mera allmän bedömning av möjliga samband mellan den aktuella sjukdomen/hälsostörningen och arbetsförmågan vara tillräcklig. Viktiga informationskällor utgör, utöver de upplysningar som kan ges av patienten själv, anhöriga och andra som känner patienten väl. Information om skolgång och studieresultat, arbetsplatser, arbetsledning och arbetskolleger, familjesituation och övriga sociala relationer, fritidsvanor, m.m. kan användas för

bedömning av social funktionsförmåga. För att få fram en bild av funktionsförmågan då den varit som bäst kan det vara till hjälp att penetrera tidigare livssituation vad gäller familjeförhållanden, bostad, arbete, arbetsuppgifternas karaktär och fritidsvanor. Ett sådant helhetsperspektiv kan ge möjlighet att bedöma funktionsförmågans stabilitet och i vilken grad psykiska störningar har inneburit inskränkningar eller andra konsekvenser för patientens livsföring.

Bedömning av aktuell funktionsförmåga

Vid bedömning av aktuell funktionsförmåga ombeds patienten själv beskriva sin vardag och vad hon/han utträttar, antingen muntligt i ett fritt samtal eller i form av en skriftlig redogörelse. Väsentligt är att i samtalet ta med viktiga element i vardagslivet såsom sömn och dygnsrytm, måltider och dryckesvanor, arbete i hemmet eller på annan plats, fysisk aktivitet och förflyttningar/resor, egenvård och vård av anhöriga/andra, fritidsaktiviteter, sociala relationer och kontakter med vänner.

Funktionsförmågans beskrivning med SOFAS skattningsskala enligt DSM-IV

För beskrivningar av funktionsförmåga behövs ofta hjälpmedel som underlättar strukturering och kommunikation av erhållen information. För patienter med psykiska störningar rekommenderas användning av SOFAS skattningsskala (Social and Occupational Functioning Scale). Med SOFAS-instrumentet (se tabell nedan) skattas social och arbetsmässig funktionsförmåga med en kontinuerlig skala med indelning i kategorier från värdet fullgod till avsevärt nedsatt. Endast inskränkningar orsakade av psykiska och fysiska hälsohinder beaktas; aktivitetsbegränsningar orsakade av omständigheter i omgivande miljö anges ej.

Här följer vår inofficiella översättning av tabellen

Kod	Anm. Ange, om möjligt preciserade skalsteg, exempelvis 45, 68 eller 72
91–100	Utomordentlig funktionsförmåga på flera livsområden;
81–90	God funktionsförmåga på alla livsområden. Valfungerande yrkesmässigt och socialt
71–80	Endast ringa försvagning i social yrkesmässig funktionsförmåga i verksamhet som förutsätter utbildning. (exempelvis enstaka interpersonell konflikt eller tillfällig försening i skolarbete)
61–70	Lätta svårigheter i social och yrkesmässig funktionsförmåga eller i uppgifter innebärande krav på inläring. Allmänt god funktion; några goda vänskapsrelationer
51–60	Måttliga svårigheter i sociala och yrkesmässiga funktioner som förutsätter utbildning (t.ex. endast ett fåtal vänner, konflikter med jämnåriga eller med arbetskollegor förekommer)
41–50	Tydlig(allvarlig) försvagning i social, yrkesmässig funktionsförmåga eller funktion som förutsätter utbildning (t.ex. inga vänner, oförmåga att behålla arbete)
31–40	Betydande försvagning av funktion på flera livsområden såsom arbete, skola eller familjerelationer (t.ex. deprimerad mansperson som undviker bekanta och vänner, förlamar sin familjs vardagsliv, förmår ej arbeta; barn som misshandlar yngre, uppträder trotsigt hemma och klarar inte att gå i skolan.
21–30	Avsaknad av funktionsförmåga på nästan alla livsområden (t.ex. ligger till sängs hela dagar, ingen arbetsplats, inget hem, inga vänner)
11–20	Försummar tidvis miniminivån i personlig hygien; oförmögen till självständig funktion
1–10	Försummar konsekvent minimikrav på personlig hygien: oförmögen att göra något utan att skada sig själv eller andra utan betydande grad av extern hjälp och stöd (t.ex. vård eller tillsyn)
0	Otillräcklig information

Till SOFAS värderingsskala finns fogad en av författargruppen utarbetad vägledning för dess användning på tre viktiga livsområden, presenterad i följande tabell. Den är ett Facultas-gruppens originalarbete som tidigare inte publicerats. Vägledningen ges i tabellform här nedan. Även denna tabell återges här som en PWGW inofficiella översättning.

Fritid	Arbete eller studier	Familjeliv och sociala relationer	Omsorgen om sig själv (egenvården)
100 Aktiv, söker nya områden för aktivitet	100 Fullgör utmärkt väl arbetsuppgifter eller studier	100 Familjeliv förlöper normalt. De som saknar familj träffar vänner och bygger aktivt nya vänskapsförhållanden	100 Tar hand om sig själv på exemplariskt sätt
90 Utövar aktivt det man tycker om att göra	90 Fullgör uppgifter i arbete eller skola	90 Familjelivet fungerar bra. De som saknar familj träffar aktivt vänner	90 Tar mycket väl hand om sig själv
80 Utövar, beroende av egen ork, aktiviteter som känns angenäma	80 Endast lätt eller tillfälligt nedsatt funktion i arbete eller studier	80 Lätta svårigheter att delta i familjeliv, men orkar i allmänhet vara med om allting. Den som saknar familj träffar ofta vänner	80 Tar väl hand om sig själv
70 Uteblir då och då från aktivitet	70 Lätta svårigheter i arbete och i studier. Klarar i allmänhet sina uppgifter	70 Deltagandet i familjeliv tidvis ansträngande. Den som saknar familj träffar sina vänner men förmår inte delta i alla möten	70 Omhändertagandet av sig själv (egenvård) upplevs tungt, men klaras av.
60 Uteblir vid upprepade tillfällen från aktivitet	60 Funktionsförmåga i arbete eller annan verksamhet som måttligt försvagad	60 Deltagandet i familjeliv ansträngande, tidvis tvister. Den som saknar familj förmår oftast inte träffa vänner och bekanta	60 Klarar egenvård själv med sällsynta undantag
50 Förmår inte utöva någon aktivitet	50 Betydande svårigheter att utföra arbetsuppgifter eller klara av studier	50 Familjelivet ansträngande. Konflikter förekommer ofta. Den som saknar familj träffar inte vänner.	50 Egenvården vid enstaka tillfällen bristfällig
	40 Oftast arbetsoförmögen	40 Svårigheter att vara med familj. Dagliga konflikter. Den som saknar familj träffar inte vänner	40 Egenvården vid upprepade tillfällen bristfällig
		30 Drar sig undan från familj och vänner	30 Egenvården konstant bristfällig. Ligger mest till sängs
			20 Egenvården övermäktig uppgift
			10 Klarar överhuvudtaget inte av egenvård och personlig hygien

Bedömning av arbetsförmåga

I bedömning av arbetsförmåga ställs patientens funktionsförmåga mot såväl nuvarande arbete som mot krav som allmänt ställs i arbetslivet. Utgångspunkten är alltså inte enbart sjukdom eller ned-satt hälsa. I bedömningen av en psykiskt störd patients funktionsförmåga är huvudregeln att ett bemästrande av vardagslivets krav på en rimlig nivå på andra livsområden än arbetet utgör approximativa ramvillkor för arbetsförmåga. Således kan fullgörande av hemarbete och en god affektkontroll ses som förutsättning för arbetsförmåga. Utöver hälsotillståndet är uppgifter om den undersöktes utbildning, kunskaper och färdigheter och yrkesaktivitet viktiga. Vad gäller nuvarande arbete behövs uppgifter om de fysiska och psykiska krav det ställer, och aktuella förändringar i arbetsorganisationen/arbetsgemenskapen.

I bedömning av arbetsförmåga bör man överväga vad som är mest väsentligt för att utföra arbetsuppgifterna; brist på yttre förutsättningar (ansvar för små barn eller sjuka föräldrar), otillräcklig egen kompetens eller skicklighet (kan inte), tolkning av uppgiften (förstår inte, uppfattar sig inte som tillräckligt kunnig eller skicklig), fysisk oförmåga (förmår inte, blir helt utmattad), eller psykisk oförmåga att klara uthållighets- och noggrannhetskrav? Det kan också finnas skäl att överväga möjligheten av en konflikt mellan funktionsförmågan i arbete och krav på andra livsområden.

Till symtombilden vid depression hör att avsaknad av engagemang och välbefinnande i allmänhet berör flera livsområden. Om avsaknaden av motivation gäller endast arbetet är den oftast ett uttryck för andra problem än depression.

Kompletterande specialundersökningar

För en fördjupad bedömning av arbetsförmåga kan ibland specialundersökningar vara nödvändiga. Konsultation av specialister inom flera olika områden är då till fördel för en helhetsbedömning av patienters tillstånd. Klinisk-psykologiska undersökningar/testningar och intervjuer med bedömning av personlighetsdrag och begåvning kan bidra till precisionen i en helhetsbild. Genom neuropsykologisk undersökning fås tilläggsinformation om kognitiv funktionsförmåga, i synnerhet vid överväganden om möjlig inverkan av organisk hjärnsjukdom. Patienter med svåra och recidiverande

psykiska störningar uppvisar många slag av neuropsykologiska funktionsstörningar i relation till krav på noggrannhet och snabbhet. Trots detta har resultat från enskilda neuropsykologiska test endast begränsat värde i bedömningar av arbetsförmåga.

I fall där en precisering av diagnosen bedöms som viktig och i ärenden där funktionsbedömningen är oklar eller kontroversiell, rekommenderas att bedömningen av arbetsförmågan görs vid specialiserade enheter inom dagsjukvård eller på heldygnsavdelning. Bedömningen görs då av en mångdisciplinärt sammansatt grupp med möjlighet att utreda patientens livssituation under en längre undersökningsperiod. Arbetsterapeutens bedömning av funktionsförmågan ger då ofta viktiga upplysningar.

2.2 Sjukdomar i rygg och nacke (fi "Alaselän ja niskan sairaudet")

Författare: Timo Pohjolainen, (ordf.), Jaro Karppinen, Timo Kumpulainen, Kristian Läksy, Antti Malmivaara, Kaija Puustjärvi, Jarmo Rantonen, Ulla Saxén, Kimmo Vihtonen, Ilkka Pakkala (red.) 23 s.; 104 litteraturreferenser (88 engelskspråkiga och 16 finskspråkiga källskrifter)

A. RYGGONT

Ryggont är en vanlig åkomma. Av personer, som fyllt 30 år har 80 % någon gång upplevt ryggont, medan 10 % lidit av långvariga, av läkare verifierade besvär; detta gäller såväl män som kvinnor. Hos skolelever är förekomsten av ryggont nästan lika stor som hos vuxna. Besvären anses delvis bero på genetiska faktorer och delvis på miljöfaktorer, såsom tungt kroppsarbete, repetitiva rörelser och statiska kroppsställningar. Psykologiska faktorer, som stress, ångest, nedstämdhet, och otillfredsställdhet i arbetet bidrar till förekomsten av besvär.

Besvären kan klassificeras i enlighet med sin natur som a) allvarliga/specifika (tumör, infektion, fraktur, pares, inflammation), b) ischias (kompression av nervrot i ländryggen) och c) ospecifika ryggbesvär (specifik diagnos varken möjlig eller nödvändig), samt enligt varaktighet i a) akuta (högst 6 veckor), b) subakuta (6–12 veckor) och c) kroniska (över 3 månader).

