

Juridiska institutionen

Examensarbete höstterminen 2013

Juristprogrammet, 30 högskolepoäng

# Sjuk enligt Arbetsförmedlingen, frisk enligt Försäkringskassan?

Den enskildas rättssäkerhet när sjukförsäkringsdagarna tar slut.

Lisa Liljenberg

Handledare: Therese Bäckman  
Examinator: Peter Andersson



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**HANDELSHÖGSKOLAN**

## Innehåll

Förkortningar.....	5
1. Inledning.....	6
1.1 Syfte och frågeställningar.....	7
1.2 Metod.....	7
1.3 Avgränsningar.....	8
1.4 Disposition.....	8
2. Teoretisk utgångspunkt.....	9
2.1 Rättsstaten.....	9
2.2 Rättssäkerhet.....	10
2.3 Slutsatser avseende rättssäkerhet.....	11
3. En historisk bakgrund.....	12
3.1 Inledningen till en allmän försäkring.....	12
3.2 Ett socialt skyddssystem.....	12
3.3 En försäkring i rätts- respektive välfärdsstaten.....	14
3.4 Politikens påverkan på sjukförsäkringen.....	16
3.5 Slutsatser för den fortsatta framställningen.....	19
4. Rättsreglerna.....	20
4.1 Grundläggande försäkringstillhörighet och sjukersättning.....	20
4.2 Sjukpenning.....	21
4.2.1 Steg-för-steg-modellen.....	22
4.2.2 Rehabiliteringskedjan.....	23
4.2.3 Rehabiliteringskedjan i förhållande till arbete och arbetsmarknad.....	27
4.2.4 Tidsbegränsad sjukpenning.....	30
4.3 Slutsatser avseende rättsreglerna.....	33
5. Arbetslinjen och sjukförsäkringen.....	35
5.1 Arbetslinjen enligt förarbetena.....	35
5.1.1 Samtal om socialförsäkringen.....	35
5.1.2 Tre perspektiv på arbetslinjen.....	36
5.1.3 Balans mellan perspektiven.....	37
5.1.4 Arbetslinjens förnyade aktualitet på 1990-talet.....	37

5.1.5 Mera försäkring och mera arbete .....	37
5.1.6 Förändringarna som infördes i sjukförsäkringen år 2008 .....	38
5.2 Arbetslinjen enligt doktrinen.....	39
5.3 Slutsatser avseende arbetslinjen.....	41
6. Sjukdomsbegreppet .....	42
6.1 Sjukdom enligt förarbetena.....	42
6.1.1 Socialvårdskommittéens betänkande .....	42
6.1.2 WHO:s hälsodeklaration.....	43
6.1.3 1990-talets renodling av sjukförsäkringen .....	43
6.1.4 Arbetsförmågeutredningens betänkande.....	44
6.2 Sjukdomsbegreppet enligt doktrinen.....	47
6.2.1 Socialvårdskommittéens sjukdomsbegrepp.....	47
6.2.2 1990-talets renodling .....	48
6.2.3 Förändringarna i sjukförsäkringen åren 2008-2010.....	48
6.3 Slutsatser avseende sjukdomsbegreppet.....	48
6.4 Allvarlig sjukdom .....	49
6.4.1 Kammarrättens tillämpning av begreppet allvarlig sjukdom .....	50
6.4.2 Allvarlig sjukdom enligt doktrinen.....	50
6.4.3 Slutsatser avseende allvarlig sjukdom.....	51
7. Arbetsförmågebegreppet.....	52
7.1 Arbetsförmåga enligt förarbetena .....	52
7.1.1 Socialvårdskommittéens betänkande .....	52
7.1.2 Arbetsförmågebegreppet inom 1990-talets renodling .....	52
7.1.3 Arbetsförmågebegreppet från och med 2008 och införandet av rehabiliteringskedjan.....	53
7.1.4 Arbetsförmågebegreppet enligt Arbetsförmågeutredningen.....	53
7.2 Arbetsförmågebegreppet enligt doktrinen .....	54
7.3 Slutsatser avseende arbetsförmågebegreppet .....	55
8. Övergången från sjukförsäkringen och Försäkringskassan till insatser hos Arbetsförmedlingen	57
8.1 Olika former av insatser .....	57
8.1.1 Informationspaket.....	57
8.1.2 Olika former av möten .....	57
8.1.3 Arbetslivsintroduktion.....	59
8.1.4 Jobb-och utvecklingsgaranti.....	59
8.1.5 Fördjupad kartläggning och vägledning .....	60

8.1.6	Gemensam kartläggning.....	60
8.1.7	Finansiell samverkan inom rehabiliteringsområdet (Finsam) .....	60
8.2	Samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.....	61
8.2.1	Överlämningsmöten .....	61
8.2.2	Intervjuer med myndigheternas handläggare.....	61
8.2.3	ISFs slutsatser .....	64
8.3	Slutsatser avseende övergången.....	64
9.	Vad införandet av tidsbegränsningen av sjukförsäkringen inneburit i praktiken .....	66
9.1	Individer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen.....	66
9.1.1	Två studier .....	66
9.1.2	Villkor för återvändande till sjukförsäkringen .....	67
9.1.3	Personer som inte återvänder till sjukförsäkringen .....	68
9.1.4	Ekonomiskt bistånd .....	68
9.2	Närmare om de individer som uppnådde maximal tid och lämnade sjukförsäkringen under 2010.....	69
9.2.1	Fakta om individerna .....	69
9.2.2	Arbetsinkomst .....	69
9.2.3	Ekonomiskt bistånd .....	70
9.2.4	Sannolikheten för att återvända respektive inte återvända till sjukförsäkringen .....	71
9.2.5	Sjukdomsdiagnosen bland dem som återvänder till sjukförsäkringen .....	71
9.3	Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens insatser för de som återvänder till sjukförsäkringen .....	72
9.3.1	Individerna som återvänder .....	72
9.3.2	Arbetsförmedlingens insatser .....	73
9.3.3	Försäkringskassans insatser .....	74
9.4	ISFs slutsatser .....	75
9.5	Slutsatser avseende införandet av tidsgränsens innebörd i praktiken .....	78
10.	Analys och slutsatser .....	80
	Källförteckning.....	81

## Förkortningar

AF	Arbetsförmedlingen
AFL	Lagen om allmän försäkring
Bet.	Betänkande
Dir.	Direktiv
Dnr	Diarienummer
Ds	Departementserien
EES	Europeiska ekonomiska samarbetsområdet
EU	Europeiska Unionen
Finsam	Finansiell samverkan inom rehabiliteringsområdet
FK	Försäkringskassan
FT	Förvaltningsrättslig tidskrift
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th Revision
IFAU	Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
KamR	Kammarrätten
LFC	Försäkringskassans lokala försäkringscenter
MiDAS	MikroData för Analys av Socialförsäkringen
PGI	Pensionsgrundande inkomst
Prop.	Proposition
RF	Regeringsformen
SCB	Statistiska Centralbyrån
SFB	Socialförsäkringsbalken
SfU	Riksdagens socialförsäkringsutskott
SGI	Sjukpenninggrundande inkomst
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SoL	Socialtjänstlag
SOU	Statens offentliga utredningar
WHO	World Health Organisation

## 1. Inledning

På Arbetsförmedlingens hemsida<sup>1</sup> är det lätt att klicka sig fram till information som riktar sig till den vars dagar med sjukpenning tagit slut eller snart kommer att göra det. Informationen som återfinns under rubriken ”Arbetslivsintroduktion” får sägas vara snällt utformad. I en mild ton förklaras att arbetslivsintroduktion ”är ett program skapat för dig som ska ta det allra första steget på resan tillbaka till arbetslivet — och du är välkommen som du är.” Det informeras om att det inledningsvis rör sig om en period där individen får stöd av en arbetsförmedlare för att se på vilket sätt han eller hon bäst kan bli hjälpt av myndigheten. Det påpekas att perioden präglas av en lyhördhet kring individens egen förmåga, ork och kapacitet.<sup>2</sup> Individen lugnas med att det inte kommer att avkrävas av honom eller henne att omgående ge sig ut i arbetslivet. Arbetsförmedlingens handläggare uppges vara duktiga på rehabilitering och tilltänkta åtgärder kommer att bestämmas individuellt utifrån den enskilda. Det finns också hos Arbetsförmedlingen tillgång till olika specialister, bland annat psykologer, arbetsterapeuter och socialkonsulenter som individen kan få hjälp och stöd av.<sup>3</sup> Myndigheten säger sig i processen, där målet är individens återgång till arbete, ”se mer till det friska än det sjuka.”<sup>4</sup>

Vid en genomläsning av Arbetsförmedlingens information till de som blivit utförsäkrade är det svårt att dra någon annan slutsats än att Arbetsförmedlingen anser sig hantera sjuka individer. Något som kan tyckas anmärkningsvärt då det rör sig om samma individer som Försäkringskassan har ansett för friska för att rymmas inom deras tillämpningsområde.

Hur går det till? Vilka är reglerna som gör att människor får lämna sjukförsäkringen? Är personerna friska när de går vidare till Arbetsförmedlingen? Eller är tanken med lagstiftningen att Arbetsförmedlingen skall ta hand om massor av sjuka människor? Vilka bakomliggande syften finns till sjukförsäkringens utformning? Vilka syften uppges från statens sida? Och finns det alternativa förklaringar? Uppfyller dagens sjukpenningregler grundläggande krav på rättssäkerhet? Vilka konsekvenser har de nya tidsgränserna som infördes i sjukförsäkringen 2008 fått i praktiken? Vad händer med de individer som får lämna sjukförsäkringen, kommer de tillbaka i arbete genom Arbetsförmedlingens insatser så som är syftet?

Frågorna som väcks är många. I den här uppsatsen skall de sjukförsäkringsregler som leder till att individer får lämna sjukförsäkringen utredas och insatserna som sätts in vid övergången från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen undersökas samt aktuell statistik redovisas.

---

<sup>1</sup> <http://www.arbetsformedlingen.se/>

<sup>2</sup> <http://www.arbetsformedlingen.se/For-arbetssokande/Stod-och-service/Fa-extra-stod/Lamnat-sjukforsakringen.html>

<sup>3</sup> Arbetslivsintroduktion, Faktablad till arbetssökande februari 2013

<sup>4</sup> <http://www.arbetsformedlingen.se/For-arbetssokande/Stod-och-service/Fa-extra-stod/Lamnat-sjukforsakringen.html>

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka den enskildas rättssäkerhet i samband med att individen får lämna sjukförsäkringen för att därefter hänvisas vidare till Arbetsförmedlingen. För att uppnå syftet skall de rättsregler som aktualiseras när individer får lämna sjukförsäkringen utredas. Ambitionen är även att söka utröna lagstiftningens syfte och tankegångarna bakom sjukförsäkringens utformning genom en undersökning av de förklaringar och synsätt som varit ledande vid sjukförsäkringslagstiftningens tillkomst. Förklaringar söks dels från statligt håll genom förarbeten och dels från förklaringar som erbjuds av forskare på området genom doktrinen. Syftet är således att härefter jämföra dessa förklaringar för att se om det är samma bild av sjukförsäkringen som målas upp av dessa olika källor.

Vidare är syftet att undersöka vad som möter de individer som lämnar sjukförsäkringen i form av myndighetsinsatser. Vad för slags insatser det rör sig om samt hur dessa fungerar.

Syftet är också att se om ändringarna som gjordes i sjukförsäkringslagstiftningen år 2008 när rehabiliteringskedjan infördes har fått avsedd effekt.

Uppsatsens övergripande frågeställning och syfte är att se, om det baserat på de svar som fås genom undersökningarna i uppsatsen, går att säga att den sjukförsäkringslagstiftning som innebär att individer får lämna sjukförsäkringen kan sägas uppfylla grundläggande krav på rättssäkerhet.

## 1.2 Metod

För att utreda det rättsläge som leder till att människor får lämna sjukförsäkringen samt för att utreda och problematisera de för uppsatsen centrala begreppen arbetslinjen, sjukdom och arbetsförmåga används sedvanlig juridisk metod, d.v.s. de klassiska rättskällorna: lagtext, förarbeten, praxis och doktrin. I uppsatsen ges förarbeten betydligt större utrymme än praxis, detta då uppsatsen till stor del går ut på att undersöka syftet med den sjukförsäkringsrättsliga lagstiftningen. För att utröna reglernas syfte och få en inblick i de övergripande tankar och idéer som ligger till grund för lagstiftningen används således i hög utsträckning propositioner men även statliga offentliga utredningar och övriga officiella dokument. I uppsatsen används praxis mer sparsamt då domstolarnas avgöranden främst ger ledning om lagens tillämpning och tolkning, dock lyfts aktuell praxis in på vissa ställen där det kan anses motiverat för att bidra till en förståelse av gällande rätt. I kapitlet om sjukdom redogörs för två kammarrättsavgöranden, trots att dessa inte har prejudikatsvärde erbjuder de ändå, i avsaknaden av avgörande från högsta förvaltningsrättsliga instans, en ledning om hur domstolarna tolkar det för uppsatsen relevanta begreppet allvarlig sjukdom.

För en fördjupad förståelse av regelverket kommer uppgifterna från statligt håll, förarbetena, att ställas mot forskningen på området genom att doktrinen konsulteras. De forskare som ges mest utrymme i uppsatsen, får sägas vara auktoriteter inom socialrätten vad gäller sjukförsäkringsfrågor; Lotta Vahlne Westerhäll, Lotti Ryberg-Welander samt Ruth Mannelqvist.

För att klargöra de insatser som sätts in, via Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, när individer lämnat sjukförsäkringen används till stor del myndigheternas egen information om vilka möten och program de erbjuder. Fokus här ligger således mindre på att utreda rättsläget och mer på att ge en bild av den konkreta verklighet som de individer som lämnar sjukförsäkringen möter. Informationen om olika insatser kompletteras sedan med en redovisning av den granskning som Inspektionen för

socialförsäkringen, vilka utövar tillsyn över socialförsäkringsområdet, gjort gällande hur Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samarbetar med varandra när individer flyttas från den ena myndigheten till den andra. Även om information direkt från myndigheterna, exempelvis från deras respektive hemsidor, inte har värde av rättskällor, får de ändå anses intressanta i den bemärkelsen att det är den informationen som allmänheten möter. Allmänheten dels i form av de individer som skall lämna sjukförsäkringen men även i form av andra aktörer såsom sjukskrivande läkare. Däremot används i uppsatsen inte Försäkringskassans egna vägledningar och allmänna råd som stöd och ledning för varken tolkning av rättsläget eller andra insatser och åtgärder, detta då Försäkringskassans vägledningar inte utgör en rättskälla utan är de arbetsverktyg som myndighetens tjänstemän använder sig av.<sup>5</sup>

För att undersöka om syftet med den lagstiftning som gör att människor får lämna sjukförsäkringen kan sägas vara uppfyllt används den statistik som Inspektionen för socialförsäkringen sammanställt och bearbetat angående de individer som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen.

### 1.3 Avgränsningar

Det socialförsäkringsrättsliga området, även enbart sett till regelverket gällande sjukförsäkringen, är omfattande varför en del avgränsningar gör sig nödvändiga.

Av utrymmesskäl, men också för att de för uppsatsen mest intressanta bestämmelserna är gällande sjukpenning, behandlas inte regler kring sjukersättning i uppsatsen utan framställningen hålls till en undersökning av sjukpenningreglerna. I statistikavsnittet (kap. 9) presenteras dock en del fakta om sjukersättning för att ge en helhetsbild.

Då reglerna som gör att individer får lämna sjukförsäkringen framgår av Socialförsäkringsbalken, är det den lagstiftningen som kommer att undersökas i uppsatsen, där således inte lagen om arbetslöshetsförsäkring behandlas. Däremot redogörs för Arbetsförmedlingens olika insatser och deras samverkan med Försäkringskassan, detta i uppsatsens senare avsnitt och utan ambitionen att vara rättsutredande.

Den särskilda problematik som kan uppstå angående den försäkrades bevisbörda gällande sin bristande arbetsförmåga och läkarintygets betydelse tas inte upp.<sup>6</sup>

För att möjliggöra en fördjupning av reglerna när sjukförsäkringen tar slut för den enskilda är det i dessa regler som denna uppsats tar sin utgångspunkt. Regler om grundläggande försäkringstillhörighet och sjukpenninggrundande inkomst kommer således att få stå tillbaka och bara beröras högst översiktligt till förmån för de regler som utgör den så kallade rehabiliteringskedjan.

Sjuklön som bekostas av arbetsgivaren samt försörjningsstöd från kommunen kommer inte utredas närmare.

### 1.4 Disposition

Uppsatsen kan sägas vara uppdelad i två delar, där den första, kapitel 4 till 7, är av rättsutredande karaktär medan den andra, kapitel 8 till 9, istället är praktiskt orienterad.

---

<sup>5</sup> Försäkringskassans väglednings ställning i ett rättsligt sammanhang utgör ett problemområde i sig vilket inte finns utrymme att utreda inom denna uppsats.

<sup>6</sup> För den som är intresserad av den problematiken rekommenderas "Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen" av Lotta Vahlne Westerhäll.



## 2. Teoretisk utgångspunkt

För att möjliggöra en relevant rättslig belysning av sjukförsäkringsreglerna skall utgångspunkt tas i rättssäkerheten. Nedan följer en redogörelse för vad en rättsstat består av samt vad som innefattas i begreppet rättssäkerhet.

### 2.1 Rättsstaten

Det enklaste sättet att förklara innebörden av en rättsstat är förmodligen genom att föreställa sig frånvaron av densamma. De samhällen som då uppenbarar sig är despotiska och totalitära.<sup>7</sup> Rättsstatens viktigaste uppgift kan således sägas vara att förhindra okontrollerad statlig maktutövning. Rättsstaten skall tillförsäkra medborgarna ordning och frihet. En rättsstat i dagens mening innebär således en begränsning av den absoluta statsmakten till förmån för medborgarna som istället garanteras frihet och olika slags rättigheter. Det finns olika delar som kan sägas konstituera en rättsstat. En av dem är att maktutövningen regleras på ett sätt som genererar legitimitet och förutsebarhet, vilket uppnås genom maktdelning.<sup>8</sup> Maktdelning innebär att makten delas mellan olika organ så att inget blir för mäktigt gentemot ett annat.<sup>9</sup> Detta kan förklaras med att makt alltid medför risker samtidigt som makt är något ofrånkomligt. Det bästa sättet att skydda sig mot maktmissbruk är således att dela upp makten på olika organ. ”Endast makt kan hejda makt.”<sup>10</sup> En klassisk maktdelningslära, som också är den som tillämpas i bland annat USA och Storbritannien, härstammar från den franske filosofen Montesquieu, den innebär att makten delas upp på tre: en lagstiftande makt, en styrande makt och en dömande makt. I Sverige följer vi dock inte Montesquieus klassiska maktdelningslära utan vi utgår istället från folksuveränitetsprincipen.<sup>11</sup> Den offentliga makten utgår från svenska folket och är en och odelad vilket också framgår av portalparagrafen i regeringsformen som stadgar att ”All offentlig makt i Sverige utgår från folket.”<sup>12</sup>

För att utgöra en rättsstat skall maktutövningen i sig vara lagreglerad och dessutom skall själva lagstiftningsproceduren ha stöd i lag.<sup>13</sup> För att rättsstaten skall uppnå den önskvärda rättssäkerheten krävs således förutsebarhet samt att all maktutövning är underkastad lagarna, detta kallas legalitetsprincipen. I svensk konstitutionell rätt gäller legalitetsprincipen såväl för domstolar och förvaltningsmyndigheter som för riksdagen, regeringen och kommunfullmäktige.<sup>14</sup> De offentliga organen måste vara oavhängiga, särskilt viktigt är detta gällande domstolarna. Domstolarna skall även vara objektiva på så sätt att lika fall avgörs lika. Sammantaget är således de formella rättsstatsprinciperna följande: statsmaktens lagbundenhet och rättsliga grund, maktfördelning, objektivitet, förutsebarhet och kontrollerbarhet.<sup>15</sup>

När regeringsformen infördes 1974 hade riksdagen för avsikt att ge den sådan utformning att det tydligt framgick att Sverige var en rättsstat. Dock visade det sig svårt för

<sup>7</sup> O Petersson, Rättsstaten, s. 13.

<sup>8</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 36.

<sup>9</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 39.

<sup>10</sup> O Petersson, Rättsstaten, s. 23.

<sup>11</sup> W Warling-Nerep m.fl., Statsrättens grunder, s. 27.

<sup>12</sup> RF 1 kap. 1 §

<sup>13</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 36.

<sup>14</sup> O Petersson, Rättsstaten, s. 23.

<sup>15</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 36.

lagstiftaren att fullt ut uppfylla sin ansats. Istället enades riksdagen om ett antal kriterier som ansågs utmärkande för en rättsstat vilka således nu finns grundlagsfästa i regeringsformen.<sup>16</sup> Det första kriteriet är att den offentliga makten skall utövas under lagarna,<sup>17</sup> vilket innebär att makten skall utövas inom lagens gränser. Det andra kriteriet är att det skall finnas garantier i form av konstitutionella kontrollmöjligheter för att förhindra maktmissbruk.<sup>18</sup> Det tredje kriteriet är att de grundläggande fri- och rättigheterna skall vara skyddade.<sup>19</sup> Det fjärde kriteriet innebär likhet inför lagen och en garanti av objektivt beslutsfattande.<sup>20</sup> Det femte och sista kriteriet innebär en garanti av domstolarnas oberoende gentemot de politiska organen.<sup>21</sup>

Ovanstående kriterier står alltså att finna i grundlagen i form av principer och föreskrifter. På ett övergripande plan innebär Sveriges påstående om att vara en rättsstat att Sverige förbinder sig gentemot sina medborgare och även gentemot andra stater att oavsett vad som inträffar följa och acceptera de av rättsordningen givna reglerna.<sup>22</sup>

## 2.2 Rättssäkerhet

### *Formell rättssäkerhet*

För att uppnå formell rättssäkerhet krävs att rättsreglerna är precisa, förutsebara, kontrollerbara och överklagbara. Dessa förutsättningar skall här utvecklas.

Rättsreglerna måste vara förutsebara. Den enskilda måste kunna känna till vilka regler som gäller och rätta sig därefter, och att sedan rättsföljden blir den som den enskilda haft anledning att vänta sig. Det skall följaktligen vara möjligt för individen att agera utifrån en plan utan att sedan ställas inför överraskningar. Det är därför även nödvändigt att rättsreglerna är precisa. Om reglerna är för mångtydiga eller vaga blir konsekvenserna av dem svåra att förutse för den enskilda. Reglerna måste också vara kontrollerbara. Går det någorlunda entydigt att förutsäga hur utfallet av en tillämpning av en viss lagregel blir är det också möjligt att i efterhand kontrollera huruvida utfallet stämmer överens med vad individen hade anledning att vänta sig. Stämmer inte utfallet överens med vad som kunnat förutses skall beslutet vara möjligt att överklaga så att individen kan få till stånd en ändring. Genom att lagreglerna är förutsebara och kontrollerbara minskas risken för godtycklig maktutövning och den enskilda medborgaren får bättre förutsättningar för att planera välbetänt och agera därefter.<sup>23</sup>

För att uppnå formell rättssäkerhet krävs vidare att objektivitetsprincipen beaktas. Objektivitetsprincipen innebär ett förbud mot särbehandling och diskriminering och som bekant framgår det av regeringsformen att samtliga som befinner sig inom den offentliga förvaltningen skall ”beakta allas likhet inför lagen” samt iaktta ”saklighet och opartiskhet”.<sup>24</sup>

### *Materiell rättssäkerhet*

Den materiella rättssäkerheten bottnar i den formella rättssäkerheten. En formell rättssäkerhet är följaktligen en förutsättning för att materiell rättssäkerhet skall kunna uppnås. En rättsstat skall således innehålla såväl formell som materiell rättssäkerhet. För att åstadkomma en

---

<sup>16</sup> W Warling-Nerep m.fl., Statsrättens grunder, s. 23.

<sup>17</sup> RF 1 kap 1 § 3 st

<sup>18</sup> Se främst RF 13 kap.

<sup>19</sup> Se RF 2 kap.

<sup>20</sup> RF 1 kap. 9 §

<sup>21</sup> Se exempelvis RF 11 kap. 3 § och RF 11 kap. 7 §.

<sup>22</sup> W Warling-Nerep m.fl., Statsrättens grunder, s. 23.

<sup>23</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 481.

<sup>24</sup> O Petersson, Rättsstaten, s. 23.

materiell rättssäkerhet räcker det inte att lagregeln tillämpas följdriktigt på ett förutsebart sätt utan även etiska hänsyn behöver vägas in. Etiska hänsyn handlar om huruvida något är bra eller inte för medborgarna. Det finns många olika värderingar som kan sägas vara etiska såsom sådana man finner inom ekonomin och socialpolitiken eller styrpolitiskt och fördelningspolitiskt. Etiska i den bemärkelsen att de berör vad som är gott eller ont för människor.<sup>25</sup>

En rättsstat som håller materiell höjd innehåller också rättigheter. Rättigheter som har till uppgift att skydda den enskildas liv, hälsa, rörelsefrihet och personliga integritet. Medborgarnas sociala och kulturella grundtrygghet skall främjas av staten. Yttrandefriheten skall värnas, de som innehar makten får inte hindra medborgaren från att uttrycka sina åsikter, organisera sig eller delta i politiken.<sup>26</sup>

### 2.3 Slutsatser avseende rättssäkerhet

Rättsstaten och den därmed medföljande rättssäkerheten utgör ett centralt begrepp inom juridiken, i synnerhet gäller det den offentliga rätten. Det är av stor vikt att statens mellanhavanden med medborgarna regleras på ett rättssäkert sätt för att undvika godtycklighet och att beslut som saknar förankring i vår demokratiskt framtagna lagstiftning fattas.

Rättssäkerhet kan delas upp i två olika delar, där den första är formell rättssäkerhet och den andra är materiell rättssäkerhet, båda vilka bör uppnås av en stat som gör anspråk på att kalla sig en rättsstat. Den materiella rättssäkerhet är som bekant beroende av den formella rättssäkerheten. En formell rättssäkerhet är av grundläggande betydelse för att en rättsstat skall fungera. En av de viktigaste ingredienserna i den formella rättssäkerheten är förutsebarhet. Förutsebarhet kommer därför att ges stort utrymme i den fortsatta framställningen i uppsatsen där syftet är att se om sjukförsäkringsreglerna kan sägas vara förutsebara och därmed rättssäkra.

Nedan i den historiska genomgången av den svenska sjukförsäkringen kommer finnas anledning att återkomma till begreppen rättsstat och rättssäkerhet, för att se hur sjukförsäkringen sett ut i förhållande till dessa begrepp från försäkringens tillkomst.

---

<sup>25</sup> L Vahlne Westerhäll, Legitimitetsfrågor inom socialrätten, s. 192.

<sup>26</sup> O Petersson, Rättsstaten, s. 24.

### 3. En historisk bakgrund

Varför har vi en sjukförsäkring i Sverige och vilka principer ligger till grund för dess utformning?

För att förstå de sjukförsäkringsregler vi har idag är det viktigt att kunna placera sjukförsäkringen i en historisk kontext. En utförlig bakgrundsbeskrivning medger bättre förutsättningar för en tolkning av dagens system. Därför skall nedan undersökas hur sjukförsäkringens framväxt och utveckling från 1940-talet till tidigt 2000-tal har sett ut. Varför har vi överhuvudtaget en sjukförsäkring? Vilka värderingar har präglat försäkringens utformning och vilken människosyn kan sägas genomsyra sjukförsäkringen? Till hjälp för en fördjupad förståelse av de principer som format sjukförsäkringen och som en fortsättning på det inledande kapitlet om rättssäkerhet kommer Lotta Vahlne Westerhälls rättsvetenskapliga teorier och förklaringar att presenteras.

#### 3.1 Inledningen till en allmän försäkring

Den svenska sjukförsäkringen som vi känner den idag, d.v.s. som allmän och obligatorisk med ett statligt ansvar, tar sin början på 1940-talet. På den här tiden ansågs det viktigt att minska de negativa ekonomiska konsekvenser som drabbade den som blev sjuk. Varje medborgare skulle ha tillgång till både nödvändig sjukvård och ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst. Detta ansåg socialvårdskommittéen i ett betänkande angående lag om allmän försäkring som lades fram 1944.<sup>27</sup>

Kommittéen betonade vikten av det rörde sig om en försäkring och följaktligen inte var fråga om något ensidigt understöd från staten. En försäkring som baserades på tanken om rätt till självhjälp. Utredarna menade att det faktum att medborgarna betalade in försäkringsavgifter, även om dessa enbart utgjorde en begränsad del av försäkringens finansiering, bidrog till att skapa en ansvarskänsla hos medborgarna. Det här ansågs vara en stor fördel gentemot ett system där sjukförsäkringen betalades endast medelst skattemedel. Det underströks i betänkandet att den psykologiska faktorn inte skulle underskattas, de hjälpbehövande kunde känna en tillfredsställelse i vetskapen av att de genom sina egna bidrag i form av avgifterna skaffat sig rätt till hjälpen. Korrespondens mellan fullgörande av förpliktelser och rätt till hjälp utgjorde således det vinnande konceptet.<sup>28</sup> På det här sättet kom den offentligt rättsliga försäkringen att få starka inslag av privaträttslig karaktär. Samtidigt som det var av stor vikt för staten att så många som möjligt skulle omfattas av försäkringen, även de vars medel var knappa.<sup>29</sup>

#### 3.2 Ett socialt skyddssystem

1947 års lag om sjukförsäkring, vilken var den betänkandet från 1944 utgjorde förarbete till, kom aldrig att träda i kraft. Först år 1955 fick vi en lag om sjukförsäkring och sedan infördes

---

<sup>27</sup> SOU 1944:15 s. 116.

<sup>28</sup> SOU 1944:15 s. 117.

<sup>29</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s.530-531.

år 1962 lag om allmän försäkring där sjukförsäkringsregleringen innefattades. De ideologiska tankar som låg till grund för dessa tre lagar var i hög utsträckning desamma.<sup>30</sup>

På 1950-talet präglades den svenska socialpolitiken av en framtidstro där försäkringarna sågs både som en konsekvens av och som en förutsättning för det kapitalistiska industrisamhället. Den enskilda var i behov av ett skyddsnät när denne sålde sin arbetskraft, ett skyddsnät som åstadkoms genom försäkringarna. Det utvecklades ett risktänkande, där riskerna vilka exempelvis utgjordes av sjukdom, skulle kommas åt genom lagreglerade försäkringar.<sup>31</sup> I försäkringen var förutsebarhet viktigt för den enskilda individen som måste kunna planera inför risken att drabbas av sjukdom.<sup>32</sup>

Professor Lotta Vahlne Westerhäll har undersökt sjukförsäkringen från 1950-talet till 2000-talet och placerat in försäkringen i ett perspektiv med Sverige som rättsstat respektive välfärdsstat. Vahlne Westerhäll redogör i boken ”Den starka statens fall?”<sup>33</sup> för de tankar och ideologier som ligger till grund för sjukförsäkringens införande och utformande. I boken presenterar Vahlne Westerhäll bland annat begreppet distributiv rättvisa. Distributiv rättvisa innebär proportionalitet i förhållande till en persons förtjänst. Om förtjänsterna är olika stora skall, enligt den distributiva rättvisan, olika fall behandlas olika. På så sätt skiljer sig den distributiva rättvisan från likhetsbegreppet enligt vilket lika skall behandlas lika, i den distributiva rättvisan delas det istället lika efter behov.<sup>34</sup>

På 1950-talet placerades risken att drabbas av sjukdom in som en social risk inom välfärdsstaten och på sikt fick vi ett socialförsäkringssystem som kom att utgöra ett socialskyddssystem. Skyddssystem byggde på principen om distributiv rättvisa och innebar en fördelning av samhällets goda efter behov.<sup>35</sup> Sjukförsäkringen utgjorde ett skydd mot att stå utan försörjning om den risk som försäkringen var ämnad att täcka inföll. Vahlne Westerhäll menar att sjukförsäkringen härav kunde uppfattas som ett system för att skapa rättvisa mellan friska och sjuka.<sup>36</sup>

1955 års lag om sjukförsäkring styrdes av universalitetsprincipen vilket innebar att alla försäkrade skulle omfattas av försäkringen, vilket i sin tur betydde att alla var skyldiga att låta sig omfattas av försäkringen. Det låg således i försäkringsprincipen ett krav på obligatorisk tillhörighet. Försäkringen drevs av offentligrättsliga organ och var delvis skattefinansierad. Tre starka komponenter kunde följaktligen urskiljas i försäkringen; den var universell, obligatorisk och allmän. Enligt Vahlne Westerhäll nödvändiggjorde dessa komponenter en stark statlig styrning. Det krav staten hade på att försäkringen skulle omfatta varje medborgare gjorde att försäkringen kom att bestå av både ett grundläggningssystem och ett kompensationsystem för inkomstbortfall, där båda systemen motiverades utifrån ett distributivt rättvisetänkande.<sup>37</sup>

Trots att sjukförsäkringen uppgavs vara en universell försäkring bestod den också av selektiva delar genom principen om kompensation för inkomstbortfall. Sjukförsäkringen skulle fungera som ett prestationsrelaterat trygghetssystem för personer i produktiv ålder. Detta innebar att samtliga medborgare således ändå inte kom att omfattas av sjukförsäkringen, det blev inget generellt grundskydd som var lika för alla. Hade den enskilde ingen eller för låg inkomst och inte var en hemarbetande kvinna som antingen var gift eller hade barn under 16 år föll denne utanför. Den här ordningen förklarar Vahlne Westerhäll med

<sup>30</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 528.