Vid klinisk undersökning av ryggpatient bör minst 10 minuter reserveras för anamnes, 10 minuter för den egentliga kliniska undersökningen och 10 minuter av tid för information till patienten. Anamnestiska uppgifter om tidigare sjukdomar, operationer, sjukskrivning, levnadssätt, rökning, användning av mediciner/alkohol/droger, och social situation antecknas. Den kliniska undersökningen (patienten avklädd) omfattar utvärdering av kroppsbyggnad och hållning; böjning framåt/bakåt/åt sidan, rotation; palpation. Läkarens utvärdering av ryggradens rörelser utförs med hjälp av fyra test (modifierat Schober, fingertoppstest, sidoböjning, hamstrings), medan muskelfunktion testas av fysioterapeut med fem test (ryggmuskler, statiskt och upprepat; magmuskler, maximalt och upprepat; hukande, upprepat). Vid akut, lokalt ryggont är slätröntgen av ländryggen onödigt, men kan motiveras om besvären varar längre än 6 veckor och ifall undersökningen är av betydelse för patientrelationen. Degenerativa förändringar i ländryggen är vanliga och förekommer ofta hos symptomfria personer. Det finns därför inte anledning att betona dem i samtal med patienten eller i skriftliga utlåtanden. Magnetbild, MRI, är till hjälp vid misstanke om nervrotskompression, diskit eller metastaser. Av speciella orsaker kan röntgenbilder vid framåt/bakåt/sidoböjning, datortomografi eller enmg vara motiverat.

Efter den kliniska undersökningen bör patienten få information om sitt tillstånd. I över 95 % av fallen är det fråga om ofarlig sjukdom. Patienten bör upplysas om ryggbesvärens återkommande natur och om att långtidsprognosen är god. Det vanligaste symtomet är tidvis återkommande smärta; besvären återkommer hos över hälften av patienterna. Tre fjärdedelar av de ryggsjuka återvänder till arbetet inom en månad, var femte är sjukledig ännu 6 månader efter insjuknandet och hälften har besvär ännu efter ett år. Psykologiska faktorer, och förmodligen också tungt fysiskt arbete, kan bidra till att besvären blir kroniska. Läkaren bör understryka betydelsen av att patienten själv sköter sin del av "behandlingen" (motion, diet). Uppmaning till förnyat besök ges utgående från graden av smärta, de kliniska observationerna och patientens funktionsförmåga; funktionsförmågan bedöms på nytt vid varje läkarbesök.

Det är viktigt att identifiera eventuella psykosociala hinder för tillfrisknande (föreställningen att fysisk aktivitet är skadlig, depressiv sinnesstämning, social tillbakadragenhet, formella klagomål angående vården, ansökan om ekonomisk kompensation, problem i

arbetet, familjen för mycket/för lite engagerad). Patientens inställning till vad han/hon förmår utföra trots sin ryggsjukdom varierar i hög grad beroende på motivationen. Det är därför nödvändigt att utvärdera patientens livssituation över lag för att klarlägga vilka faktorer som talar för och vilka emot tillfrisknande. Patienten kan själv vara omedveten om psykologiska faktorer som påverkar tillfrisknandet, trots att de är uppenbara för läkare eller anhöriga. Det räcker att läkaren själv har en bild av dessa faktorer; iakttagelserna bör inte tolkas för patienten, eftersom detta kan upplevas som sårande och leda till nedsatt förtroende för läkaren.

Vid *akut ryggsmärta* bör sänkläge ej rekommenderas utan patienten uppmanas vara aktiv, röra på sig och arbeta i den utsträckning besvären medger. Som smärtstillande medicin används paracetamol/svagt opiat, vid behov också inflammationshämmande medel. Vid *subakut ryggsmärta* är den medicinska behandlingen den samma som vid akut smärta. Det är ofta av betydelse att inleda aktiv muskelträning hos fysioterapeut. I fall, där besvären leder till sjukskrivning eller patienten har psykosociala problem, är aktiv handledning av nöden. Behov kan finnas av både fysioterapi och kognitiv beteendeterapi; behandlingen kan med fördel ges inom företagshälsovården. Rehabiliteringsåtgärderna omfattar besök på arbetsplatsen och åtgärder för att, åtminstone tillfälligt, minska den fysiska belastningen i arbetet. Kontinuerlig kontakt med en och samma läkare är av stor betydelse. Patienten bör få hjälp att finna egna lösningar på sin situation och uppmuntras att sträva till att återvända till arbetet inom 4 veckor. Förändringarna på arbetsplatsen i avsikt att underlätta återgången till arbetet kan vara av tre slag: a) begränsning av arbetsuppgifterna, b) förkortad arbetstid eller) ergonomiska förbättringar; ett fjärde alternativ utgörs av omplacering i andra arbetsuppgifter. Förmannens och arbetskamraternas inställning är här av stor betydelse. Åtgärder på arbetsplatsen har positiv inverkan på patienten och påskyndar återgången till arbete. Vid behandlingen av *kronisk ryggsmärta* är aktiv och mångprofessionell rehabilitering viktig. Patienten bör själv delta i beslut om vård och rehabilitering. Förbättring av muskelstyrkan och höjande av den allmänna konditionen minskar förekomsten av smärta och förbättrar funktionsförmågan. Dessutom krävs ofta förändringar på arbetsplatsen för att underlätta återgång till arbetet. Företagshälsovårdens roll är viktig härvidlag.

Beskrivning och bedömning av funktionsförmågan

Arbetsförmågan utgör en del av en persons allmänna funktionsförmåga, som påverkas bl.a. av familjeförhållanden, utbildning, yrke, arbete, den sociala atmosfären på arbetsplatsen, sociala nätverk och bruk av njutningsmedel. Kännedom om tidigare funktionsförmåga och om relevanta psykosociala faktorer underlättar bedömningen av hur mycket ryggbesvären påverkat den allmänna funktionsförmågan. Bedömningen av aktuell och framtida funktionsförmåga utgår från patientens subjektiva besvär, läkarens kliniskt konstaterade somatiska och psykiska fynd, laboratorieresultat, rtg/MRI-fynd, funktionstest och kognitiv prestationsförmåga. Vid beskrivning av symtom rekommenderas validerade metoder, såsom bestämning av smärtans styrka med VAS-skala och av dess lokalisering med hjälp av smärtteckning. Symtomens svårighetsgrad återspeglas i användningen av mediciner och sjukskrivning. Läkarens uppgift är sammanfatta situationen genom att jämföra de olika uppgifter som finns att tillgå med varandra, samt bedöma ifall de krav arbete och fritidssysselsättningar ställer står i samklang med patientens funktionsförmåga då besvären avklingat. Prognosen om framtida funktionsförmåga beror på sjukdomens natur, förekomsten av andra sjukdomar, patientens ålder och motivation att tillfriskna, den fysiska belastningen i arbetet och vardagslivet i övrigt. De specifika ryggsjukdomarna förorsakar sällan större problem vid bedömning av funktionsförmåga, medan ryggradens ospecifika degenerativa sjukdomar är mer problematiska, eftersom de ofta förorsakar långvariga, övergående och återkommande ryggbesvär.

Användning av Oswestrys validerade frågeformulär (Fairbank et al 1982) ger en god bild av patientens egen uppfattning av hur kraftig smärtan är, vad han/hon klarar av att göra, såsom gående, sittande, stående, lyftande, resande, sovande, sexualliv och socialt liv. Personer, vilkas svar ger 0–20 poäng, klarar av de flesta dagliga uppgifterna på egen hand och behöver bara informeras om sjukdomens art och förlopp; personer, som får 20–40 p har svårigheter att sitta, stå och gå och behöver konservativ vård; de med 40–60 p har svårigheter med vardagliga sysslor, det sociala livet och sömnen, och kräver i allmänhet närmare undersökning. Vid mer än 60 p försvårar ryggbesvären så gott som alla funktioner både hemma och på arbetet, och förutsätter därför grundlig undersökning av patienten.

PWGW anmärkning: *Om användning av Oswestry-formulär se även utvärderingsrapport av Tommy Hansson och Therese Ljungquist för Stockholms läns landsting 2008.*

När funktionsförmågan bedöms utgående från förutsättningarna att utföra ett visst arbete relateras den till de krav de aktuella arbetsuppgifterna och arbetsmiljön ställer. Utgångspunkten för bedömningen utgörs av patientens symtom, framför allt resultatet av Oswestry-enkäten och av de kliniska fynden, samt deras inbördes överensstämmelse. Den inverkan kronisk smärta har på allmän aktivitet, initiativförmåga och koncentrationsförmåga kan vid behov klarläggas av psykolog. Vid bedömning av arbetsförmågan bör man ta hänsyn till de fysiska och psykiska kraven i arbetet, patientens fysiska och psykiska prestationsförmåga, motivationen att fortsätta i arbete, arbetsgemenskapens stöd, samt de förändringar som under sjukfrånvaron ägt rum i arbetet. De bästa förutsättningarna att beskriva arbetet, bedöma arbetsbelastningen och redogöra för de förändringar som inträffat i arbetet har företagshälsovården. Förändringar i en livssituation, såsom skilsmässa eller uppsägning från arbete kan påverka ryggpatientens subjektiva arbetsförmåga fast det inte skett förändringar i själva ryggsjukdomen. Långvarig sjukskrivning, som ofta förekommer i samband kroniska ryggbesvär, försvårar återgång till arbete särskilt då arbetsuppgifterna snabbt förändras. Den sociala omgivningen kan då också förändras så att patienten börjar känna sig alltmer främmande för återgång till arbetet. Förmännens och arbetskamraternas inställning till en återvändande ryggsjuk person är då särskilt betydelsefull.

Centrala principer

- De flesta som har ryggbesvär kan arbeta största delen av tiden trots sina besvär.
- Att fortsätta i arbetet eller snabbt återvända till det efter sjukledigt, leder till snabbare tillfrisknande och färre problem än långvarig sjukskrivning.
- I tid genomförd ergonomisk utvärdering av arbetet, ergonomiska förbättringar, samt åtminstone tillfälligt underlättande av arbetsuppgifter, underlättar fortsatt deltagande i arbetslivet.

- Företagshälsovården bör stödja patienten vid återgång i arbetet och säkerställa att både arbetstagare och arbetsgivare är medvetna om den skadliga effekten av fortsatt sjukskrivning.

B. NACKONT

Nackont under den senaste månaden rapporterar 26 % av män och 40 % av kvinnor över 30 år. Den vanligaste orsaken är spänning i nackmuskulerna. Brist på motion, stress och nedsatt livskvalitet höjer risken för nackont. Nackont kan uppdelas i lokal smärta, smärta som strålar ut i armen, myelopati, fraktur eller följd av fraktur, samt smärta som sammanhänger med annan sjukdom. Akut nacksmärta har god prognos. Den går oftast snabbt över av sig själv, men kan dock bli kronisk, vilket är vanligare hos kvinnor än hos män. Kraftig långvarig smärta, samt smärta som strålar ut i armen kräver närmare undersökning. Det primära målet vid läkarundersökning är att utesluta förekomsten av eventuell allvarlig sjukdom, såsom fraktur, tumör eller hjärnblödning. Myelopatisymtom och nedsatt förmåga att röra armen kräver bedömning av operationsbehov.

Förutom patientens egen fritt formulerade beskrivning av sin smärtupplevelse rekommenderas användande av frågeformulär, som systematiskt kartlägger förmågan att sköta dagliga uppgifter. Se t.ex. Linton 2005. De viktigaste uppgifterna utgörs av smärtans natur och styrka, upplevd orsak till smärtan, samt de besvär den förorsakar. Eventuella andra symtom, som svindel, huvudvärk, svårigheter att svälja, feber eller nedsatt allmäntillstånd underlättar utvärdering av orsaken till smärtan. Lokalisering av smärtan kan göras med hjälp av smärtteckning, medan dess styrka kan beskrivas med ett kryss på en VAS-skala. Den kliniska undersökningen omfattar bedömning av hållning, rörelseförmåga i nacke och axlar, palpation av nacke och skuldror, samt smärtprovokation genom tryck/rörelse. Blodprov och slätröntgen är befogade endast om det vid klinisk undersökning konstateras tecken på eventuell allvarlig sjukdom, om symtomen inte ger med sig inom 6 veckor eller om det anses motiverat för att upprätthålla en god patientrelation. Muskelfunktion testas av fysioterapeut (handens kramkraft, dynamiskt test av armmuskelstyrka, statiskt test av armmuskulernas ut hållighet); dessutom kan diverse funktionstest användas. Bedömning av patientens motivation är viktig vid alla funktionstest. Då

patienten lider av mycket svår smärta eller har klart nedsatt/snabbt avtagande muskelstyrka, bör han/hon hänvisas till specialist, likaså ifall smärtan inte börjat avtona inom 2–3 månader. MRI är den viktigaste specialundersökningen, låt vara att man påträffar en hel del degenerativa förändringar också hos symptomfria personer. I särskilda fall kan man ha nytta av datortomografi kombinerad med myelografi, undersökning av benbyggnad eller enmg. Ifall nacksmärtan fortgår över 3 månader bör eventuell sjukskrivning basera sig på annan medicinsk grund än upplevd nacksmärta.

Vid akut nacksmärta uppmanas patienten fortsätta att sköta sina dagliga sysslor och sitt arbete så gott det går. Smärtan kan lindras med paracetamol; vid behov kan också inflammationshämmande eller muskelspänningslindrande medel användas. Det finns inte bevis på att preparat som stryks på huden eller injiceras lokalt skulle ha påtaglig effekt. Inte heller massage, akupunktur, mobilisation eller manipulation har någon bevislig effekt; vid långvarig smärta kan mobilisering dock vara till viss nytta. Vid kronisk nacksmärta kan regelbundna, aktiva nackrörelser vara till nytta; beteendemedicinsk fysioterapi kan underlätta återgång till arbete. Användande av stödkrage bör undvikas.

Som alternativ till sjukskrivning bör man snabbt reda ut möjligheterna att fortsätta i arbetet med hjälp av tillfälliga, underlättande arrangemang. Då sjukskrivning är befogad räcker det i allmänhet med 1–3 dagar, sällan behövs mer än 1 vecka. Behov av längre sjukledighet föreligger bara i fall av kraftig smärta som strålar ut i armen eller där smärttillståndet orsakas av annan allvarlig sjukdom. Detsamma gäller smärta, som leder ut i armen, förvärras av arbete med böjd nacke, rotation av ryggraden och arbete med armarna ovanom axelhöjd. Förnyade besök hos läkare bör programmeras på förhand. Vid varje besök, med 1–3 veckors mellanrum eller längre, utförs klinisk undersökning som ovan. För att upprätthålla arbetsförmågan är det viktigt att patienter med långvarig nacksmärta får stöd av ett mångprofessionellt team, samt att ergonomiska åtgärder vidtas på arbetsplatsen.

2.3 Besvär i de stora lederna (Fi: "Isot nivelet")

Författare: Jan-Magnus Björkenheim (ordf.), Mats Grönblad, Mikael Hedenborg, Terho Kainonen, Heikki Levón, Mika Paavola, Hanna Salmenpohja, Timo Tuovinen, Ilkka Pakkala, (red.) 13 s.; 10

litteraturreferenser (7 engelskspråkiga och 3 finskspråkiga källskrifter).

A. AXELLEDEN

Besvär från axeln härrör sig i allmänhet från skador som uppstått i samband med att man fallit eller blivit hängande i en arm. Beteckningen "rotator cuff"-syndrom, som används som beskrivning av följderna av en akut skada, är inte ett klart och enhetligt begrepp, utan omfattar flera tillstånd med nedsatt axelledsfunktion. Begreppet "trång axel" används särskilt då besvär förekommer också i vila. En viktig orsak till besvär i axelleden är dislokation – att axelleden är ur led; 2 % av befolkningen i gemen har någon gång fått armen ur led, bland utövare av kontaktsport hela 8 %. Då detta inträffar första gången vid ålder under 20 år återkommer dislokationen lätt; med stigande ålder blir risken för recidiv mindre. Vid akut dislokation är diagnosen lättställd, men senare är det ofta svårt att påvisa instabilitet i leden. Förutom patientens fritt formulerade redogörelse för sina symtom och axelledens funktion rekommenderas användande av Simple Shoulder-enkät samt VAS-skala för smärta. Den kliniska undersökningen består av att fastställa rörelseomfång, muskelkraft och stabilitet. I fall av kliniskt klart rotator cuff-syndrom, upprepade instabilitet i axelleden, kraftig smärta vid instabilitet, tydlig artros eller fraktur i överarmen bör patienten remitteras till specialist. Behandlingen är konservativ. Om förbättring inte inträder inom några månader är undersökning med MRI + kontrastmedel befogad; i fall där "trång axel" konstateras kan motiv för operation föreligga. Bedömningen av funktionsförmågan bygger på objektiva iakttagelser i samband med klinisk undersökning, de symtom och begränsningar patienten själv uppger, samt samstämmigheten mellan dessa. Arbete, som kräver lyftande och bärande eller snabba rotationsrörelser i armen, är ofta olämpligt.

A. ARMBÅGEN

Orsaken till besvär är så gott som alltid olycksfall i samband med fall eller vridning. Följden är nedsatt rörelseomfång; i samband med fraktur kan stelhet eller instabilitet uppstå. Vid epikondylit kan lokal smärta provoceras fram genom tryck på epikondylerna, men

något objektivt diagnostiskt test finns ej. Inflammationen av muskelfästena går i allmänhet över av sig själv och förorsakar inte funktionsinskränkning efter tillfrisknande. Slätröntgen räcker i allmänhet vid misstanke om fraktur; datortomografi kan också vara till nytta. MRI är till hjälp vid ligamentskador, men har inte lika stor betydelse som vid axel- eller knäskador. Vid klinisk undersökning fastställs rörelseomfånget vid böjning-sträckning samt rotation; instabilitet är ovanlig och svår att påvisa. Remittering till specialist motiverad om leden är låst eller felställd, eller om patienten lider av långvarig kronisk smärta.

B. HÖFTLEDEN

Den allmännaste sjukdomen i höftleden är förslitning/artros. Den förorsakar värk i ljumsktrakten, först bara vid belastning men senare också vid vila, samt stelhet i höften. Kroppens rörelser blir mindre smidiga, hukande och klättrande försvåras, likaså långvarigt sittande och bilkörning. Diagnosen bygger på patientens symtom, samt fynden vid klinisk och radiologisk undersökning. Graden av smärta bedöms med VAS-skala. Vid manuell undersökning fastställs ledens passiva rörelseomfång med beaktande av rörelseprovocerad smärta. Vid misstanke om artros är slätröntgen befogad, medan MRI är motiverat vid misstanke på bennekros eller skada på broskring. Om symtomen påverkar arbetsförmågan eller skötseln av dagliga sysslor finns skäl att remittera patienten till ortoped för bedömning av insättande av ledprotes. Detta kan vara indicerat i fall där smärtan inte kan kontrolleras genom medicinering eller då ledens rörelseomfång är kraftigt begränsat. En patient med höftledsprotes kan inte utföra uppgifter som förutsätter normal rörelse i höftlederna. Efter operation på grund av fraktur i lårbenshalsen kan patienten däremot återgå till tidigare arbete. Vid svårbedömbart höftledsfunktion rekommenderas användning av Hip dysfunction and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS), tillgänglig på nätet (www.koos.nu).

PWGW kommentar: *HOOS är ett instrument som utvecklats för att på ett standardiserat sätt beskriva en patients bild av upplevda höftbesvär. Den består av fem grupper av separata subskalor med frågor som beskriver 1) smärtor, 2) andra symtom än smärta, 3) höftfunktion i vardagslivet ("Function in Daily Living"), 4) funktion i sport*

och sysselsättning på fritid och 5) höftrelaterad livskvalitet. Svaren ges som standardiserade flervalsoalternativ vilka poängsätts, varefter resultaten summeras för de fem subskalorna till värden från 0 till 100 och presenteras som en bild av aktuell utfallsprofil ("Outcome Profile"). HOOS-instrumentet finns tillgängligt på flera språk på Internet-länk www.koos.nu. Se även litteraturlistan Klassbo, Larsson och Mannevik 2003.

C. KNÄLEDEN

Symtomen vid knäskada utgörs av smärta, svullnad, instabilitet och stelhet/låsning; vid snabba rörelser kan leden plötsligt ge efter. Vid klinisk undersökning bedöms rörelseomfång, rörelsesmärta, och eventuell instabilitet. Slätröntgen i olika projektioner är befogad. MRI är till nytta vid diagnosticering av traumatiska skador, men sällan vid artros; artroskopi i allmänhet befogad endast i samband med ingrepp. Remittering till ortoped motiverad om symtomen begränsar utförande av dagliga sysslor/arbetsuppgifter, om knäleden är instabil, eller vid misstanke om komplicerade ligamentskador eller fraktur. Artros försämrar allmän smidighet, gående, springande och hukande. Patienter med knäledsprotos bör undvika upprepade snabba rörelser i knäleden. Vid krävande bedömning av knäledens funktionsförmåga rekommenderas att Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) används, tillgänglig via internet (www.koos.nu).

2.4 Kronisk smärta (Fi: "Krooninen kipu")

Författare: Majja Haanpää (ordf.), Timo Kauppila, Michael Eklund, Veikko Granström, Nora Hagelberg, Pekka Hannonen, Eero Kyllönen, Keski Suhonen, Marja Kyrö, Teija Loukusa Nieminen, Sinikka Luutonen, Tiina Telakivi, Aarne Ylinen, Ilkka Pakkala (red.) Litteraturreferenser: 115 referenser av vilka 98 engelskspråkiga och 17 finskspråkiga källskrifter.

Innehåll: Allmänt om smärttillstånd, kronisk huvudvärk innefattande migrän och trigeminusneuralgi, neuropati, Complex Regional Pain Syndrome (CRPS), fibromyalgi, somatoformt syndrom.

Kronisk smärta är ett område som inrymmer många olika tillstånd av svårbedömt slag gällande funktionsförmåga. I Facultas-dokumentet konstateras inledningsvis att:

- Smärta är en subjektiv upplevelse som kan påverka funktionsförmåga.
- Utgångspunkten i omhändertagandet bör vara en korrekt diagnos.
- Vården består i omhändertagande av den sjukdom som orsakar smärtan och behandling av smärttillståndet, i avsikt att lindra smärta och att förbättra funktionsförmåga och livskvalitet.
- Vård av kronisk smärta är en långsiktig, målinriktad verksamhet, där patientens mål och målen hos alla som yrkesmässigt deltar i vården bör vara desamma.
- Eftersom tolkningen av smärta har betydelse för smärtupplevelse och funktionsförmåga, bör man sträva till att korrigera felaktig tolkning och motverka rädsla.
- I kommunikation med patienten skall inriktningen vara på det som patienten klarar av att göra och på förväntad grad av rehabilitering.
- Samtidigt uppträdande andra problem, såsom nedstämdhet och sömnstörningar, omhändertas aktivt om inte behandling av smärtan ger lindring.