<sup>31</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 529.

<sup>32</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 528.

<sup>33</sup> Boken är utgiven av Nordstedts Juridik 2002.

<sup>34</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 57.

<sup>35</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 530.

<sup>36</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 532.

<sup>37</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 532.

att det allra viktigaste för staten vid den här tiden var full sysselsättning på arbetsmarknaden, varför det i första hand var för dem som befann sig på arbetsmarknaden som staten politiskt ville åstadkomma en så rättvis resursomfördelning som möjligt. Skyddet skulle vara mot sjukdomsrisker på arbetsmarknaden då arbetsmarknaden utgjorde ett centralt välfärdsintresse för staten. Arbetslinjen skulle upprätthållas.<sup>38</sup> (Läs mer om arbetslinjen nedan i kap. 5.) Egentligen var det inte en arbetstagarförsäkring som staten önskade åstadkomma men likväl kom alla personer som inte försörjde sig ute på arbetsmarknaden att ställas utanför. Alla förutom de hemarbetande kvinnorna vilka jämfördes med yrkesverksamma personer.<sup>39</sup>

Den inkomstbortfallskompenserande delen av sjukförsäkringen utgjordes av en tilläggsjukpenning vars storlek berodde av vilken sjukpenningklass den försäkrade tillhörde. Vahlne Westerhäll förklarar att ”Inkomst kan ses som ett tillvägagångssätt att tillfredsställa sina behov. Att täcka upp för förlust av inkomst blir att täcka upp behov. I detta fall kunde man hänvisa till den distributiva likhetsprincipen, nämligen till en likhet i det goda som var och en uppnår.”<sup>40</sup>

Det var inte bara fördelningspolitiska grunder som influerade staten i sin utformning av sjukförsäkringen utan även styrpolitiska överväganden gällande likhets- och rättvisetankar. Staten ansåg det eftersträvansvärt med en inkomstutjämnning mellan samhällets olika grupper. Genom en socialförsäkring som var obligatorisk och allmän ville staten också skapa starka medborgare och undvika att individer stigmatiserades.<sup>41</sup>

Vahlne Westerhäll konstaterar: ”De rättsstatliga principerna om legalitet, formell rättssäkerhet, öppenhet samt välfärdsmålen baserade på distributiv rättvisa kom i viss och alltmer ökande omfattning att prägla sjuk- och moderskapsförsäkringarna under 1950- och 60-talen. Statens styrning av området var mycket stark. Under dessa decennier lades otvivelaktigt grunden för en social trygghet vid inträffandet av de ifrågasättande riskerna.”<sup>42</sup>

### 3.3 En försäkring i rätts- respektive välfärdsstaten

Under 1970- och 80-talen kom tanken om individens rätt till självhjälp genom att denne själv var med och betalade in avgifter till försäkringen allt mer att frångås. Avgifterna hade, som bekant, inte från början motsvarat kostnaderna för försäkringen och efter hand kom de följaktligen att ersättas av arbetsgivaravgifter som tillsammans med statsbidrag finansierade sjukförsäkringen. Det blev under den här tiden också allt mer långsökt att tala om försäkringen som innehavande av privaträttslig karaktär. Sjukförsäkringen var varken avtalsbaserad, individuell eller frivillig utan försäkringen var lagreglerad, generell och obligatorisk. Vahlne Westerhäll anser det därför befogat att ifrågasätta om det överhuvudtaget gick att tala om en försäkringsprincip här som grund för statens åtagande gentemot de enskilda. Hon förklarar också att det precis som tidigare egentligen inte var emot risken sjukdom som staten försäkrade den enskilde, utan att den sociala risken som var för handen var risken att stå utan försörjning. Sjukdomen innebar ett avbrott från förvärvsarbetet vilket i sin tur innebar förlorad löneinkomst.<sup>43</sup>

En försäkring innehållandes förmåner för individerna utgör ett positivt skydd från staten gentemot medborgarna. Ett positivt skydd av nämnda karaktär kännetecknar en välfärdsstat och är således att skilja från det negativa skydd som rättsstaten erbjuder

<sup>38</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 532-533.

<sup>39</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 534.

<sup>40</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 534.

<sup>41</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 534-535.

<sup>42</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 541.

<sup>43</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 543-544.

medborgarna i form av frihet från ingrepp av olika slag.<sup>44</sup> I välfärdsstaten är målen viktigare än rätten och rätten används som medel för att uppnå målen. Välfärdsstaten är dock sprungen ur rättsstaten och rättsstatsideologin är en förutsättning för välfärdsstatens existens.<sup>45</sup> Rättsstaten (se kap. 2 ovan) har som främsta uppgift att förhindra okontrollerad statlig maktutövning och därigenom tillförsäkra medborgarna ordning och frihet. De formella rättsstatsprinciperna består av statsmaktens lagbundenhet och rättsliga grund, maktfördelning, förutsebarhet, objektivitet och kontrollerbarhet. Legitimitet och förutsebarhet är nyckelord inom rättsstaten och maktutövningen måste regleras till att uppnå dessa. Härifrån skapas medborgerliga fri- och rättigheter. Frihetsrättigheter är stadgade i lag på ett klart och tydligt sätt och legala rättigheter är utmärkande för en rättsstat.<sup>46</sup> I välfärdsstaten tillkommer sociala rättigheter där mål av ekonomisk, social och kulturell karaktär önskas förverkligas.<sup>47</sup> Det som är utmärkande för välfärdsstaten är dess positiva förpliktelser gentemot medborgarna till skillnad från rättsstaten.<sup>48</sup> Vahlne Westerhäll förklarar: ”Medan rättsskyddet i rättsstaten främst är ett formellt skydd och likheten inför lagen främst en formell likhet, fokuserar välfärdsstaten på den enskildas materiella intressen och behov och på den svagare partens skydd mot den starkare.” Hon nämner vidare ett antal etiska principer som präglat det välfärdsstatliga tänkandet, dessa är: människovärdesprincipen, autonomi- och självbestämmandeprinciperna, godhetsprincipen, behovsprincipen, nyttoprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Vahlne Westerhäll betonar dock att basen för det välfärdsstatliga tänkandet är rättslig. Härefter menar hon att juristens viktigaste uppgift i välfärdsstaten är att söka balans mellan rättsstatsideologin och välfärdsstatens grundprinciper.<sup>49</sup>

Att staten under 1970- och 80-talen valde att kompensera just inkomstbortfall genom sjukförsäkringen förklarar Vahlne Westerhäll med att det låg i linje med andra situationer då rättsordningen gått in med ett skydd. Skyddet för äganderätten ansågs här närliggande och det var äganderätten som staten använde som jämförelse. Vahlne Westerhäll uppger: ”Den som etablerat sig som ägare skulle skyddas i denna position. Det innebar då att den som etablerat sig som inkomsttagare skulle skyddas i sin inkomstposition.” Äganderättsanalogin placerar inkomstbortfallsprincipen i ideologin om rättstaten där tydliga frihetsideal gör sig gällande. Däremot kan inte skyddet mot inkomstbortfall sägas vara ett negativt skydd, så som äganderätten där frihet från statligt ingrepp och personlig rörelsefrihet är centralt, utan fråga var om ett positivt skydd.<sup>50</sup>

Vid den här tiden frångicks det tidigare systemet med sjukpenningklasser och istället räknade man fram en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) för att kunna kompensera för inkomstbortfallet. Detta gjorde att systemet kom att ligga mycket närmare lönearbetet än vad det gjort tidigare. Genom kopplingen till förvärvsavtalet, som kunde utläsas i det att inkomstbortfallskompensationen var ett komplement till löneinkomsten, synliggjordes kopplingen till den i civilrätten avgörande satsen pacta sunt servanda. Vahlne Westerhäll framhåller att pacta sunt servanda är basen i alla marknadsekonomiska sammanhang samt att satsen är lika viktig som legalitetsprincipen är i andra sammanhang, tillsammans ingår dessa i basen för rättsstaten.<sup>51</sup> Samtidigt var det välfärdsstatliga tänkandet påtagligt i sjukförsäkringen vid den här tiden. Det ledande välfärdsålet var att skapa en fullgod kompensation vid den

---

<sup>44</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 544.

<sup>45</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 52.

<sup>46</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 36-37.

<sup>47</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 51.

<sup>48</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 53.

<sup>49</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 52.

<sup>50</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 545.

<sup>51</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 545.

förvärvsarbetandes drabbande av sjukdom och lagregleringen var det nödvändiga medlet för att uppnå målet.<sup>52</sup>

Vahlne Westerhäll konstaterar att sjukförsäkringen under 1970- och 80-talen tydligt gick att hänföra till både rätts- och välfärdsstatliga principer och att principerna samverkade med varandra. Detta både i hur sjukförsäkringen var konstruerad och sett till försäkringens materiella innehåll. Välfärdsstaten är alltså beroende av rättsstaten som grund för sin existens. När rätten sedan framstår mer som ett medel för att nå det kollektiva, statliga välfärds målet, blir det mer korrekt att tala om den renodlade välfärdsstaten.<sup>53</sup> Det ursprungliga syftet och övergripande välfärds målet gällande sjukförsäkringen som var att skydda arbetskraften då den var avgörande för statens existens, hade inte ändrats sedan 1950- och 60-talen.<sup>54</sup> Vahlne Westerhäll anser dock att det under 1970- och 80-talen skedde en både rätts- och välfärdsstatlig utveckling i positiv bemärkelse för den enskilda jämfört med de två föregående årtiondena.<sup>55</sup>

### 3.4 Politikens påverkan på sjukförsäkringen

Under 1990- och början av 2000-talen var lagändringarna många och sjukförsäkringsregleringen mer invecklad och motstridig än under de tidigare beskrivna decennierna.<sup>56</sup> Läget var så pass trängande att det enligt Vahlne Westerhäll gick att tala om en urgröpning av legaliteten. Sjukförsäkringsreglerna var omfattande och detaljrika och dessutom ständigt föremål för ändringar. Detta försämrade förutsebarheten vilken som bekant är en av den formella rättssäkerhetens mest centrala beståndsdelar. Även legaliteten i sin tur kom att ta skada då denna är nära kopplad till förutsebarheten.<sup>57</sup>

Särskilt allvarligt menade Vahlne Westerhäll det vara att de två mest centrala rekvisiten i sjukförsäkringen, sjukdom och arbetsoförmåga (utförligare om dessa begrepp nedan), förändrades vilket ledde till påtagliga effekter för den enskilde. Hon skriver: ”Genom dessa lagändringar framstod de kollektiva sjukförsäkringsrättigheterna än mer så som tillhöriga statens maktsfär.”<sup>58</sup>

För att uppnå förutsebarhet och även kontrollerbarhet krävs att förutsättningarna inte plötsligt ändras. En regel måste vara klar och tydlig, på så vis går det både att förutse dess innebörd och också att i efterhand kontrollera om givet beslut överensstämmer med regeln. Vahlne Westerhäll hänvisar till den inom förvaltningsrätten grundläggande principen om att gynnande beslut vinner negativ rättskraft. Hon menar att om den enskilde kan lita på att myndigheter och domstolar inte kan ändra sina beslut på grund av ändrade förutsättningar, så borde den enskilde än mer kunna lita på staten utifrån dessa premisser. Här introducerar Vahlne Westerhäll begreppet tillitsprincip, vilket kan översättas med principen om att få behålla erhållen rättsposition. Hon menar att tillit och omsorg alltid har ställts mot maktutövning men att dessa inte är några absoluta motsatser. Istället kan normgivningen ses som en existentiell konflikt mellan makt och tillit där det enda sättet att övervinna den är för staten att bygga normgivningen på idén om en allmänmänsklig gemenskap.<sup>59</sup>

<sup>52</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall? s. 546.

<sup>53</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall? s. 563.

<sup>54</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall? s. 548.

<sup>55</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall? s. 565.

<sup>56</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall? s. 565.

<sup>57</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall? s. 566.

<sup>58</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall? s. 566.

<sup>59</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall? s. 567-568.



En annan till tillitsprincipen närliggande konstitutionell princip är principen om likabehandling. Likabehandlingsprincipen har tvingat lagstiftaren att ta fram en så enhetlig struktur som möjligt för det sociala trygghetssystemet för att på så sätt åstadkomma likabehandling mellan olika grupper i samhället. Tillsammans kräver de båda principerna att goda skäl föreligger till att göra inskränkningar i trygghetsförmåner.<sup>60</sup>

Vahlne Westerhäll beskriver hur de ständiga lagändringarna i sjukförsäkringen påverkade både legaliteten och förutsebarheten för den enskilda negativt. Hon uppger att den minskade tilltron till lagen och dess olika funktioner i doktrinen har klassats som rättsmanipulering. Med försvunnen respekt för lagen försvinner också viljan att underkasta sig den. Det blir som en negativ spiral där den bristande legaliteten minskar rättssäkerheten som i sin tur minskar legaliteten.<sup>61</sup>

Utmärkande för de åtskilliga lagändringar var att det för samtliga angavs positiva skäl som anledning till att ändringarna. I sjukförsäkringens fall handlade det om att man förklarade insnävningen av begreppen sjukdom och arbetsförmåga med att en renodling av dessa skulle innebära att rätt departement fick stå för notan. Här menar Vahlne Westerhäll att staten inte genomgående angett de verkliga skäl som ligger bakom lagändringarna utan att det rör sig om en kamouflagestrategi som staten använt sig av. De mål staten anfört kallar Vahlne Westerhäll för kamouflagemål. De verkliga skälen till de många lagändringar i socialförsäkringen på 1990-talet menar hon istället i de flesta fallen är besparingsskäl. Staten sänkte således välfärdsmålen vilket innebar en kännbar demontering av välfärden under decenniet. Företeelsen var dock något staten ogärna kändes vid. Att dölja de egentliga målen till förmån för kamouflagemålen bidrog också till en minskad rättssäkerhet, förutsebarheten blev sämre och rättsosäkerhet skapades. Den reella avsikten med lagändringarna var att minska kretsen ersättningsberättigade och i sin tur deras ersättningsnivå. Vahlne Westerhäll konstaterar att: ”Reglerna var besparingsregler rätt och slätt.”<sup>62</sup>

Vahlne Westerhäll lyfter särskilt fram förändringen av sjukförsäkringens centrala rekvisit, sjukdom och arbetsförmåga. Ändringen av de centrala begreppen bidrog särskilt till att minska tilltron till försäkringen. Hon menar att en plötslig förändring av ingripande karaktär i begrepp som annars haft väsentligen samma innebörd som den de gavs av socialvårdskommittén 1944<sup>63</sup> var högst anmärkningsvärt. Begreppens tydlighet försämrades markant och förutsebarheten blev i det närmaste obefintlig menar Vahlne Westerhäll.<sup>64</sup>

På samma sätt som välfärdsstaten är beroende av rättsstaten är materiell rättvisa beroende av formell rättssäkerhet. Vahlne Westerhäll använder sig av Aleksander Peczeniks<sup>65</sup> definition av materiell rättvisa som innebär att de distinktioner som görs mellan människor genom lagregler måste vara etiskt motiverade. Förutsebarheten som är ett av den formella rättssäkerhetens viktigaste värden vägs samman med andra värden och därigenom uppstår den materiella rättssäkerheten. Utifrån dessa begrepp drar Vahlne Westerhäll slutsatser angående 1990-talets många lagändringar på socialförsäkringsområdet. Hon menar att eftersom det tydligt gick att konstatera påtagliga brister angående förutsebarheten genom de många lagändringar var den formella rättssäkerheten inte uppfylld. Då den materiella rättssäkerheten beror av den formella rättssäkerheten kan det med enkelhet konstateras att inte heller den var

---

<sup>60</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 568.

<sup>61</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 569.

<sup>62</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 569.

<sup>63</sup> SOU 1944:15

<sup>64</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 569-570.

<sup>65</sup> Vahlne Westerhäll hänvisar till A Peczenik, Vad är rätt?, 1995, s. 53.

uppfylld. Det var helt enkelt för många regeländringar för att den enskilda skulle ha en rimlig chans att hålla sig uppdaterad.<sup>66</sup>

En av de stora förändringar som Vahlne Westerhäll beskriver var den om tillhörighet till försäkringen som ändrades 1999 i dåvarande socialförsäkringslagen (1999:799). Reglerna trädde i kraft den 1 januari 2001 och var som sagt omfattande men bestod egentligen inte av något nytt utan utgjorde främst en kodifiering av vad som redan varit gällande sedan 1994 i och med Sveriges anslutande till EES-avtalet. Socialförsäkringen delades i det nya systemet upp i två, till varandra i stort sett oberoende, delar där den ena bestod av förmåner som grundades på bosättning i Sverige och den andra på förvärvsarbete i landet. Den som var bosatt i landet var försäkrad för bosättningsbaserade förmåner och den som förvärvsarbetade i Sverige var försäkrad för arbetsbaserade förmåner. Inskrivning i försäkringskassa som tidigare utgjort ett försäkringsvillkor, saknade numera betydelse liksom medborgarskap som inte heller längre var avgörande för rätten till förmåner.<sup>67</sup>

Sjukförsäkringen styrdes av försäkringsprincipen vilket innebär en kompensation för inkomstbortfall till skillnad från försörjningsprincipen som innebär en kompensation av ett behov upp till en viss miniminivå. Det önskvärda för att leva upp till försäkringsprincipen inom sjukförsäkringen vore följaktligen att erbjuda en kompensation på 100 procent. Dock beskriver Vahlne Westerhäll en annan bild av svensk sjukförsäkring på 1990-talet: ”Styrpolitiska överväganden av innebörden att det inte skulle vara ”lika bra” att vara sjuk och arbetsoförmögen som att vara frisk och i arbete var en i sig anmärkningsvärd inskränkning i kompensationsprincipen, officiellt baserad på principen om arbetslinjen men också bottnades i statens misstro mot den enskilde och dennes ärliga avsikter.” Hon menar vidare att denna, som hon kallar institutionaliserade mistrosprincip, dock inte kunde dras hur långt som helst utan måste ställas i balans så att den ger uttryck för etiskt välgrundade avvägningar. När ersättningsnivån låg på 90 procent av den försäkrades inkomst vid 1990-talets ingång, anser hon att den gjorde det. När däremot ersättningsnivån var nere på 65 procent, vilket kunde bli fallet efter en lagändring 1993 då det infördes först en karensdag och det för de två följande dagarna enbart utgavs ersättning med 65 procent av SGI, och personer med låg inkomst riskerade att hamna under existensminimum anser hon det mer tveksamt om kompensationen gav uttryck för ett etiskt välavvägt välfärds mål.<sup>68</sup>

Vahlne Westerhäll menar att staten på grund av besparingskäl använde sjuk- och föräldraförsäkringen som konjunkturregulator. Hon medger att om staten inte kan upprätthålla satta välfärds mål av ekonomiska anledningar så må så vara, men hon vänder sig mot sättet det gjordes på. Den enskilde byggde sin tilltro till statens förmåga att tillhandahålla social trygghet vid exempelvis sjukdom och planerade därefter. Utifrån förutsebarhetskriteriet hade medborgarna en befogad rätt att utgå från att det inte skulle ske alltför hastiga och ingripande förändringar. Det vore också välgrundat av medborgarna att kräva att förändringarna som skedde skulle göra det utifrån ett distributivt likhetsbegrepp. Etiska värden som tilltro, förutsebarhet och likhet måste läggas till grund även för de avvägningar staten gör i besparingstider. Den minskade tilltron till socialförsäkringarna blev synliga genom att socialtjänsten fick stora övervältringskostnader från sjukförsäkringen och i att de privata trygghetsalternativen ökade. De sociala trygghetssystemen fungerade inte särskilt väl som konjunktursregulatorer, istället blev det tydligt att det etiska huvudmålet inte längre var social välfärd utan hade ersatts av något som inte i första hand hade med välfärd att göra.<sup>69</sup>

Även om den formella konstruktionen av rätten till sjukpenning som en rättighet, dvs. som något lagstadgat, precist och utkrävbart, inte ändrades under 1990-talet

<sup>66</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 570-571.

<sup>67</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 325-326.

<sup>68</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 326-327 och s. 572.

<sup>69</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 572-573.

försvagades rättighetstanken så till den grad att Vahlne Westerhäll menar att staten förlorat en del av rätts- och välfärdsstatens utmärkande kännetecken. Åtaganden som konstituerats i en rättighet skall uppfyllas av staten oavsett tillgångar. Hon anser att genom de rättsliga åtaganden som gjorts under 1990-talet och de försvagningar de inneburit gör det befogat att betrakta staten som en servicestat och inte i första hand som en rätts- eller välfärdsstat. En servicestat som istället kännetecknas av att den tillhandahåller den enskilde viss service i olika risksituationer i mån av tillgängliga resurser.<sup>70</sup>

### 3.5 Slutsatser för den fortsatta framställningen

Efter undersökningen av sjukförsäkringens framväxt och utveckling och med stöd av Vahlne Westerhälls teorier kan konstateras att sjukförsäkringen är betydligt mer än dess rättsliga konstruktion. Sjukförsäkringens utformning och syfte är oerhört komplext och väldigt känsligt för olika politiska riktningar och påtryckningar. Redan genom den historiska redogörelsen och via Vahlne Westerhäll kan en svikande rättssäkerhet konstateras genom brister i förutsebarheten på 1990-talet på grund av de många lagändringarna som gjordes vid den tiden. I kommande avsnitt i uppsatsen återstår det att se huruvida detta är en utveckling som har fortsatt. Arbetslinjen får sägas ha genomsyrat sjukförsäkringen sen dess tillkomst. Den syns på 1950-talet genom inkomstbortfallsprincipen och sedan genom samma tanke på 1990-talet. Arbetslinjen inom det senare decenniet ifrågasätts dock av Vahlne Westerhäll som snarare anser det vara fråga om en misstro från statens sida. En misstro mot medborgarna och samtidigt ett sätt för staten att dölja sina egentliga skäl till att vilja förändra sjukförsäkringen, vilka enligt Vahlne Westerhäll är besparingsskäl. Arbetslinjen skall ägnas ett eget kapitel nedan och genom uppsatsen skall dess inverkan på sjukförsäkringen fortsätta att undersökas, det skall även undersökas om den av Vahlne Westerhäll beskrivna misstron går att identifiera på ytterligare ställen.

---

<sup>70</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 583.

## 4. Rättsreglerna

Ovan har redogjorts för sjukförsäkringens historiska bakgrund med hjälp av principer och ideologiska tankar och begrepp. I följande kapitel är det dagens sjukförsäkringsregler som skall utredas.

För att förstå problematiken som kan uppstå när en individ uppnår maximal tid med sjukförsäkring är det centralt att ha de relevanta rättsreglerna med sig. Nedan skall således de regler som leder till att en individ får lämna sjukförsäkringen utredas och redovisas. Inledningsvis görs en mer översiktlig framställning av de bestämmelser som medger grundläggande tillhörighet till sjukförsäkringen samt av reglerna för sjukersättning. Därefter görs en fördjupning i de nya regler som infördes 1 juli 2008 vilka är de som innebär att människor får lämna sjukförsäkringen, d.v.s. den så kallade rehabiliteringskedjan med fasta tidsgränser för när arbetsförmågan prövas samt själva tidsbegränsningen av sjukpenningen. I kommande kapitel görs sedan en mer djupgående undersökning av lagstiftningens mest centrala rekvirit, sjukdom och arbetsförmåga samt av begreppet arbetslinjen vilket haft stor inverkan på sjukförsäkringens utformning.

### 4.1 Grundläggande försäkringstillhörighet och sjukersättning

Som angetts ovan i avgränsningarna skall frågor om grundläggande försäkringstillhörighet inte ges något större utrymme i uppsatsen, samma gäller för regler om sjukersättning, nedan skall dock dessa bestämmelser översiktligt presenteras för att erbjuda läsaren en helhetsbild.

Innan en person kan tvingas lämna sjukförsäkringen måste han eller hon ha tillhört densamma. Tillhörigheten till den svenska socialförsäkringen är uppdelad i tre delar, 3 kap. 1 § Socialförsäkringsbalken (SFB). De tre delarna består av bosättningsbaserade förmåner, arbetsbaserade förmåner och övriga förmåner. Svenskt medborgarskap utgör inte, (vilket det gjort tidigare) grund för tillhörighet till försäkringen, tanken är att stämma väl överens internationella målsättningar och konventioner samt med Sveriges EU-medlemskap.<sup>71</sup>

Rätt till bosättningsbaserade förmåner har den som är bosatt i Sverige, och med bosatt menas den som har sin egentliga hemvist i landet, 5 kap. 2 § SFB. Detta skall enligt propositionen tolkas i enlighet med dygnsviloprincipen<sup>72</sup>, vilket är ett begrepp som används i folkbokföringslagen (1991:481). Av folkbokföringslagen 3 § framgår att den som efter att ha flyttat till Sverige och som ”under sin normala livsföring komma att regelmässigt tillbringa sin nattvila eller motsvarande vila (dygnsvilan) i landet under minst ett år skall folkbokföras.” Enligt 5 kap. 3 § SFB krävs dock längre tid än ett år i landet för att anses vara bosatt i Sverige.

Rätt till arbetsbaserade förmåner har den som arbetar i Sverige oavsett om personen är bosatt här eller inte.<sup>73</sup> Med arbete i Sverige menas förvärvsarbete i verksamhet i landet, 6 kap. 2 § SFB. De arbetsbaserade förmånerna utgörs främst av inkomstbortfallskompenserande ersättningar, däribland sjukpenning, 6 kap. 6 § SFB.

De övriga förmånerna utgörs av statligt personskadeskydd, krigsskadeersättning till sjömän samt smittbärarersättning, 7 kap. 1 § SFB.

För att erhålla ersättning från sjukförsäkringen krävs, vilket framgått ovan, att personen i fråga är försäkrad för arbetsbaserade förmåner. Av 24 kap. 2 § SFB framgår att sjukpenning utges till en försäkrad vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Vidare framgår att storleken på ersättningen beror av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst samt av den omfattning i vilken dennes arbetsförmåga är nedsatt. Sjukpenninggrundande

---

<sup>71</sup> Prop. 1998/99:119 s. 81.

<sup>72</sup> Prop. 1998/99:119 s. 89.

<sup>73</sup> Prop. 1998/99:119 s. 100.

inkomst uppges, enligt 25 kap. 2 § SFB, vara den försäkrades årliga inkomst i pengar vilka den tillsvidare kan förväntas få antingen som arbetstagare eller genom annat förvärvsarbete. För att sjukpenninggrundande inkomst skall kunna fastställas för den försäkrade måste denne vara försäkrad för arbetsbaserade förmåner enligt 4 och 6 kap SFB, den försäkrades årliga inkomst måste också komma från arbete i Sverige och ha en viss varaktighet och väntas kunna uppgå till minst 24 procent av prisbasbeloppet, vilket följer av 25 kap. 3 § SFB. Prisbasbeloppet räknas ut i enlighet med bestämmelserna i 2 kap. 7 § SFB och är för år 2013 beräknats till 44 500 kronor.<sup>74</sup>

Det är Försäkringskassan som beslutar om sjukpenninggrundande inkomst. Den sjukpenninggrundande inkomsten bestäms för den försäkrade när denne önskar erhålla en förmån som beräknas utifrån den sjukpenninggrundande inkomsten eller när den försäkrade annars begär det, 26 kap. 2-3 §§ SFB.

Till den försäkrade vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt lämnas sjukersättning tills vidare eller aktivitetsersättning för viss tid, 33 kap. 2 § och 4 § SFB. Sjukersättning och aktivitetsersättning ersatte år 2003 vad som tidigare benämndes förtidspension och sjukbidrag.<sup>75</sup> Sjukersättning utgår till en försäkrad som är mellan 30 och 65 år gammal vars arbetsförmåga bedöms vara stadigvarande nedsatt, 33 kap 6 § och 16 § SFB. Aktivitetsersättning lämnas till en försäkrad tidigast i juli det år personen fyller 19 år och som längst fram till månaden innan denne fyller 30 år, förutsatt att individens nedsättning kan förväntas bestå under minst ett år, 33 kap. 7 § och 18 §.

Före den 1 juli 2008 var det möjligt för den försäkrade att få tidsbegränsad sjukersättning. Övergångsreglerna möjliggjorde ett fortsatt erhållande av tidsbegränsad sjukersättning fram till och med 31 december 2012, se 4 kap. 30 § lagen (2010:111) om införandet av socialförsäkringsbalken. I dagsläget finns således ersättningsformen inte kvar.

## 4.2 Sjukpenning

Basen för erhållandet av sjukpenning utgår från 27 kap. 2 § SFB där det stadgas att "En försäkrad har rätt till sjukpenning vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel." De två centrala rekvisiten som måste uppfyllas för att den försäkrade skall vara berättigad till sjukpenning är således sjukdom och arbetsförmåga. (De två rekvisiten ägnas varsitt eget kapitel nedan.) Dessutom måste det föreligga kausalitet mellan begreppen; den nedsatta arbetsförmågan skall vara orsakad av sjukdom. Vid sjukdomsbedömningen skall ingen hänsyn tas till arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden, 27 kap. 3 § SFB. (Läs mer om detta nedan.)

Har den försäkrade en anställning är det i regel arbetsgivaren som står för ersättningen de första fjorton sjukdagarna, efter en karensgång, 27 kap. 9 § SFB och 6, 7 §§ lagen (1991:1047) om sjuklön. Saknar den försäkrade en anställning kan sjukpenning ändå utbetalas om den försäkrade kan visa att han eller hon skulle ha arbetat om han eller hon inte hade varit sjuk, 27 kap. 10-11 §§ SFB. Nedsättningens omfattning delas upp i fyra nivåer; hel, tre fjärdedelars, halv och en fjärdedels. Hamnar den enskilda mellan två nivåer placeras vederbörande i den lägsta närmaste, räknat åt försäkringens fördel, 27 kap. 4 § respektive 45 § SFB. Hur hög ersättning den försäkrade erhåller beror vidare av hans eller hennes sjukpenninggrundande inkomst, 24 kap. 2 § SFB. Vanligast är att ersättning utbetalas på normalnivå eller fortsättningsnivå. Sjukpenning på normalnivå motsvarar 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten multiplicerat med 0,97. Sjukpenning på fortsättningsnivå är

<sup>74</sup> Prisbasbeloppet är uträknat av Statistiska Centralbyrån (SCB) på uppdrag av regeringen, se Pressmeddelande från SCB Nr 2012:797.

<sup>75</sup> Prop. 2000/01:96 s. 73.

något lägre och motsvarar 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten multiplicerat med 0,97, 28 kap. 7 § SFB.

#### 4.2.1 Steg-för-steg-modellen

Innan dagens lagstiftning med de regler som medför att människor får lämna sjukförsäkringen genom de olika tidsgränserna som uppställts i rehabiliteringskedjan utreds skall rehabiliteringskedjans föregångare under 1990-talet, den så kallade steg-för-steg-modellen redogöras för. Detta för en ökad förståelse av sjukförsäkringsregelverkets utveckling och utformning samt som stöd för tolkning av dagens rehabiliteringskedja.

Steg-för-steg-modellen infördes år 1997, inom ramen för den så kallade renodlingen (se nedan), i dåvarande 3 kap. 7§ AFL och bestod av sju steg genom vilka arbetsförmågans nedsättning skulle bedömas. I det första steget hade Försäkringskassan, som tillämpare av sjukförsäkringen, att bedöma om den försäkrade kunde utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling och konvalescens. Även annat arbete som arbetsgivaren tillfälligt kunde erbjuda innefattades. Kunde den försäkrade inte utföra sitt arbete men förväntades kunna göra det igen efter behandling hade denne rätt till sjukpenning under konvalescenstiden.<sup>76</sup> I steg två skulle avgöras om den försäkrade kunde utföra sina arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna. I motiven förklaras att bedömningen var beroende av vilka åtgärder för återgång som krävdes och hur omfattande dessa var. Som exempel nämns att en anpassad arbetsstol kan utgöra en sådan lämplig åtgärd.<sup>77</sup> I det tredje steget skulle bedömas om den försäkrade kunde omplaceras hos sin arbetsgivare utan rehabiliteringsåtgärder, i sådant fall utgavs sjukpenning under behandling och konvalescens men inte i avvaktan på tillgängligt arbete. Steg två och tre behövde enligt propositionen inte tas ställning till enligt deras numrerade ordning utan istället skulle individuella omständigheter avgöra vilken lösning som var lämpligast. Hänsyn kunde således tas till både den försäkrade och dennes arbetsgivare samt till kostnaderna för försäkringen.<sup>78</sup> Det fjärde steget innebar en prövning av om den försäkrade kunde erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser. I motiven uppgavs att rehabiliteringen skulle ha återgång till arbete hos arbetsgivaren som tydligt mål och pågå under högst ett års tid.<sup>79</sup>

De första fyra stegen gällde för den som hade en anställning. Saknade en försäkrad anställning skulle bedömningen istället starta på steg fem. I det femte steget skulle bedömas huruvida den försäkrade kunde klara annat på arbetsmarkanden normalt förekommande arbete, utan extra insatser. Bedömdes den försäkrade klara det räknades han eller hon som objektivt arbetsför och hade inte rätt till sjukpenning från försäkringen. Detta gällde oavsett om ett sådant arbete fanns tillgängligt eller inte.<sup>80</sup> I steg sex hade Försäkringskassan att undersöka om den försäkrade kunde klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser som till exempel omskolning eller utbildning. (läs mer om arbetsmarknadsbegreppet nedan) I det sjunde och sista steget var frågan som ställdes huruvida den försäkrade var varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen. Var arbetsförmågan nedsatt permanent eller under minst ett år skulle Försäkringskassan utreda om sjukersättning eller aktivitetsersättning var aktuellt.<sup>81</sup>

---

<sup>76</sup> Prop. 1996/97:28 s. 17.

<sup>77</sup> Prop. 1996/97:28 s. 18.

<sup>78</sup> Prop. 1996/97:28 s. 18.

<sup>79</sup> Prop. 1996/97:28 s. 18.

<sup>80</sup> Prop. 1996/97:28 s. 19.

<sup>81</sup> Prop. 1996/97:28 s. 19.

Tidigare fanns i 3 kap. 7§ 6 st AFL en möjlighet att, om särskilda skäl förelåg, vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ta hänsyn till den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter. Regeringens valde att ta bort bestämmelsen i samband med införandet av rehabiliteringskedjan 2008 då de ytterligare önskade stärka den renodling av sjukförsäkringen som de påbörjat under 1990-talet. Endast medicinskt orsakad nedsättning av arbetsförmågan skulle ge rätt till sjukpenning.<sup>82</sup>

#### 4.2.2 Rehabiliteringskedjan

När ovan har redogjorts för tidigare lagstiftning skall nedan gällande regler med de nya tidsgränser som infördes 1 juli 2008 i och med rehabiliteringskedjan utredas. Socialdepartementet uttryckte i departementspromemorian inför införandet av rehabiliteringskedjan att: ”Med införandet av en tidsbestämd rehabiliteringskedja blir sjukförsäkringen mer rättssäker och förutsägbar för den försäkrade.”<sup>83</sup> Först skall sålunda lagreglerna som utgör rehabiliteringskedjan undersökas med hjälp av lagtext och förarbeten för att därefter se vad som skrivits i doktrinen om desamma.

Rehabiliteringskedjan innebär en bedömning av arbetsförmågan under tre tidsbestämda intervaller. Sjukpenningen är dessutom i sin helhet begränsad i tid och omfattar 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar, detta som huvudregel och med vissa möjligheter till förlängning, vilket utreds nedan.

##### 4.2.2.1 Tidsintervall ett – fram till 90 dagar

Rehabiliteringskedjan är till stor del baserade på den tidigare steg-för-steg-modellen. Det första tidsintervallet i rehabiliteringskedjan sträcker sig fram till 90 dagar. Under de första 90 dagarna skall den försäkrades arbetsförmåga bedömas gentemot hans eller hennes vanliga arbete eller gentemot annat lämpligt arbete som den försäkrades arbetsgivare tillfälligt kan erbjuda, 27 kap. 46 § SFB. Bedömningen motsvarar steg ett och två i den föregående steg-för-steg-modellen och i motiven uppges att de flesta sjukfall avslutas inom 90 dagar utan att det behövs andra insatser än medicinsk vård och behandling för återgång i arbete.<sup>84</sup> Socialdepartementet uttalade också i departementspromemorian som föregick propositionen att ”Ju längre tid ett sjukfall pågår, desto mindre är sannolikheten att den sjukskrivne kommer tillbaka till arbete.” Tidiga insatser ansågs därför viktigt, vilket följs upp i propositionen där det framhålls att om den försäkrade är i behov av medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering så skall sådana åtgärder vidtas så snart det är lämpligt, detta i syfte att främja den försäkrades återgång till arbete.<sup>85</sup>

##### 4.2.2.2 Tidsintervall två – mellan 90 och 180 dagar

Det andra tidsintervallet i rehabiliteringskedjan spänner sig mellan dag 90 och dag 180. Från dag 91 som den försäkrade är sjuk till dag 180 skall bedömningen göras utifrån den försäkrades möjligheter att försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren, 27 kap. 47 § SFB. Förevarande tidsintervall motsvaras enligt motiven av steg ett till fyra i den tidigare steg-för-steg-modellen. Regeringen förklarar vidare i propositionen att

---

<sup>82</sup> Prop. 2007/08:136 s. 67.

<sup>83</sup> Ds 2008:3 s. 30.

<sup>84</sup> Prop. 2007/08:136 s. 60-61.

<sup>85</sup> Ds 2008:3 s. 30 och Prop. 2007/08:136 s. 60.

de, trots att flera remissinstanser framfört invändningar om att det är för tidigt för att göra en sådan bedömning redan efter 90 dagar, anser att tidiga insatser för återgång i arbete är av överordnat intresse.<sup>86</sup>

Rent konkret innebär den här fasen i rehabiliteringskedjan för den försäkrade att han eller hon skall, på Försäkringskassans begäran, lämna ett utlåtande från arbetsgivaren vilket anger att arbetsgivaren inte har några möjligheter att omplacera eller anpassa arbetsplatsen efter den försäkrades fysiska eller psykiska förmåga, 110 kap. 21 § 2 p. SFB. Underlåtenhet att lämna in sådant intyg kan leda till indragen sjukpenning för den försäkrade, 110 kap. 55 § 3 p. SFB. Regeringen betonar i propositionen att det är viktigt att det är den försäkrade som är skyldig att lämna in utlåtandet. Regeringen uppger: ”Den försäkrade bör ha ett större ansvar än hittills för att ta till vara sin arbetsförmåga och ta initiativ till och efterfråga insatser på arbetsplatsen som kan medföra att han eller hon kan återgå i arbete.” (Läs mer om propositionsuttalanden i kapitel 5 om arbetslinjen) Efter svar från remissinstanserna förklarar dock regeringen att om den försäkrade gjort vad som rimligen kan krävas av honom eller henne för att få ett utlåtande utan att lyckas skall inte den försäkrade straffas för detta genom indragen sjukpenning utan istället skall Försäkringskassan bistå den försäkrade med att inhämta utlåtandet.<sup>87</sup> Ansvaret för inhämtande av arbetsgivarutlåtandet ligger således i första hand på den försäkrade, men skulle arbetsgivaren visa sig ovillig att samarbeta kan Försäkringskassan hjälpa till att få till stånd en dialog. Arbetsgivaren kan vid vägran att lämna efterfrågade uppgifter dömas till böter, 115 kap 4 § SFB.

Kan det då konstateras att den försäkrade inte kan utföra något annat arbete hos arbetsgivaren har den försäkrade de kommande 90 dagarna till sitt förfogande, fram till dag 180 i kedjan, för att etablera kontakt med Arbetsförmedlingen. Under tiden den försäkrade söker nytt arbete hos en annan arbetsgivare har han eller hon fortsatt rätt till sjukpenning.<sup>88</sup> I propositionen uppges att: ”Det är viktigt att denna tid används till aktiviteter som gör det möjligt att aktivt söka och återgå i arbete. Om så inte skulle ske bör möjligheten att åstadkomma ytterligare drivkrafter för att säkerställa detta övervägas.”<sup>89</sup>

I motiven förklaras att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och ansvar för arbetsanpassning redan är omfattande vilket regeringen inte har för avsikt att ändra eller utvidga. De lagar som regeringen syftar till angående arbetsgivarens ansvar är arbetsmiljölagen (1977:1160), AFL och även lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS) indirekt.<sup>90</sup> Regeringen framhåller också de fackliga organisationernas uppgift att stödja den sjukskrivna med rehabilitering och anpassning på arbetsplatsen. I propositionen påminns även om möjligheten att ansöka om bidrag till arbetshjälpmedel från Försäkringskassan i de fall sådana kan vara behjälpliga.<sup>91</sup>

#### **4.2.2.3 Tidsintervall tre – mellan 180 och 365 dagar**

Det tredje tidsintervallet i rehabiliteringskedjan infaller efter dag 180 och pågår fram till dag 365. Efter 180 dagar skall den försäkrades förmåga till försörjning bedömas gentemot på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne, 27 kap. 48 § SFB. Ifrågavarande bedömning motsvarar steg ett till sex i den tidigare steg-för-steg-modellen.<sup>92</sup> Som ovan redogjorts för innefattades i

---

<sup>86</sup> Prop. 2007/08:136 s. 61.

<sup>87</sup> Prop. 2007/08:136 s. 64.

<sup>88</sup> Prop. 2007/08:136 s. 62.

<sup>89</sup> Prop. 2007/08:136 s. 58.

<sup>90</sup> Prop. 2007/08:136 s. 61.

<sup>91</sup> Prop. 2007/08:136 s. 62.

<sup>92</sup> Prop. 2007/08:136 s. 66.



steg-för-steg-modellen en skälighetsbestämmelse, vilken ströks ur lagstiftningen genom införandet av nu gällande rehabiliteringskedjan. Oavsett om särskilda skäl föreligger saknar numera personliga omständigheter, såsom ålder, bosättningsförhållanden, utbildning eller liknande faktorer, betydelse vid bedömandet av nedsättning av arbetsförmågan. Härmed ansågs sjukförsäkringen renodlas i än högre utsträckning och än mer till att bara avse nedsatt arbetsförmåga på grund av medicinska orsaker.<sup>93</sup>

Det finns dock två situationer då prövningen mot hela arbetsmarknaden efter 180 dagar kan skjutas upp, dessa är vid särskilda skäl eller om det annars kan anses oskäligt, 27 kap. 48 § SFB. Den första situationen, vid *särskilda skäl* anges i propositionen vara då den försäkrade väntas att inom kort kunna återgå till arbete hos sin arbetsgivare. Regeringen betonar bestämmelsen om särskilda skäls position som undantagsregel och klargör att bestämmelsen bara skall komma ifråga när det råder stor sannolikhet för att den försäkrade skall kunna återgå i arbete hos sin arbetsgivare. Som exempel nämns när den försäkrade väntar på eller nyligen har genomgått en operation och medicinsk vetenskap tydligt visar stor sannolikhet för återställd arbetsförmåga efter operationen. Samma gäller om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd visar att den försäkrade förväntas kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren inom viss tid. Särskilda skäl bör bara kunna beaktas vid tydliga diagnoser och inte vid diffusa diagnoser där en tidsplan för återgång till arbete är svårare att upprätta med önskvärd tydlighet. Särskilda skäl skall inte kunna beaktas efter 365 dagar.<sup>94</sup>

Den andra situationen när det är möjligt att skjuta upp prövningen mot hela arbetsmarknaden efter 180 dagar, aktualiseras när det kan anses vara *oskäligt* med en sådan prövning. Denna möjlighet infördes 1 januari 2010. Socialförsäkringsutskottet konstaterar i betänkandet som föranledde ändringen att de särskilda skäl att skjuta upp prövningen som angavs i proposition 2007/08:136 inte erbjöd tillräcklig täckning. Som exempel nämns då en försäkrad lider av en allvarlig sjukdom och successivt kommer att försämras. Det anses inte rimligt att då begära av den försäkrade att han eller hon söker ett annat arbete, även om den försäkrade har viss arbetsförmåga kvar och skulle kunna klara av ett annat arbete med andra arbetsuppgifter under en period på hel- eller deltid. Socialförsäkringsutskottet ansåg det också lämpligt att begränsa prövningen till befintligt arbete i de fall när den försäkrade får medicinsk behandling för att förebygga allvarlig sjukdom och det är behandlingen som sätter ned vederbörandes arbetsförmåga. Som exempel nämns behandling för tumörsjukdom för att undvika återinsjuknande. Även pågående rehabilitering efter exempelvis en olycka kan utgöra grund för uppskjutning av prövning mot hela arbetsmarknaden. Detta så länge rehabilitering förväntas kunna leda till återgång i befintligt arbete och genomförs enligt av Försäkringskassan godkänd plan. Slutligen nämns progressiva sjukdomar, som exempelvis multipel skleros, där arbetsförmågan successivt avtar. Även om den försäkrade under begränsad tid kan ha större arbetsförmåga i ett annat arbete än i personens vanliga arbete anses en sådan omflyttning inte böra krävas av denne. Socialförsäkringsutskottets exempel är inte uttömmande och prövningen kan skjutas upp även efter 365 dagar.<sup>95</sup>

#### 4.2.2.4 Rehabiliteringskedjans första och andra tidsintervall enligt doktrinen

I boken, *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen*<sup>96</sup>, har Ruth Mannelqvist undersökt begreppet arbetsförmåga i sjukförsäkringen. Angående bedömningen av arbetsförmågan gentemot visst arbete eller vissa arbetsuppgifter i rehabiliteringskedjans första och andra tidsintervall påpekar

<sup>93</sup> Prop. 2007/08:136 s. 67.

<sup>94</sup> Prop. 2007/08:136 s. 68-69.

<sup>95</sup> Bet. 2009/10:SfU13 s. 7-8.

<sup>96</sup> Utgiven av Lustus förlag 2012.

Mannelqvist att det i motiven i allmänhet och särskilt vad gäller sjukpenning diskuteras väldigt lite om arbete eller arbetets krav.<sup>97</sup>

Mannelqvist tar också upp bestämmelsen i 110 kap. 21 § 2 p. SFB vilken innebär att den försäkrade är skyldig att lämna in ett arbetsgivarutlåtande angående dennes möjlighet till omplacering hos arbetsgivaren till Försäkringskassan om myndigheten begär det, och om vilken det i propositionen uppgavs att: ”Den försäkrade bör ha ett större ansvar än hittills för att ta till vara sin arbetsförmåga och ta initiativ till och efterfråga insatser på arbetsplatsen som kan medföra att han eller hon kan återgå i arbete.”<sup>98</sup> Med anledning av motivuttalandet ifrågasätter Mannelqvist ”om lagstiftaren, medvetet eller omedvetet, därigenom begränsat myndighetens utredningsansvar enligt förvaltningslagen.”<sup>99</sup>

Angående att regeringen i propositionen gällande den andra tidsintervallen i rehabiliteringskedjan uttalar att det är viktigt att den försäkrade är aktiv och strävar efter att komma tillbaka i arbete och att om det inte lyckas bör det övervägas att sätta in ytterligare drivkrafter kommenterar Mannelqvist: ”Vilka drivkrafter som avses och hur dessa överensstämmer med sjukförsäkringen som en rättighetslagstiftning framgår dock inte i motiven.”<sup>100</sup>

Vad gäller uttalandet i propositionen<sup>101</sup> angående bedömning mot visst arbete där det sägs att sjukförsäkringsreglerna inte skall påverka arbetsrättslig lagstiftning menar Mannelqvist att påståendet står i strid mot rättsvetenskaplig forskning. Hon hänvisar till arbetsrättsliga analyser som visar att sjukförsäkringsreglerna påverkar det arbetsrättsliga området både genom den så kallade sjuknärvaron, som innebär att anställda hellre återgår i arbete än att riskera att förlora sin anställning, och genom arbetsgivarens rätt eller möjlighet att säga upp eller omplacera en anställd som har begränsad arbetsförmåga på grund av sjukdom.<sup>102</sup>

#### **4.2.2.5 Rehabiliteringskedjan i sin helhet enligt doktrinen**

Vahlne Westerhäll ställer sig i boken, Läkarityget i sjukskrivningsprocessen<sup>103</sup>, kritisk till själva benämningen på rehabiliteringskedjan. Hon menar: ”Att tala i termer av en rehabiliteringskedja är något ”förskönande”.” Snarare anser hon att det handlar om en ”arbets(o)förmågebedömningskedja”. Enligt Vahlne Westerhäll innebär införandet av de fasta tidsgränserna att ”sjukförsäkringen erhållit en mycket exkluderande inriktning.” Hon menar att den försäkrade skall drivas till arbete eftersom det ligger i försäkringens natur att en enskild måste vara arbetsoförmögen för att vara berättigad till ersättning.<sup>104</sup>

Som visats ovan har den försäkrade till och med dag 180 i rehabiliteringskedjan på sig till att etablera kontakt med Arbetsförmedlingen för att kunna söka nytt arbete hos annan arbetsgivare utan att förlora sin sjukpenning och om vilket det i propositionen<sup>105</sup> uttalats att det är viktigt att tiden används aktivt annars kan ytterligare drivkrafter behöva övervägas. Mot att det framställs som något positivt att den försäkrade skall ägna sig åt aktiviteter för ett mer aktivt arbetssökande och samtidigt få ha kvar sin sjukpenning ställer sig Vahlne Westerhäll kritisk. Hon uppger: ”Detta är utmärkt för dem som har kraft och ork att

<sup>97</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 95.

<sup>98</sup> Prop. 2007/08:136 s. 64.

<sup>99</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 98 och 7 § förvaltningslagen.

<sup>100</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 75 och prop. 2007/08:136 s. 58.

<sup>101</sup> Prop. 2007/08:136 s.72-73.

<sup>102</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 96.

<sup>103</sup> Utgiven av Santéris 2009.

<sup>104</sup> L Vahlne Westerhäll, Läkarityget i sjukskrivningsprocessen, s. 115.

<sup>105</sup> Se prop. 2007/08:136 s. 58.

ägna sig åt dessa aktiviteter, men för dem som inte har denna blir läget mer osäkert. Vad krävs för att inte förlora ersättningen? När sätts ytterligare åtgärder in för att åstadkomma aktivitet hos individen, som förutskickats i propositionen?”<sup>106</sup>

#### 4.2.3 Rehabiliteringskedjan i förhållande till arbete och arbetsmarknad

För att fortsätta erhålla sjukpenning skall, som konstaterats ovan, den försäkrades arbetsförmåga inom rehabiliteringskedjan bedömas gentemot de krav som finns i ett visst arbete, med vissa arbetsuppgifter eller på en specifik arbetsmarknad. Bedöms den försäkrade kunna klara av aktuellt arbete är det istället så vederbörande skall försörja sig och personen har inte längre rätt till sjukpenningförmån. Nedan skall således ytterligare undersökas vad som menas med dessa olika arbetsbegrepp. Mest huvudbry skapar begreppet arbetsmarknad.

##### 4.2.3.1 Visst arbete eller vissa arbetsuppgifter

De två första tidsintervallerna i rehabiliteringskedjan innebär en prövning mot den försäkrades vanliga arbete, annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda, eller arbete efter omplacering hos arbetsgivaren, 27 kap. 46-47 §§ SFB.

I propositionen framhåller regeringen ansvaret hos den försäkrade respektive hos dennes arbetsgivare, vilka tillsammans skall undersöka alternativ till sjukskrivning. Ytterligare ledning om vilka arbeten som kan bli aktuella efter en anpassning eller omplacering ges inte.<sup>107</sup> Regeringen anger vidare i motiven att sjukförsäkringsreglerna inte skall påverka arbetsrättslig lagstiftning, exempelvis uppsägningskyddet i lagen om anställningsskydd.<sup>108</sup>

##### 4.2.3.2 Arbetsmarknadsbegrepp i politisk turbulens – normalt förekommande arbete och reguljär arbetsmarknad

Den tredje tidsintervallen innebär en prövning mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden, 27 kap. 48 § SFB.

Även i den tidigare steg-för-steg-modellen användes begreppet ”normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden”, men i och med införandet av rehabiliteringskedjan i juli 2008 ändrades begreppet till det nya: ”arbeten på den reguljära arbetsmarknaden”, efter omfattande kritik mot det nya begreppet återinfördes det gamla begreppet ”normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden” i juli 2012 som således är det nu gällande i socialförsäkringsbalken, se 27 kap. 48 §.

I propositionen som föranledde införandet av det nya begreppet, den reguljära arbetsmarknaden, ansåg regeringen att det äldre begreppet, normalt förekommande arbete, var för vagt och medförde svåra bedömningar: ”Någon närmare definition av vilka arbeten som är normalt förekommande finns inte och inte heller finns det någon beskrivning av vilken förmåga en individ måste besitta för att klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.” Regeringen påminner också om att syftet sedan 1997 varit att renodla sjukförsäkringen så att ersättning bara skall utbetalas vid medicinskt orsakad nedsättning av arbetsförmågan. De menar vidare att önskad renodling inte har åstadkommit utan att sjukförsäkringen alltjämt är för mjuk.<sup>109</sup>

<sup>106</sup> L Vahlne Westerhäll, Läkarityget i sjukskrivningsprocessen, s. 116.

<sup>107</sup> Prop. 2007/08:136 s. 61.

<sup>108</sup> Prop. 2007/08:136 s.72-73.

<sup>109</sup> Prop. 2007/08:136 s. 67.

Istället skulle således det nya begreppet införas vilket innebar att det vid bedömningen av om den försäkrades arbetsförmåga fortfarande var nedsatt efter 180 dagar skulle beaktas om den försäkrade hade förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarkanden. Bedömningen skulle göras gentemot varje typ av arbete och det skulle vara tillräckligt att den försäkrade kunde utföra något sådant arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Dock ansåg inte regeringen att den försäkrade förväntades kunna försörja sig om den endast hade förmåga utföra arbeten som ”även utifrån en nationell arbetsmarknad är mycket udda och sällan förekommande.” Var så fallet skulle istället arbetsförmågan anses vara nedsatt tills ett lämpligt arbete blev tillgängligt för den försäkrade.<sup>110</sup>

Den reguljära arbetsmarknaden omfattade även vissa subventionerade anställningar, till exempel nystartsjobb.<sup>111</sup> Sådana subventionerade anställningar som är tillgängliga för personer med funktionshinder exempelvis anställningar med lönebidrag eller inom Samhall innefattades däremot inte.<sup>112</sup>

Efter att systemet som innebar en bedömning av arbetsförmågan gentemot den reguljära arbetsmarknaden utsatts för omfattande kritik tog i juni 2011 socialförsäkringsutskottet initiativ till en förändring.<sup>113</sup> Det fattades ett riksdagsbeslut där regeringen uppmanades att presentera ett lagförslag under hösten 2011 som skulle innebära att det gamla begreppet normalt förekommande arbeten på arbetsmarkanden återigen blev det gällande begreppet. Riksdagen hade för avsikt att begreppet skulle ändras från och med 1 januari 2012. Socialförsäkringsutskottet menade att det var fråga om lösningar på akuta problem och att rättssäkerheten behövde säkerställas. Som skäl för vikten av ändring angav utskottet bland annat att bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden innebar ”en prövning mot en i det närmaste fiktiv arbetsmarknad.”<sup>114</sup>

Regeringen valde att, i budgetpropositionen från september 2011, lämna i uppdrag till Försäkringskassan att inom ramen för pågående arbete med metodutveckling även utreda vilken betydelse en ändring av arbetsmarknadsbegreppet skulle få. Regeringen påpekade att det inte gick att utesluta att det fanns andra begrepp än de två aktuella som på bättre sätt skulle medföra rättssäkra och legitima bedömningar.<sup>115</sup>

Riksdagen uppmanade regeringen ytterligare en gång i december 2011 att lägga fram ett förslag för återinförande av begreppet normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden som var avsett att träda i kraft 1 mars 2012.<sup>116</sup> Regeringen inväntade Försäkringskassans rapport som kom i februari 2012. Enligt Försäkringskassan var skillnaden mellan de båda begreppen, den reguljära arbetsmarknaden och normalt förekommande arbeten, av begränsad betydelse. Det Försäkringskassan lyfter fram som legitimitetsproblem är istället att den enskilda bedöms mot andra arbeten än det den har eller är utbildad för. Ett förhållande som de menar att ett nytt arbetsmarknadsbegrepp inte torde råda bot på. Ett av problemen som Försäkringskassan ser med de båda aktuella begreppen är att det av dem inte framgår tillräckligt tydligt att det är av medicinska orsaker som arbetsförmågan skall vara nedsatt. Försäkringskassan anser det vidare vara ett problem att: ”använda arbetsmarknadsbegrepp som missvisande leder tanken till faktiska och konkreta anställningar,

---

<sup>110</sup> Prop. 2007/08:136 s. 67.

<sup>111</sup> Ett nystartsjobb innebär en lösning där arbetsgivaren inte betalar några arbetsgivaravgifter under motsvarande lika lång tid som den anställde varit arbetslös, deltagit i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller varit sjukskriven. Se L Zanderin, Lag om arbetslöshetsförsäkring, s. 123.

<sup>112</sup> Prop. 2007/08:136 s. 67.

<sup>113</sup> Uppgifterna i det följande om ordningen på de politiska turerna angående arbetsmarknadsbegreppet är hämtade från R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 96 ff.

<sup>114</sup> Bet. 2010/11:SfU11 s. 11-12 samt Bet. 2010/11:SfU12 s.7.

<sup>115</sup> Prop. 2011/12:1, utgiftsområde 10, s. 61.

<sup>116</sup> Bet. 2011/12:SfU1.

i stället för till generella krav på medicinskt relaterade förmågor som olika typer av arbeten representerar.”<sup>117</sup> (jämför även nedan kapitel 7, Arbetsförmågutredningens kritik av begreppet arbetsförmåga)

I mars 2012, efter, vad i doktrinen beskrivits som, ”viss politiskt turbulens, där oppositionspartierna hotade med en missförtroendeförklaring av socialförsäkringsminister Ulf Kristersson” lämnade så regeringen ett lagförslag om att det tidigare arbetsmarknadsbegreppet skall återinföras. Begreppet normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden trädde således i kraft 1 juli 2012, tidigare motiv och praxis skall vara vägledande.<sup>118</sup>

Av propositionen framgår dock att ”Regeringen anser att en återgång till begreppet normalt förekommande arbete inte kan förväntas ge en mer likformig eller rättssäker tillämpning. Denna uppfattning bör ses mot bakgrund av att även det tidigare begreppet har kritiserats för att leda till en bedömning mot en fiktiv arbetsmarknad, dvs. det som riksdagen önskat förhindra.”<sup>119</sup>

Det fanns även delar av socialförsäkringsutskottet som framhöll att det borde tas fasta på vad Försäkringskassan kommit fram till i sin utredning om att båda arbetsmarknadsbegreppen saknade önskvärd tydlighet och att en konstruktion innehållandes medicinska kriterier istället skulle utgöra ett bättre alternativ.<sup>120</sup>

Högsta Förvaltningsdomstolen (HFD) har i tre avgörande från april 2012 fastslagit hur bedömningen av arbetsförmågan skall göras gentemot arbetsmarknaden. Enligt HFD skall utgångspunkten vid bedömningen tas i den enskildes sjukdom. Följande formulering används av den högsta förvaltningsrättsliga instansen i samtliga de tre avgörandena: ”Bedömningen i ett enskilt fall ska göras med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom. Avgörande för bedömningen blir vilken sjukdom som föreligger och på vilket sätt denna sjukdom inskränker den försäkrades förmåga att utföra arbete. När en sjukdom och dess konsekvenser är fastställda ska en bedömning göras huruvida den bibehållna arbetsförmågan kan utnyttjas av den försäkrade för att försörja sig själv genom ett förvärvsarbete. Denna bedömning ska göras oavsett om den försäkrade kan få ett sådant arbete eller inte.”<sup>121</sup>

#### **4.2.3.3 Arbetsmarknadsbegreppet i doktrinen**

Mannelqvist konstaterar angående arbetsmarknadsbegreppet att det inte angavs någon närmare definition av begreppet reguljär arbetsmarknad i motiven men att det ändå är tydligt att här innefattas fler arbeten än vad som gjordes enligt det tidigare begreppet normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Hon påpekar också att den kritik som regeringen anförde mot det äldre begreppet om att det var för otydligt och bidrog till svåra bedömningar även kunde anföras mot begreppet den reguljära arbetsmarknaden vilket inte heller hade någon rättslig definition. Mannelqvist förklarar vidare att när den försäkrades arbetsförmåga bedömdes gentemot den reguljära arbetsmarknaden innebar det inte att förmågan bedömdes mot reella krav i arbetet eller mot existerande arbetsuppgifter. Hon konstaterar att: ”Bedömningen blev därför i viss mån hypotetisk, med risk för att de individuella förutsättningarna för att klara ett arbete gömdes bakom generella formuleringar.”<sup>122</sup>

<sup>117</sup> Försäkringskassan: Arbetsmarknadsbegrepp och arbetsförmågebedömning. Redovisning av ett regeringsuppdrag. Diariernr 0707022011, s. 4.

<sup>118</sup> Citat från R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 100.

<sup>119</sup> Prop. 2011/12:113 s.12.

<sup>120</sup> Bet. 2011/12:SfU14 s. 10.

<sup>121</sup> Högsta förvaltningsdomstolen, mål nr 2282-11, 3174-11 och 4096-11.

<sup>122</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 97-98.

Den utredning som Försäkringskassan gjorde på uppdrag av regeringen angående arbetsmarknadsbegreppet (se ovan) kommenterar Mannelqvist enligt följande: ”Försäkringskassans tolkning av att arbetsmarknadsbegreppet endast är ett teoretiskt begrepp utan koppling till krav i faktiska arbeten eller arbetsuppgifter saknar dock stöd i motiven.” Hon menar istället att det visst framgår att bedömningen mot arbetsmarknaden måste kopplas till ett konkret arbete utifrån vilket den enskilde kan klara sin försörjning, även om detta arbete inte måste finnas tillgängligt för den försäkrade.<sup>123</sup>

Det fanns även delar av socialförsäkringsutskottet som framhöll att det borde tas fasta på vad Försäkringskassan kommit fram till i sin utredning om att båda arbetsmarknadsbegreppen saknade önskvärd tydlighet och att en konstruktion innehållandes medicinska kriterier istället skulle utgöra ett bättre alternativ.<sup>124</sup> Avslutningsvis och utifrån det faktum att delar av Socialförsäkringsutskottet höll med Försäkringskassan om att arbetsmarknadsbegreppet är otydligt menar Mannelqvist att: ”Det finns väl därför goda skäl att anta att sista ordet – eller den sista rättsliga regleringen – om sjukförsäkringens arbetsmarknadsbegrepp ännu återstår.”<sup>125</sup>

#### 4.2.4 Tidsbegränsad sjukpenning

Som bekant begränsas inte sjukpenningen enbart genom tidsintervallerna i rehabiliteringskedjan utan från och med den 1 juli 2008 är sjukpenningen tidsbegränsad i sin helhet och det är således viktigt att veta hur många sjukpenningdagar den enskilde har förbrukat. Enligt huvudregeln utbetalas sjukpenning för maximalt 364 dagar inom en ramtid som omfattar de 450 närmast föregående dagarna. Den försäkrade erhåller då sjukpenning på normalnivå, 27 kap. 21 § SFB. Från huvudregeln finns tre stycken undantag enligt vilka det är möjligt att förlänga sjukpenningen. Två av undantagsreglerna faller under sjukpenning på fortsättningsnivå och den tredje under allvarlig sjukdom, 27 kap. 24 §, 24a § och 23 § SFB.

Skälen till att införa en tidsbegränsning av sjukpenningen anges i propositionen vara att de tidigare reglerna innebar ett problem i tillämpningen på så sätt att sjukfall tilläts pågå alltför länge utan att varken den försäkrade eller andra aktörer agerade för att korta sjukfallet. Vidare hävdas i motiven att det finns goda skäl att anta att de olika aktörerna kommer att påverkas till aktivt handlande i och med vetskapen om den kommande gränsen. Därför skall sjukpenning således enbart utges för 364 dagar.<sup>126</sup>

Regeringen var också mån om att stävja eventuellt fusk och uppgav: ”För att undvika att den försäkrade genom att tillfälligt friskskriva sig och sedan påbörja en ny period med sjukpenning kan kringgå tidsgränsen föreslås att ettårsgränsen ska innebära att sjukpenning endast kan betalas om den försäkrade redan har fått sådan för 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar.” På det här sättet skärptes således begränsningen genom införandet av en ramperiod. Bestämmelsen återfinns idag i 27 kap. 21 § SFB och innebär följaktligen att sjukpenning endast utbetalas för högst 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar. Vid beräkningen av sjukpenningdagar räknas varje dag som en hel dag även om ersättningen varit partiell. Ingen hänsyn tas till om det rör sig om samma diagnos som vid tidigare sjukfall.<sup>127</sup> Dagar med förebyggande sjukpenning, sjukpenning på fortsättningsnivå, rehabiliteringssjukpenning och även de dagar med sjuklön som ersätts av arbetsgivaren räknas

<sup>123</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 99-100.