Ett smärttillstånd är att uppfatta som kroniskt då dess varaktighet överstiger den tid som normalt krävs för att en kropps- eller vävnadsskada går till läkning. Det kan fortsätta även efter vävnadsskadans läkning beroende på utlösandet av neurogena mekanismer. I fråga om s.k. idiopatiska smärttillstånd saknas kunskap om orsaksfaktorer. Psykosociala faktorer som sinnesstämning, förväntningar, rädsla, tidigare erfarenheter och inlärd beteenden kan påverka smärtupplevelse.

Skriften går i en läroboksmässig uppläggning genom principerna för vård av kroniska smärttillstånd. Diagnosen grundas på ingående beskrivning av smärtans karakteristika avseende utbredning med smärtritning, intensitet och kvalitet, samt inverkan med dess konsekvenser för aktivitets- och funktionsförmåga.

En noggrann smärtanamnes är ett elementärt första steg, följt av beskrivning med användning av kvantifierande instrument såsom

VAS-skalor och strukturerade formulär för skattning av subjektiv smärtupplevelse. Omhändertagandet av patienter med kroniska smärttillstånd bör grundas på en genomtänkt helhetssyn som innefattar, utöver somatiskt inriktad diagnostik, att patienters psyke, kognitiva funktioner och beteende fortlöpande uppmärksammas.

Fibromyalgi

Fibromyalgi är ett vanligt förekommande smärtsyndrom av varierande svårighetsgrad och med många bakgrundsförhållanden och orsaksfaktorer som till största del är okända. Centralnervöst förmedlade mekanismer bidrar till att patienterna tolkar det, som friska personer uppfattar som retning eller irritation, som ett smärttillstånd. Patienternas besvär undervärderas ofta på grund av avsaknaden av objektiva undersökningsfynd. De kan också betraktas som somatiserande, psykiskt sjuka eller som sökande av oberättigade sociala förmåner. För fibromyalgi finns ingen specifik terapi, men för flertalet patienter kan funktionsförmåga och livskvalitet förbättras.

De dominerande symtomen utgörs av smärtor från rörelseapparaten, sömnstörning som orsakar dålig nattvila, och en oförklarlig utmattning som finns redan vid uppvaknandet. Patienterna söker hjälp för smärtor från rörelse- och stödjevävnaderna. Utmattning är ett framträdande symptom och tarmsymtom är vanliga. Andtäppa och hjärtklappning kan också förekomma.

Påverkan av funktionsförmåga:

Fibromyalgi är ett kroniskt smärtsyndrom som uppvisar stor variation i symtombildens intensitet. Remissioner avlöser korta eller långa perioder av smärta. Biologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer kan bidra till att utlösa symptom. En person med svår fibromyalgi har en påtagligt sänkt livskvalitet och försvagad funktionsförmåga. Patienten upplever sin funktionsförmåga som sämre än hos en patient med ledgångsreumatism och sin livskvalitet som sämre än hos en insulinberoende diabetiker. Vanligen anger patienten svårighet att utföra arbetsuppgifter som kräver muskelkraft, uthållighet och manuell händighet, arbetsuppgifter med repetitivt innehåll eller arbete som ställer krav på inlärande av nya

förmågor. Skiftarbete, särskilt nattarbete, kan sänka funktionsförmågan.

3 Kommentarer och reflektioner

Vi har här ovan i koncentrerad form återgett det huvudsakliga innehållet i Facultas-seriens fyra dokument om bedömning av funktionsförmåga och avslutar redovisningen med några egna reflektioner.

3.1 De enskilda Facultas-dokumenterna

a.) Dokumentet ”Psyisk störning”

1. Den SOFAS skattningsskala som redovisats ovan har stora likheter med det Global Assessment of Functioning (GAF) instrument som kommit att användas inom allmänpsykiatri i Sverige. SOFAS är utformad för anpassning till DSM-IV (Diagnostic Statistics Manual of Mental Disorders (4:e utgåvan). Se ledande redaktionell kommentar av Goldman om GAF 2005.
2. I skriften som behandlar ”Psyisk störning” finns i tabell 8 en strukturering av funktionsförmåga inom tre livsområden. Den är konstruerad av Facultas-gruppen för att vara ett hjälpmedel vid användning av SOFAS-instrumentet som underlag för bedömning av sammanhanget. Den ser ut att vara både relevant och praktiskt användbar. Dokumenterad erfarenhet av dess användning i Finland föreligger tills vidare inte och den är, förståeligt nog, inte heller känd i Sverige.
3. Den kliniska bild som på många håll internationellt går under benämningen ”Burnout” och som ges olika benämningar i medicinsk litteratur finns inte behandlad i Facultas-dokumentet ”Psyisk störning”. Den finskspråkiga benämningen är ”Työuupumus” (Sv. ”Arbetsorsakad utmattning”). Den har i Finland beskrivits av bl.a. av Hakanen 2004 i doktorsavhandlingen ”Työuupumuksesta työn imuun – työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reunaalueilla” (Sv. ”Från arbetsorsakad utmattning till arbetsengagemang – i kärnan av forskning om välbefinnande och dess ytterområden” – en titel som är talande för avhand-

lingens innehåll). Tillståndet uppfattas inte officiellt som en sjukdom i Finland.

Arbetsorsakad utmattning hör till den kategori av sjukdomar som i UK i regel ingår i den mera omfattande entiteten "Chronic Fatigue Syndrome", (Se NHS Plus 2006) "Epuisement professionnel" i Frankrike och Kanada/Québec, (Se Coté, Edwards och Benoit 2005, Brousseau 2006 och Lourel, Gueguen och Mouda 2007) och "Burnout-Syndrom" i Tyskland och Österrike (Se Weber 2008). I Sverige har 2003 en socialstyrelsens expertgrupp (Marie Åsberg et al) lanserat begreppet "Utmattningssyndrom" som används på en del håll. Definitionerna av tillståndet skiljer sig en del inom och mellan länder och kulturer men de kan i stort ses som hörande till samma generiska kategori.

b) dokumentet – "Kronisk smärta"

Vad gäller förutsägelser om framtida funktionsförmåga framhålls i Facultas-dokumentet den vansklighet och osäkerhet som ligger i prognostiska bedömningar när det gäller sjukdomstillstånd där orsaker och sjukdomsgenes inte är kända. Detta gäller bl.a. fibromyalgi (FM) och – som ett annat exempel – somatoformt syndrom. En vanligt förekommande uppfattning i medicinska kretsar är att i dessa nämnda sjukdomstillstånd utgör just avsaknad av kunskap om orsak och patogenes en del av sjukdomsentitetens definition. Se Wessely och White 2004 och Flaherty 2008. I bedömningar av prognos för funktionsförmåga vid sjukdomar där orsaker och sjukdomsmekanismer är okända utgör sådana kunskapsluckor naturligtvis en höggradigt försvårande omständighet.

3.2 Reflektioner

I detta avsnitt har sammanförts våra kommentarer av mera generellt slag som berör de frågor som behandlas i Facultas-dokumentet.

3.2.2 Facultasprogrammets bakgrund och syfte

Läkarsällskapet Duodecims och den finska arbetspensionsanstalten TELA:s Facultas-projekt genomfördes åren 2006–2008. De utbildningsprogram, som utgjorde en del av projektet, avslutades i maj 2009. Projektets mål har varit att få till stånd såvitt möjligt enhetliga metoder för bedömning av patienters funktionsförmåga och utfärdande av hithörande läkarintyg. De dokument Facultasprojektet producerat är utformade för att användas som praktiska arbetsredskap för alla läkare i patientarbete. En bedömning av funktionsförmågan kan aktualiseras i olika skeden av ett sjukdomsförlopp. Den kan gälla överväganden om behov av vård- och rehabiliteringsåtgärder, bedömning av effekter av insatt behandling, beskrivning av ett läge vid en sjukskrivnings början respektive avslutande, för försäkringsmedicinska beslut, för överväganden om arbetspension och andra försäkringsförmåner och av behov av stödåtgärder av olika slag. Sättet att beskriva funktionsförmåga eller funktionskapacitet avgörs av syfte, frågeställningar och sammanhang. Som en allmän strävan gäller att få innehållet i läkarbedömningar och -utlåtanden att vara oberoende av vilken läkare som svarat för undersökningen och skrivit läkarintyget.

De metoder som beskrivs i Facultas-skrifterna är i huvudsak inriktade mot att bedöma en persons funktionsförmåga i en allmän daglig livsföring (ADL). När en behandlande läkare ställs inför uppgiften att uttala sig om patientens funktionsförmåga i relation till aktuella arbetsuppgifter eller arbetslivets mer allmänna krav är det fråga om mera preciserade förutsättningar för en bedömning. Olika arbetsuppgifter ställer olika slag av krav på den som utför dem. I arbetsliv och arbetsmarknad finns en stor kvalitativ och kvantitativ variationsbredd i fråga om krav. Därmed aktualiseras behovet av kunskap om de krav som olika arbetsuppgifter innebär. Osäkerhet kan uppstå om vilka funktioner eller aktiviteter som är viktiga och hur förmågan att klara av dem bäst skall beskrivas och bedömas.

3.2.3 Begreppen funktions- respektive arbetsförmåga

Det är på sin plats att kort kommentera begreppen funktion och funktionsförmåga eftersom de i olika sammanhang ges olika innebörd. Användning av standardiserade metoder för att registrera

funktion, livskvalitet och hälsa har en lång tradition i många länders medicinska forskning och försäkringsväsende, häri innefattat sociala trygghetssystem. Till övervägande del har metodutvecklingen på detta område kommit att inriktas mot utvärdering av terapeutiska åtgärder eller för att besvara specifika frågor i befolkningsstudier. Som Brage och medarbetare erinrar i en rapport 2008 från Oslo Universitet kan "funktion" ses som ett paraplybegrepp som innefattar nivåerna:

1. Hur organ- eller delar av en person fungerar (exempelvis lungfunktion, sinnesorganens funktion)
2. Hur personen fungerar som helhet
3. Hur personen fungerar i ett socialt eller kulturellt sammanhang.

Det finns ett stort utbud av metoder för mätning av fysisk prestationsförmåga och funktioner som muskelstyrka, uthållighet, leders rörelseomfång, lungornas kapacitet m.m. Detta avser alltså främst nivå 1) ovan – dvs. kroppsfunktion. Resultat av sådana undersökningar låter sig som regel inte överföras direkt till värderingar av en persons funktionsförmåga eller funktionstillstånd sedd i en helhetsbedömning, alltså på de ovan refererade nivåerna 2) och 3). Även i det WHO-dokument som redovisar och förklarar Världshälsoorganisationens (WHO) bedömningsinstrument International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) uttrycks tydligt att en persons funktionstillstånd måste relateras till ett sammanhang och ett syfte. Så t.ex. avses i bedömningen av arbetsförmåga kraven på en arbetsplats. Det saknar mening att konstatera att en person generellt sett fungerar dåligt. Det är nödvändigt att precisera innebörden i en dysfunktion och i vilket eller vilka sammanhang personen inte fungerar. Det kan t.ex. gälla en definierad arbetsuppgift eller en arbetsplats.