<sup>124</sup> Bet. 2011/12:SfU14 s. 10.

<sup>125</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 100.

<sup>126</sup> Prop. 2007/08:136 s.80. Se även Ds 2008:4 om resonemanget inför införandet av tidsbegränsningen.

<sup>127</sup> Prop. 2007/08:136 s. 80, se även Ds 2008:4 s. 36 där det förklaras något tydligare.

in vid beräkning av de 364 sjukpenningdagarna, 27 kap. 22 § SFB.<sup>128</sup> En försäkrad som uppburit sjukpenning i 364 dagar måste därefter ha ett uppehåll på 87 dagar innan han eller hon återigen har rätt till sjukpenning.<sup>129</sup>

#### 4.2.4.1 Undantagen från tidsbegränsad sjukpenning

##### *Sjukpenning på fortsättningsnivå*

Som angivits ovan är sjukpenningens tidsbegränsning inte utan undantag. Av tre möjligheter till förlängning utgörs två av sjukpenning på fortsättningsnivå vilka här skall redogöras för. Den tredje möjligheten till förlängning som innebär sjukpenning på normalnivå på grund av allvarlig sjukdom redovisas i nästföljande avsnitt. Vid sjukpenning på fortsättningsnivå sänks ersättningen från 80 procent av SGI till 75 procent av SGI, 27 kap. 19 § respektive 28 kap. 7 § SFB.<sup>130</sup>

Den första av de två möjligheterna till förlängd sjukpenning på fortsättningsnivå utbetalas i ytterligare högst 550 dagar, 27 kap. 24 § SFB. Den aktuella formen av sjukpenning är tänkt för de fall när en enskild lider av en sjukdom eller skada som kräver långvarig medicinsk behandling och rehabilitering. Även fall där ytterligare sjukdomar eller skador uppstår under sjukskrivningstiden eller där medicinska eller andra insatser har dröjt är tänkta att omfattas av bestämmelsen. Möjligheten till fortsatt sjukpenning anses vidare vara ett mer flexibelt alternativ än den tidigare tidsbegränsade sjukersättningen och möjligheterna för återgång till arbete menas härigenom öka.<sup>131</sup>

Den andra möjligheten till förlängd sjukpenning på fortsättningsnivå infördes i januari 2010 och saknar tidsbegränsning. Införandet av den nya regeln motiverades i propositionen med att det finns människor som ”oberoende av sin egen motivation inte kan ta del av det stöd som Arbetsförmedlingen kommer att erbjuda.”<sup>132</sup> Det finns fem situationer då sjukpenning på fortsättningsnivå utan tidsbegränsning aktualiseras enligt 27 kap. 24a § SFB. Den första situationen är om den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt på grund av en godkänd arbetsskada.

Den andra situationen är om den försäkrade är intagen på sjukhus eller på grund av sjukdom får omfattande vård utan att vara intagen på sjukhus. I propositionen förklaras att det: ”Med omfattande vård ska förstås att vården ges under en så stor del av dagen att den försäkrade därigenom måste vistas där vården ges och att det helt utesluter arbete eller medverkan i ett arbetsmarknadspolitiskt program.” Vården bör pågå under längre tid än en vecka.<sup>133</sup>

Den tredje situationen är om den försäkrade förlorat verklighetsuppfattningen och förmågan att orientera sig på grund av sjukdom och därför inte kan tillgodogöra sig information. Här betonas i propositionen att det skall vara fråga om psykosjukdomar eller hjärnskador och inte kortvariga tillstånd orsakade av exempelvis narkotikamissbruk.<sup>134</sup>

Den fjärde situationen är när deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller återgång i arbete bedöms medföra risk för allvarlig försämring av den försäkrades sjukdom. I propositionen förklaras att en försäkrad som drabbats av stroke, hjärtinfarkt eller liknande sjukdom inte nödvändigtvis behöver sjukhusvård eller annan omfattande vård.

---

<sup>128</sup> Prop. 2007/08:136 s. 80.

<sup>129</sup> Prop. 2007/08:136 s. 80.

<sup>130</sup> Efter multiplicering med 0,97.

<sup>131</sup> Prop. 2007/08:136 s. 82.

<sup>132</sup> Prop. 2009/10:45 s. 27.

<sup>133</sup> Prop. 2009/10:45 s. 27.

<sup>134</sup> Prop. 2009/10:45 s. 27.

Regeringen anser dock att dessa individer ändå skall omfattas av bestämmelsen och sålunda ges rätt till sjukpenning på fortsättningsnivå i det fall det finns risk att sjukdomen allvarligt försämras om den försäkrade skulle återgå i arbete eller delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Benämningen allvarlig försämring har för avsikt att medföra en restriktiv tillämpning.<sup>135</sup>

Den femte situationen är om det i annat fall på grund av den försäkrades sjukdom skulle framstå som oskäligt att inte lämna sjukpenning. Den här sista och femte punkten infördes 1 januari 2012 efter kritik om att regelverket ledde till en formaliserad bedömning där det inte gavs tillräckliga möjligheter till individuella hänsyn. Oskälighetsregeln skall enligt propositionen kunna tillämpas då den försäkrades sjukdom medför sådana hinder att situationen kan jämföras med någon av de andra situationerna i de övriga fyra punkterna som ger ytterligare rätt till sjukpenning. Regeln anges vidare kunna tillämpas om det med hänsyn till sjukdomen redan på förhand kan bedömas som osannolikt att den försäkrade har rimliga förutsättningar att tillgodogöra sig annars aktuella stödinsatser, till exempel arbetslivsintroduktion.<sup>136</sup>

#### *Förlängd sjukpenning vid allvarlig sjukdom*

Det tredje undantaget som görs från huvudregeln om tidsbegränsad sjukpenning utgörs av möjligheten till förlängd sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom, 27 kap. 23 § SFB. Bestämmelsen ändrades 1 januari 2010 från att tidigare ha benämnts fortsatt sjukpenning vid synnerliga skäl till att nu benämnas allvarlig sjukdom. Vid synnerliga skäl skulle det röra sig om mycket allvarlig sjukdom, vilket exemplifierade i motiven med till exempel ALS, tumörsjukdomar och transplantationer av vitala organ.<sup>137</sup> Den tidigare bestämmelsen tillämpades dock alltför restriktivt varför Socialförsäkringsutskottet ansåg ett förtydligande nödvändigt, vilket har resulterat i en förändring av bestämmelsen.<sup>138</sup> Begreppet allvarlig sjukdom och förevarande bestämmelse kommer att utredas vidare i kapitel 6 nedan om sjukdomsbegreppet.

#### **4.2.4.2 Tidsbegränsad sjukpenning enligt doktrinen**

När Lotti Ryberg-Welander i boken, Socialförsäkringsrätt<sup>139</sup>, redogör för utvecklingen i sjukförsäkringen under de senaste åren tar hon i sin framställning utgångspunkt i en beskrivning av den då relativt nyvalda regeringens drastiska förändringar i sjukförsäkringen vilka de presenterade vid årsskiftet 2007/2008. Hon uppger att det skedde under omfattande protester där de flesta remissinstanser visserligen kunde hålla med om att problem förelåg, men att förändringarna, bland annat då tidsbegränsningen av rätten till sjukpenning, gick för fort och var för dåligt genomtänkta. Ryberg-Welander konstaterar också att det senare mycket riktigt har "visat sig behövas mer eller mindre akuta förändringar i den ganska strikta mallen för hur och när sjukpenning kan betalas ut." Som exempel tar hon upp ändringen som infördes i januari 2010 åtgående fortsatt rätt till sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom. Om denna uppger hon: "Ändringen genomfördes utan föregående proposition från regeringen och under pågående förhandling i riksdagens socialförsäkringsutskott."<sup>140</sup>

<sup>135</sup> Prop. 2009/10:45 s. 28.

<sup>136</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen, s. 83-84 samt prop. 2011/12:1, utgiftsområde 10, avsnitt 3.9.2.

<sup>137</sup> Prop. 2007/08:136 s. 80-81.

<sup>138</sup> Bet. 2009/10:SfU13 s. 8.

<sup>139</sup> Utgiven av Nordstedts Juridik 2011.

<sup>140</sup> L Ryberg-Welander, Socialförsäkringsrätt, s. 135.



### 4.3 Slutsatser avseende rättsreglerna

I departementspromemorian framhålls från statligt håll att ”Med införandet av en tidsbestämd rehabiliteringskedja blir sjukförsäkringen mer rättssäker och förutsägbar för den försäkrade.”<sup>141</sup> Efter att ha tagit del av doktrинens syn på den nya lagstiftningen kan det konstateras råda stor diskrepans mellan den statliga uppfattningen och forskarnas uppfattning. Samtliga tre forskare vars uppfattningar redogjorts för i förevarande kapitel får sägas vara minst sagt kritiska till reglerna som utgör och omger rehabiliteringskedjan. Intressant är exempelvis Mannelqvists uttalande, angående det propositionsuttalande som uppger att fler drivkrafter kan behöva övervägas för att öka sporrarna för människors återgång i arbete, där Mannelqvist något syrligt konstaterar: ”Vilka drivkrafter som avses och hur dessa överensstämmer med sjukförsäkringen som en rättighetslagstiftning framgår dock inte i motiven.” Uttalandet får sägas rimma illa med uttalandet i departementspromemorian om en mer rättssäker och förutsägbar sjukförsäkring.

Vad gäller regeringens önskan att stävja fusk genom att införa en ramtid för tidsbegränsningen av sjukpenning, skall här påminnas om den misstro som Vahlne Westerhäll beskrev i sjukförsäkringen från statligt håll redan gällande 1990-talet (se kap. 3 ovan). Att en sådan misstro fortfarande kan identifieras från statligt håll i dagens lagstiftning blir tydligt när det i propositionen mer eller mindre förutsätts att människor kommer att fuska om inte detta förebyggs genom införandet av en ramtid.

Efter ovan gjorda utredning av rättsreglerna är det svårt att inte ställa sig kritisk till uttalandet i departementspromemorian om att införandet av rehabiliteringskedjan skulle göra sjukförsäkringen mer rättssäker och förutsebar. Snarare tycks det ständigt överordnade intresset vara att alla skall arbeta, ett intresse så starkt att andra värderingar kommer i skymundan. Ett av de viktigaste kraven för att lagregler skall anses rättssäkra är som bekant just att de är förutsebara. I ovan gjorda utredning har åtskilliga ändringar som införts gällande rätten till sjukpenning för de senaste drygt fem åren beskrivits. Hastiga ändringar som den om rätt till fortsatt sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom som infördes år 2010. Även arbetsmarknadsbegreppet som ändrades tillbaka till sin tidigare lydelse år 2012 utgör ett exempel på ändring. En ändring av ett begrepp där den ena lydelsen är något bredare än den andra men inom vilket kritik kan riktas mot båda varianterna för att begreppet är otydligt och medför svåra bedömningar, dessutom förutspås begreppet ha stor sannolikhet att ändras återigen. Även tillägget av en femte punkt innehållandes en oskälighetsbestämmelse gällande rätt till sjukpenning på fortsättningsnivå utan tidsbegränsning som infördes år 2012, där lagrummet i sig inte heller är äldre än från år 2010, vittnar om brister i sjukpenningregleringen, brister som får åtgärdas genom justeringar på det här sättet i efterhand.

De många ändringarna innebär att sjukförsäkringsreglerna blir svåröverskådliga och långt ifrån förutsebara för den enskilda. För att uppnå förutsebarhet krävs även att lagstiftningen inte består av för många vaga och mångtydiga begrepp. Ovan har beskrivits flertalet begrepp vars innebörd är långt ifrån självklara, exempelvis begreppet arbetsmarknad. Turerna som beskrivits ovan angående arbetsmarknadsbegreppet får sägas vara något kaotiska. När politiker, lagstiftare och myndigheter har svårt att komma överens om ett begrepps innebörd blir det närmast omöjligt för den enskilda att söka förstå och rätta sig efter bestämmelser där begreppet används. Oprecisa och otydliga begrepp försvårar avsevärt möjligheten för den enskilda att förutse innebörden och konsekvenserna av dem. Doktrинens kritik får således sägas ha fog för sig och brister i rättsäkerheten gällande sjukpenningregleringen kan konstateras.

---

<sup>141</sup> Ds 2008:3 s. 30.

Vi har fått en mer formaliserad sjukförsäkring med mindre utrymme för hänsyn till personliga omständigheter som strikt utgår ifrån bestämda tidsgränser. Att detta skulle göra sjukförsäkringen mer rättssäker och förutsägbar, så som hävdats i departementspromemorian, förefaller dock tveksamt. Den tydlighet som staten önskar uppnå genom fasta tidsgränser, verkar inte ha infunnit sig. Istället tyder det mesta på att det råder förvirring kring sjukförsäkringens olika begrepp och att det inte är något som tidsgränserna råder bot på. De flertalet ändringar som införts på senare år i reglerna i och kring rehabiliteringskedjan tyder också på att lagstiftningen inte uppfyller önskvärd nivå av förutsebarhet och rättssäkerhet. Den tydlighet som tidsgränserna möjligen ger väger inte upp för den skadade tilltron till sjukförsäkringen som tidsgränserna medför. Det upplevs som orättvist när människor med allvarliga sjukdomar inte längre tillåts omfattas av sjukförsäkringen för att de passerat en viss tidsgräns. Istället för att lappa ihop sjukförsäkringen genom diverse smålagningar på det här sättet kanske det vore en god idé att återigen låta personliga hänsyn och andra omständigheter väga in vid bedömningen av rätt till sjukpenning.

## 5. Arbetslinjen och sjukförsäkringen

För att förstå syftet bakom utformningen av sjukförsäkringen är det nödvändigt att bekanta sig med begreppet ”arbetslinjen”. Nedan skall således undersökas vilken innebörd som läggs i begreppet och hur det kommer till uttryck i sjukförsäkringen samt påverkar utformningen av densamma. Först redogörs för hur arbetslinjen framställs enligt förarbetena därefter konsulteras doktrinen för att undersöka vilken syn som där finns på arbetslinjen i ett sjukförsäkringsrättsligt sammanhang.

### 5.1 Arbetslinjen enligt förarbetena.

#### 5.1.1 Samtal om socialförsäkringen

I förordet till Socialförsäkringsutredningens, Samtal om socialförsäkringen – Vad är arbetslinjen?, skriver utredningens särskilda utredare att ”Arbetslinjen i svensk politik är som mammas köttbullar. Alla är för den, utan att det behöver framgå hur receptet egentligen ser ut.”<sup>142</sup> Socialförsäkringsutredningen menar att det inom svensk politik är oerhört okontroversiellt att vara för arbetslinjen. En nackdel med att begreppet är så populärt och välanvänt menar utredarna är att begreppet därmed också lätt blir vagt.

Länge uppges arbetslinjen ha varit ett av arbetarrörelsens paradord med betydelsen att aktiva åtgärder skall ges företräde framför ekonomiskt stöd och att det i övrigt är viktigt med en aktiv arbetsmarknadspolitik. Begreppet används ofta vid samtal om arbetslöshet men utredarna menar att arbetslinjen som begrepp även används i betydligt bredare mening och av vitt skilda politiska läger. Från 1990-talet och med den ökning av långtidssjukrivna som skedde då, har begreppet kommit att i allt högre utsträckning användas vid diskussioner gällande sjukskrivna.<sup>143</sup> Vidare sägs fokus för begreppets betydelse ibland ligga på ekonomiska drivkrafter för den enskilde och på att det skall löna sig att arbeta snarare än på aktiva åtgärder.<sup>144</sup>

Utredarna hänvisar till en av de få definitioner som de menar finns gällande arbetslinjebegreppet där en ansats till att täcka begreppets bredare innebörd görs. Definitionen återfinns i direktiven till Socialförsäkringsutredningen och lyder: ”Arbets- och kompetenslinjen innebär att de som kan arbeta och bidra till sin egen och andras försörjning också skall ha möjlighet att göra detta. Genom denna princip prioriteras aktiva åtgärder i form av arbete, praktik eller utbildning framför enbart utbetalningar av kontanta ersättningar. Den solidaritet som välfärdssamhället bygger på ger alla rätt till trygghet i livets olika skeden. Samtidigt innebär den också en skyldighet att ta till vara eller utveckla sin arbetsförmåga, även om det blir nödvändigt att byta yrke eller flytta.”<sup>145</sup>

För att visa att arbetslinjen är något mer än bara en sorts arbetsmarknadspolitisk åtgärd använder sig Socialförsäkringsutredningen av tre olika perspektiv som Malin Junestav presenterat i sin avhandling, där samtliga perspektiv uppges ha samma bas för definitionen av arbetslinjen, nämligen den att aktiva åtgärder är att föredra framfört passivt stöd, men att

<sup>142</sup> Socialförsäkringsutredningen, Vad är arbetslinjen?, s. 6, särskild utredare är Anna Hedborg.

<sup>143</sup> Socialförsäkringsutredningen, Vad är arbetslinjen?, s. 52.

<sup>144</sup> Socialförsäkringsutredningen, Vad är arbetslinjen?, s. 9.

<sup>145</sup> Dir. 2004:129 Översyn av socialförsäkringarna

avsikten i perspektiven inte är desamma.<sup>146</sup> Nedan skall redogöras för Junestavs tre perspektiv.<sup>147</sup>

### 5.1.2 Tre perspektiv på arbetslinjen

Det första av Junestavs perspektiv är Kontroll- och disciplineringsperspektivet inom vilket arbetslinjen främst formuleras som en skyldighet. En kategorisering görs av olika samhällsgrupper där de som anses minst värdiga att ta emot ekonomisk hjälp från samhället är friska och arbetsföra vuxna.<sup>148</sup> Inom det här perspektivet är det främst fråga om en paternalistisk hjälp som ges av barmhärtighetsskäl snarare än vad hjälpen är tänkt att verka förebyggande. Det finns också en tanke om reciprocitet inom kontroll disciplineringsperspektivet i den meningen att den som hjälper och den som får hjälp gör det utifrån en överenskommelse eller ett avtal.<sup>149</sup> En modern variant av perspektivet finns i det så kallade ”workfare”, vilket introducerades i USA på 1980-talet och därefter har spritt sig till flertalet andra länder. Workfare innebär att den enskilde måste göra en motprestation för att få rätt till ekonomisk hjälp. Den som vägrar att visa arbetsvilja genom att låta sig aktiveras har således ingen rätt till behovsprövade bidrag.<sup>150</sup>

Junestavs andra perspektiv är Självhjälps- och uppfostringsperspektivet enligt vilket staten bör hjälpa de medborgare som behöver att hitta ett arbete eller på annat sätt hjälpa den enskilde att bli självförsörjande.<sup>151</sup> Det är samhällets uppgift att fostra medborgarna till goda, arbetsamma samhällsmedlemmar. Självhjälps- och uppfostringsperspektivet rymmer dock mer än det fostrande syftet, nämligen tanken om att arbetet är elementärt för människors självbestämmande om deras egna livsvillkor. Således finns inom perspektivet ett värde förbi självförsörjning.<sup>152</sup>

Det tredje perspektivet är Rättighetsperspektivet inom vilket arbetet ses som en rättighet vilken staten ansvarar för och där arbetet ger en självklar rätt till ekonomisk trygghet. Arbeta som en social rättighet drevs fram av arbetarrörelsen under 1900-talets början.<sup>153</sup> I det här perspektivet kan arbetslinjen ses som ett sätt att ge medborgarna bättre villkor och livchanser, något som alltså uppnås genom förvärvsarbete. Det handlar således samtidigt om rätten att styra sitt eget liv och sköta sin egen försörjning som om samhällets skyldighet att verka för full och fritt vald sysselsättning. Socialförsäkringsutredningen hänvisar även till regeringsformen där det stadgas att det allmänna särskilt skall ”trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.”<sup>154</sup> Arbetet anses enligt perspektivet ha ett värde i sig utöver den enskildas möjlighet till självförsörjning.<sup>155</sup>

---

<sup>146</sup> Socialförsäkringsutredningen, Vad är arbetslinjen?, s. 13-17.

<sup>147</sup> Socialförsäkringsutredningen utgår från Junestavs avhandling från 2004, Arbetslinjer i svensk socialpolitisk debatt och lagstiftning 1930-2001 (s. 21 ff), i denna uppsats används även uppgifter från en senare rapport skriven av Junestav för IFAU; rapport 2007:4.

<sup>148</sup> M Junestav, Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden, s. 10.

<sup>149</sup> Socialförsäkringsutredningen, Vad är arbetslinjen?, s. 14.

<sup>150</sup> M Junestav, Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden, s. 11 och Socialförsäkringsutredningen, Vad är arbetslinjen?, s. 14.

<sup>151</sup> M Junestav, Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden, s. 11.

<sup>152</sup> Socialförsäkringsutredningen, Vad är arbetslinjen?, s. 15-16.

<sup>153</sup> M Junestav, Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden, s. 11.

<sup>154</sup> RF 1 kap. 2 § 2 st

<sup>155</sup> Socialförsäkringsutredningen, Vad är arbetslinjen?, s. 16-17.

### 5.1.3 Balans mellan perspektiven

I sin sammanfattande diskussion förklarar Socialförsäkringsutredningen att kontroll och disciplinering nära hänger samman med individens skyldighet att bidra till sin egen och välfärdssamhällets försörjning efter förmåga. Utredarna menar ett enkelt uttryckt handlar om att inte ligga andra till last. Samspelet mellan rätten till ett bra arbete och skyldigheten att arbeta beskrivs enligt följande: ”Utan ömsesidighet i kraven riskeras arbetslinjens legitimitet. Antingen passiviserar individen av överambitiöst omhändertagande av samhällsapparaten, som, om galoscherna inte passar precis, får ta över hela ansvaret. Eller också överlämnas ett alltför stort ansvar till individer som inte har en chans att leva upp till kraven och då istället bemöts med krav på arbetssökande och arbetsbyte som lätt blir kränkande för den som aldrig får chansen på en alltför trång arbetsmarknad. Dessvärre tycks det finnas en tendens att själva förekomsten av arbetslöshet samvarierar med samhällets bristande självförtroende i sysselsättningspolitiken och mera stigmatisering av individen.”<sup>156</sup>

### 5.1.4 Arbetslinjens förnyade aktualitet på 1990-talet

Från 1990-talet fick begreppet arbetslinjen ny kraft och började användas mer frekvent, detta syns inte minst i propositionerna till de olika socialförsäkringarna. I proposition 1990/91:141 om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m. framhålls att arbetsmarknadspolitiken i Sverige, enligt vilken utgångspunkten är arbetslinjen framför kontantlinjen, har varit framgångsrik. Internationellt sett har Sverige haft en låg arbetslöshet och vår arbetslinje uppges bygga på en insikt om de negativa konsekvenserna som arbetslöshet medför. Som exempel på sådana konsekvenser anger regeringen att individen i fråga tappar fotfästet i livet, förlorar sitt sociala umgänge samt känslan för tidens gång. Genom arbete däremot uppges självförtroende och självkänsla skapas medan individen av arbetslöshet alltså uppnår motsatt känsla.

Vidare menar regeringen att arbetslinjen är en självklarhet i arbetsmarknadspolitiken baserat på insikten om att arbetslöshet är dyrt för medborgarna. Regeringen anger att trots en framgångsrik politik för full sysselsättning så har antalet långtidssjukskrivna och förtidspensionerade individer stigit och utslagningen från arbetsmarknaden har således ökat. Regeringen hävdar att trots att sjukfrånvarons långsiktiga sociala effekter är kända så har den vetskapen inte präglat socialförsäkringssystemet. Systemet har skyddat människor från ekonomisk otrygghet vid sjukdom och skada men har inte utformats för att hjälpa människor att bibehålla sin plats i arbetslivet. Då de sociala konsekvenserna av långtidssjukskrivning uppges vara minst lika förödande som de vid arbetslöshet menar regeringen att samma synsätt som tillämpas på arbetslöshet måste tillämpas på långvarig sjukdom.<sup>157</sup>

### 5.1.5 Mera försäkring och mera arbete

Förutom i Samtal om socialförsäkringen har Socialförsäkringsutredningen även behandlat begreppet arbetslinjen i den statliga offentliga utredningen ”Mera försäkring och mera arbete”.<sup>158</sup> I betänkandet argumenterar utredarna för att arbetslinjen i socialförsäkringarna

<sup>156</sup> Socialförsäkringsutredningen, Vad är arbetslinjen?, s. 65.

<sup>157</sup> Prop. 1990/91:141 s. 35.

<sup>158</sup> SOU 2006:86

behöver skärpas.<sup>159</sup> Utredarna menar att, utifrån ett perspektiv med vår utbyggda välfärdsstat i en globaliserad värld, är en stark eller till och med sträng arbetslinje en förutsättning för generösa socialförsäkringsersättningar.

Utredarna framhåller att en utvidgning av välfärdsprogrammen, så som skett i de nordiska länderna, inte behöver betyda att den allmänna och genomsnittliga arbetsmoralen, inklusive föreställningen om att det är givet att var och en skall försörja sig själv så långt det är möjligt, minskar. Istället menar de att mycket talar för motsatsen. Samtidigt hävdar utredarna att det är troligt och delvis visat att lättåtkomliga sociala välfärdssystem som är generösa innebär att fler människor kommer att följa minsta motståndets lag. De menar att den som vantrivs på sitt arbete eller börjar känna av slitna leder men som inte vill flytta, byta arbete eller arbeta på obekväma tider kan se det som en utväg att istället bli sjukskriven eller acceptera arbetslöshet.<sup>160</sup>

Vidare hävdar socialförsäkringsutredningen att arbetslinjen i sjukförsäkringen inte är lika stark som tidigare. De menar att krämpor som människor tidigare accepterade och inte lät sitt arbete hindras av eller som de gavs utrymme på arbetsmarknaden att arbeta vidare med, idag leder till frånvaro och på sikt till totalt utträde från arbetsmarknaden. Sett i en global kontext där nya giganter så som Kina, Indien och Brasilien integreras i världsekonomin och vad det i förlängningen innebär med krav på förnyelse av kompetens menar utredarna att: ”I kombination med att vi kommer att leva i ett starkt omvandlingstryck finns inte utrymme för någon ytterligare glidning i föreställningarna om när det är rimligt att se sig själv eller andra som alltför sjuka för att klara en omställning. Tvärtom. Det måste bli mera självklart att också den som har vissa problem med hälsa, kompetens eller tillgänglighet måste finna sin plats på arbetsmarknaden.” Något som utredarna menar förutsätter både en grundläggande motivation hos individen och ett samhälle med en arbetsmarknad som tar sitt ansvar.<sup>161</sup>

Det största problemet med sjukförsäkringen anges enligt Socialförsäkringsutredningen vara att den är för mjuk. De menar att andra omständigheter än det att en individ har nedsatt arbetsförmåga orsakad av sjukdom har tillåtits påverka vem som fått rätt till ersättning.<sup>162</sup>

### 5.1.6 Förändringarna som infördes i sjukförsäkringen år 2008

I proposition 2007/08:136, En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, vilken föranledde införandet av rehabiliteringskedjan framhåller regeringen att de, liksom Socialförsäkringsutredningen, anser att sjukförsäkringen är för mjuk. De menar att situationen på arbetsmarknaden har tillåtits ha för stor betydelse. Regeringen önskar stärka den renodling som påbörjades på 1990-talet genom att endast ge ersättning från sjukförsäkringen till de som har en nedsatt arbetsförmåga som är medicinskt orsakad.<sup>163</sup> Arbetslinjens närvaro är i sammanhanget påtagligt vilket synliggörs genom följande propositionsuttalande: ”Regeringen anser att den som har arbetsförmåga inte ska få ersättning från sjukförsäkringen. Ersättning från sjukförsäkringen bör endast vara ett alternativ om arbetsförmågan är så nedsatt att något arbete av betydelse inte kan utföras.”<sup>164</sup>

Regeringen uppger vidare i propositionen: ”Den försäkrade bör ha ett större ansvar än hittills för att ta till vara sin arbetsförmåga och ta initiativ till och efterfråga insatser

---

<sup>159</sup> SOU 2006:86 s. 49.

<sup>160</sup> SOU 2006:86 s. 47.

<sup>161</sup> SOU 2006:86 s. 48.

<sup>162</sup> SOU 2006:86 s. 52.

<sup>163</sup> Prop. 2007/08:136 s. 67.

<sup>164</sup> Prop. 2007/08:136 s. 68.

på arbetsplatsen som kan medföra att han eller hon kan återgå i arbete.” vilket får anses vara intressant till ledning för var regeringen anser att ansvaret för människors deltagande i arbetslivet ligger.<sup>165</sup>

## 5.2 Arbetslinjen enligt doktrinen

Ruth Mannelqvist redogör i artikeln ”Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv”<sup>166</sup> bland annat för hur innebörden av begreppet arbetslinjen har ändrats över tiden i sjukförsäkringen. Mannelqvist uppger att arbetslinjen utgjort en utgångspunkt för sjukförsäkringen allt sedan dess tillkomst på 1940-talet. På 1940-talet dominerade tankar om arbete och den enskildes förmåga att arbeta. (Läs mer om sjukförsäkringens tillkomst på 1940-talet ovan i den historiska redogörelsen samt nedan vid redogörelsen för sjukdomsbegreppet.) I senare reformer som renodlingen på 1990-talet, vilket bland annat innebar att steg-för-steg-modellen infördes, samt när den så kallade rehabiliteringskedjan infördes 2008 uttrycktes behovet av att stärka arbetslinjen tillsammans med behovet av att tydliggöra och renodla kostnaderna inom socialförsäkringssystemet.<sup>167</sup>

Angående rehabiliteringskedjan uppger Mannelqvist att arbetslinjen och tillvaratagandet av arbetsförmågan är vägledande för dess utformning. Hon förklarar att ”Huvudregeln är att den försäkrade har arbetsförmåga till dess motsatsen är visad och den förmåga som finns ska nyttjas.” Mannelqvist menar att arbetslinjen kommit att i vissa avseenden motsvara en arbetsplikt, detta i och med att regeringen anser att den som har arbetsförmåga inte har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Hon påpekar också att det i motiven till rehabiliteringskedjan saknas diskussioner om vilka effekter det förhållningssättet kan ha på individens hälsa. Mannelqvist jämför 2000-talets resonemang med diskussionerna som fördes år 1944 i socialvårdskommittéens betänkande.<sup>168</sup> Kommittéen behandlade frågan huruvida en för låg ersättning till sjuka personer under den första sjukdomstiden riskerade att resultera i att individerna återvände till arbetet innan dess de var friska vilket i sin tur riskerade att leda till att sjukdomen blev värre eller att arbetskamraterna utsattes för smittorisk.<sup>169</sup> Den diskussion som fanns på 1940-talet om den enskildes hälsa syns alltså inte längre i förarbeten från 2008.

Mannelqvist menar att det är ”mycket tydligt att lagstiftaren, nu liksom förr, med hjälp av ekonomiska incitament försöker få den som nyttjar sjukförsäkringen att återgå till eller skaffa sig ett nytt arbete, bland annat genom sänkt ersättning eller begränsade möjligheter till sjukersättning.” Som exempel nämner hon att rehabiliteringskedjan innebär att ersättningen sänks om den förlängs efter ett år vilket förmodas leda till att fler söker återgå till arbete. Vidare menar Mannelqvist att även om arbetslinjen utgjort ett genomgående tema i sjukförsäkringen sen dess tillkomst så går tydliga förändringar eller förskjutningar att identifiera. Hon uppger att: ”De hälsoaspekter som tidigare lyftes fram i motiven har numera hamnat i bakgrunden för en tydlig marknadsanpassning av sjukförsäkringen, där individens hälsa betonas allt mindre och olika arbetsmarknadsaspekter allt mer.”<sup>170</sup>

Ett annat sätt att se ändringarna i sjukförsäkringen är som skiftningar i ansvar över tid. Mannelqvist beskriver att vid sjukförsäkringens tillkomst präglades försäkringen av

<sup>165</sup> Prop. 2007/08:136 s. 64.

<sup>166</sup> Ruth Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, Förvaltningsrättslig tidskrift (FT) Nr 4 2008.

<sup>167</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, FT Nr 4 2008 s. 530.

<sup>168</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, FT Nr 4 2008 s. 529.

<sup>169</sup> SOU 1944:15 s. 190.

<sup>170</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, FT Nr 4 2008 s. 530-531.

samhällets ansvar för att öka människors möjlighet att arbeta. På 1940-talet skiljdes på korta och långa sjukfall, stor vikt lades vid läkarens bedömning och lång konvalescens ansågs vara en positiv del av försäkringen. Härefter, under 1990-talet, kom sjukskrivningar att främst ses som ett hälso- och arbetsmiljöproblem där delar av ansvaret flyttades över till arbetsgivaren genom skärpta rehabiliteringskrav och en överflyttning av ekonomiskt ansvar. Det ansågs viktigt att undvika långa sjukskrivningar då dessa ökade kostnaderna inom sjukförsäkringen, orsaken menades vara en passiviserande sjukrivningsprocess. Därför skulle alla sjukfall bedömas på ett likartat sätt vilket medförde att läkarens inflytande minskade. Slutligen menar Mannelqvist att ansvaret för den enskildes arbetsförmåga numera har övergått till ett ansvar för individen själv. Vi har fått en alltmer individualiserad sjukförsäkring där samhället ansvarar för att tillvara ta individens arbetsförmåga har minskat.<sup>171</sup>

Vahlne Westerhäll beskriver i boken, *Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen*, att arbetslinjen under 1990-talet fick förnyad aktualitet. Sverige befann sig vid tiden i en ekonomisk kris med hög arbetslöshet vilket medförde att välfärdsstaten kom att diskuteras. Politiskt hävdade många att arbetslinjen måste stärkas och upprätthållas, välfärdsstaten fick inte bli passiviserande för människor och skapa bidragsberoende menades det. Vahlne Westerhäll uppger att det var under denna tid som arbetslinjen som begrepp fick det innehåll den har idag gentemot socialförsäkringen. Överlag menar hon att politiskt har arbetslinjen som princip varit tongivande inom socialförsäkringssystemet de senaste åren. Vahlne Westerhäll syftar då på en arbetslinje där aktivitet prioriteras framför passivt stöd i form av ersättningar och där alla vuxna, arbetsföra förväntas bidra till den gemensamma välfärden genom att arbeta.<sup>172</sup>

Likt Socialförsäkringsutredningen redogör Vahlne Westerhäll för Junestavs tre perspektiv på arbetslinjen (se ovan). Vahlne Westerhäll menar att samtliga de tre perspektiven är synbara i de regelverk som styr sjukförsäkringen. Mest påtagliga menar hon att kontroll- och självhjälpsperspektiven är och allra mest karaktäristiskt för arbetslinjen i dagens sjukförsäkring anser Vahlne Westerhäll vara idén om reciprocitet, att det skall finnas en ömsesidighet i form av en motprestation mellan den som får ersättning och den som ger ersättning. Tydligast menar hon att detta syns i reglerna om sjukpenning och särskilt då inom ramen för rehabiliteringskedjan. Hon förklarar vidare att rehabiliteringskedjan bygger på tanken att det vid prövningen av den enskildes rätt till sjukpenning skall bortses från individens arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska och sociala situation. I första hand skall den försäkrades arbetsförmåga prövas mot dennes vanliga arbete, om det finns ett sådant, och längre fram prövas i andra hand den försäkrades arbetsförmåga mot hela arbetsmarknaden. Vahlne Westerhäll menar att den enskildes rätt att välja vilket arbete som han eller hon vill ha därmed kan sägas vara begränsad. Staten genom Försäkringskassan är den som avgör vilket arbete den försäkrades arbetsförmåga lämpar sig för. Vahlne Westerhäll framhåller att: ”Betoningen av kontroll och disciplin genomsyrar uppdelningen mellan arbetsmarknadsmässiga och individuella problem.” Vahlne Westerhäll ifrågasätter dock huruvida idén om motprestation grundar sig på moraliska skäl. Hon menar att: ”Snarare synes det utslagsgivande vara den konjunkturreglerande faktor som regeringen kommit att använda sjukförsäkringen som. Är statens finansiella situation ansatt, skärps kraven på motprestation från den försäkrade.”<sup>173</sup>

---

<sup>171</sup> R Mannelqvist, *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv*, FT Nr 4 2008 s. 531-532.

<sup>172</sup> L Vahlne Westerhäll, *Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen*, s. 86.

<sup>173</sup> L Vahlne Westerhäll, *Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen*, s. 88.



### 5.3 Slutsatser avseende arbetslinjen

Att arbetslinjen innebär att aktivitet föredras framför passivt stöd har framkommit av redogörelsen ovan. Från statligt håll beskrivs en mjuk försäkring där den generösa ersättningen som sjukförsäkringen erbjuder förutsätter en sträng arbetslinje. I doktrinen beskrivs en sjukförsäkring som präglas av en arbetslinje där besparingsskäl är de mest drivande. Den som kan arbeta skall arbeta, lyder det överordande intresset, något som skall säkerställas genom ekonomiska incitament och krav på motprestationer. Ekonomiska incitament som exempelvis sänkt ersättning efter en viss tidsgräns som skall göra det obekvämt för den enskilde att stanna i sjukförsäkringen. Det som från statligt håll uppges ha moralisk grund, i form av att alla skall göra rätt för sig och att det allmänt är bättre för människor att arbeta än att inte göra det, uppges av Vahlne Westerhäll istället snarare bero av att staten använder sjukförsäkringen som konjunkturregulator.

Det går också att över tiden identifiera en skiftning i synen på ansvar, där vi gått från en mer kollektiv tanke på 1940-talet till att idag ha en sjukförsäkring med mer individualistisk prägel. En annan skillnad över tiden som synliggjorts av Mannelqvist är att det vid sjukförsäkringens tillkomst fanns ett fokus på individens hälsa som idag inte längre går att utläsa av sjukförsäkringens senare förarbeten.

I denna del kan således konstateras att ekonomiska hänsyn ges företräde i sjukförsäkringen framför hänsyn rörande den enskildes hälsa. Fokus i dagens sjukförsäkring ligger på att hålla nere kostnader och det är individens eget ansvar att klara sin försörjning.

Inledningsvis i kapitlet framhålls att Socialförsäkringsutredningen menar att alla är för arbetslinjen och att det är något okontroversiellt att vara i vårt land. Mot detta kan invändas att begreppet är vagt, vilket även Socialförsäkringsutredarna själva påpekar. Det är lätt att vara för ett begrepp vilket man kan ge sin egen innebörd. Av intresse är dock vilken innebörd det begrepp som tillåts påverka utformningen av lagen har. Begreppet ligger idag långt ifrån det innehåll som det en gång hade när det utgjorde paradord för arbetarrörelsen. Idag innefattar begreppet istället ett betydligt mer individfokus och kan närmast sägas ta sikte på hur lathet bäst motverkas. En genom uppsatsen tidigare identifierad misstro mot medborgarna syns således även i detta kapitel när det befaras att sjukskrivning blir något som människor tar till när de vantrivs på sin arbetsplats eller inte har lust att flytta. Visst är det sant som från statligt håll påpekas att långtidssjukskrivningar inte är att föredra om det finns andra alternativ, det är varken bra för individerna eller för samhället, men i diskussionerna glöms lätt nyanserna bort och det faktum att det finns dem för vilka återgång i arbete inte är en möjlighet. De som är sjuka och inte klarar av att arbeta måste tillåtas vara det. Arbetsförmågeutredningen menar att arbetslinjen är för mjuk och ytterligare behöver stärkas, men kanske är det snarare en nyansering som skulle till?

## 6. Sjukdomsbegreppet

För att ha rätt till sjukpenning måste den enskilde vara sjuk. Det skall vara fråga om en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan. Begreppet sjukdom är dock långt ifrån enkelt och entydigt, en grundläggande genomgång gör sig därför nödvändig för att söka förstå begreppet och hur det används inom sjukförsäkringen. Nedan följer en undersökning av när en individ skall anses som sjuk.

Framställningen utgörs av en kronologisk redogörelse för sjukdomsbegreppets framväxt och utveckling inom försäkringen. Först redovisas sjukdomsbegreppet som det såg ut på 1940-talet, vid införandet av lagen om allmän försäkring. Därefter görs ett nedslag på 1990-talet med en utredning av den så kallade renodlingen av sjukförsäkringen som startades under decenniet. Nästa nedslag görs på sent 2000-tal med en redogörelse för de tankar och idéer som då präglade sjukförsäkringen. Avslutningsvis redovisas begreppet allvarlig sjukdom som infördes 2008, där särskilt bestämmelsen om allvarlig sjukdom som infördes 2010 belyses. I redogörelsen redovisas först sjukdomsbegreppet och aktuella bestämmelser utifrån förarbeten i form av propositioner och statliga offentliga utredningar för att därefter redovisa hur sjukdomsbegreppet under motsvarande tid och i samma bestämmelser behandlats i doktrinen.

### 6.1 Sjukdom enligt förarbetena

#### 6.1.1 Socialvårdskommitténs betänkande

När sjukdomsbegreppet beskrivs i doktrin, statliga utredningar, propositioner eller hos tillämpande myndigheter<sup>174</sup> tas ofta utgång i den beskrivning av begreppet som presenterades av Socialvårdskommittén i ett betänkande från 1944.<sup>175</sup> Redan på 1940-talet fastslogs att en legaldefinition av begreppet sjukdom varken var möjlig eller önskvärd. En sådan fanns inte i den dåvarande lagstiftningen och har fortfarande idag inte heller införts. Däremot betonade kommittén att det inte fick underskattas den vikt som begreppets innebörd ges. Kommittén förklarade att vid bedömandet av huruvida sjukdom föreligger skall i första hand ses till vad som enligt gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anses som sjukdom samt enligt hur begreppet används inom vanligt språkbruk. Dessa två kriterier är fortfarande idag centrala vid tolkning och tillämpning av begreppet sjukdom. Enligt närmare angivelse angavs sjukdom vara ”varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen.” Ett kroppslyte ansågs således falla utanför sjukdomsbegreppet. Missbildningar eller stymplingar som resultat av en sjukdom borde inte räknas som sjukdom om de inte hade samband med sjukliga symptom. Däremot borde en nedsättning av det fysiska eller psykiska tillståndet vilken kvarstod efter en sjukdom kunna anses som sjukdom. Kroppsliga och sinnliga förändringar i samband med åldrande, graviditet och barnafödande ansågs vara en del av den normala livsprocessen och föll på så vis utanför sjukdomsbegreppet.<sup>176</sup>

Kommittén betonade i betänkandet att deras uttalanden om sjukdomsbegreppet var att ses som ledning vid tillämpning och tolkning av begreppet och att det inte var avsett att

---

<sup>174</sup> Se exempelvis Vahlne Westerhäll 2002, Ryberg-Welander 2011, SOU 2009:89, prop. 1994/95:147 samt FK:s hemsida:

[https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f\\_medicin/vad\\_ar\\_forsakringsmedicin/om\\_sjukdom\\_och\\_forsakring/](https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f_medicin/vad_ar_forsakringsmedicin/om_sjukdom_och_forsakring/)

<sup>175</sup> SOU 1944:15

<sup>176</sup> SOU 1944:15 s. 162.

vara bindande. Det ansågs istället viktigt att skälighetssynpunkter fick vägas in vid tillämpning i försäkringsfrågor. Vidare konstaterades att det redan fanns en praxis enligt vilken ersättning utgavs för läkarvård som var avsedd att förbättra arbetsförmågan där nedsättningen berodde av ett medfött fel, dock ej för rena skönhetsingrepp. Som exempel på ersättningsberättigande åkommor nämndes harmynthet och skelögdhet. Kommittén uppgav sig ha för avsikt att denna förevarande praxis skulle fortsätta tillämpas. De framhöll också att i tveksamma fall borde ersättning lämnas i de fall som en läkare ansåg att det var fråga om sjukvård. Kommittén påminde också om det faktum att sjukvårdsersättning endast utgavs när en legitimerad läkare ordinerat vård eller läkemedel, vilket i sig utgjorde en inskränkning i sjukdomsbegreppet.<sup>177</sup>

### 6.1.2 WHO:s hälsodeklaration

WHO:s hälsodeklaration härstammar likt socialvårdskommitténs sjukdomsbegrepp från 1940-talet. WHO introducerade vid den tiden en inflytelserik formulering vilken även den, precis som socialvårdskommitténs begreppsförklaring, ofta hänvisas till i doktrin och utredningar. Enligt WHO förhåller det sig så att: ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller invalidisering.” Läst e contrario skulle således formuleringen kunna ange vad som kan anses vara sjukdom. Dock har WHO kritiserats för att snarare beskriva lycka än hälsa och WHO har på senare år utvecklat tillägg till deklarationen.<sup>178</sup> Det har också hävdats att hälsodeklarationen snarare ger uttryck för en politiskt strävan för de anslutna staterna än vad den är avsedd att definiera begreppet sjukdom och därför är av begränsat värde i socialförsäkringsrättsligt hänseende.<sup>179</sup>

### 6.1.3 1990-talets renodling av sjukförsäkringen

I mitten på 1990-talet genomfördes den så kallade renodlingen av sjukförsäkringen. Den 1 januari 1996 infördes en ändring i dåvarande 3 kap. 7 § AFL som numera återfinns i 27 kap. 3 § SFB, som lyder: ”Vid bedömningen av om den försäkrade är sjuk ska det bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.” I propositionen som föranledde lagändringen framhölls att ändringen inte var avsedd att innebära någon förändring av sjukdomsbegreppet utan enbart var ämnad som ett förtydligande. Det problem som regeringen genom ändringen önskade komma till rätta med uppgavs i propositionen vara att det skett en glidning i tillämpning av sjukdomsbegreppet hos de olika aktörerna läkare och patienter samt i försäkringsadministrationen. I propositionen betonades att sådana ändringar skulle göras genom lag eller praxis, inte genom dessa andra tillämpande aktörer. Den av regeringen beskrivna utvidgningen av sjukdomsbegreppet sades således inte vara till domstolarnas förskyllan. Vidare var det viktigt för regeringen att sjukförsäkringen inte blev en allmän inkomstbortfallsförsäkring. Det uppgavs också vara viktigt för tilltron till socialförsäkringen att det är tydligt vilka kriterier som gäller. Genom att försäkrade individer som önskade erhålla ersättning från sjukförsäkringen måste uppfylla vissa angivna kriterier ansåg regeringen det vara lättare att undvika att sjukförsäkringen kom att användas för att täcka sociala och generella livsproblem.<sup>180</sup>

<sup>177</sup> SOU 1944:15 s. 162-163.

<sup>178</sup> SOU 2009:89 s. 139 och L Ryberg-Welander, Socialförsäkringsrätt, s. 115

<sup>179</sup> Åsikten förfäktas av Lotti Ryberg-Welander i boken Socialförsäkringsrätt s. 115 (2011).

<sup>180</sup> Prop. 1994/95:147 s. 21.

Klargörandet i lagtexten fick dock inte önskad effekt, utan istället fortsatte sjukskrivningarna att öka under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Orsakerna till ökningen är fortfarande inte helt klarlagda även om regeringen i den senare prop. 2002/03:89 menade att den kunde ha samband med ökade krav i arbetslivet. Regeringen påpekade också att det förekom inslag av slentrianmässiga och mindre genomtänkta sjukskrivningar. Vad regeringen främst syftade till var symptomdiagnoser som i propositionen uppgavs vara mycket vanliga, särskilt bland långtidssjukrivna, vilket man räknas som om sjukskrivningen består i mer än 60 dagar, där de uppgavs utgöra cirka 30 procent av fallen.<sup>181</sup> I övrigt beskrevs samma problem som dåvarande regeringen identifierade på mitten av 1990-talet kvarstå i den här senare propositionen. I propositionen från tidigt 2000-tal anser regeringen fortfarande inte att en tydligare definition av sjukdomsbegreppet skulle vara lösningen, utan istället talas det om att utbilda läkarkåren i försäkringsmedicin. Regeringen hade för avsikt att stävja den utveckling de ansåg sig ha upptäckt vilken innebar en utvidgning av sjukdomsbegreppet där sjukanmälan blivit något som individer tar till, ofta med hjälp av en läkare, även om de inte är sjuka för att lösa diverse andra problem såsom vantrivsel på arbetsplatsen.<sup>182</sup>

#### **6.1.3.1 Renodlingen enligt Arbetsförmågeutredningen**

I arbetsförmågeutredningens slutbetänkande som lades fram 2009 beskrevs angående, den idag fortfarande gällande, lagändringen (se 27 kap. 3 § SFB) som gjordes i och med renodlingen, att vi har ett absolut och strängt krav på att det är sjukdom och inget annat som skall vara grunden för den sjukersättningsgrundande arbetsförmågan. Vidare menade utredarna att vi har ett sjukdomsbegrepp som är vagt och följsamt där det mesta tillåts innefattas men att vi samtidigt har en trång ingång till försäkringen genom att individuella egenskaper och personliga svårigheter att ställa om sitt liv inte förutsätts kunna förvärra effekterna av funktionsnedsättningen på grund av sjukdom.<sup>183</sup>

#### **6.1.4 Arbetsförmågeutredningens betänkande**

En av de mer sentida utredningar från statligt håll som varit mest tongivande gällande sjukdomsbegreppet är Arbetsförmågeutredningens slutbetänkande från 2009.<sup>184</sup> Till exempel syns detta genom att Försäkringskassan på sin hemsida helt utgår från Arbetsförmågeutredningens betänkanden när de beskriver vad sjukdom är.<sup>185</sup> Nedan skall således närmare redogöras för Arbetsförmågeutredningens utredning gällande sjukdomsbegreppet.

##### **6.1.4.1 Engelska nyanser på ordet sjukdom**

I betänkandet presenteras de tre engelska nyanserna av sjukdomsbegreppet: illness, disease och sickness. De engelska varianterna av begreppet sjukdom lanserades på 1960-talet av Andrew Twaddle. Disease är en objektiv, diagnostiserbar sjukdom som medicinskt kan identifieras av en läkare. Illness är den personliga sjukdomsupplevelsen, de av individen

---

<sup>181</sup> Prop. 2002/03:89 s. 17.

<sup>182</sup> Prop. 2002/03:89 s. 18.

<sup>183</sup> SOU 2009:89 s. 135.

<sup>184</sup> SOU 2009:89 Gränlandet mellan sjukdom och arbete.

<sup>185</sup> Informationen riktar sig till sjukskrivande läkare.

[https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f\\_medicin/vad\\_ar\\_forsakringsmedicin/om\\_sjukdom\\_och\\_forsakring/](https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f_medicin/vad_ar_forsakringsmedicin/om_sjukdom_och_forsakring/)

självupplevda besvären. Sickness är den sjukroll som individen tar eller ges av omgivningen i ett kulturellt sammanhang.<sup>186</sup>

#### 6.1.4.2 Kulturdiagnoser

Vidare redogörs för i betänkandet professorn i idé- och lärdoms historia, Karin Johannisson, teorier om kulturdiagnoser.<sup>187</sup> Enligt Johannisson är själva namngivningen av en sjukdom central och diagnosen har egen makt. För patienten representerar diagnosen en bekräftelse inför omvärlden, försäkringskassan, arbetsgivarna och inför sig själv. För läkaren innebär diagnosen en bekräftelse av hans eller hennes professionella kompetens. För de båda tillsammans representerar diagnosen en orsaksförklaring. Namngivningen bär en egen makt genom att den sätter namn på och skapar synlighet åt ett lidande. Johannisson menar att när en diagnos väl existerar medicinskt, kulturellt och medialt tenderar den att dra till sig bärare av den typiska symptombilden. Vilka diagnoser det handlar om är olika för olika tider.<sup>188</sup>

Johannisson menar också att diagnosen sätter en politisk agenda. Om det rapporteras särskilt mycket om en viss sjukdom så väcker det engagemang och analys och bidrar till att handlingsprogram sätts in. Hon uppger angående diagnosen: ”Den kan precisera gränssnitten mellan välfärdspolitik, medicinska insatser och individens eget ansvar. Den fixerar normen för friskt och sjukt, normalt och avvikande och för det förväntade eller accepterade beteendet.” Johannisson redogör också för att olika diagnoser kan ha olika status, dels beroende av huruvida de är kontroversiella, som exempelvis elallergi och fibromyalgi, dels beroende på vilken grupp som bär dem, kön, klass, ålder såväl som livsstil, drogvanor och sexualitet spelar in.<sup>189</sup>

Kulturdiagnoser menar Johannisson alltid finns, att dessa är nödvändiga rum för sjukdomsupplevelsen, men att de varierar över tid och rum och utifrån rådande värderingar. Hon förklarar detta genom att redogöra för vår närmsta historia. Under 1980-talet var det hot från den yttre miljön som dominerade. Under 1990-talet präglades istället det kulturella sammanhanget av arbetsmiljö, arbetsvillkor, stress och slitage där diagnoserna blev trötthet och utbrändhet. 2000-talets början styrdes av ett godtyckligt och osorterat risktänkande med inslag av bland annat bio-terrorhot, 3G-master, dolda infektioner, stress, fett och socker.<sup>190</sup>

En sjukdomsdiagnos uppstår genom en förhandling mellan olika aktörer, patienter, läkare, arbetsgivare, sjukförsäkringssystem, läkemedelsindustri, massmedia och kulturella koder, tillsammans omdefinierar dessa ständigt vad som tillåts kallas sjukt.<sup>191</sup>

#### 6.1.4.3 Symptombaserade sjukdomar

En stor del av vad som präglar dagens svårigheter med sjukdomsbegreppet gäller vad som skall få räknas som sjukdom, den stora svårigheten ligger i de symptombaserade sjukdomarna. Det råder en konstant konflikt mellan det objektiva, biologiska och det subjektiva, upplevda, vilket Arbetsförmågeutredningen ägnar mycket kraft till att söka reda ut i deras slutbetänkande.

Arbetsförmågeutredarna uppger att huvuddelen av alla sjukskrivningar och förtidspensioneringar på grund av sjukdom är knutna till diagnoser som vilar på en subjektiv

<sup>186</sup> SOU 2009:89 s. 136. Se även

[https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f\\_medicin/vad\\_ar\\_forsakringsmedicin/om\\_sjukdom\\_och\\_forsakring/](https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f_medicin/vad_ar_forsakringsmedicin/om_sjukdom_och_forsakring/)

<sup>187</sup> Se SOU 2009:89 s. 142-144.

<sup>188</sup> K Johannisson, G Hallerstedt (red.), *Diagnosens makt*, s. 30-31.

<sup>189</sup> K Johannisson, G Hallerstedt (red.), *Diagnosens makt*, s. 30-31.

<sup>190</sup> K Johannisson, G Hallerstedt (red.), *Diagnosens makt*, s. 35-36.

<sup>191</sup> K Johannisson, G Hallerstedt (red.), *Diagnosens makt*, s. 37.

sjukdomskänsla kroppsligt och psykiskt, utan klara biomedicinska diagnoser. Stora delar av befolkningen uppges lida av allmänna hälsoproblem. Smärta och värk i nacke, axlar och rygg sägs tillsammans med psykisk ohälsa i form av oro och ångest stå för de största ökningarna av människors ohälsa. Endast en bråkdel av dessa individer är dock enligt utredarna sjukskrivna. Samtidigt uppges besvär från rörelseorganen och psykisk ohälsa dominera bland både långtidssjukskrivna (längre än 90 dagar) och förtidspensionerade.<sup>192</sup>

Så kallade kultursjukdomar som exempelvis amalgamöverkänslighet, fibromyalgi, elallergi och kroniskt trötthetssyndrom anges i betänkandet utgöra ett stort och viktigt hälso- och sjukvårdsproblem. Utredarna menar här att mycket talar för att långa, overksamma sjukskrivningsperioder riskerar att snarare förstärka sjukdomsbilden än att bidra till tillfrisknandet. Istället lyfter utredarna fram primärvårdens uppgift att behandla och vikten av att de har den kunskap som krävs. Företagshälsovård och kognitiv beteendeterapi med tillbakagång till arbete som syfte tas upp som positiva exempel.<sup>193</sup>

#### **6.1.4.4 Ökad medikalisering och Arbetsförmågeutredningens syn på socialvårdskommittéens sjukdomsbegrepp**

Utredarna beskriver vidare en ökad medikalisering i samhället. De menar att allt fler områden som tidigare sågs som delar av den normala livsprocessen numera kan ses som sjukdom. Som exempel nämns födsel, klimakterium, håravfall, kortväxthet och blyghet. En förklaring till detta som erbjuds av utredarna är läkemedelsföretagen och deras intresse av att göra profit på besvären. Andra exempel som ges är allmänhetens lägre tolerans för även milda symptom, patientrörelser och medias exponering.<sup>194</sup>

När det kommer till sjukdomsbegreppet i AFL (numera SFB) anser utredarna att begreppet som gällt sedan 40-talet, att det med sjukdom skall anses vad som menas i vanligt språkbruk, behöver smaldas av om vi skall fortsätta ha en generös sjukförsäkring. På grund av att vi har just det, en generös försäkring, kan vi inte tillämpa samma begrepp som gäller internationellt och vi måste vara uppmärksamma på andra starka intressen som finns gällande diagnosglidning och medikalisering. Det påpekas igen att det behövs se upp för en alltför lättvindig sjukskrivning och medikalisering av allmänna livsproblem, men konstateras samtidigt att om symptom är tillräckligt allvarliga behöver de täckas av sjukförsäkringen även om orsaken till symptomen inte är just en sjukdom. Som exempel ges ångest på grund av arbetslöshet och foglossning på grund av graviditet. Dock får det inte bli så att vissa händelser eller tillstånd i sig ger rätt till sjukskrivning. En konkret beskrivning av personens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar måste alltid göras. DFA-kedjan<sup>195</sup> skall användas för att utröna sambandet mellan sjukdom och arbetsförmåga. Själva sjukheten lämnas till läkare och patient medan försäkringens stora utmaning sägs vara att avgöra funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning och att sedan skilja dessa från bristande ambition och ansvarstagande.<sup>196</sup>

---

<sup>192</sup> SOU 2009:89 s. 149.

<sup>193</sup> SOU 2009:89 s. 150-151.

<sup>194</sup> SOU 2009:89 s. 144-146.

<sup>195</sup> DFA-kedjan används när Försäkringskassan bedömer en individs arbetsförmåga utifrån ett läkarintyg. DFA står för Diagnos, Funktionsnedsättning, Aktivitetsbegränsning. Se

[http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukskrivning\\_och\\_sjukpenning/](http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning/) och SOU 2009:89 s. 134.

<sup>196</sup> SOU 2009:89 s. 152-154.

## 6.2 Sjukdomsbegreppet enligt doktrinen

### 6.2.1 Socialvårdskommittéens sjukdomsbegrepp

Ryberg-Welander har behandlat det sjukdomsbegrepp som presenterades i den statliga utredningen på 1940-talet och som alltså anses vägledande för dagens socialförsäkringsbalk. Ryberg-Welander konstaterar att socialvårdskommittéen inte syntes bry sig om den bakomliggande orsaken till att en person drabbats av sjukdom. Hon menar därför att en storrökare, vilken skulle kunna hävdas få skylla sig själv, har samma rätt till ersättning vid drabbande av lungcancer som en icke-rökare har.<sup>197</sup>

Ryberg-Welander berör också innebörden av att sjukdom enligt socialvårdskommittéen skall förstås enligt vad som menas i vanligt språkbruk och menar att detta tydligt innebär att kommittéen inte hade för avsikt att enbart låta begreppet bestämmas utifrån medicinsk vetenskap utan även låta lekmän ha ett stort inflytande. Detta menar hon i sin tur gjort det möjligt för Försäkringsöverdomstolen att utveckla begreppet sjukdom, vilket de också gjorde. Socialvårdskommittéens idé om att graviditet och barnfödelse inte skulle räknas till sjukdom kom således att på senare år revideras till att numera omfatta störningar under graviditeten. Operativa ingrepp och sorg- och trötthetstillstånd är ytterligare exempel på åkommor som kommit att inkluderas efter 1940-talet.<sup>198</sup> Begreppet kom inte att ändras i lagstiftningen förrän den så kallade renodlingen (se nedan) genomfördes 1995, utan de ändringar som nämnts ovan angående graviditet och sorg var alltså ett resultat av rättstillämpningen.

Vahlne Westerhäll har likt Ryberg-Welander utrett 1944 års sjukdomsbegrepp. Vad gäller innebörden av sentensen ”vanligt språkbruk”, menar Vahlne Westerhäll att den rimliga tolkningen av socialvårdskommittéens uttalande i frågan är att det inte behövde röra sig om sjukdom i strikt medicinsk mening. Om så vore fallet skulle det inte funnits någon anledning för kommittéen att alls ge sig in på den beskrivningen när det gällde vad som skulle innefattas i begreppet sjukdom.<sup>199</sup>

De fall som aktualiserar tillämpningen av innebörden sjukdom enligt vanligt språkbruk är enligt Vahlne Westerhäll framförallt vid sjukskrivning på grund av en symptomdiagnos. I många fall kan en sådan diagnos placeras in i ett socialmedicinskt sjukdomsbegrepp där en helhetsbild av den försäkrade läggs till grund för bedömandet av huruvida sjukdom föreligger. Stor vikt läggs också vid patientens subjektiva upplevelse av sin situation. Det socialmedicinska sjukdomsbegreppet skiljer sig således från det biologiska sjukdomsbegreppet där det ses till objektivt påvisbara tecken för att identifiera sjukdom. Det svåra med symptomdiagnoser är att de sällan är objektivt mätbara. Smärta, värk, trötthet, svaghet och andra känslor av exempelvis otillräcklighet är något som upplevs subjektivt av individen. Vahlne Westerhäll uppger: ”Det var den enskildes upplevelse av sin insufficiens, kroppslig eller psykisk, som blev avgörande för fortsatt insufficiens och fortsatt arbetsoförmåga. Den enskilde upplevde sig som sjuk och som en följd därav arbetsoförmögen och hennes/hans omgivning ansåg vederbörande vara sjuk, eftersom vederbörande enligt vanligt språkbruk var att betrakta som sjuk. Det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet var därmed uppfyllt.” Från detta drar Vahlne Westerhäll slutsatsen att antingen var det socialmedicinska sjukdomsbegreppet uppfyllt vid symptomdiagnoser eller så förelåg det sjukdom enligt vanligt språkbruk. Enligt detta synsätt borde således det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet sammanfalla med dessa båda begrepp och inte

<sup>197</sup> L Ryberg-Welander, Socialförsäkringsrätt, s. 118.

<sup>198</sup> L Ryberg-Welander, Socialförsäkringsrätt, s. 118 och prop. 1994/95:147 s. 20.

<sup>199</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 256-257.

med det biologiska sjukdomsbegreppet. Förklaringen till att det biologiska sjukdomsbegreppet detta till trots präglat rättstillämpningen menar Vahlne Westerhäll var att kriterierna för det begreppet var lättare att konstatera och därmed lättare att kontrollera, en aspekt som ansågs viktig inom sjukförsäkringen. Detta tillsammans med den omständigheten att det i rättssystemet finns en inbyggd rädsla för misstro.<sup>200</sup>

### 6.2.2 1990-talets renodling

Vahlne Westerhäll framhåller att hon inte känner till något vetenskapligt belägg för regeringens påstående om ett utvidgat sjukdomsbegrepp i tillämpningen, såsom det beskrivits i motiven till renodlingen (se ovan). Istället anser hon att sjukdomsbegreppet inte genomgått någon större förändring. Det socialmedicinska sjukdomsbegreppet som Försäkringsöverdomstolen slagit fast var också det som skulle användas av socialförsäkringsadministrationen. Inom det socialmedicinska sjukdomsbegreppet tas stor hänsyn till den försäkrades sociala kontext utan att det innebär att begreppet enbart byggde på arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska eller sociala skäl, vilket får Vahlne Westerhäll att fråga sig om det var lagstiftarens avsikt att det biologiska sjukdomsbegreppet var det som skulle tillämpas. Hon anser syftet med lagändringen tveksamt.<sup>201</sup>

### 6.2.3 Förändringarna i sjukförsäkringen åren 2008-2010

Ryberg-Welander uppger att förändringarna i sjukförsäkringen som gjordes under åren 2008-2010 inte rättsligt ändrade sjukdomsbegreppet. Däremot påpekar hon att det kan utläsas en tydlig skepticism mot en del symptombaserade sjukdomar i aktuella Ds och propositioner men att definitionen från 1944 alltså står kvar, med de ändringar som gjordes genom renodlingen 1996.<sup>202</sup>

## 6.3 Slutsatser avseende sjukdomsbegreppet

Från statligt håll i förarbetena beskrivs en utvidgning av sjukdomsbegreppet. Det uppges vara något som individer kan ta till om de exempelvis vantrivs på sin arbetsplats. I propositionerna befaras att sjukförsäkring blir till en allmän inkomstbortfallsförsäkring som får täcka diverse generella och sociala livsproblem om inte utvecklingen med slentrianmässiga och mindre genomtänkta sjukskrivningar av människor med symptombaserade diagnoser hindras. Här kan tydligt en skepticism utläsas i förarbetena, vilket även Ryberg-Welander påpekat. Också i det faktum att Arbetsförmågeutredningen anser försäkringens viktigaste uppgift vara att avgöra hur nedsatt en individs funktions- och aktivitetsförmåga är, för att sedan skilja förmågorna från bristande ambition och ansvarstagande, syns skepticismen. Arbetsförmågeutredningen beskriver ett vagt och följsamt sjukdomsbegrepp vilket de anser behöver smalnats av om sjukförsäkringen skall fortsätta hålla samma generositet som idag.