Funktionsförmåga är också som generellt begrepp relaterat till krav. Härmed avses en persons förutsättningar och möjligheter att svara mot egna och omgivningens krav i fullgörande av de uppgifter av många slag som aktualiseras under ett livsförlopp. Dessa varierar under livets gång och är olika under skoltid och utbildning, i bildande av familj, i arbetsliv och efter avslutandet av ett aktivt arbetsliv. Denna relation mellan krav och begränsningar är alltså viktig att hålla i minnet. Relationen är bestämmande för det som vi betraktar som en förmåga. Förmåga är alltså ett relationistiskt

begrepp. Facultas-dokumenten är i huvudsak inriktade mot de krav som ställs i alldaglig livsföring. De avser inte de specifika krav som kan finnas i olika arbeten. Det är viktigt att vara klar över denna distinktion mellan en allmän funktionsförmåga, som avser funktion på alla olika livsområden, och arbetsförmåga, som avser funktionsförmågan i ett specifikt sammanhang. Den allmänna funktionsförmågan kan bedömas medicinskt utgående från de uppgifter som kan fås fram om en enskild patient. Arbetsförmågan är en persons förmåga att utföra en specificerad arbetsuppgift under givna betingelser såsom tekniska hjälpmedel, arbetsorganisation och miljöförhållanden. För en bedömning av den krävs därför uppgifter om just dessa omständigheter. Läkare är i allmänhet, och särskilt i primärvård och allmänläkarvård, utbildade och inställda på att bedöma allmän funktionsförmåga. Läkare i företagshälsovård har generellt sett en bättre utbildning än allmänläkare att bedöma arbetskrav och arbetsförhållanden och är därmed – beroende också på graden av personkännedom – bättre rustade att bedöma en persons förutsättningar att utföra ett visst arbete.

Finlands Läkarförbund har i ett yttrande avgivet i anslutning till Facultas-projektet konstaterat begränsningarna för medicinsk bedömning av arbetsförmåga: *”En läkare kan bara observera eller uppskatta om den undersökta har symtom som kan vara till förfång i ett visst arbete. Möjligheterna att bedöma vederbörandes verkliga arbetsförmåga är små”*. Just så är det. Tydligare kan det inte sägas.

Inom läkarkåren i de nordiska länderna har under många år ifrågasatts möjligheterna att medicinskt fastställa arbetsförmåga. Samtidigt har från juristhåll uttryckts tvivel om det medicinska sjukdomsbegreppet som juridiskt kriterium i försäkringsbeslut. I Sverige har bl.a. Sara Stendahl (se litteraturförteckningen) argumenterat för att helt avskaffa sjukdomsbegreppet i socialförsäkringsrättsliga sammanhang.

3.2.5 Funktionsbedömningar som del i professionellt omhändertagande

I Facultas-dokumenten erinras om att bedömning av funktionsförmåga är en normal del av all god vård. Det gäller följande av sjukdomsförlopp, effekter av terapi och bedömningar av behov av rehabilitering. Läkare har därtill att avge yttranden om aktuell och förutsedd funktionsförmåga som underlag för t.ex. bidrag från

socialförsäkringssystem eller beslut om pension. Vid avgivande av sådana yttranden kommer andra aktörer än den behandlande läkaren och patienten själv att delta i processen. Det är inte längre fråga om samma läkare-patient relation som den som fanns från början. Läkaren fullgör då en uppgift som begärs av andra intressenter. Den medicinska etikern vid Sorbonne-universitetet i Paris, Suzanne Rameix, har beskrivit detta som en övergång mellan två domäner. Man går från den domän där läkaren i en paternalistisk roll verkar för patientens individuella bästa till en roll och domän där patientens autonomi och rättigheter gentemot det omgivande samhället och kollektiva intressen kommer i förgrunden. Det är fråga om en annan spelplan. Denna yrkesetiska dimension utvecklas inte i Facultas-dokumentet och vi kommenterar den inte vidare här.

3.2.6 Företagshälsovården i Finland

En viktig förutsättning för projektiden "Facultas" har varit den etablerade ställning företagshälsovården har i Finland, där den omfattar inemot 90 % av alla anställda. Den lagstadgade skyldigheten för arbetsgivare att ordna företagshälsovård för sin personal, i förening med en väl fungerande försäkringsmedicinsk organisation, innebär god tillgång till specialister inom läkarkåren i frågor om funktionsprövningar och frågor om samband mellan arbetsuppgifter, belastningar och besvär. Företagshälsovården utvecklas i Finland enligt riktlinjer fastställda av regeringen som utformats vidare och preciserats av Social och Hälsoministeriet: Statsrådets principbeslut (2004) "Hälsa i arbetet 2015 – Utvecklingslinjer för företagshälsovården" och Social- och Hälsoministeriets "Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 – mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle" utgivna 2006 och "Regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering av 19:e april 2007". I dessa styrdokument med bakomliggande politiska beslut förklaras företagshälsovårdens uppgifter som aktör i ett hälsofrämjande politiskt program som utgår från ett folkhälsoperspektiv. Denna inriktning mot främjande av hälsa och funktionsförmåga stöds av forskningsprogram där också ekonomiska nyttoeffekter undersöks. Som exempel på detta kan nämnas en aktuell forskningsrapport av Ahonen och Näsman 2008 som

beskriver personalekonomiska nyttoeffekter hänförliga till insatser av företagshälsovård och personalutveckling.

Företagshälsovården i Finland utför sitt uppdrag med hjälp av väl utbildade yrkeskadrer av läkare, hälsovårdare, fysioterapeuter och psykologer. Den har, som ovan beskrivits, ett socialt mandat i form av ett av social- och hälsoministeriet fastställt kvalitets- och utvecklingsprogram för åren 2001–2015. Företagshälsovården i Finland har alltså en roll som aktör med ett på politisk väg beslutat och genom lagstiftning reglerat samhällsuppdrag. Denna förutsättning föreligger inte i Sverige.

3.2.7 Facultas och sjukintygens kvalitet

I Facultas-dokumentens förord anges som övergripande syfte för dessa praktiskt inriktade vägledande dokument att uppnå en mer enhetlig praxis. Detta mål kan ses som giltigt även i Sverige. För svenskt vidkommande framstår denna förklaring av syftet närmast som en förskönande omskrivning av det verkliga förhållandet. I Sverige uppkommer ofta tvivel om läkares bedömningar av funktionsförmåga svarar mot god eller godtagbar professionell standard. Till exempel är Försäkringskassans erfarenhet från bl.a. kassans Oktaven-projekt 2007 att läkarintyg som behandlar arbets- eller funktionsförmåga uppvisar betydande brister. Riksrevisionen har i en rapport 2009 också varit tydlig i sina reservationer beträffande läkarintygens kvalitet, särskilt avseende bedömningar av arbetsförmåga inriktade mot den reguljära arbetsmarknaden. I Riksrevisionens rapport observerades också tvekan hos många läkare att kombinera den vårdande rollen med dess speciella läkare-patient relation med att skriva intyg åt försäkringskassan.

3.2.8 Några tidsperspektiv

En viktig grundsyn, som är ett genomgående tema i alla fyra Facultas-dokument, är att funktionsförmågan skall ses i ett långt tidsperspektiv. Den utvecklas och förändras över tid utgående från samspel mellan individ och omgivning och kan påverkas av aktiva åtgärder. Bedömning av funktionsförmåga här och nu ger ett begränsat perspektiv på frågan. I en omsorgsfull bedömning är det nödvändigt att granska vad som varit och i vilken utsträckning man

på basis av tillgänglig information kan förutse stabilitet och varaktighet i nuvarande funktionstillstånd och framtida funktion. Att vara medveten om detta är viktigt, eftersom många av de bedömningar läkare har att göra gäller förutsedda framtida funktioner och förmåga. Människors funktionsförmåga bör i princip ses i ett livsperspektiv.

Ett grundläggande förhållande som gäller medicinska bedömningar av en persons funktionsförmåga är att för tillförlitlighet i bedömningar krävs lång och helst kontinuerlig tid av kontakt med den person/patient som bedöms. Undersökningar med relevanta diagnostiska metoder med god validitet är ett självklart krav. Minst lika viktigt är att kunna följa en person under lång tid och bli förtrogen med hennes/hans förmågor och begränsningar under olika livsomständigheter. Den kontinuitet i hälso- och sjukvården som vanligen framhålls som viktig i all hälso- och sjukvård är därför ett oavvisligt krav och arbetsförutsättning för precision i bedömningar som gäller en människas funktion i sin helhet. Häri ligger ett problem orsakat av den kontinuitetsbrist som är så vanlig i den offentliga hälso- och sjukvårdens primärvård. Man bör t.ex. inte vänta sig att en stafettläkare i öppen vård ska kunna prestera träffsäkra bedömningar när det gäller funktionstillstånd och möjligheter i relation till arbetsuppgifter. Detta gäller särskilt sjukdomsfall med varaktighet som sträcker sig över längre tider och där god känedom om personen behövs för mera ingående bedömningar och beslut med precision.

3.2.9 Tidsåtgången vid medicinsk funktionsbedömning

En aspekt att hålla i minnet vid jämförelse av Socialstyrelsens nu utgivna försäkringsmedicinska beslutsstöd med Facultas-skrifternas rekommendationer är tidsåtgång. Genomförande av en undersökning av funktionsförmåga innebär behov att reservera 1–1 ½ timmes tid för ordentlig genomgång av anamnes och klinisk undersökning, samt dokumentation av fynden. Utarbetande av ett utlåtande kan ofta kräva längre tid än så. Vid behov av mera ingående bedömningar eller information från patientens närstående eller andra källor kan flera dagar krävas för intervjuer, konsultationer och undersökningar. Där rekommendationer om den typen av undersökningar tas i bruk framstår som nödvändigt att se över nuvarande arbetsorganisation inom hälso- och sjukvården, så att de

som har att göra undersökningarna ges den tid som behövs för undersökning och konsultationer, samt för omsorgsfullt skrivande av intyg.

Användningen av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd kan härvidlag vara mindre insatskrävande eftersom de inte innehåller några preciserade anvisningar om hur bedömningar av funktionsförmåga bör gå till. Läkarens handlande kan baseras på rimlighetsbedömningar när det gäller sjukintygets giltighetstid. Om man använder beslutsstödet som ett normativt styrinstrument – vilket inte har varit socialstyrelsens avsikt – kan uppkomma möjlighet för schablonmässig användning innebärande att man endast ser till i beslutsstödet angivna referensvärden och tar lättare på funktionsprövningen. Ett sådant arbetssätt kan i princip innebära att behovet av insatt läkartid minskar. Det är i grunden en fråga om att väga en resursinsats mot ett tänkt utbyte och kvalitet i den bedömning som sedan görs – alltså en fråga om kostnad och effektivitet.