En tydlig diskrepans mellan stat och doktrin syns när det i förarbetena beskrivs ett utvidgat sjukdomsbegrepp medan varken Ryberg-Welander eller Vahlne Westerhäll anser sig kunna se

<sup>200</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 257-259.

<sup>201</sup> L Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?, s. 332.

<sup>202</sup> L Ryberg-Welander, Socialförsäkringsrätt, s. 127.



en sådan förändring av sjukdomsbegreppet. En stor svårighet får anses ligga i de symptom-baserade sjukdomarna vilka, som visats ovan, staten ställer sig kritiska till i vilken utsträckning de bör omfattas av sjukförsäkringen. Det är inte långsökt att hävda att individer som lider av biologiskt baserade sjukdomar som är objektiva och mätbara anses som mer skyddsvärda, i bemärkelsen ersättningsberättigade, av staten inom sjukförsäkringen än de som lider av mer subjektiva sjukdomar baserade på symptom. Intressant är att kontrastera med Vahlne Westerhäll som menar att ett socialmedicinskt sjukdomsbegrepp visst innefattas i den rättsliga konstruktionen av sjukdomsbegreppet. 1940-talets förarbetsuttalande om sjukdom enligt vanligt språkbruk är alltså gällande.

Det kan i denna del således konstateras att sjukförsäkringen präglas av en skepticism från statens sida, som anser det bäst att reglera för att förekomma medborgarnas väntade missbruk. Misstron som beskrivits i tidigare kapitel syns således även här. Även tidigare påvisad diskrepans mellan stat och doktrin är högst aktuell gällande sjukdomsbegreppet, skillnaden mellan den statliga synen på begreppet sjukdom och doktrinens syn på samma begrepp är anmärkningsvärd. Det kan inte heller sägas vara rättsäkert att det för sjukförsäkringen avgörande sjukdomsbegrepp är otydligt, vagt och öppet för tolkning på ovan redogjorda sätt. Otydligheten försvårar den enskildas möjlighet att förutse innebörden av de bestämmelser som bärs upp av begreppet.

## 6.4 Allvarlig sjukdom

År 2008 tillfördes sjukförsäkringen en ny kategori av sjukdom som idag återfinns i 27 kap. 23 § SFB, benämnd allvarlig sjukdom. Bestämmelsen ändrades 1 januari 2010 från fortsatt sjukpenning vid synnerliga skäl till sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom. En försäkrad som lider av allvarlig sjukdom kan beviljas sjukpenning på normalnivå under obegränsat antal dagar. Regeln om fortsatt sjukpenning vid synnerliga skäl kom att tolkas alltför restriktivt varför ett förtydligande ansågs önskvärt och en förändring vidtogs. Socialförsäkringsutskottet har i betänkandet som föranledde ändringen främst fokus på tumörsjukdomar.<sup>203</sup>

Socialstyrelsen har angett ett antal kriterier för vad som menas med allvarlig sjukdom i försäkringsmedicinskt hänseende. För det första måste det finnas ett välavgränsat sjukdomstillstånd eller en skada som går att verifiera genom sedvanliga undersökningsmetoder. Sjukdomen eller skadan måste uppfylla adekvat varaktighet, dvs. tillståndet måste kvarstå i minst sex månader och detta trots att behövliga vårdinsatser vidtagits. Utöver detta första grundkriterium krävs att ytterligare något av socialstyrelsens resterande fyra kriterium är uppfyllda. Dessa är: ”2) Mycket omfattande funktionsnedsättning, eller 3) Betydande funktionsnedsättning och progredierande tillstånd med sannolik risk för omfattande försämring av funktion inom det närmsta året, eller 4) Efter lång tids sjukdom/skada, fortsatt behov av omfattande och krävande behandling, eller 5) Betydande risk för död inom 5 år.”<sup>204</sup>

I proposition 2007/08:136 ger regeringen exempel på vilka åkommor de avser skall omfattas av begreppet allvarlig sjukdom, dessa är neurologiska sjukdomar såsom ALS och vissa tumörsjukdomar. Även organtransplantationer av skall omfattas om den försäkrade väntar på transplantation av ett vitalt organ.<sup>205</sup>

---

<sup>203</sup> Bet. 2009/10:SfU13, s. 8-9.

<sup>204</sup> Socialstyrelsen: Begreppet allvarlig sjukdom/skada i ett försäkringsmedicinskt sammanhang, Dnr 4139/2010 s. 2

<sup>205</sup> Prop. 2007/08:136 s. 81.

#### 6.4.1 Kammarrättens tillämpning av begreppet allvarlig sjukdom

I ett avgörande från Kammarrätten i Stockholm 2011 nekades en enskild som led av effekterna av en behandlad äggstockscancer till fortsatt sjukpenning på 80 procent. Kammarrätten angav som skäl för sitt beslut att utredningen i målet inte visade att kvinnan uppfyllde Socialstyrelsens kriterier för att allvarlig sjukdom skulle föreligga.<sup>206</sup> Även Kammarrätten i Sundsvall nekade i ett avgörande från 2012 en enskild fortsatt sjukpenning på normalnivå då han inte ansågs uppfylla Socialstyrelsens kriterier för allvarlig sjukdom.<sup>207</sup>

#### 6.4.2 Allvarlig sjukdom enligt doktrinen

Ruth Mannelqvist ifrågasätter i boken, *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen*, om ändringen som infördes 1 januari 2010 angående sjukpenning på normalnivå verkligen endast var ett förtydligande så som uppgavs i propositionen eller om den egentligen utgör en materiell förändring av regeln.<sup>208</sup>

Vidare ställer sig Mannelqvist kritisk till Kammarrätternas tillämpning av Socialstyrelsens kriterier gällande allvarlig sjukdom. Hon påpekar att Socialförsäkringsutskottet hade för avsikt att även medicinskt sett mindre allvarliga sjukdomar, såsom cancer, som sätter ned arbetsförmågan skulle omfattas men att en motsvarighet till lagstiftarens uttalande i den frågan inte återfinns i Socialstyrelsens kriterier. Mannelqvist menar även att allvarliga sjukdomar kan pågå kortare tid än sex månader och inte behöver leda till nedsättning i basala funktioner inom ett år eller död inom fem år. Som exempel nämner hon att en försäkrad som drabbas av akut blodförgiftning men som redan har förbrukat 360 dagar på grund av andra sjukdomar inte skulle omfattas av undantagsregeln. Mannelqvist konstaterar att: ”Socialstyrelsens kriterier tenderar således att begränsa den rättsliga förståelsen av begreppet som torde av varit avsedd med lagändringen 2010. Socialstyrelsens omfattande kriterier, som saknar stöd i både lag och motiv, tycks därmed stå i strid med lagstiftarens intentioner.” Angående avgörandet i Sundsvall (se ovan) kommenterar Mannelqvist att Kammarrätten ”baserar ett avgörande i maj 2012 helt på Socialstyrelsens tolkning av begreppet allvarlig sjukdom, utan att närmare diskutera vare sig domstolens bundenhet till den här typen av kvasinormering eller om den står i överensstämmelse med lagstiftarens intentioner och uttalanden.”<sup>209</sup>

Mannelqvist menar vidare att eftersom motivuttalanden och legaldefinition av begreppet allvarlig sjukdom saknas blir domstolarnas bedömning och definitioner av än större vikt. Det har heller inte skett någon prövning av begreppet i högsta rättsliga instans. Den enda ledning som finns att tillgå är således den diskussion lagstiftaren förde vid ändringen från synnerliga skäl–bestämmelsen. Mannelqvist framhåller att rättsläget är oklart, eller i vart fall osäkert, och önskar en definition från lagstiftaren alternativt en tolkning från högsta instans.<sup>210</sup>

<sup>206</sup> Kammarrätten i Stockholm, mål nr 3812-10.

<sup>207</sup> Kammarrätten i Sundsvall, mål nr 214-12.

<sup>208</sup> R Mannelqvist, *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen*, s. 84-85. Boken är utgiven av Lustus Förlag 2012.

<sup>209</sup> R Mannelqvist, *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen*, s. 87. KamR mål nr 214-12.

<sup>210</sup> R Mannelqvist, *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen*, s. 88 och s. 91.

### 6.4.3 Slutsatser avseende allvarlig sjukdom

Redan anledningen till att bestämmelsen allvarlig sjukdom behövdes införas säger möjligen något om lagstiftningen på området i sin helhet (se även ovan kapitel 4). Ett osäkert rättsläge, såsom Mannelqvist beskriver allvarlig sjukdom, kan knappast sägas vara rättsäkert i bemärkelsen förutsebart. Vidare får det anses vara problematiskt när en myndighets tolkning av lagstiftningen tillåts vara utslagsgivande i domstolarnas rättstillämpning. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd är ingen rättskälla och bör heller inte användas som det av Kammarrätterna.

## 7. Arbetsförmågebegreppet

Ovan har begreppet sjukdom inom sjukförsäkringen utretts och problematiserats, nedan skall begreppet arbetsförmågas innebörd inom försäkringssystemet behandlas. Begreppet arbetsförmåga är likt begreppet sjukdom varken enkelt eller entydigt och även här saknas en legaldefinition att förlita sig till, dock är begreppet av avgörande betydelse inom sjukförsäkringen. En nedsatt arbetsförmåga, orsakad av sjukdom, är utgångspunkten för att vara ersättningsberättigad enligt sjukförsäkringen.<sup>211</sup> Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning görs inom ramen för den så kallade rehabiliteringskedjan<sup>212</sup> som infördes 1 juli 2008, vilken redogjorts för utförligt ovan. Den individ som bedöms ha tillräcklig arbetsförmåga för att klara av ett arbete har inte längre rätt till sjukpenning utan måste lämna sjukförsäkringen.

### 7.1 Arbetsförmåga enligt förarbetena

#### 7.1.1 Socialvårdskommitténs betänkande

År 1944 inför tillkomsten av den första sjukförsäkringen delade socialvårdskommittén upp begreppet arbetsförmåga i två delar, en faktisk förmåga ”Vid sjukdom, som förorsakar förlust av arbetsförmågan” och en profylaktisk ”för vars botande den sjuke enligt läkares föreskrift bör fullständigt avhålla sig från arbete”.<sup>213</sup> Således skiljdes på när den försäkrade rent faktiskt inte kunde utföra arbete och på när den försäkrade behövde avhålla sig från arbete för att kunna bli frisk.

#### 7.1.2 Arbetsförmågebegreppet inom 1990-talets renodling

Under 1990-talet renodlades den svenska sjukförsäkringen (se även ovan i kapitel 6 om sjukdomsbegreppet), detta hade naturligtvis även effekter på begreppet arbetsförmåga. I propositionen förklaras ”en försäkrad ha arbetsförmåga när han eller hon, trots en sjukdom, har förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete.”<sup>214</sup> Samtidigt uppges en legaldefinition inte vara möjlig då arbetsförmåga inte kan betraktas som något oföränderligt eller objektivt påvisbart tillstånd.<sup>215</sup> Tanken är att arbetsförmågan skall bedömas mer renodlat utifrån medicinska kriterier för att därigenom åstadkomma tydligare regler och gränser för när ersättning skall utgå från sjukförsäkringen.<sup>216</sup> Steg-för-steg-modellen för bedömning av arbetsförmågan infördes 1997 som en central del av 1990-talets renodling, läs mer om detta ovan i kapitel 5 om rättsreglerna.

---

<sup>211</sup> Se 27 kap. 2 § SFB.

<sup>212</sup> Se 27 kap. 46-55 b §§ SFB.

<sup>213</sup> SOU 1944:15 s. 20.

<sup>214</sup> Prop. 1996/97:29 s. 10.

<sup>215</sup> Prop. 1996/97:29 s. 14.

<sup>216</sup> Prop. 1996/97:29

### 7.1.3 Arbetsförmågebegreppet från och med 2008 och införandet av rehabiliteringskedjan

I juli 2008 infördes rehabiliteringskedjan som till stor del var baserad på 1990-talets steg-för-steg-modell, skillnaden var att här infördes även fasta tidsgränser för när bedömningen av arbetsförmågan skulle ske (se ovan). I propositionen framhålls att förhållningssättet till sjukskrivning och arbete måste förändras, det uppges: ”Att ta till vara människors arbetsförmåga måste alltid vara ett förstahandsalternativ.” Vidare är det regeringens önskan att råda bota på passiviteten i sjukskrivningsprocessen genom införandet av rehabiliteringskedjan och dess fasta hållpunkter. Kedjan innebär en prövning av arbetsförmågan gentemot först den försäkrades vanliga arbete och sedan en successiv ökning efter ju fler dagar som gått där sjukpenning betalats ut, mot fler arbeten och i sista fasen mot arbetsmarknaden i stort.<sup>217</sup> Här gör sig således principen om arbetslinjen (se ovan) synlig och fokus ligger på arbetsmarknaden.

### 7.1.4 Arbetsförmågebegreppet enligt Arbetsförmågeutredningen

I Arbetsförmågeutredningens betänkande<sup>218</sup> från 2009 menar utredarna att arbetsförmåga som politiskt och juridiskt begrepp främst är kopplat till sjukförsäkringen där det är tydligt sammanlänkat till sjukdom. Utredarna konstaterar dock att arbetsförmågebegreppets innebörd inte med lätthet låter sig bestämmas. Begreppet uppges ha olika innebörd i olika sammanhang något som utredarna menar är oundvikligt, även om de samtidigt uppger att ”Mångfalden tillämpningar och skillnader 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.” Fortsättningsvis uppger utredarna: ”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.”<sup>219</sup>

Arbetsförmågeutredningen poängterar att arbetsförmåga är ett relationellt begrepp. Att ha förmåga, förklarar utredarna, är att kunna utföra något. Vilket något som skall kunna utföras beror av vilken förmåga som är för handen. Här menar utredarna att problemet, när det något som skall kunna utföras, är att arbeta, så är det en alltför otydlig aktivitet att mäta förmåga mot. Det finns helt enkelt för många olika sorters arbeten. Utredarna framhåller också att ”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 bedöma en individs arbetsförmåga krävs således att det också finns en bild av vad förmågan skall relateras till. Arbetsförmågeutredningen uppger att det inte skapas några problem för den som har en anställning, i de tidigare skedena av sjukskrivningen, eftersom det då finns ett konkret arbete att bedöma gentemot.<sup>220</sup>

Problemen uppstår i rehabiliteringskedjans tredje tidsintervall när det inte längre räcker med att kunna utföra sitt vanliga arbete för att vara berättigad sjukpenning utan arbetsförmågan skall bedömas gentemot hela arbetsmarknaden. Här försvinner således den

---

<sup>217</sup> Prop. 2007/08:136 s. 58.

<sup>218</sup> SOU 2009:89

<sup>219</sup> SOU 2009:89 s. 105-106.

<sup>220</sup> SOU 2009:89 s. 106-107.

någorlunda tydliga bild som innan fanns till grund för bedömningen genom den försäkrades befintliga arbete och ersätts med det betydligt vidare begreppet den reguljära arbetsmarknaden (numera normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden). Utredarna påpekar att lagstiftaren konsekvent använder sig av begreppet arbeten utan att ta hänsyn till att arbeten kan innebära väldigt olika uppgifter i olika miljöer som påverkar individens förmåga att utföra dem. Utredarna resonerar: ”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.”<sup>221</sup>

Utredarna menar att det behövs en gräns för vad som avses med förmåga men att en sådan inte låter sig göras då bedömningen i verkligheten handlar om något annat. Utredarna anser att det är en illusion att tala i termer av de som kan eller inte kan försörja sig, vid bedömningen mot arbetsmarknaden. En sådan teoretisk bedömning menar de är omöjlig. Istället uppger utredarna att: ”Vad det är frågan om är att skilja den grupp som behöver försöka försörja sig från den som för stunden inte behöver försöka.” Vart den gränsen skall dras menar utredarna inte handlar om en medicinsk bedömning av arbetsförmågan utan är ett politiskt val, ”ett politiskt val gällande hur sannolik eller osannolik vägen till arbetsförmåga ska vara för att man ska kunna ha rätt till sjukpenning eller inte.” Arbetsförmågeutredningen skulle hellre se att begreppet som används inom sjukförsäkring var ”medicinska förutsättningar för arbete” och inte arbetsförmåga.<sup>222</sup>

## 7.2 Arbetsförmågebegreppet enligt doktrinen

I Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, redogör Mannelqvist för hur bedömningen av arbetsförmåga ändrats över tiden. Från 1940-talet till 1990-talet låg fokus för arbetsförmågebedömningen på sjukdomens varaktighet och det fanns ett syfte att förhindra fortsatt ohälsa, individen skulle bli frisk. Under 1990-talet skulle arbetsförmågebedömningen göras utifrån medicinska orsaker och syftet var att få fler försäkrade att återgå i arbete. Från och med 2008 görs arbetsförmågebedömningen utifrån ett generellt arbetsmarknadsläge och med utgångspunkten att samtliga individer har någon form av arbetsförmåga.<sup>223</sup>

Sedan 1990-talet har linjen således varit att enbart medicinska kriterier skall avgöra vem som är ersättningsberättigad enligt sjukförsäkringen. Mannelqvist menar att därefter, inför rehabiliteringskedjan, har lagstiftaren mer ägnat sig åt formella procedurregler, tidpunkter för bedömningen har blivit det centrala. I rehabiliteringskedjan finns inga direkta hänvisningar till rehabiliteringsinsatser vilket fanns i den tidigare steg-för-steg-modellen. Mannelqvist menar därför att: ”Istället intar själva rehabiliteringen i rehabiliteringskedjan en något undanskymd plats i bestämmelsen.”<sup>224</sup>

Vidare framhåller Mannelqvist att bedömningen i sjukförsäkringens rehabiliteringskedja har tydliga likheter med arbetslöshetsförsäkringen, detta menar hon ”skulle kunna leda till att sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp tolkas i ljuset av arbetslöshetsförsäkringens motiv och tillämpning, istället för utifrån de principiella ståndpunkter som ska styra sjukförsäkringen; nämligen en väl avvägd balans mellan ekonomisk trygghet och arbetslinjen.” Mannelqvist konstaterar vidare avsaknaden av diskussion i motiven angående

<sup>221</sup> SOU 2009:89 s. 107-108.

<sup>222</sup> SOU 2009:89 s. 108-109.

<sup>223</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, s. 512, FT Nr 4 2008.

<sup>224</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, s. 526, FT Nr 4 2008.

vilka krav som bör kunna ställas på individen genom arbetet och inom sjukförsäkringen. Hon menar härför att det därför kan ”finnas en risk att de nya reglerna leder till en bedömning av arbetsförmågan som helt oreflekterat baseras på arbetsmarknadens normer, utan individuella hänsyn.”<sup>225</sup>

I Läkarintyget i sjukskrivningsprocessen, behandlar Vahlne Westerhäll begreppet arbetsförmåga i förhållande till rehabiliteringskedjan, inom vilkens tredje tidsintervall bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga skall ske mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.<sup>226</sup> Vahlne Westerhäll menar att tanken här är att det skall råda enhetlighet mellan relevanta myndigheter. Den som således bedöms som arbetsför till att ta ett arbete på arbetsmarknaden av Försäkringskassan skall också anses som arbetsför av arbetsmarknadsmyndigheterna. Det är därför viktigt att myndigheterna samarbetar sinsemellan, både på central nivå och i enskilda fall. Det gäller enligt Vahlne Westerhäll inte bara bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga utan även av vad som kan anses utgöra ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Vahlne Westerhäll uppger att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen anser sig ha ett väl utvecklat samarbete angående de individer som uppnått maximal tid med sjukpenning och dessa personers övergång från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen. Vahlne Westerhäll menar dock att det framgår av olika utredningar att människor hamnat ”mellan stolarna” och att det således finns mycket kvar att göra. Angående de individer som går vidare till Arbetsförmedlingen menar Vahlne Westerhäll att de ”uppvisar stor variation i arbetsförmåga.” Hon förklarar att vissa individer kan klara av flertalet arbeten medan andra har mer begränsad arbetsförmåga.<sup>227</sup>

### 7.3 Slutsatser avseende arbetsförmågebegreppet

Störst problem gällande begreppet arbetsförmåga får sägas infinna sig i rehabiliteringskedjans tredje tidsintervall, när arbetsförmågan efter 180 dagar skall bedömas gentemot hela arbetsmarknaden. Som framgått ovan i kapitel 4 om rättsreglerna är även begreppet arbetsmarknad problematiskt och omtvistat, något som knappast underlättar när det kommer till att mäta den enskildes arbetsförmåga gentemot densamma. Kombinationen av de två förvirrade begreppen, arbetsförmåga och arbetsmarknad, som tolkas på olika sätt av olika aktörer, gör utgången av en tillämpning av begreppen än svårare att förutse.

Det kan även identifieras en skiftning från mer fokus på individens hälsa på 1940-talet till ett numera ökat fokus på arbetsmarknaden i förarbetena, vilket också synliggörs av Mannelqvist.

Arbetsförmågeutredningen önskar sig ett nytt begrepp, där fokus på de medicinska förutsättningarna stärks, att användas istället för det nuvarande begreppet arbetsförmåga i sjukförsäkringen. Arbetsförmågeutredningen pekar på nödvändigheten av att begreppet arbetsförmåga har olika betydelse inom olika socialförsäkringar och myndigheter. Vahlne Westerhäll talar istället om nödvändigheten av en enhetlighet mellan de olika försäkringarna och myndigheterna. Likt föregående kapitel finns således även här en diskrepans mellan statliga företrädare och doktrinen. Onekligen får det sägas vara svårt för den enskilde individen att förstå och förhålla sig till olika tillämpning av samma begrepp hos olika statliga företrädare. Ur ett individperspektiv finns sålunda all anledning att ge Vahlne Westerhäll medhåll angående nödvändigheten av enhetlighet. När individen inte har möjlighet

<sup>225</sup> R Mannelqvist, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, s. 528-529, FT Nr 4 2008.

<sup>226</sup> Se 27 kap. 48 § SFB. Notera att när Vahlne Westerhäll skrev ”Läkarintyget i sjukskrivningsprocessen” var det gällande begreppet ”den reguljära arbetsmarknaden”.

<sup>227</sup> L Vahlne Westerhäll, Läkarintyget i sjukskrivningsprocessen, s. 117.

att förutse vad som kommer att ske riskeras rättssäkerheten och tilltron till försäkringen skadas. Nästföljande kapitel i uppsatsen tillägnas myndigheternas roll och samverkan vid övergången från sjukförsäkringen till insatser hos Arbetsförmedlingen.



## 8. Övergången från sjukförsäkringen och Försäkringskassan till insatser hos Arbetsförmedlingen

När en individ har uppnått den maximala tiden med sjukförsäkring och således inte längre har rätt till ersättning hänvisas personen från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen för att där kunna få hjälp till att återgå till förvärvsarbete. Ovan har den rättsliga bakgrunden inklusive de politiska riktningar som lett fram till att människor får lämna sjukförsäkringen utretts. Nedan skall förklaras vad som sker vid förflyttningen samt vilket ansvar som bärs av Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen under denna övergångsperiod. Även myndigheternas rutiner för att samarbeta sinsemellan skall undersökas. Undersökningen nedan är mer praktisk än föregående kapitel och baseras på rapporter och myndighetsuppgifter snarare än förarbeten och doktrin. Syftet är att undersöka vad som rent konkret sker i den här situationen samt hur väl rådande ordning förefaller fungera. Först presenteras de olika åtgärder och insatser som finns tillgängliga för individen och därefter redogörs för en granskning av myndigheternas samverkan gjord av Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) vilken utövar tillsyn över socialförsäkringarna.

### 8.1 Olika former av insatser

#### 8.1.1 Informationspaket

Cirka fyra månader innan det att en försäkrads ersättning från sjukförsäkringen beräknas ta slut skickar Försäkringskassan ut ett informationspaket till den berörda individen. Genom informationspaketet skall den försäkrade upplysas om vad som händer efter det att dagarna med sjukpenning eller månaderna med sjukersättning tar slut. Informationspaketet är gemensamt framtaget av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Arbetslöshetskassornas samorganisation och innehåller dokument med information från dessa parter. Det är Försäkringskassan som har till uppgift att informera de försäkrade. Handläggarna från Försäkringskassan har också att genom att kontakta berörda individer försäkra sig om att informationen framgått till dem.<sup>228</sup>

#### 8.1.2 Olika former av möten

Det finns tre sorters olika möten som aktualiseras när en individ skall lämna Försäkringskassan för att övergå till Arbetsförmedlingen.

##### 8.1.2.1 Avstämningsmöte

Ett avstämningsmöte sker vanligen på initiativ från Försäkringskassan, det är också de som har skyldighet att kalla till mötet. Det står dock även andra aktörer fritt att begära ett avstämningsmöte. Mötet är till för att utreda den försäkrades hälsotillstånd, dennes arbetsförmåga och eventuella behov av rehabilitering. Förutom en representant från Försäkringskassan och den försäkrade är sjukskrivande läkare, arbetsgivare eller en representant från Arbetsförmedlingen potentiellt relevanta mötesdeltagare. Med nämnda deltagare på plats kan det med fördel planeras rehabiliteringsåtgärder eller andra insatser för

---

<sup>228</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 21.

att söka förkorta ersättningsperioden. Mötesformen lämpar sig också för situationen då det är oklart huruvida den försäkrade kan börja söka nytt arbete. Mötet kan följaktligen, som benämningen ger vid handen, användas vid olika tillfällen och utifrån olika syften. Mötet är sanktionerat på så vis att den försäkrades sjukpenning kan hållas inne om denne utan giltigt skäl vägrar att delta på avstämningsmötet efter kallelse från Försäkringskassan.<sup>229</sup>

### **8.1.2.2 Kontaktmöte**

Kontaktmötet är till för de fall då en försäkrad efter att ha passerat dag 90 i rehabiliteringskedjan riskerar att nekas fortsatt sjukpenning i det fall den försäkrade inte kan erbjudas annat arbete hos sin arbetsgivare. Det krävs att det inte finns något arbete alls hos arbetsgivaren som den försäkrade klarar av för fortsatt rätt till ersättning. Är det således en föreliggande risk att den försäkrade inte kommer att kunna återgå till något arbete hos sin arbetsgivare innan dag 181 skall den försäkrade erbjudas möjlighet att med hjälp av Arbetsförmedlingen söka andra jobb, under denna period, det vill säga mellan dag 91-180, och samtidigt få behålla både sin sjukpenning och sin anställning. (se ovan kapitel 4 om rättsreglerna) Önskar den försäkrade pröva denna lösning är det Försäkringskassan som bokar in ett möte som sedan hålls i Arbetsförmedlingens lokaler.<sup>230</sup>

### **8.1.2.3 Överlämningsmöte**

Under vissa omständigheter är det obligatoriskt för Försäkringskassan att erbjuda den försäkrade ett överlämningsmöte. Dessa situationer är: 1. Vid avslag eller indragning av sjukpenning. 2. I samband med att sjuk- eller aktivitetsersättning övervägs att dras in eller avslås. 3. Individer vars sjukpenningdagar eller månader med sjukersättning tar slut.<sup>231</sup>

Berörda individer skall ha erhållit ett skriftligt material med information om den kommande förändringen cirka fyra månader innan ersättningen beräknas ta slut och ett av mötets syften är säkerställa att denna information framgått. Har den försäkrade redan varit på ett kontaktmöte behöver dock inget överlämningsmöte hållas. Den försäkrade skall informeras om och ges möjlighet att samtycka till att sekretessbelagda uppgifter kan komma att behandlas. Överlämningsmötet har till syfte att skapa en väl fungerande övergång till Arbetsförmedlingen. Genom mötet skall också den försäkrade upplysas om vilken service som finns att tillgå vid den nya myndigheten samt informeras om reglerna för arbetslöshetsförsäkringen. Det är också lämpligt att Försäkringskassan förmedlar information till den försäkrade om kommunens försörjningsansvar samt utgör ett stöd i kontakten med kommunen i aktuella fall.<sup>232</sup>

Rent konkret tar överlämningsmötet cirka en timme och hålls hos Arbetsförmedlingen efter det att Försäkringskassan bokat in en tid. Enligt det vanligaste upplägget är handläggaren från Försäkringskassan endast med på mötets första tio-femton minuter där denne redogör för bakgrundsinformation om sjukförsäkringens begränsningar samt informerar om den försäkrades aktuella situation, för att därefter avlägsna sig genom att lämna över till arbetsförmedlaren. Det förekommer även att den försäkrade har med sig ett personligt ombud, en tolk, en anhörig eller annan som deltar på mötet. Arbetsförmedlaren fortsätter sedan mötet med att berätta vad arbetslivsintroduktionen kommer att innebära och vad dess syfte är.<sup>233</sup>

---

<sup>229</sup> Bilaga 4 Handlingsplan Arbetsförmedling-Försäkringskassa 2010

<sup>230</sup> Bilaga 4 Handlingsplan Arbetsförmedling-Försäkringskassa 2010

<sup>231</sup> Bilaga 4 Handlingsplan Arbetsförmedling-Försäkringskassa 2010

<sup>232</sup> Bilaga 4 Handlingsplan Arbetsförmedling-Försäkringskassa 2010

<sup>233</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 45.

### 8.1.3 Arbetslivsintroduktion

Arbetslivsintroduktion är ett arbetsmarknadspolitiskt program som infördes 1 januari 2010.<sup>234</sup> Programmet riktar sig till de individer vars dagar med sjukpenning eller månader med sjukersättning tagit slut. Den enskilde skall av Försäkringskassan anvisas till introduktionen i god tid så att programmet kan påbörjas i direkt anslutning till att rätten till ersättning från sjukförsäkringen upphör.<sup>235</sup> Avsikten med arbetslivsintroduktionen är att deltagarna skall erbjudas en koncentrerad utredning och kartläggning av sina individuella behov av stöd för att kunna övergå i arbete.<sup>236</sup> Det anses också viktigt att den enskilde tidigt informeras om vad som kommer att förväntas av och erbjudas honom eller henne genom deltagande i introduktionen.<sup>237</sup>

I samband med att programmet startade gav regeringen Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i uppdrag att tillsammans ta fram rutiner för övergången mellan myndigheterna.<sup>238</sup> Detta för att åstadkomma en smidig övergång och för att motverka potentiella avbrott i individens försörjning vid övergången.<sup>239</sup>

Introduktionen skall pågå i högst tre månader och den enskilde skall under denna period erhålla ersättning från Försäkringskassan i form av aktivitetsstöd. Deltagande i programmet är frivilligt för den försäkrade som således har rätt att tacka nej till att delta i introduktionen, dock bortgår då som regel rätten till aktivitetsstöd. Arbetsförmedlingen är den myndighet som beslutar om rätten till aktivitetsstöd.<sup>240</sup> Efter genomgått introduktionsprogram skall den försäkrade kunna bruka sig av Arbetsförmedlingens ordinarie insatser. Det skall i omedelbar anslutning till att arbetslivsintroduktionen avslutats vara möjligt för den enskilde att övergå till jobb- och utvecklingsgarantin eller i jobbgarantin för ungdomar.<sup>241</sup>

### 8.1.4 Jobb-och utvecklingsgaranti

Jobb- och utvecklingsgarantin främsta syfte är att hjälpa personer ur långtidsarbetslöshet. Avsikten är att de individer som efter deltagande i andra arbetsmarknadspolitiska program fortfarande står utan arbete skall anvisas till jobb- och utvecklingsgarantin. Jobb- och utvecklingsgarantin består av tre faser där den första innehåller kartläggning av den enskildas behov och jobbsökaraktiviteter med coachning. Den andra fasen går ut på att utveckla individens arbetsförmåga genom bland annat arbetspraktik och arbetsträning. Den tredje fasen innebär anvisning av den enskilda till en varaktig, samhällsnyttig sysselsättning hos en anvisad anordnare. Arbetsförmedling har möjlighet att ta in externa aktörer som komplement vid exempelvis jobbcoaching.<sup>242</sup> I doktrinen har påpekats att fas 3 har utsatts för hård kritik och att det är troligt att den kommer att ändras till att innehålla mer av utbildning.<sup>243</sup>

---

<sup>234</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 11.

<sup>235</sup> 30b § 3 st Förordning (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program

<sup>236</sup> Prop. 2009/10:45 s. 21.

<sup>237</sup> Prop. 2009/10:45 s. 23.

<sup>238</sup> Regeringsbeslut A2009/3071/A: Uppdrag till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan om samverkan, s. 1.

<sup>239</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 11.

<sup>240</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 18.

<sup>241</sup> Prop. 2009/10:45 s. 21.

<sup>242</sup> L Zanderin, Lag om arbetslöshetsförsäkring, s. 122.

<sup>243</sup> L Ryberg-Welander, Socialförsäkringsrätt, s. 178.

### 8.1.5 Fördjupad kartläggning och vägledning

Efter deltagande i arbetslivsintroduktion är det inte ovanligt att individer fortsätter i programmet ”fördjupad kartläggning och vägledning”.<sup>244</sup> Fördjupad kartläggning och vägledning ingår i kategorin förberedande insatser hos Arbetsförmedlingen vilka är avsedda att underlätta den enskildas val av arbete. Det rör sig om individuellt utformade insatser som kan vara av vägledande, rehabiliterande eller orienterande karaktär och riktar sig särskilt till den som behöver förbereda sig för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program eller ett arbete. Genom fördjupad kartläggning och vägledning skall den enskilda få sina förutsättningar för framtida arbete eller utbildning klargjorda. Programmet pågår som längst i 12 veckor.<sup>245</sup>

### 8.1.6 Gemensam kartläggning

Under 2012 inledde Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen en ny form av samverkan vilken börjar med en gemensam kartläggning. Kartläggningen skall i bästa fall göras tidigt i sjukfallet men den kan också användas för personer vars sjukpenningdagar närmar sig ett slut. Helst skall kartläggningen genomföras senast sex månader innan den försäkrade uppnår maximal tid.<sup>246</sup>

Kartläggningen pågår under en period av maximalt fyra veckor där ett eller fler möten hålls, deltagande på mötena är den enskilda, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Det är även tänkbart att andra aktörer som exempelvis hälso- och sjukvården eller kommuner deltar i mötena. Både Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kan kalla till mötet och det är mötesformen avstämningmöte (se ovan) som används.<sup>247</sup>

Målet med kartläggningen är att hjälpa individen till ökade förutsättningar för att han eller hon skall återfå sin arbetsförmåga och klara sin egen försörjning.<sup>248</sup> Kartläggningen har också till syfte att i ett tidigt skede kunna använda sig av båda myndigheternas kompetens för att uppnå bästa resultat. Det kan även bli aktuellt med parallella insatser.<sup>249</sup>

### 8.1.7 Finansiell samverkan inom rehabiliteringsområdet (Finsam)

Finansiell samordning är frivilligt och består av ett samarbete mellan en försäkringskassa, en arbetsförmedling, ett landsting och en eller flera kommuner. Samarbetet riktar sig till de individer som har behov av samlade insatser av rehabiliteringsstöd från olika myndigheter samtidigt för att kunna återgå i arbete.<sup>250</sup> Syftet med samordningen är att vinster skall kunna uppnås både ur individperspektiv och på samhällsnivå. Tanken är att om hela kedjan av insatser redan från början planeras av berörda aktörer i en gemensam individuell handlingsplan så främjas en kostnadseffektiv användning av tillgängliga resurser. Avsikten är

---

<sup>244</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 32.

<sup>245</sup> AF: Faktablad till arbetssökande, nov. 2011.

<sup>246</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 27.

<sup>247</sup> ISF Rapport 2013:3 s. 39-40.

<sup>248</sup> <http://www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Var-verksamhet/Projekt-och-samarbeten/Rehabilitering-till-arbete.html>

<sup>249</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 27.

<sup>250</sup> <http://www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Var-verksamhet/Projekt-och-samarbeten/Rehabilitering-till-arbete.html>

också att undvika att människor fastnar i en gråzon då de insatser de behöver inte faller enbart inom en aktörs ansvarsområde. Det är viktigt att hindra en rundgång mellan Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen som kan leda till att individer blir utan rehabilitering.<sup>251</sup>

## 8.2 Samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i en rapport från 2011 granskat rutinerna för övergång från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen för de individer vars dagar med sjukpenning eller månader med sjukersättning tagit slut. Dessa individer uppges enligt rapporten inte nödvändigtvis ha någon arbetsförmåga varför de är i behov av särskilda insatser inför en övergång från sjukskrivning till aktivt arbetssökande.<sup>252</sup>

### 8.2.1 Överlämningsmöten

Genom en granskning av Försäkringskassans statistik kan inspektionen konstatera att endast åtta procent av alla erbjudande om överlämningsmöte lämnas i tid.<sup>253</sup> Siffrorna är baserade på statistik gällande de 18 075 personer vars sjukpenningdagar tog slut under perioden januari-augusti år 2010.<sup>254</sup> Totalt erbjöds enbart 66 procent ett överlämningsmöte och endast 51 procent av samtliga omfattade deltog i ett överlämningsmöte. Som bekant skall överlämningsmöte erbjudas fyra månader innan sjukpenningdagarna eller sjukersättningen tar slut, dock senast 90 dagar innan. Inspektionen påtalar att systemet vid den här tiden var nytt och att det kan ha haft en viss inverkan i form av ökad belastning för Försäkringskassan under särskilt det första kvartalet år 2010. Samtidigt konstateras att vad gäller deltagande i överlämningsmöten kan ingen nämnvärd skillnad observeras mellan årets början och årets mitt.<sup>255</sup>

### 8.2.2 Intervjuer med myndigheternas handläggare

ISF har i sin granskning av samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen utfört intervjuer med handläggare från de båda myndigheterna angående hur de upplever samarbetet och rutinerna kring de personer som uppnått maximal tid med sjukpenning.

#### 8.2.2.1 Försäkringskassehandläggarnas uppfattning

##### *Överlämningsmöten*

Från intervjuerna med Försäkringskassans handläggare framgår att det finns en uppfattning hos handläggarna om att arbetsförmedlarna är alltför personliga och avslöjande av sina privata åsikter i sitt bemötande mot de försäkrade under överlämningsmöten. Så här uttrycks det i rapporten: ”Till en början kunde de ibland ha svårt att acceptera situationen, utan framhåll

---

<sup>251</sup> Prop. 2002/03:132 s. 43.

<sup>252</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 13

<sup>253</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 31

<sup>254</sup> Se tabell 3.2 i ISF Rapport 2011:6 s. 32, statistik från FK:s statistiklager Store, bearbetad av ISF.

<sup>255</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 31

ofta att den försäkrade är sjuk och förstärkte på det sättet fokuset på det sjuka.” Det här, av försäkringshandläggarna upplevda, problemet sägs dock ha blivit bättre med tiden. Försäkringskassan handläggare önskar sig en saklig hållning från arbetsförmedlarna, att de använder sig av att professionellt och objektivt tillvägagångssätt för att på så sätt uppnå bra överlämningsmöten. Handläggarna påpekar också i intervjuerna att det är Försäkringskassans uppgift att informera om vilken nedsättning i arbetsförmågan som Arbetsförmedlingen har att ta hänsyn till. Handläggarna påpekar dock även att det är tillbörligt att visa vederbörlig respekt för att den försäkrade är sjuk, men att det inte hindrar det faktum att rätten till ersättning från sjukförsäkringen är slut.<sup>256</sup>

Vidare är ett samarbete med andra centrala aktörer är enligt intervjuerna ISF gjort med handläggarna viktigt för att få till stånd bra överlämningsmöten. ISF uppger i rapporten: ”I och med att handläggarna allt oftare får möta och förhålla sig till personer i kris anser de sig ha blivit mer av social-arbetare och kuratorer.” Därför ses det som värdefullt att kunna ta hjälp av specialister från hälso- och sjukvården. Vidare framgår det av rapporten att: ”Handläggarna understryker att hälso- och sjuk-vårdens delaktighet i vissa fall också kan vara avgörande för att stötta upp den pågående processen och förbereda de försäkrade inför överlämningsmötena.”<sup>257</sup>

### 8.2.2.2 Arbetsförmedlarnas uppfattning

#### *Information till individen*

ISF redogör också i rapporten för intervjuer de gjort med arbetsförmedlarna angående deras uppfattning om hur rutinerna för övergång mellan myndigheterna ter sig i praktiken. Något som arbetsförmedlarna återkom till mer än en gång under intervjuerna var det så kallade informationspaketet, det vill säga den skriftliga informationen som skickats ut till de försäkrade när tiden närmast sig för att deras ersättning från sjukförsäkringen skall upphöra. Det framgår av rapporten att: ”Arbetsförmedlarnas upplevelse av paketet med informationsmaterial är att det är massivt, otydligt och svårt att ta till sig.” Det finns enligt rapporten en allmän uppfattning hos arbetsförmedlarna att en nerbantning av informationspaketet skulle vara gynnsamt och bidra till ökad tydlighet.<sup>258</sup>

Det påtalas också att många av de försäkrade är införstådda med att de skall byta ersättningsform men däremot inte är på det klara med syftet med övergången och innebörden av arbetslivsintroduktionen på Arbetsförmedlingen. Även detta problem anser arbetsförmedlarna kunna komma åt genom tydligare information till de försäkrade som då bättre skulle kunna acceptera myndighetsövergången.<sup>259</sup>

Genom intervjuerna med arbetsförmedlarna har ISF också kunnat se att förmedlarna lägger stor vikt vid den enskilda försäkringshandläggaren och vilken förmåga denne har att framföra information från Försäkringskassan till den försäkrade. Bäst sägs erfarna handläggare som arbetat länge med sjukförsäkring vara. Det är även betydelsefullt om handläggaren haft en långvarig relation med den försäkrade. I de fall förutsättningarna går till på nyss beskrivet sätt tendererar överlämningsmöten enligt arbetsförmedlarna bli som mest fördelaktiga. Allt beror dock inte av den enskilde handläggaren utan den försäkrades mottaglighet för information framhålls också som betydande. Generellt framhålls just den omständighet att informationen om den nya övergången framgått till den försäkrade och att denne också har förstått och kunnat tillgodogöra sig densamma som något som

---

<sup>256</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 39

<sup>257</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 40

<sup>258</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 42

<sup>259</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 42

arbetsförmedlarna anser vara av stor vikt för lyckade möten.<sup>260</sup> Inspektionen framhåller i rapporten vad de anser vara en intresseväckande observation utifrån intervjuerna med arbetsförmedlarna. Enligt arbetsförmedlarnas uppfattning är det anmärkningsvärt ofta som det under överlämningsmötet är första gången som den försäkrade och handläggaren från Försäkringskassan möts.<sup>261</sup>

#### *Ekonomiska frågor överskuggar*

Ett annat problem som inspektionen kunnat finna i arbetsförmedlarnas perspektiv är att frågor om ekonomi tenderar att ta över under överlämningsmötet. Utifrån intervjuerna sägs frågor om ekonomi vara det viktigaste för de försäkrade som vill veta hur de skall klara sin försörjning. De vill veta var de skall få pengar ifrån och hur mycket pengar det kommer att röra sig om. Dessa frågor tar stor del av mötestiden i anspråk. Ur rapporten: ”Överläggningarna om ekonomin blir tidsödande inte minst av den orsaken att det sällan är klart exakt vad en viss kund kommer att få för ersättning.” Arbetsförmedlarna anser inte mötets syfte främst vara att utreda den ekonomiska situationen utan snarare ett tillfälle att utbyta information. En möjlighet för arbetsförmedlarna att berätta om arbetslivsintroduktion och vad som kommer att ske inom ramen för programmet samt en möjlighet för arbetsförmedlarna att bekanta sig med den försäkrade och sätta sig in i dennes individuella situation. En del arbetsförmedlare vittnar också om en utbredd osäkerhet hos de försäkrade som inte vet vad som förväntas av dem eller vad som kommer ske härnäst, då kan överlämningsmötet ha en avdramatiserande verkan och lugna oron hos de försäkrade.<sup>262</sup>

Ersättningsnivån för den försäkrade utreds av den arbetslöshetskassa som den försäkrade tillhör. En utredning som enligt rapporten i allmänhet behöver göras tämligen grundligt. Det här medför att den försäkrade ofta inte upplever sig få svar på sina frågor under överlämningsmötet. Bilden från arbetsförmedlarna i de gjorda intervjuerna är att detta skapar en negativ upplevelse hos den försäkrade som lägger grunden för överlämningsmötet men också i förlängningen påverkar förutsättningarna för den försäkrades medverkan i arbetslivsintroduktionen.<sup>263</sup>

#### *Önskan om utbildningsinsatser*

I intervjuerna med arbetsförmedlarna framkom önskemål om fler utbildningsinsatser för att bättre kunna hantera det nya. Det finns en utbildning i så kallade motiverande samtal som kan sägas rikta sig till just de personer som kommer till Arbetsförmedlingen på grund av att deras sjukpenning hos Försäkringskassan tagit slut. Utbildningen är dock inte generell och tillgänglig för alla arbetsförmedlare som jobbar med sådana ärenden utan förekommer enligt ISF:s rapport enbart på en ort av dem inspektionen besökt.<sup>264</sup>

Inspektionen kan också utifrån sina intervjuer med arbetsförmedlarna konstatera att mycket visar på att det saknas detaljerade stöddokument i form av process- eller rutinbeskrivningar för arbetet med överlämningsmötena. Inte heller sägs redan existerande vägledningar och riktlinjer ha ändrats för att kunna fungera som stöd vid överlämningsmötena. De få utbildningar som nämns verkar inte heller de ha bidragit med önskvärt stöd.<sup>265</sup>

Många arbetsförmedlare påpekade också i intervjuerna att arbetslivsintroduktionen medför en helt ny grupp av kunder för förmedlarna att möta. I

---

<sup>260</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 42-43

<sup>261</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 45

<sup>262</sup> ISF rapport 2011:6 s. 43-44

<sup>263</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 44

<sup>264</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 47

<sup>265</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 48

rapporten står: ”De har inte själva sökt sig dit och många är betydligt sjukare än kunder som arbetsförmedlarna tidigare har träffat på.”<sup>266</sup>

### 8.2.3 ISFs slutsatser

I sin sammanfattade diskussion i rapporten ifrågasätter inspektionen hur mycket Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen egentligen samarbetar. De menar att det enda som dessa båda myndigheter de facto gemensamt tagit fram är informationspaketet som skickas ut till de försäkrade inför övergången. Förutom paketet ställer sig inspektionen följaktligen frågande till hur mycket av rutiner och arbetsätt inför övergången som kommer av ett gemensamt arbete. Inspektionen ställer sig också tveksamma till att betrakta utskicket av informationspaketet samt överlämningsmötet som en rutin på det sättet som var tänkt i uppdraget som tilldelades myndigheterna av regeringen.<sup>267</sup>

Inspektionen menar vidare att en tolkning av själva benämningen på överlämningsmötet, ordvalet överlämning, kan tyda på att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen anser mötets viktigaste syfte vara att markera vem som har ansvaret för ärendet, både sinsemellan och gentemot den försäkrade. Övergången innebär således inget egentligt samarbete myndigheterna emellan utan fokus ligger på ansvarsöverlämningen.<sup>268</sup>

Ett av de förslag till åtgärder som inspektionen lämnar går ut på att individer i den här situationen måste känna sig trygga med sin försörjning för att ett bra resultat skall kunna åstadkommas vid övergången till Arbetsförmedlingen. Önskvärt vore att försörjningsfrågan är utredd och avklarad, så långt möjligt, innan överlämningsmötet äger rum. På så vis kan mötet istället ägnas åt framtida insatser. För att uppnå detta krävs att processen för övergång påbörjas tidigare än vad den görs idag.<sup>269</sup>

## 8.3 Slutsatser avseende övergången

Som framgått ovan finns det en rad olika insatser som kan sättas in när en individ uppnått maximal tid med sjukpenning och får lämna sjukförsäkringen. Samtliga insatser syftar till att få den enskilde tillbaka i arbetslivet. Det är Försäkringskassan som ansvarar för att slussa den försäkrade vidare till Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan skickar ut informationspaketet till individen när tiden för att lämna sjukförsäkringen närmar sig, Försäkringskassan har också ansvaret för att försäkra sig om att individen mottagit informationen. Det är Försäkringskassan som tar initiativ de olika formerna av möten, inklusive överlämningsmötet. Och det är också Försäkringskassan som anvisar den enskilde till arbetslivsintroduktionen. Härfter tar Arbetsförmedlingen över för att hjälpa den försäkrade att komma i arbete.

Av de intervjuer som ISF gjort som en del i sitt tillsynsarbete går det tydligt att utläsa en uppfattning hos såväl handläggarna från Försäkringskassan som hos arbetsförmedlarna att de har med sjuka individer att göra när de håller överlämningsmöte inför individens inträde i arbetslivsintroduktion. Starka reaktioner beskrivs hos arbetsförmedlarna som uppges ha svårt att hålla tillbaka sina känslor inför de försäkrade. Någon ledning om varför dessa reaktioner sedan uppges ha avtagit ges inte i rapporten men

---

<sup>266</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 48

<sup>267</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 52, Regeringsbeslut A2009/3071/A. Läs mer om uppdraget från regeringen under avsnittet Arbetslivsintroduktion.

<sup>268</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 56

<sup>269</sup> ISF Rapport 2011:6 s. 58



gissningsvis kan det handla om en tillvänjning hos arbetsförmedlarna som helt enkelt vant sig och inte längre reagerar på vad de initialt upplevde som fel. Även i beskrivningen av samarbetet med andra aktörer och vikten av stöd från hälso- och sjukvården blir det tydligt att de båda myndigheterna anser sig hantera personer som är långt ifrån friska. Även inspektionens egen utgångspunkt när de beskriver individerna som befinner sig i övergången mellan myndigheterna, som inte nödvändigtvis innehavandes av någon arbetsförmåga, bekräftar bilden av att personerna inte lämnar sjukförsäkringen därför att de har blivit friska.

Att de ekonomiska frågorna överskuggar andra frågor under överlämningsmötena framstår som självklart sett ur ett individperspektiv, det får sägas vara svårt för den enskilde att koncentrera sig på att ta del av olika aktiviteter innan denne vet om han eller hon kommer att kunna betala nästa månads hyra.

ISF ställer sig också frågande till i vilken utsträckning myndigheterna egentligen samarbetar med varandra, inspektionen anser det snarare handla om en överlämning av ansvar än en genuin samverkan. Ett riktigt samarbete myndigheterna emellan skulle förstås gynna den enskilde bättre. Som ordningen ser ut nu, där individen möts av olika besked från olika myndigheter, kan varken sägas vara bra för tilltron till socialförsäkringssystemet eller upplevas som rättssäkert av den enskilda.

Individerna som lämnar sjukförsäkringen är, som visats ovan, många gånger långt ifrån entydigt friska. Anledningen till att de får lämna sjukförsäkringen är istället att de nått en viss tidsgräns. Tidsgränsen har införts för att hjälpa försäkra att sjukförsäkringen skall vara till enbart för de som är sjuka och inga andra. Övriga skall istället tillbaka ut på arbetsmarknaden. Dock kan utifrån ovan gjorda redogörelse konstateras att även sjuka människor ställs utanför sjukförsäkringen. I nästföljande kapitel skall undersökas om statens syfte med tidsbegränsningen kan sägas uppfyllas genom nuvarande utformning.

## 9. Vad införandet av tidsbegränsningen av sjukförsäkringen inneburit i praktiken

Det är nu drygt fem år sedan sjukförsäkringen tidsbegränsades som en del av de omfattande regeländringarna som infördes 1 juli 2008. Nedan skall undersökas vad dessa regeländringar inneburit i praktiken med fokus på vad som händer för de individer vars sjukpenningardagar tagit slut.

Ovan har redogjorts för hur övergången mellan de båda myndigheterna Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen konkret går till, vilka insatser som aktualiseras, samt hur handläggarna på myndigheterna upplevt samarbetet med varandra och hur de har förhållit sig till omstruktureringarna i sjukförsäkringen. Nedan skall således beröras vad som sker efter övergången. Vad blir konsekvensen av de regler som innebär att människor får lämna sjukförsäkringen? Vad händer efter arbetslivsintroduktionen? Kommer de försäkrade tillbaka i arbete, såsom är tanken och syftet med försäkringens utformning?

### 9.1 Individer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) presenterade tidigare i år en rapport<sup>270</sup> där de undersökt vilka personerna som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen är, samt vad som händer med dem efteråt. I rapporten beskrivs en heterogen grupp bestående av personer som ofta har omfattande och komplexa sjukdomstillstånd.

I rapportens förord skriver ISFs generaldirektör Per Molander: ”Omkring hälften av dem som berördes återvände till sjukförsäkringen inom ett år, kvinnor i högre utsträckning än män. Beroendet av ekonomiskt bistånd ökade ganska markant. Å andra sidan hade flertalet av de personer som var partiellt sjukskrivna med 25 procents omfattning ökat sina arbetsinkomster. Med någon förenkling kan man alltså säga att regelförändringarna har verkat polariserande. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är myndigheter med helt olika uppdrag, vilket blir tydligt när de förväntas arbeta så nära varandra som i denna situation. Så många som sju av tio bedömdes av Arbetsförmedlingen vara för sjuka för att kunna sägas stå till arbetsmarknadens förfogande. Eftersom myndigheterna gör sina bedömningar från olika utgångspunkter, kan det hända att vissa av dessa personer av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga – de är för friska för att vara sjukskrivna men samtidigt för sjuka för att anses kunna arbeta.”<sup>271</sup>

#### 9.1.1 Två studier

Den utförda granskningen gjordes genom dels en registerstudie och dels en aktstudie.

Registerstudien har ISF baserat på individdata från Försäkringskassans databas MiDAS samt på Socialstyrelsens individdata om utbetalningar av ekonomiskt bistånd. Studien är gjord gällande de individer som lämnade sjukförsäkringen under år 2010 efter det att personerna uppnått maximal tid med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning, vilket totalt omfattar cirka 40 600 personer. De individer som lämnade sjukpenningförmån uppgick till cirka 19 800 personer och de som lämnade tidsbegränsad sjukersättning uppgick till cirka 20 800 personer.

Aktstudien omfattar 279 personer, där samtliga uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen under tredje kvartalet 2010 varpå de lämnade försäkringen för att istället

<sup>270</sup> ISF Rapport 2013:6 Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen.

<sup>271</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 5, Generaldirektör Per Molander, Stockholm i april 2013.

skriva in sig hos Arbetsförmedlingen för att därefter återvända till sjukförsäkringens sjukpenningförmån fram till och med 30 september 2011. Aktstudien omfattar enbart personer med sjukpenning inte personer med sjukersättning. Aktstudien är baserad på Försäkringskassans ärendeakter gällande individerna, akter både från då de lämnade försäkringen samt från när de senare återvände. ISF har även baserat aktstudien på uppgifter från Arbetsförmedlingens platsförmedlingssystem samt den sammanfattande dokumentation som finns hos Arbetsförmedlingen angående individernas deltagande i arbetslivsintroduktion.<sup>272</sup>

ISF beskriver i rapporten samma bild som presenterats ovan i denna uppsats, om hur övergången från sjukförsäkringen till Arbetsförmedlingen ser ut, en bild där individer först uppnår maximal tid i sjukförsäkringen och således får lämna försäkringen för att därefter delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program, företrädesvis arbetslivsintroduktion. Förevarande rapport svarar även på vad som händer med individerna i nästa steg, efter arbetslivsintroduktionen, där det i många fall slutar med att individen återvänder till sjukförsäkringen.<sup>273</sup>

I rapporten uppges att Försäkringskassans statistik visar att det under de första två och ett halvt åren sedan tidsgränserna infördes i sjukförsäkringen var drygt 62 000 personer som lämnade sjukförsäkringen, efter det att de uppnått maximal tid i försäkringen. Flest lämnade under 2010, detta mycket på grund av att en stor grupp som omfattades av övergångsregler lämnade försäkringen i januari 2010. Totalt var det i genomsnitt cirka 3 200 personer per månad som lämnade försäkringen under 2010. Under 2011 låg genomsnittssiffran för personer som lämnade försäkringen per månad på cirka 1 400 och under första halvåret 2012 var det drygt 700 personer per månad som lämnade sjukförsäkringen.<sup>274</sup>

Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens återrapportering från 2011 visar att av de personer som lämnade sjukförsäkringen under 2010 efter det att de uppnått maximal tid, återvände drygt hälften till sjukförsäkringen för att återigen erhålla sjukpenning, fram till och med oktober 2011.<sup>275</sup>

### 9.1.2 Villkor för återvändande till sjukförsäkringen

Försäkringskassan handlägger ärenden för de som återvänder till sjukförsäkringen på samma sätt som de handlägger helt nya ärenden.<sup>276</sup> Som redogjorts för ovan (se kap. 4) krävs det ett uppehåll på minst 87 dagar utan någon form av sjukpenning innan den som uppnått maximal tid med sjukpenning kan erhålla ersättningen återigen. Det fordras fortfarande att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom.<sup>277</sup> Den individ som återvänder till sjukförsäkringen efter att ha deltagit i ett arbetsmarknadsprogram, exempelvis arbetslivsintroduktion, bedöms inom sjukpenningförmånen mot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, detta oavsett om individen har en anställning eller ej. För att individen skall undvika att bli bedömd mot arbetsmarknaden och istället bedömas gentemot sitt vanliga arbete krävs det att individen påbörjar en ny sjukperiod och att individen däremellan har förvärvsarbetat under en period om minst 90 dagar.<sup>278</sup>

<sup>272</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 17-18.

<sup>273</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 25.

<sup>274</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 25.

<sup>275</sup> För detaljerade statistik se AF och FK (2011): Uppföljning av de personer som uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen under 2010 eller under första eller andra kvartalet 2011, bilaga 1 (s. 16-20).

<sup>276</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 34 som hänvisar till FK.

<sup>277</sup> SFB 27 kap. 2 §

<sup>278</sup> SFB 27 kap. 51§

### 9.1.3 Personer som inte återvänder till sjukförsäkringen

ISF har gått igenom statistik och studier från Försäkringskassan och presenterar utifrån det siffror angående vad som sker med de personer som inte återvänder till sjukförsäkringen. I en sådan studie har undersökts hur det gick för cirka 32 000 personer under de följande 14 månaderna efter det att de lämnat sjukförsäkringen. Det framgår av studien att en relativt stor andel av de personer som inte återvände till sjukförsäkringen inte heller erhöll ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. Dessa personer som således inte omfattades av någon av de båda försäkringarna har istället hittat ett arbete på egen hand eller erhåller försörjningsstöd från sin kommun eller blir försörjd av en familjemedlem eller annan närstående. Av samtliga personer i den här studien var 10 procent i arbete efter 14 månader. Av dem 10 procenten var 2 procent i arbete utan stöd och 8 procent i arbete med stöd.<sup>279</sup>

### 9.1.4 Ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd regleras i Socialtjänstlagen och utbetalas av kommunen. Det finns två sorters ersättning som kan bli aktuella. Den första är försörjningsstöd vilket innebär en ersättning för att klara den dagliga försörjningen och den andra sortens ersättning innebär ett tillfälligt stöd för att klara vissa utgifter exempelvis tandläkar- eller läkarkostnader. Den som inte själv kan försörja sig eller på annat sätt tillgodose sina behov har enligt socialtjänstlagen rätt till bistånd för sin försörjning från socialnämnden, varigenom den enskilde skall tillförsäkras en skälig levnadsnivå.<sup>280</sup> Dock har varje individ en skyldighet att bidra till sin egen försörjning efter förmåga, varför arbetsföra personer skall stå till arbetsmarknadens förfogande. Ekonomiskt bistånd beviljas på hushållsnivå och är således inte möjligt att erhålla om någon annan i hushållet kan försörja den berörda.<sup>281</sup>

ISF uppger i rapporten att det saknas uppgifter på nationell nivå angående omfattningen av ekonomiskt bistånd bland dem som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen. Dock hänvisar ISF till en studie som gjorts av Sveriges kommuner och landsting (SKL) där omfattningen av ekonomiskt bistånd till dem som lämnat sjukförsäkringen efter att ha uppnått maximal tid undersökts. SKLs studie avser perioden januari-oktober 2010 och omfattar de tre kommunerna Borlänge, Hässleholm och Halmstad och visar att i de kommunerna, under de månaderna, hade 10 procent av personerna fått ekonomiskt bistånd. En annan studie från Försäkringskassan, där de som inte anmält sig till Arbetsförmedlingen efter att de lämnat sjukförsäkringen undersökts, visar att 2 procent av dem som hade lämnat sjukförsäkringen efter maximal tid med sjukpenning hade försörjningsstöd som huvudsaklig inkomstkälla. För de som uppnått maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning var motsvarande siffra 5 procent. Studien gjordes i mars 2010.<sup>282</sup>

---

<sup>279</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 35.

<sup>280</sup> SoL 4 kap. 1 §

<sup>281</sup> Mörk och Liljeberg, Fattig, sjuk och arbetslös, s. 4-5.

<sup>282</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 35-36.

## 9.2 Närmare om de individer som uppnådde maximal tid och lämnade sjukförsäkringen under 2010

Drygt 54 200 personer uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen under 2010, varav cirka 23 900 personer hade uppnått maximal tid med sjukpenning och 30 300 maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning. Av dessa personer stannade ungefär 25 procent kvar i sjukförsäkringen genom att övergå till andra ersättningsformer såsom fler dagar med sjukpenning, aktivitetsersättning eller sjukersättning tills vidare. Totalt uppgick således de som lämnade sjukförsäkringen efter att ha uppnått maximal tid under 2010 till nästan 40 600 personer.<sup>283</sup>

Cirka 19 800 personer lämnade sjukförsäkringen efter att de uppnått maximal tid med sjukpenning, 9 procent av dessa hade även aktivitetsersättning eller sjukersättning på deltid. Inom ett år hade ungefär 10 800 personer återvänt till sjukförsäkringen och sjukpenningen med ett sjukfall som varade längre än en månad. Vidare hade inom ett år cirka 500 personer beviljats aktivitetsersättning eller sjukersättning tills vidare. Sammantaget innebär det att 57 procent av dem som uppnådde maximal tid med sjukpenning återvände till sjukförsäkringen inom ett år.<sup>284</sup>

Ungefär 20 800 personer lämnade sjukförsäkringen efter att de uppnått maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning, varav 8 700 återvände till sjukförsäkringen inom ett år med ett sjukpenningfall som varade längre än en månad. Ungefär 600 personer beviljades sjukersättning tills vidare. Sammantaget återvände således 45 procent av dem som uppnådde maximal tid med sjukersättning till sjukförsäkringen inom ett år.<sup>285</sup>

### 9.2.1 Fakta om individerna

ISF presenterar också en del övriga fakta om de personer som lämnade sjukförsäkringen vid maximal tid: 70 procent av dem var kvinnor. 60 procent var mellan 30-49 år gamla och 30 procent var mellan 50-59 år gamla. 60 procent hade gymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå. 50 procent hade en psykisk sjukdom som huvuddiagnos och 30 procent hade en muskuloskeletal sjukdom som huvuddiagnos. De som uppnått maximal tid med sjukpenning hade i genomsnitt haft 49 månader med sjukpenningförmåner sedan år 2003. De som hade uppnått maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning hade i genomsnitt haft 58 månader med sjukersättning sedan år 2003. De flesta hade en gedigen erfarenhet av arbetslöshet och i genomsnitt sammanlagt varit inskrivna hos Arbetsförmedlingen i cirka 20 månader sedan år 2003. 85 procent var inskrivna hos Arbetsförmedlingen när de lämnade sjukförsäkringen.<sup>286</sup>

### 9.2.2 Arbetsinkomst

Som bekant var syftet med ett införande av maximal tid i sjukförsäkringen enligt förarbetena att fler sjukskrivna skulle återgå i arbete. ISF uppger i sin rapport att det saknas information

<sup>283</sup> Se tabell i bilaga 1, s. 17, AF och FK (2011): Uppföljning av de personer som uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen under 2010 eller under första eller andra kvartalet 2011 samt ISF Rapport 2013:6 s. 37.

<sup>284</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 38.

<sup>285</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 38.

<sup>286</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 38.

om arbetstid i registerdata men att som ett grovt mått kan istället förändringen av årsarbetsinkomsten användas för att mäta förändring av arbetstiden. Gränsen för om en person skall räknas ha förändrat sin arbetsinkomst är satt till 12 000 kronor, upp till minst den summan skall således personen ha ökat eller minskat sin arbetsinkomst per år.

10 procent av de som lämnade sjukförsäkringen efter att ha uppnått maximal tid under 2010 hade fått minskade arbetsinkomster år 2010 jämfört med föregående år. 60 procent hade oförändrade arbetsinkomster och 30 procent hade ökat sina arbetsinkomster år 2010 jämfört med år 2009. 40 procent hade ingen eller mycket låg arbetsinkomst under år 2009 och för år 2010 var det 50 procent som hade ingen eller mycket låg arbetsinkomst, lägre än 12 000 kronor per år. Socialförsäkringsförmåner och ekonomiskt bistånd räknas inte som arbetsinkomst.

Av dem som lämnade en sjukpenning- eller sjukersättningsförmån på 25 procent hade 70 procent ökat sina arbetsinkomster. Av dem som hade 100 procent ersättning från sjukförsäkringen hade 20 procent fått ökade arbetsinkomster under år 2010. Detta förklaras med att de som enbart erhöll sjukpenning eller sjukersättning på deltid troligtvis hade bättre hälsa och flera av dem arbetade redan deltid innan de lämnade sjukförsäkringen.<sup>287</sup>

### 9.2.3 Ekonomiskt bistånd

Av de som lämnade sjukförsäkringen under 2010 hade 8 procent fått ekonomiskt bistånd under minst en månad under föregående år, 2009. Det närmast efterföljande året (12 månaderna) efter att personerna lämnat sjukförsäkringen fick 17 procent ekonomiskt bistånd under minst en månad.