3.2.10 Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska beslutsstöd

I den diskussion som förts i Sverige om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd med innehåll av referenspunkter i fråga om sjukpenningperioders längd är det värt att observera att Facultas riktlinjer är ett drag i samma riktning. Socialstyrelsens beslutsstöd har tillkommit på grundval av ett motiv att få en bättre enhetlighet i bedömningar av behov av sjukfrånvaro och samtidigt en förbättrad dokumentation och användning av de intyg och utlåtanden som aktualiseras i försäkringsmedicinska bedömningar. Samma motiv gällde, som tidigare nämnts, Facultas-programmet. Beslutsstödsdokumentet har till utgångspunkt 190–200 sjukdomsdiagnoser. Det utgår vidare från approximeringar av något som man ser som normala tidsförlopp för sjukdomstillstånd och anger referenspunkter för bedömningar av de tider av sjukfrånvaro som sjukdomar vanligen kan föranleda. Konceptet är att tillhandahålla ett vägledande dokument som alla läkare med lätthet kan orientera sig i och hitta rekommendationer om förhållningssätt. För diagnoserna anges högst summariskt vad den intygsskrivande läkaren behöver tänka på. På hälso- och sjukvårdens primärvårdsnivå sker i många fall människornas första möte med hälso- och sjukvården och aktualiseras för patienter i arbetsföra åldrar frågor om arbets-

frånvaro. I de praktiskt inriktade försäkringsmedicinska riktlinjerna anges högst kortfattat de frågor om inskränkning som läkaren erinras att tänka på i en primärvårdskonsultation. I de flesta fall av arbetsförmågebedömning i ett sådant sammanhang kan bedömningen göras med tillämpning av relativt enkla grundprinciper. Detta gäller fr.a. vid sjukdomsfall med kort varaktighet och förutsebar läkning där sambanden mellan sjukdomstillstånd och funktionsförmåga i och utanför arbetet är förhållandevis lätta att förstå. Då sjukdomsfallen börjar sträcka sig över längre tidsperioder finner sig efter hand ett behov att söka en mera preciserad förklaring till sjukdomen/funktionstillståndet, innefattat dess orsaker och, om möjligt, varaktighet och förlopp. Då aktualiseras också behovet av metoder som möjliggör en mera ingående bedömning. Det räcker inte längre med en sjukdomsdiagnos och en klichémässigt angiven funktionsinskränkning.

Det finns inget enkelt samband mellan en sjukdomsdiagnos och ett funktionstillstånd eller funktionsförmåga. En sjukdom kan orsaka avsevärd inskränkning av en persons funktionsförmåga medan andra med samma diagnos kan ha endast lätt eller överhuvudtaget ingen funktionsinskränkning. Beslutsstödet principiella tankemodell är att sjukdomar och skador normalt går till läkning och att sjukfrånvaro är motiverad intill dess att läkning inträffar.

En av beslutsstödet övergripande principer är, som påpekats av Bengt Järholm, Berndt Karlsson och Ruth Mannelqvist 2009, att av den enskilda läkare som bedömer individens arbetsförmåga krävs en klar uppfattning om funktionsförmågan, samt information om arbetssituationen och möjligheterna att anpassa den. Viktigt är därför att vara klar över att det som ersätts från socialförsäkringen inte är sjukdomen som sådan. Ersättningen avser inte heller den nedsättning av en organfunktion som en sjukdom orsakar. Där emot har försäkringen att ersätta eller kompensera för den konsekvens i form av begränsningen av förmåga på individnivå som uppstår på grund av nedsatt funktion i ett kroppsorgan.

Man bör vara medveten om socialstyrelsens och försäkringskassans beslutsstöds beroende av en diagnos i sin tillämpning. Bakom Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i Sverige finns samma motiv som ligger till grund för Duodecims och TELA:s initiativ att ta fram Facultas-dokumentet i Finland. Båda dessa dokument är inriktade mot modell eller tankefiguren Sjukdom – Funktionstillstånd – Funktionsbegränsning. Man kan se

dem som varandras komplement. Med någon förenkling kan man säga i en jämförelse att SoS beslutsstöd har fokus på stegen Sjukdom – Funktionsbegänsning. För Finlands del har man valt att med Facultas-serien gå ett snäpp längre med en mera utvecklad och detaljerad inriktning på målvariabeln funktionsförmåga. Grundmotiven är i Finland och i Sverige desamma – en ansats till en normering och styrning av läkarkårens professionella förhållnings-sätt i bedömningar av funktionstillstånd som innebär begränsning av en förmåga. Vi återkommer nedan till begreppen förmåga respektive dennas begränsningar under punkten ICF.

3.2.13 Facultas och ICF

Läsaren observerar att i Facultas-dokumentet ges ingen hänvisning till WHO:s beskrivnings- och klassifikationssystem "International Classification of Functioning, disability and Health" (ICF). Från rikssvensk synpunkt är på sin plats att kommentera detta. Det finns skäl att erinra om utvecklingen under senare år av den begreppsapparat som gäller samband mellan sjukdom, hälsa och arbetsförmåga, och kommentera viktiga förändringar i de beskrivningssystem som används och de funktionstillstånd som medicinerna söker att beskriva. Härvidlag har under senare år skett en utveckling. Det medicinska sjukdomsbegreppet var tidigare i stor utsträckning grundat på WHO:s "International Classification of Diseases (ICD) som översatts för tillämpning till praktiskt taget alla nationella språk. Under 1980-talet gav WHO ut ett nytt, annorlunda strukturerat system för beskrivning av olika funktionstillstånd – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH 1980). Som hörs på namnet var ICIDH i huvudsak inriktad mot att beskriva och klassificera just skador, funktionsstörningar och handikapp. 2003 tillkom så WHO:s ICF som ett förnyat beskrivningssystem och taxonomi. I detta dokument har perspektivet vidgats. Vägledning ges för beskrivning av funktionstillstånd med användning av variabelaxlarna kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer. Avsikten var att i internationell tillämpning etablera ett gemensamt språk på området för bedömningar av funktionstillstånd, som är ett betydligt bredare begrepp än funktionshinder och dysfunktion. I Facultasdokumentet ges viktig vägledning om helhetsbedömningar, exempelvis i dokumenten om

Psykiska störningar ("Mielialan häiriöt") och Rygg- och nackort ("Alaselän ja niskan sairaudet"). Det dokument som avhandlar De Stora Lederna ("Isot nivelet") är betydligt mer organ- eller organ-funktionsinriktat. Det framgår inte av dokumenten om Facultas riktlinjer är tänkta att ha en fristående status i försäkrings-medicinska bedömningar i förhållande till tillämpning av ICF i Finland eller ej. I Sverige beslöt Riksförsäkringsverket 2003 att införa ICF som klassifikationssystem för funktionsnedsättning och handikapp. Se RFSS 2003:9. Detta har inte följts upp förrän helt nyligen år 2008 då uppgifter som följer ICF begrepp och nomenklatur börjat successivt införas i försäkringskassans Särskilda Läkarutlåtanden (SLU).

Sannolikt finns i Finland liksom i Sverige en långsiktig avsikt om ett närmande eller anpassning av nu använda system för beskrivning och bedömning av funktionsbrister i riktning mot beskrivning av funktionstillstånd enligt ICF. Ändringar av detta slag är omfattande och komplexa operationer som erfarenhets-mässigt får bäst resultat om de föregås av ingående diskussion av mål-medel och förankras i den fältorganisation som har att göra det konkreta jobbet. Facultas-dokumentet kan i ett sådant perspektiv ses som ett första steg i en utveckling. Införandet av ICF på det nationella planet är ett område som lämpar sig uppenbart väl för internationellt utbyte av erfarenheter, och sannolikt också för längre gående samarbete. Detta kan vara aktuellt t.ex. mellan de nordiska länderna som sinsemellan företer stora likheter i socialförsäkringssystemens funktioner och arbetsätt.

3.2.15 Åtgärder på arbetsplatsen

Facultas-dokumentens rekommendationer understryker behovet av åtgärder på patientens arbetsplats för att stärka och utveckla funktionsförmåga i arbetet. Eftersom produktionen i ett företag eller en organisation grundas på personalens funktionsförmåga är det naturligt att se arbetsgivarens eller organisationsledarens roll som en faktor av central betydelse när det gäller att främja och utveckla anställdas funktionsförmåga och kompetens. Ändringar i arbetsorganisation och uppgifternas fördelning, genomgång av förutsättningar för arbetstidsförkortning, anskaffning av tekniska hjälpmedel och motsvarande kan leda till att oförmåga övergår i förmåga. Naturligtvis kan detta medföra kostnader för företaget.

Erfarenheten har dock visat att redan en måttlig insats av åtgärder kan vara effektiv och upplevas som en mycket betydelsefull uppmuntran. Olika former av tillfälliga lättnader i arbetskraven för patienter med övergående och återkommande besvär bör alltid vidtas så fort detta är möjligt.

3.2.16 Funktionsbedömningar och läkarnas utbildning

Facultas-skrifterna aktualiserar frågan om vilka myndigheter/organisationer som har att utge rekommendationer om bedömning av funktions- respektive arbetsförmåga och hur dessa kan på ett effektivt sätt delges läkarkåren och övriga berörda yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. Eftersom inte bara diagnostiken och vården, utan också arbeten på arbetsmarknaden, kontinuerligt utvecklas bör sådana rekommendationer ses över med jämna mellanrum.

Frågan aktualiserar även många utbildningsfrågor. Det framstår som viktigt att införa undervisning/utbildning om bedömningar av funktionsförmåga i all specialistutbildning, och särskilt i utbildningen av allmänläkare/primärvårdsläkare och företagsläkare. Behov finns att beakta detta kunskapsområde även i examinationer för specialistbehörighet för läkare och i de kompetenskrav som utformas för att ingå i kvalitetssystem tillämpade inom hälso- och sjukvården. Det handlar också om läkarnas fortbildning och utbildning för att underhålla av kompetens för bedömning av funktionsförmåga och den förutsättning som detta utgör för att klara vardagslivets krav eller förmåga att utföra uppgifter i ett arbete.

3.2.17 Utvärdering

Facultas-projektet har från sin initiering inte innefattat någon ansats till formell utvärdering. En diskussion pågår för närvarande mellan Duodecim/TELA och det finska Folkhälsoinstitutet om förutsättningarna för en evaluerande ansats. Man är i hälso- och sjukvården och i försäkringsväsendet i Finland självfallet intresserad att få lärdomar och effekter av projektet. Både i Sverige och i Norge, länder där man försöker komma till rätta med liknande problem i sina socialförsäkringssystem, finns också stort intresse att ta del av de erfarenheter som vinnas i Finland.

4 Slutord. Facultas – ett professionellt initiativ

Facultas-projektet är ett viktigt initiativ, tillkommet på basis av ett konkret behov. Dess strävan är att uppnå bättre strukturering och förbättrad kvalitet i de bedömningar av funktionsförmåga som görs inom hälso- och sjukvården i Finland. Praktiska riktlinjer för att utföra sådana bedömningar har saknats och läkarkåren har relativt svag utbildning på området. Inom Duodecim och TELA fanns ingen förväntan om att universitetsvärlden skulle ta ett initiativ till att utarbeta praktiska riktlinjer. Tillkomsten av dessa riktlinjer på läkarkårens eget initiativ har därför välkomnats av många. De syftar till en höjning av allmän medvetenhet om vad saken gäller, till stärkning av kompetens på området och till den breddning av både inom-professionell diskussion och samhällsdebatt som frågorna förtjänar.

Det är viktigt att se finska läkarsällskapet Duodecims och TELA:s rapporter med vägledande anvisningar i perspektivet av de många olika situationer där läkarens bedömning och dokumentation av ett funktionstillstånd eller funktionskapacitet har stor betydelse. I Sverige har läkarintyget en avgörande roll när det gäller att få ersättning från sjukförsäkringen som kompensation för sänkt inkomst till följd av att en sjukdom orsakar ett funktionshinder eller begränsning av en normal förmåga. Bedömningen av funktionsförmåga intar därför en central plats i allt som gäller sjukförmåner. Detta är helt i enlighet med försäkringens bakomliggande syfte och dess konstruktion. I begreppet arbets(o)förmåga finns stora oklarheter som med tiden blivit allt mer uppenbara. Arbetsförmåga respektive arbetsoförmåga är i dag juridisk-tekniska termer med styreffekter på socialförsäkringars tillämpning men i grunden likafullt beroende av ett medicinskt innehåll grundat på läkares bedömning.

Det är därför viktigt att se medicinska bedömningar av funktionsförmåga som delar av en process som syftar till att få fram rättvisa beslut. I frågor om arbetsförmåga skall en bedömning innefatta arbetsplatsförhållanden och möjligheterna att ändra på dem. Den skall också ta vara på den försäkrade själv som informant och bereda henne/honom ett deltagande i de beslut som fattas. Den person som berörs är en central informationskälla om arbete och arbetsförhållanden så som dessa verkligen är. Allt detta skall sedan sammanföras till avvägda beslut i t.ex. Försäkringskassan. I Facultas-dokumentet presenteras tillvägagångssätt, som syftar till

en kvalitetshöjning av den information som läkarna bidrar med i form av läkarintyg. Utnyttjandet av andra informationskällor och själva samordningsprocessen och avvägningarna behöver också utvecklas och organiseras så att de beslut som sedan tas svarar mot allmänhetens förväntningar och rättskänsla.

I Facultas-projektet har man nu tagit ett viktigt steg genom en kritisk granskning och förfining av de instrument som en läkare har till hands. Man har grävt där man står och fått fram något som man tror på. Konceptets idé är att höja kvaliteten och också att förbättra effektiviteten i de processer som i Sverige omfattas av det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sjukskrivningsprocessen. Den tydlighet och genomskinlighet som ligger i en strukturerad ansats har också ett egenvärde. För svenskt vidkommande bör uppmärksammas den grundläggande idé och vägledning som finska läkarsällskapet Duodecim och TELA gett uttryck för i skrifterna om bedömning av funktionsförmåga. I ansatsen ligger möjligheter att stärka det medicinska innehållet i de juridiskt-tekniska termerna arbetsförmåga respektive dennas föregivna avsaknad arbetsförmåga. När det gäller medicinska funktionsbedömningar bör man vara medveten om att sökandet efter den kompletta och ofelbara bedömningsmallen av människors förmågor gentemot de krav som kan finnas i samhälle och på arbetsplatser kanske är som sökandet av den Heliga Graal. Den kanske inte finns. Men sökandet är likafullt viktigt. Det ger idéer om hur vi bäst utvecklar de system vi behöver.

Till sist en avslutande reflektion. Områdets svårighetsgrad och komplexitet i förening med dess samhällsrelevans gör att ett nordiskt och internationellt samarbete kan erbjuda fördelar. Så skulle t.ex. motsvarande ansatser av läkarsällskapen i de övriga nordiska länderna säkerligen utgöra värdefulla bidrag. Sådana initiativ kan öppna för utbyte av erfarenheter av bedömningskriterier och även till gemensam utveckling och utvärdering av metoder. Det kan med detta bidra till den medicinska professionalism som i grunden är en förutsättning för kvalitet i bedömningar av funktionstillstånd och funktionshinder. Detta gäller både i klinisk praxis i hälso- och sjukvårdens vardag och för försäkringsmedicinska bedömningar i socialförsäkringssystem.

Uppsala och Åbo, 15 september 2009

Peter Westerholm

Gustav Wickström

5 Tack

Vi framför vårt tack till

- Professor Esko Matikainen, Chefsöverläkare, Kommunernas Pensionsförsäkring, Finland. Ledamot av Facultas-projektets ledningsgrupp och
- Med.Dr. Ilkka Pakkala, chef för avdelningen för arbetshälsotjänster, Mediverkko Oy. Redaktör för de fyra Facultas-skrifterna

för samtalskontakt och utförlig information om Finska Läkar-sällskapet Duodecims och TELA:s Facultas-program, innefattande dess bakgrund, motiv, mål och arbetsprocess.

- Förrre Medicinalrådet vid Social- och Hälsoministeriet, Statsrådet, Finland Dr Matti Lamberg och
- Team-ledare Päivi Husman, M.Soc.Sci, Arbetshälsainstitutet/Työterveyslaitos, Helsingfors, Finland

för aktuell dokumentation om Finlands statsmakters beslut avseende inriktning av folkhälsoarbete och företagshälsovård.

- Informationsassistent Lenita Öqvist, Arbets- och Miljömedicin, Uppsala Universitet, för hjälp med teknisk redigering av denna promemoria.

6 Källor och litteratur

Ahonen G. och Näsman O. Den personalekonomiska nyttan av mångdimensionell Företagshälsovårds- och personalutvecklingsprogram. Svenska Handelshögskolan Forskningsrapport nr 65/2008, Helsingfors.

Bjerstedt Daniel. Tryggheten inför fäta – om rätten till förtidspension enligt förvaltningsdomstolarna under tre decennier. Lunds Universitet. Disputationer i sociologi no 86/2009.

Brage S, Østerås N, Krohne K och Steiran P. Funksjonsvurderinger ved langvarig sykefravær og ved vedtak om langtidsytelser. Slutrapport prosjektet ”Funktionsvurderinger – behandles oppgaver i det inkluderende arbeidsliv”. Universitetet i Oslo,

- Sektion for arbeids- och trygdemedisin, Pb 1130, Blindern, N-0318 Oslo.
- Brousseau S. La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers oeuvrant en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail. Université de Montréal. Institut des études supérieures. Décembre, 2006.
- Coté L., Edwards H, Benoit N. S'épuiser et en guérir – analyse de deux trajectories selon le niveau d'emploi. *Revue internationale sur le travail et la société*. Octobre 2005, ss 835–865.
- Department of Work and Pensions, UK. ESA Handbook "MED-ESAHB-001, "Work Capacity Assessment Final" – May 14th 2009".
- Facultas projektets webbplats på Internet: www.duodecim.fi/facultas
- Fairbank J, Couper J, Davies J, O'Brien J. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 1982;66; pp 271–273.
- Flaherty AW. Playing doctor well. *Neurology* 2008;70;826–827
<http://www.neurology.org/cgi/content/full/70/11/826>
- Finlands regering och social- och hälsoministerium: Statsrådets principbeslut – Hälsa i arbetet 2015. Utvecklingslinjer för företagshälsovården. Helsingfors den 29 januari 2004. Social- och Hälsovårdsministeriets broschyrer 2004:15. Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015 – mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle – Helsingfors i maj 2006.
- Regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering. Helsingfors 19 april 2007. Kap 10 Välfärdspolitiken; 10.3 Täckande och effektiva social- och hälsovårdstjänster. http://www.stm.fi/sv/under_arbete/utvecklingsprojekt/halsoframjande
- Försäkringskassan: Läkarintyg för 35 miljoner – en studie av 2 199 läkarintyg inkomna till sju försäkringskassor den 7 mars 2003. Rapport FOU Oktaven – ett samarbetsprojekt (Lars Fjällman Carina Hammarlund Thomas Lundberg).
- Goldman H. "Do you walk to school or do you carry your lunch?". Ledande kommentar om General Assessment of Functioning (GAF). *Psychiatric Services* 2005; Vol. 56; p. 419.
- Hakanen J. Työuupumuksesta työn imuun – työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla (finsk text, sammanfattning)

- på engelska). Arbetshälsoinstitutet/Työterveyslaitos Helsingfors 2004.
- Hansson Tommy, Ljungquist Therese. Effekten på hälsa och arbetsåtergång efter rehabilitering vid två Ryggcentra. Utvärderingsrapport från Vetenskapliga Rådet för Ryggcentra. Stockholms läns landsting – Hälso- och sjukvårdsnämnden, januari 2008.
- Järvholm B., Karlsson B, Mannelqvist R. Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – så beskrivs begreppet i lagstiftningen. Läkartidningen, (2009); vol. 16; nr 17; s. 1178–1181.
- Klassbo M, Larsson E, Mannevik E. Hip disability and osteoarthritis outcome score. An extension of the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. *Scand J Rheumatol.* 2003;32(1):46–51.
- Linton S.J. Att förstå patienter med smärta. Studentlitteratur 2005.
- NHS Plus. Occupational health aspects in management of Chronic Fatigue Syndrome – A national guideline. NHS Plus (UK) HMO office. London. 2006.
- Nordenfelt L. The Concept of Work Ability P.I.E Peter Lang, Bryssel 2008, ISBN 978-90-5201-450-0.
- OECD – Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. Sicknes, Disability and Work. Breaking the Barriers – Vol. 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. OECD, Paris. 2008.
- OECD – Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. Sicknes, Disability and Work: Breaking the Barriers Sweden – Will the recent reforms make it? OECD, Paris 2009.
- Rameix Suzanne. Quelles sont les dimensions éthiques de l'expression et du respect du consentement des actes médicaux. *Gazette du Palais* – 1999: Sem 1.
- Riksförsäkringsverket. Riksförsäkringsverkets föreskrift (RFFS 2003:9) om kvalitetskrav på vissa utredningar som en allmän försäkringskassa klan upphandla. Se §§ 11–12.
- Riksrevisionsverket (RiR) 2009:1. Omställningskrav i sjukförsäkringen – att pröva sjukas förmåga i annat arbete. Rapport 2009:1.

- Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd 2007. www.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsen. Uppföljning av försäkringsmedicinskt beslutstöd. SoS rapport 2009-02-02. www.socialstyrelsen.se
- Sveriges kommuner och landsting. Vidtagna åtgärder för implementering av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. www.skl.se/sjukskrivningar
- Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder 2002. Svensk version av "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)". Tillgänglig via Internet www.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsen – Serien "Underlag från experter" (Marie Åsberg et al.). Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa 2003. Ser. nr 2003-123-18.
- Stendahl Sara. De allmänna villkoren i arbetslöshetsförsäkringen – rättssäkerheten och innehållet i den individuella handlingsplanen. Förvaltningsrättslig Tidskrift nr 4, 2008 s. 535–555.
- Stendahl Sara. Communicating Justice Providing Legitimacy. Akademisk avhandling, juridiska Institutionen, Göteborgs Universitet 2003. ISBN 91-7678-548-3.
- Vahlne-Westerhäll Lotta. Arbets(o)förmåga – ur ett mångdisciplinärt perspektiv (en antologi). Santérus Förlag, Stockholm 2008.

Kapitlen

- Ekholm J, Schüldt-Ekholm K. Arbets(o)förmåga ur rehabiliteringsmedicinskt perspektiv.
- Westerholm P, Lindenger G. Arbetsförmåga – det Humana Kapitalets värde.
- Vahlne-Westerhäll Lotta. "Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen – styrning, legitimitet och bevisning". Santérus Förlag, Stockholm 2009.
- Vahlne-Westerhäll Lotta. Det socialförsäkringsrättsliga arbets(o)förmågebegreppet. Ingår i "Arbetslinjens återkomst – rapport från ett forskarseminarium i Umeå 21–22 januari 2009.

Socialförsäkringsrapport 2009:3; s. 73–86. Försäkringskassan 2009.

Wessely Simon, White Peter D. There is one somatoform syndrome. *The British Journal of Psychiatry* (2004) 185: 95–96.

Weber A. Das Burnout-Syndrom – eine Krankheit moderner Gesellschaften?. Kapitel ingående i „Psychosoziale Gesundheit im Beruf“. (Red A.Weber & G.Hörmann unter Mitarbeit von Yvonne Ferreira). Gentner Verlag, Stuttgart 2007.

Statens offentliga utredningar 2009

Kronologisk förteckning

1. En mer rättssäker inhämtning av elektronisk kommunikation i brottsbekämpningen. Ju.
2. Nya nät för förnybar el. N.
3. Ransonering och prisreglering i krig och fred. Fö.
4. Sekretess vid anställning av myndighetschefer. Fi.
5. Säkerhetskopiers rättsliga status. Ju.
6. Återkrav inom välfärdssystemen. – Förslag till lagstiftning. Fi.
7. Den svenska administrationen av jordbruksstöd. Jo.
8. Trygg med vad du äter – nya myndigheter för säkra livsmedel och hållbar produktion. Jo.
9. Säkerhetskontroller vid fullmäktige- och nämndsammanträden. Fi.
10. Miljöprocessen. M.
11. En nationell cancerstrategi för framtiden. S.
12. Skatt i retur. Fi.
13. Effektiviteten i Kriminalvårdens lokal-försörjning. Ju.
14. Grundlagsskydd för digital bio och andra yttrandefrihetsrättsliga frågor. Ju.
15. Kraftsamling!
– museisamverkan ger resultat.
+ Bilagor. Ku.
16. Betänkande av Kulturutredningen.
Grundanalys
Förnyelseprogram
Kulturpolitikens arkitektur. Ku.
17. Kommunal kompetenscatalog.
En problemorientering. Ju.
18. Två rapporter till Grundlagsutredningen. Ju.
19. Aktiv väntan – asylökande i Sverige. Ju.
20. Mer järnväg för pengarna. N.
21. Redovisning av kommunal medfinansiering. Fi.
22. En ny alkohollag. S.
23. Olovlig tobaksförsäljning. S.
24. De statliga beställarfunktionerna och anläggningsmarknaden. N.
25. Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning. Fi.
26. Det växande vattenbrukslandet. Jo.
27. Ta klass. U.
28. Stärkt stöd för studier – tryggt, enkelt och flexibelt. + Bilagor. U.
29. Fritid på egna villkor. IJ.
30. Skog utan gräns? Jo.
31. Effektiva transporter och samhällsbyggande – en ny struktur för sjö, luft, väg och järnväg. N.
32. Socialtjänsten. Integritet – Effektivitet. S.
33. Skatterabatt på aktieförvärv och vinstutdelningar. Fi.
34. Förenklingar i aktiebolagslagen m.m. Ju.
35. Moderna hyreslagar. Ju.
36. Främja, Skydda, Övervaka
– FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. IJ.
37. Enklare beslutsfattande i ekonomiska föreningar. Ju.
38. Ingen får vara Svarte Petter. Tydligare ansvarsfördelning inom socialtjänsten. S.
39. En ny kollektivtrafiklag. + Bilagor. N.
40. En ny modell för arbetsmiljötillsyn. A.
41. Bättre och snabbare insättningsgaranti. Fi.
42. Vattenverksamhet. M.
43. Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården. U.
44. Integritetsskydd i arbetslivet. A.
45. Områden av riksintresse och Miljökonsekvensbeskrivningar. M.
46. Försenad årsredovisning och bokföringsbrott, m.m. Ju.
47. God arbetsmiljö - en framgångsfaktor? A.
48. Koncessioner för el- och gasnät. N.

49. Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring. S.
50. Nytt pensionssystem för den statsunderstödda scenkonsten. Fi.
51. Avskaffande av filmcensuren för vuxna – men förstärkt skydd för barn och unga mot skadlig mediepåverkan. Ku.
52. Staten och imamerna. Religion, integration, autonomi. U.
53. Fiskevård i enskilt vatten. En översyn av lagen om fiskevårdsområden. Jo.
54. Uthållig älgförvaltning i samverkan. Jo.
55. Ett effektivare smittskydd. S.
56. Den nya migrationsprocessen. Ju.
57. Myndighet för hållbart samhällsbyggande – en granskning av Boverket. M.
58. Skatteförfarandet. Fi.
59. Skatteincitament för gåvor till forskning och ideell verksamhet. Fi.
60. Återvändandedirektivet och svensk rätt. Ju.
61. Modernare adoptionsregler. Ju.
62. Skatt på fluorerade växthusgaser. Fi.
63. Totalförsvarspålit och frivillighet. Fö.
64. Flickor och pojkar i skolan – hur jämställt är det? U.
65. Moderniserade skatteregler för ideell sektor. Fi.
66. Signalspaning för polisiära behov. Ju.
67. Försvarsmaktens helikopter 4 – frågan om vidmakthållande eller avveckling. Fö.
68. Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU) + bilaga. S.
69. En ny ransonerings- och prisregleringslag. Fö.
70. Utvärdering av buggning och preventiva tvångsmedel. Ju.
71. EU, Sverige och den inre marknaden – En översyn av horisontella bestämmelser inom varu- och tjänsteområdet. UD.
72. Insyn och integritet i brottsbekämpningen – några frågor. Ju.
73. Vägval för filmen. Ku.
74. Höghastighetsbanor – ett samhällsbygge för stärkt utveckling och konkurrenskraft. N.
75. Folkbokföringen. Fi.
76. Svenskt rättsväsende i internationella uppdrag, m.m. Ju.
77. EU:s Viseringskodex. Ju.
78. Ökad säkerhet i domstol. Ju.
79. Några begravningsfrågor. Ku.
80. Kriminalvården – ledning och styrning. Ju.
81. Lag om resenärers rättigheter i lokal och regional kollektivtrafik. N.
82. En ny postlag. N.
83. Miljömålen i nya perspektiv. + Bilagor. M.
84. Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård. S.
85. Gymnasial lärlingsutbildning – hur blev det? Erfarenheter från första försöksåret. U.
86. Strategi för myndigheternas arbete med e-förvaltning. Fi.
87. En ny kameraövervakningslag. Ju.
88. Kärnkraft – nya reaktorer och ökat skadeståndsansvar. M.
89. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. S.

Statens offentliga utredningar 2009

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- En mer rättssäker inhämtning av elektronisk kommunikation i brottsbekämpningen. [1]
Säkerhetskopiors rättsliga status. [5]
Effektiviteten i Kriminalvårdens lokalförsörjning. [13]
Grundlagsskydd för digital bio och andra yttrandefrihetsrättsliga frågor. [14]
Kommunal kompetenscatalog.
En problemlösningsorientering. [17]
Två rapporter till Grundlagsutredningen. [18]
Aktiv väntan – asylsökande i Sverige. [19]
Förenklningar i aktiebolagslagen m.m. [34]
Moderna hyreslagar. [35]
Enklare beslutsfattande i ekonomiska föreningar. [37]
Förseiad årsredovisning och bokföringsbrott, m.m. [46]
Den nya migrationsprocessen. [56]
Återvändandedirektivet och svensk rätt. [60]
Modernare adoptionsregler. [61]
Signalspaning för polisiära behov. [66]
Utvärdering av buggning och preventiva tvångsmedel. [70]
Insyn och integritet i brottsbekämpningen – några frågor. [72]
Svenskt rättsväsende i internationella uppdrag, m.m. [76]
EU:s Viseringskodex. [77]
Ökad säkerhet i domstol. [78]
Kriminalvården – ledning och styrning. [80]
En ny kameraövervakningslag. [87]

Utrikesdepartementet

- EU, Sverige och den inre marknaden
– En översyn av horisontella bestämmelser inom varu- och tjänsteområdet. [71]

Försvarsdepartementet

- Ransonerings- och prisreglering i krig och fred. [3]
Totalförsvarspåbud och frivillighet. [63]
Försvarsmaktens helikopter 4
– frågan om vidmakthållande eller avveckling. [67]
En ny ransonerings- och prisregleringslag. [69]

Socialdepartementet

- En nationell cancerstrategi för framtiden. [11]
En ny alkohollag. [22]
Olovlig tobaksförsäljning. [23]
Socialtjänsten. Integritet – Effektivitet. [32]
Ingen får vara Svarte Petter. Tydligare ansvarsfördelning inom socialtjänsten. [38]
Bättre samverkan. Några frågor kring samspelen mellan sjukvård och socialförsäkring. [49]
Ett effektivare smittskydd. [55]
Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU). + Bilaga. [68]
Regler för etablering av vårdgivare.
Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård. [84]
Gränslandet mellan sjukdom och arbete.
Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. [89]

Finansdepartementet

- Sekretess vid anställning av myndighetschefer. [4]
Återkrav inom välfärdssystemen.
– Förslag till lagstiftning. [6]
Säkerhetskontroller vid fullmäktige- och nämndsammanträden. [9]
Skatt i retur. [12]

Redovisning av kommunal medfinansiering. [21]
Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning. [25]
Skatterabatt på aktieförvärv och vinstutdelningar. [33]
Bättre och snabbare insättningsgaranti. [41]
Nytt pensionssystem för den statsunderstödda scenkonsten. [50]
Skatteförfarandet. [58]
Skatteincitament för gåvor till forskning och ideell verksamhet. [59]
Skatt på fluorerade växthusgaser. [62]
Moderniserade skatteregler för ideell sektor. [65]
Folkbokföringen. [75]
Strategi för myndigheternas arbete med e-förvaltning. [86]

Utbildningsdepartementet

Ta klass. [27]
Starkt stöd för studier – tryggt, enkelt och flexibelt. + Bilagor. [28]
Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården. [43]
Staten och imamerna. Religion, integration, autonomi. [52]
Flickor och pojkar i skolan – hur jämställt är det? [64]
Gymnasial lärlingsutbildning – hur blev det? Erfarenheter från första försöksåret. [85]

Jordbruksdepartementet

Den svenska administrationen av jordbruksstöd. [7]
Trygg med vad du äter – nya myndigheter för säkra livsmedel och hållbar produktion. [8]
Det växande vattenbrukslandet. [26]
Skog utan gräns? [30]
Fiskevård i enskilt vatten. En översyn av lagen om fiskevårdsområden. [53]
Uthållig älgförvaltning i samverkan. [54]

Miljödepartementet

Miljöprocessen. [10]
Vattenverksamhet. [42]
Områden av riksintresse och Miljökonsekvensbeskrivningar. [45]
Myndighet för hållbart samhällsbyggande – en granskning av Boverket. [57]

Miljömålen i nya perspektiv. + Bilagor. [83]
Kärnkraft – nya reaktorer och ökat skadeståndsansvar. [88]

Näringsdepartementet

Nya nät för förnybar el. [2]
Mer järnväg för pengarna. [20]
De statliga beställarfunktionerna och anläggningsmarknaden. [24]
Effektiva transporter och samhällsbyggande – en ny struktur för sjö, luft, väg och järnväg. [31]
En ny kollektivtrafiklag. + Bilagor. [39]
Koncessioner för el- och gasnät. [48]
Höghastighetsbanor.
Ett samhällsbygge för stärkt utveckling och konkurrenskraft. [74]
Lag om resenärers rättigheter i lokal och regional kollektivtrafik. [81]
En ny postlag. [82]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

Fritid på egna villkor. [29]
Främja, Skydda, Övervaka
– FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. [36]

Kulturdepartementet

Kraftsamling!
– museisamverkan ger resultat. + Bilagor. [15]
Betänkande av Kulturutredningen.
Grundanalys
Förnyelseprogram
Kulturpolitikens arkitektur. [16]
Avskaffande av filmcensuren för vuxna – men förstärkt skydd för barn och unga mot skadlig mediepåverkan. [51]
Vägval för filmen. [73]
Några begravningsfrågor. [79]