ISF påpekar att det är allvarigare när personer blir långvarigt försörjda genom ekonomiskt bistånd än när det rör sig om en tillfällig hjälp. Vidare uppges att det ”är mer sannolikt att långvarigt mottagande av ekonomiskt bistånd har koppling till ersättningsnivåerna i socialförsäkringen än att man får ekonomiskt bistånd i väntan på beslut om ersättning från Försäkringskassan eller a-kassorna.” Av dem som lämnade sjukförsäkringen under 2010 var det 2,5 procent som erhöll ekonomiskt bistånd under minst 6 månader föregående år. De följande 12 månader efter att individerna lämnat sjukförsäkringen hade andelen ökat till 8,6 procent.

De grupper som hade stor andel långvarigt ekonomiskt bistånd redan under 2009 var dels unga, utrikesfödda personer med heltidsersättning och dels personer med psykisk sjukdom som huvuddiagnos. För samtliga grupper ökade dock erhållandet av långvarigt ekonomiskt bistånd efter uppnådd maximal tid i sjukförsäkringen. Störst ökning var det hos följande grupper: dem som hade heltidsersättning, dem med psykisk huvuddiagnos, dem som var mellan 30-49 år gamla och dem som lämnade tidsbegränsad sjukersättning. Bland dem som lämnade sjukförsäkringen från tidsbegränsad sjukersättning var det 13 procent som erhöll ekonomiskt bistånd under minst 6 av de 12 följande månaderna. Särskilt högt mottagande av långvarigt ekonomiskt bistånd kunde ses hos dem som efter att ha uppnått maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning inte återvände till sjukförsäkringen där siffran hamnar på 17,2 procent. Även hos dem med psykisk sjukdom som huvuddiagnos som inte återvänt till sjukförsäkringen var mottagandet så högt som 16,1 procent.

ISF uppger också att det finns en liten grupp som hade låg inkomst (PGI under 80 300 kronor för ett år) år 2010 men som varken erhållit ekonomiskt bistånd eller återvänt till sjukförsäkringen, cirka 3 procent av dem som lämnade sjukpenning och cirka 5 procent av

---

<sup>287</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 39-40.

dem som lämnade tidsbegränsad sjukersättning. ISF håller det för sannolikt att dessa försörjdes av en familjemedlem eller annan närstående.<sup>288</sup>

#### 9.2.4 Sannolikheten för att återvända respektive inte återvända till sjukförsäkringen

ISF konstaterar att det var fler av dem som lämnade sjukpenningförmån som återvände till sjukförsäkringen än av dem som lämnade tidsbegränsad sjukersättning. Ungefär hälften av dem som återvände till sjukförsäkringen inom ett år gjorde det redan efter cirka 90 dagar. Vilket som bekant är den tidigaste tidpunkt då en person återigen kan erhålla sjukpenning, efter 87 dagars uppehåll.

ISF uppger vidare att det är sannolikare att kvinnor återvänder till sjukförsäkringen än att män gör det. Sannolikheten för att återvända är enligt rapporten också högre ju äldre en person är. Dock inte för dem som är över 60 år, de har tillsammans med dem unga istället en lägre sannolikhet för att återvända.

ISF kan också visa att i ju högre omfattning en person erhållit sjukförmån desto högre är sannolikheten för att personen skall återvända. En person med 100 procents ersättning uppges ha 4 gånger högre sannolikhet att återvända än en person som haft ersättning på 25 procent. Personens PGI påverkar också sannolikheten för återvändande. Ju högre PGI personen hade under 2009 och ju fler år med en årsarbetsinkomst över 100 000 kronor åren före år 2010, desto större sannolikhet föreligger för att personen skall återvända till sjukförsäkringen. Personer som var inskrivna hos Arbetsförmedlingen när de uppnått maximal tid i sjukförsäkringen hade dubbelt stor sannolikhet att återvända till sjukförsäkringen inom ett år.

Vidare kan ISF konstatera att en lång historia av sjukskrivning med ersättning från försäkringen gör sannolikheten för att återvända inom ett år högre. Utlandsfödda har också en högre sannolikhet att återvända till sjukförsäkringen. Personer som har barn under 18 år har en lägre sannolikhet att återvända. Även personer med en psykisk diagnos har en lägre sannolikhet att återvända än personer med andra diagnoser. Högst sannolikhet för att återvända efter att ha lämnat sjukpenningförmån har personer med sjukdomar i nervsystemet, till exempel multipel skleros, eller i cirkulationsorganen. Skillnaderna mellan olika diagnoser är större bland dem som lämnat sjukpenningen än bland dem som lämnat tidsbegränsad sjukersättning.

Geografiskt kan också en skillnad observeras vad gäller sannolikheten för att återvända till sjukförsäkringen. Högst sannolikhet för att återvända har de som bor i Kalmar län och lägst sannolikhet för att återvända har de som bor i Gävleborgs län. ISF har inte närmare undersökt varför det förhåller sig på det sättet.<sup>289</sup>

#### 9.2.5 Sjukdomsdiagnosen bland dem som återvänder till sjukförsäkringen

Genom registerdata kan ISF konstatera att 35 procent av dem som återvände till sjukförsäkringen gjorde det med en ny huvuddiagnos. Även genom aktstudien kunde ett närliggande resultat konstateras, där hade 24 procent av dem som återvände fått en ny huvuddiagnos, varav 15 procent hade en helt ny diagnos och 9 procent hade fått en tidigare bidiagnos som huvuddiagnos.

---

<sup>288</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 42-43.

<sup>289</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 45-47.

## 9.3 Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens insatser för de som återvänder till sjukförsäkringen

Baserat på aktstudien med ett urval på 279 personer, vilka uppnådde maximal tid med sjukförsäkring under tredje kvartalet 2010 och lämnade försäkringen, för att efter att ha deltagit i arbetslivsintroduktion återvända till försäkringen senast 31 september 2011, kan ISF redovisa en del svar angående de insatser som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen sätter in till återvändare.<sup>290</sup>

### 9.3.1 Individerna som återvänder

#### *Diagnoser*

Genom aktstudien och utifrån läkarintygen där huvuddiagnos, och i förekommande fall bidiagnoser, anges enligt ICD-10<sup>291</sup>, kan ISF konstatera att när individerna uppnådde maximal tid med sjukförsäkring hade 55 procent av personerna en huvuddiagnos som föll in under kapitlet ”Psyksiska sjukdomar och syndrom”. Utifrån granskningen inom diagnoskapitlet kan ISF konstatera att 50 procent av individernas huvuddiagnoser hörde hemma i underavsnittet ”Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom”. De två vanligaste diagnoserna inom avsnittet var reaktion på svår stress, ospecificerad och paniksyndrom. 40 procent av individerna hade en huvuddiagnos hemmahörandes i avsnittet ”Förstämningssyndrom”, där den vanligaste diagnosen var lindrig depressiv episod.

Av individerna som uppnådde maximal tid med sjukförsäkring hade vidare 33 procent en huvuddiagnos inom diagnoskapitlet ”Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven”. Inom det diagnoskapitlet föll 40 procent av individernas huvuddiagnoser inom underavsnittet ”Andra sjukdomar i mjukvävnader”, där reumatism, ospecificerad stod för den vanligaste diagnosen. 30 procent av individerna hade en huvuddiagnos inom avsnittet ”Andra ryggsjukdomar”, där cervikobrakialt syndrom utgjorde den vanligaste diagnosen.

ISF påpekar att det kan vara något missvisande att enbart se till individernas huvuddiagnos, då en del av dessa inte ensamma utgör skäl för sjukskrivning. Nästan 60 procent av individerna hade fler än en diagnos, var fjärde person hade tre eller fler diagnoser.<sup>292</sup>

#### *Sysselsättning*

Av personerna i aktstudien hade 90 procent samma sysselsättningsförhållanden när de återvände till sjukförsäkringen som när de lämnade den efter att ha uppnått maximal tid. 2 procent av individerna, varav samtliga kvinnor, som saknade anställning när de lämnade sjukförsäkringen hade börjat arbeta deltid, med eller utan subventionerad anställning, när de återvände till sjukförsäkringen. 4 procent hade gått från att arbeta heltid till att arbeta deltid.

4 procent av individerna som hade en anställning på hel- eller deltid när de lämnade sjukförsäkringen saknade anställning när de återvände till försäkringen. ISF kan utifrån akterna utläsa att en starkt bidragande anledning till att personerna inte klarade av sitt arbete och fick avsluta sin anställning, antingen på eget eller på arbetsgivarens initiativ, var individernas dåliga eller försämrade hälsotillstånd. Samtliga de tio personer som utgjorde de

---

<sup>290</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 51.

<sup>291</sup> ICD-10 är en internationell, statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker se <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder>

<sup>292</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 51-52.



fyra procenten hade antingen flera sjukdomsdiagnoser eller en gradvis ökande sjukdom. Anställningen upphörde i de flesta fall för att individen inte längre kunde klara av sina arbetsuppgifter och ytterligare arbetsanpassning eller omplacering hos arbetsgivaren inte lät sig göras.<sup>293</sup>

### 9.3.2 Arbetsförmedlingens insatser

ISF har inom aktstudien granskat uppgifter i Arbetsförmedlingens platsförmedlingssystem för de 279 personerna som återvände till sjukförsäkringen. Dessa uppgifter avser insatser fram till dess att individerna återvände till sjukförsäkringen. ISF uppger att de i 16 procent av fallen inte kunde få fram den sammanfattande dokumentationen efter deltagande i arbetslivsintroduktion, varför studien i denna del endast omfattar 235 personer. Vissa uppgifter, exempelvis diagnos i läkarintygen, har hämtats från Försäkringskassans ärendeakter.

Samtliga personer i aktstudien skrev in sig hos Arbetsförmedlingen efter att ha uppnått maximal tid med sjukförsäkring, de allra flesta av dessa började i arbetslivsintroduktion. Alla de som började arbetslivsintroduktion deltog under hela programmets tre månader. 55 procent av individerna fortsatte efter arbetslivsintroduktionen i andra förberedande insatser såsom fördjupad kartläggning eller vägledning, arbetslivsinriktad rehabilitering, eller i båda programmen samtidigt. Flera programinsatser kan således pågå samtidigt hos Arbetsförmedlingen och drygt 60 procent av individerna deltog i två eller flera program.<sup>294</sup>

#### *Närmare om arbetslivsintroduktion*

ISF uppger att samtliga insatser som görs för en person inom arbetslivsintroduktionen skall sammanfattas i en dokumentation efter deltagande i arbetslivsintroduktion. I dokumentationen skall genomförda och även planerade men icke genomförda insatser redovisas. ISF konstaterar dock att dokumentationen är av varierande kvalitet och generellt sett inte lever upp till Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans gemensamt satta standard. Trots en, enligt ISF, relativt låg informationstillgång har inspektionen ändå kunnat få ut en del relevanta siffror angående arbetslivsintroduktionen.

Lite mindre än 50 procent av individerna hade haft kontakt med någon av Arbetsförmedlingens specialister, vanligast var en arbetspsykolog eller en arbetsterapeut men även kontakt med en socialkonsulent eller sjukgymnast förekom.

Uppgifter om att arbetsförmågan hade bedömts under arbetslivsintroduktionen fanns för cirka 10 procent av individerna. Den vanligaste metoden för bedömning var enligt ISF ”aktivitetsbaserad utredning av aktivitetsförmåga/arbetsförmåga”.

Ungefär 33 procent av individerna hade deltagit i arbetsplatsnära program eller insatser, där de vanligaste aktiviteterna var arbetsträning och arbetsprövning.<sup>295</sup>

När arbetslivsintroduktionen är avslutad skall Arbetsförmedlingen göra en bedömning och i den sammanfattande dokumentationen skriva en slutsats eller rekommendation avseende varje individs hinder eller möjlighet till fortsatta insatser. ISF uppger att en sådan bedömning dock saknas i 6 av de 235 fallen.

ISF har i sin granskning delat upp de sammanfattande bedömningarna i två grupper. Den första består av nästan 30 procent av individerna för vilka Arbetsförmedlingen bedömde att individen har partiell arbetsförmåga eller att fortsatta insatser hos

---

<sup>293</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 54-55.

<sup>294</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 55.

<sup>295</sup> ISF 2013:6 s. 57-58.

Arbetsförmedlingen är möjliga. Den andra gruppen utgörs av drygt 70 procent av individerna där Arbetsförmedlingen bedömde att fortsatta insatser hos myndigheten inte är möjliga. Personerna i den andra gruppen står alltså inte till arbetsmarknadens förfogande eller saknar helt arbetsförmåga. ISF kan inte utifrån sina analyser notera några betydande skillnader mellan individerna i de två grupperna vad gäller kön, utbildningsnivå, ålder, sysselsättning, diagnos eller typ av förmån från sjukförsäkringen vid uppnående av maximal tid.<sup>296</sup>

Som bekant innehöll cirka 10 procent av dokumentationerna uppgifter om bedömning av arbetsförmågan men i flertalet fall saknades en slutsats angående individens arbetsförmåga. Bara i 6 procent av samtliga de granskade fallen fanns det både en uppgift om vilken metod som använts för att bedöma individens arbetsförmåga och en slutsats där individen antingen bedömdes ha eller sakna arbetsförmåga. ISF uppger att trots detta hade Arbetsförmedlingen i 40 procent av fallen kommit till slutsatsen att individerna hade delvis eller helt nedsatt arbetsförmåga, detta således utan att det framgick vad bedömningen baserades på. För ungefär 60 procent av individerna saknades helt uppgift angående individens arbetsförmåga. I 40 procent av ärendena bedömde Arbetsförmedlingen att personerna var i behov av fortsatt medicinsk rehabilitering och vård innan de skulle kunna delta i myndighetens insatser.

I 24 ärenden bedömde Arbetsförmedlingen att individens hälsa hade försämrats under arbetslivsintroduktionen. Orsaken till detta är dock oklar.

Den sammanfattande dokumentationen som görs av Arbetsförmedlingen skall även personen som deltar i arbetslivsintroduktionen ta del av, vanligtvis sker det genom en genomläsning som avslutas med en underteckning från individen. ISF menar därför att ”det är av stor vikt att dokumentationen inte bidrar till att någon inges falska förhoppningar om att få förnyad ersättning från sjukförsäkringen, innan Försäkringskassan har prövat ärendet.” Vidare konstaterar ISF att ”I 6 procent av dokumentationerna gjorde dock Arbetsförmedlingen en explicit rekommendation om att personen bör få sjukpenning eller bör återvända till sjukförsäkringen.” Ett av de exempel från Arbetsförmedlingen som ISF lyfter fram är följande: ”Det är av yttersta vikt att NN får sjukpenning så att NN i lugn och ro kan ta del av den medicinska rehabilitering som är den insats som är aktuell för NN i dagsläget.”<sup>297</sup>

### 9.3.3. Försäkringskassans insatser

ISF har granskat uppgifter från 279 personers ärendeakter, efter det att personerna återvänt till sjukförsäkringen. Enbart 60 procent av Försäkringskassans ärendeakter innehöll en kopia av Arbetsförmedlingens sammanfattande dokumentation efter deltagande i arbetslivsintroduktion, vilket innebär att dokumentationen i många fall inte använts som beslutsunderlag när Försäkringskassan bedömt rätten till sjukpenning.

Det görs ingen skillnad i handläggningen av ett ärende där en person återvänder till sjukförsäkringen utan proceduren är likadan som vid en helt ny sjukanmälan. Först görs en bedömning av rätten till sjukpenning och därefter följer olika slags utredningsinsatser. Den vanligaste utredningsformen med den försäkrade sker telefonledes.<sup>298</sup>

I föregående avsnitt framgick att Arbetsförmedling ansåg 40 procent av individerna behöva fortsatt medicinsk rehabilitering och vård innan de kunde ta del av fortsatta insatser hos myndigheten. ISF uppger angående detta: ”När dessa personer återvände till sjukförsäkringens sjukpenningförmån borde det vara rimligt att Försäkringskassan i högre grad skulle behöva ha kontakt med behandlande läkare. Försäkringskassan hade dock inte

---

<sup>296</sup> ISF 2013:6 s. 59-60.

<sup>297</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 60-61.

<sup>298</sup> ISF rapport 2013:6 s. 62-63.

kontakt med behandlande läkare i större utsträckning för denna grupp än för övriga.” Arbetsförmedlingen bedömde också att cirka 10 procent av individerna hade fått en försämrad hälsa under arbetslivsintroduktionen, varpå ISF uppger: ”Inte heller för denna grupp tog Försäkringskassan kontakt med behandlande läkare eller hämtade in fördjupade medicinska underlag i större utsträckning än för övriga.”

Ledningen på Försäkringskassans lokala försäkringscenter (LFC) rekommenderade vid tiden för när de första individerna som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen återvände till försäkringen att personerna skulle få tillbaka samma handläggare som de haft innan. ISF kan dock konstatera att nästan 75 procent av individerna fick en ny handläggare när de återvände till sjukförsäkringen.

53 procent av de 279 personerna i aktstudien ansökte om sjukersättning tills vidare innan eller efter att de uppnått maximal tid i sjukförsäkringen. ISF har dock inga uppgifter om hur många av dessa som sedan nekades eller beviljades sjukersättning.<sup>299</sup>

## 9.4 ISFs slutsatser

Genom sin granskning kan ISF konstatera att 57 procent av de individer som lämnade sjukpenning och 45 procent av de individer som lämnade tidsbegränsad sjukersättning efter att ha uppnått maximal tid återvände till sjukförsäkringen inom ett år. Cirka 50 procent av dessa återvände vid tidigast möjliga tidpunkt för att återigen få sjukpenning d.v.s. efter tre månader. Det var företrädesvis till sjukpenningförmån som individerna återvände. ISF uppger: ”Det är svårt att veta vilken hjälp den grupp som återvände redan efter 3 månader har haft av att lämna sjukförsäkringen. Därför behöver man framöver undersöka om de som till stor grad saknar arbetsförmåga kan tillgodogöra sig och dra nytta av insatserna i de arbetsmarknadspolitiska programmen.”

ISF uppger vidare att andelen individer som återvänder till sjukförsäkringen förväntas öka under år 2014 enligt Försäkringskassan, närmare 57 procent för kvinnor och 55 procent för män. Den av Försäkringskassan förväntade ökningen beror på att tidsbegränsad sjukersättning inte längre kan utbetalas efter den 31 december 2012.<sup>300</sup> (se ovan kap. 4)

Att 50-59 åringar har störst sannolikhet att återvända till sjukförsäkringen medan de personer som är 60 år och äldre har en lägre sannolikhet för att återvända förklarar ISF med att dessa individer sannolikt istället tar ut ålderspension. ISF påpekar att: ”De skärpta reglerna i sjukförsäkringen har medfört att färre personer beviljas sjukersättning, vilket tidigare varit en relativt vanlig väg ut ur arbetslivet.”

ISF konstaterar att de individer som har en diagnos inom psykiska sjukdomar har lägre sannolikhet att återvända till sjukförsäkringen än individer med andra slags sjukdomar. Individerna med psykiska sjukdomar utgör en heterogen grupp med antingen partiell eller ingen arbetsförmåga, gemensamt är att det är färre bland dessa som skriver in sig hos Arbetsförmedlingen än inom andra grupper. Cirka 16 procent av individerna med psykisk sjukdom hade fått långvarigt ekonomiskt bistånd, varför ISF menar att: ”Det behövs därför fördjupade studier om orsakerna till att personer med psykisk sjukdom i lägre grad återvänder till sjukförsäkringen efter uppnådd maximal tid och varför så många av dem hamnar i ett långvarigt behov av ekonomiskt bistånd.”<sup>301</sup>

Aktivitetsnivån bland de som deltar i arbetslivsintroduktion är generellt sett låg, vilket framgår av en uppföljning som Arbetsförmedlingen gjort där deltagarna själva fått rapportera sin medverkan. Aktivitetsnivån kan variera mellan 0-40 timmar per vecka. 48

<sup>299</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 66-67.

<sup>300</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 70.

<sup>301</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 71.

procent av deltagarna uppgav sin tid för aktivt deltagande i insatser till en timme eller mindre per vecka. 35 procent av individerna uppgav sitt deltagande per vecka till 2-10 timmar. För 17 procent låg aktivitetsnivån på 10-40 timmar.<sup>302</sup> ISF anser inte undersökningen ge fullgod information utan framhåller: ”För att kunna utvärdera insatser i arbetslivsintroduktion behöver Arbetsförmedlingen skapa system som möjliggör en systematisk och kontinuerlig uppföljning av deltagarnas aktivitetsnivå.”<sup>303</sup>

ISF framhåller det faktum att Försäkringskassan i många fall låtit bli att inhämta information från Arbetsförmedlingens sammanfattande dokumentation efter avslutad arbetslivsintroduktion och att Försäkringskassan i 20 procent av fallen inte inhämtat någon information alls från Arbetsförmedlingen, d.v.s. inte heller något avstämningmöte har hållits.<sup>304</sup> I ett senare avgörande, än vad de i rapporten granskade ärendena avser, från april 2012 fastslår Högsta förvaltningsdomstolen att ”även om det är Försäkringskassans uppgift att bedöma om arbetsförmågan är nedsatt av medicinska skäl så kan en arbetsförmågeutredning från Arbetsförmedlingen vara till god ledning vid bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga.”<sup>305</sup>

Den omständigheten att de flesta möten med de personer som återvänder till sjukförsäkringen sker via telefon kommenterar ISF enligt följande: ”En telefon-utredning är en relativt ytlig och enkel utredningsmetod där väsentliga uppgifter kan förbises.” ISF anser istället personliga möten vara att föredra då de ger ett betydligt bättre kunskapsunderlag.

Vad gäller att de individer som återvänder till sjukförsäkringen får en ny handläggare anser ISF detta kunna medföra både för och nackdelar, genom antingen en nystart med en ny handläggare eller genom att relationer bibehålls med samma handläggare. ISF uppger dock att Försäkringskassan sedan den 1 januari 2013 tydligt har gått ut med att de individer som återvänder till sjukförsäkringen inte längre skall handläggas på samma sätt som helt nya sjukskrivningar.<sup>306</sup>

ISF anser att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har ett betydande samarbete sinsemellan vad gäller individer som i rehabiliteringskedjans första eller andra tidsintervall är i behov av insatser som kräver samverkan mellan myndigheterna och även för de vars sjukförsäkringsdagar håller på att ta slut. ISF önskar ett liknande samarbete kring de individer som återvänder till sjukförsäkringen och föreslår införande av ett ”återvändarmöte” där de båda myndigheterna och den enskilda får tillfälle att utbyta information. Allmänt ser ISF att de båda myndigheterna kan förbättra sin samverkan och öka sin förståelse för varandras respektive uppdrag.<sup>307</sup>

### *Angående arbetsförmåga*

ISF konstaterar att införandet av tidsgränsen i sjukförsäkringen, som gäller från och med 1 juli 2008, innebär att Arbetsförmedlingen i högre utsträckning ”ska vara involverad i den process som omger en sjukskriven person”. Arbetsförmedlingen skall göra både en arbetsmarknadspolitisk bedömning och en bedömning av individens arbetsförmåga, vilka sedan kan komma att utgöra komponenter i utredningen. Enligt ISFs granskning av Arbetsförmedlingens sammanfattande dokumentation efter deltagande i arbetslivsintroduktion hade Arbetsförmedlingen bedömt att 20 procent av individerna hade partiell arbetsförmåga och att 20 procent helt saknade arbetsförmåga. Vidare förklarar ISF att arbetsförmågebegreppet har olika innebörd inom de socialförsäkringspolitiska och

<sup>302</sup> Arbetsförmedlingens åiterrapportering 2012, s. 18.

<sup>303</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 72.

<sup>304</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 73.

<sup>305</sup> HFD mål nr 3174-11

<sup>306</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 74, ISF hänvisar till FKs Informationsmeddelande 2013:017.

<sup>307</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 75.

arbetsmarknadspolitiska områdena. Försäkringskassan såväl som Arbetsförmedlingen utför bedömningar av individers arbetsförmåga, men metoderna för hur myndigheterna går till väga och syftet med att genomföra bedömningarna skiljer sig åt. Därför anser ISF att ”Från den enskildas perspektiv är det därför viktigt att det finns en ökad samverkan mellan myndigheterna. En samverkan som innebär att olika professioner, olika synsätt och definitioner på problem möts och på så sätt skapar en förståelse av hur den andra myndigheten utreder, tolkar och använder bedömningen av arbetsförmåga. Behovet av samverkan blir tydligt, när personerna övergår från Försäkringskassans handläggning till Arbetsförmedlingen och vice versa.”<sup>308</sup>

ISF redogör kort för de ändringar som gjorts i lagstiftningen de senaste decennierna gällande arbetsförmågebegreppet och rätten till sjukpenning. Genom den renodling som skedde på 1990-talet av sjukförsäkringen och genom införandet av steg-för-steg-modellen år 1997 skulle Försäkringskassan hädanefter bedöma arbetsförmåga utifrån strikt medicinska kriterier. Ett läkarintyg skall lämnas in av individen som styrker individens nedsatta arbetsförmåga i förhållande till hans eller hennes arbetsuppgifter. ISF påminner också om idag gällande lagrummet<sup>309</sup> som stadgar att vid bedömningen av om den försäkrade är sjuk skall det bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden, vilket alltså är för Försäkringskassan att tillämpa. Dessutom upplyser ISF om att lagändringarna som infördes år 2008 innebär att det inte längre är möjligt att beakta individens ålder, bosättning, utbildning, tidigare verksamhet eller andra liknande omständigheter vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning.<sup>310</sup>

ISF uppger att Arbetsförmedlingen utgår ifrån ett relationellt synsätt när de bedömer individers resurser och förutsättningar, där hänsyn tas till olika yttre faktorer och arbetsmiljön vägs in i bedömningen. Med det här synsättet kan således arbetsförmågan vara olika för samma yrke på olika arbetsplatser. Det är arbetsförmedlare som gör bedömningarna av arbetsförmågan med hjälp av eventuella specialister.<sup>311</sup>

Bedömningen av arbetsförmågan hos Försäkringskassan läggs till grund för avgörandet av rätten till sjukpenning och även för om det finns behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Hos Arbetsförmedlingen används bedömningen av arbetsförmågan för att hjälpa individen att få eller behålla ett arbete och vid beslut om olika insatser. ISF menar att ”Införandet av programmet arbetslivsintroduktion och personers övergång mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gör att begreppet arbetsförmåga hamnat i en skärningspunkt mellan dessa myndigheter.” ISF fortsätter: ”Eftersom myndigheterna har olika mål med en bedömning av arbetsförmåga, är en harmonisering mellan myndigheternas bedömningar inte nödvändig eller ens önskvärd. Däremot är det angeläget att arbetsförmedlare och Försäkringskassans handläggare har kunskap om och respekt för den andra myndighetens definition av arbetsförmåga och vad bedömningen ska användas till.” Det är viktigt att myndigheterna kan förklara för den enskilda hur det förhåller sig och varför bedömningen kan bli olika från de båda myndigheterna samt vilka konsekvenser det kan tänkas få.<sup>312</sup>

ISF påminner om att Högsta förvaltningsdomstolen fastslagit att Arbetsförmedlingens arbetsförmågeutredning kan vara bra ledning för Försäkringskassan vid deras bedömning av individens arbetsförmåga. Detta gör enligt ISF samverkan mellan myndigheterna än viktigare samt att dessa har en förståelse för varandra. Annars riskerar situationen uppstå att en individ först får bedömningen av Arbetsförmedling, efter avslutad

---

<sup>308</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 75-76.

<sup>309</sup> 27 kap. 3 § SFB.

<sup>310</sup> Prop. 2007/08:136 s. 65 samt ISF Rapport 2013:6 s. 76.

<sup>311</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 76 och SOU 2012:31 s. 102.

<sup>312</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 77-78.

arbetslivsintroduktion, att han eller hon saknar arbetsförmåga och inte står till arbetsmarknadens förfogande. För att sedan vid återvändande till Försäkringskassan för att på nytt ansöka om sjukpenning mötas av bedömningen att han eller hon visst har arbetsförmåga utifrån medicinska kriterier och därför inte har rätt till sjukpenning. ISF uppger: ”Det kan medföra ekonomiska konsekvenser för dem som bedöms vara för friska för att få del av sjukförsäkringen och för sjuka för att kunna ta del av Arbetsförmedlingens insatser. Dessutom blir tilltron till socialförsäkringen lidande.”<sup>313</sup>

## 9.5 Slutsatser avseende införandet av tidsgränsens innebörd i praktiken

I generaldirektörens förord ges god ledning till ett besvarande av uppsatsens titelfråga; ”Sjuk enligt Arbetsförmedlingen, frisk enligt Försäkringskassan?” när direktören konstaterar att ”de är för friska för att vara sjukskrivna men samtidigt för sjuka för att anses kunna arbeta.” Ett glapp kan således konstateras i socialförsäkringen på det här området där de berörda individerna riskerar att hamna mellan stolarna. Ordningen får sägas vara svår för de enskilda att förhålla sig till och förstå. Inte minst är den rättsosäker. En enskild individ har ingen eller liten chans att förutse utkomsten av vad risken att drabbas av sjukdom innebär när sjukdom och den där till kopplade arbetsförmågan tillämpas olika av de båda aktuella myndigheterna. ISF menar att ett samordnat arbetsförmågebegrepp inte är önskvärt då de båda myndigheterna har olikartade uppdrag att utgå från och förhålla sig till. Ur ett individperspektiv med den enskildas rättssäkerhet i fokus måste dock kommas ihåg att förutsebarhet är av avgörande betydelse för att sjukförsäkringen skall kunna anses rättssäkert utformad. I sina slutsatser konstaterar ISF att de som anses för friska för att erhålla ersättning från sjukförsäkringen men för sjuka för att ta del av Arbetsförmedlingens insatser riskerar att drabbas av ekonomiska konsekvenser. För den enskilda får det sägas utgöra en stor otrygghet att inte veta hur han eller hon skall klara sin försörjning. Det som står till buds för de individer som hamnat mellan försäkringarna på det här sättet är försörjningsstöd från kommunen, vilket säkerligen många gånger upplevs som stigmatiserande. Det är heller ingen självklarhet att individen uppfyller kraven för rätt till försörjningsstöd då biståndet, bland annat, betalas ut per hushåll och har ett krav på att den som kan skall stå till arbetsmarknadens förfogande.

ISF menar vidare att förhållandet skadar tilltron till socialförsäkringen. Påstående får sägas ha fog för sig. Bara det faktum att 57 procent av individerna med sjukpenningförmån återvände till sjukförsäkringen inom ett år och att ungefär hälften av dessa återvände vid tidigast möjliga tidpunkt gör att det starkt går att ifrågasätta syftet med tidsbegränsningen av sjukförsäkringen. Även ISF ställer sig kritiska till vilken nytta de individer som lämnar sjukförsäkringen efter uppnådd maximal tid har av att delta i arbetslivsintroduktion i tre månader för att sedan återvända till sjukförsäkringen. Att slussa runt individerna på detta sätt får i högsta grad sägas sänka tilltron till dagens sjukförsäkringssystem. Hur skall de enskilda individerna kunna se meningen med att skickas från en myndighet till en annan för att sedan ändå hamna tillbaka i ursprungsläget? Detta utan att varken ha blivit friskare eller fått ett arbete. Det känns inte långsökt att gissa att proceduren många gånger uppfattas närmast som ett straff. Ett straff för den som inte kan försörja sig själv och därför är en belastning för samhället.

Det är tydligt att, som ISF också påpekar, ett bättre samarbete mellan myndigheterna krävs. Det är inte hållbart att Arbetsförmedlingen ger individen att besked och att personen därefter möts av helt andra bud från Försäkringskassan. Ett ”återvändarmöte” så som ISF föreslår kan säkerligen vara bra. Det blir också intressant att se om

---

<sup>313</sup> ISF Rapport 2013:6 s. 78.

Försäkringskassan tar till sig vad HFD fastslagit angående Arbetsförmedlingens dokumentations betydelse.

Det är en tråkig utveckling med ökat ekonomiskt bistånd och med regelförändringar som verkat polariserande i sjukförsäkringen, som ISFs generaldirektör kunnat konstatera. När regelförändringarna inte uppfyller det av staten givna syftet att fler skall komma tillbaka i arbete, är det svårt att se meningen med den utformning som sjukförsäkringen har idag.

## 10. Analys och slutsatser

I uppsatsen har beskrivits en sjukförsäkring som när den tillkom på 1940-talet hade en kollektiv tanke, ett fokus på den försäkrades hälsa och där det fanns tankar om att undvika stigmatisering av individer. På 1990-talet skedde en åtstramning av sjukförsäkringen som renodlades, enbart medicinskt orsakade besvär skulle ge rätt till sjukpenning från försäkringen. Idag, från och med de regler som infördes år 2008, har vi en sjukförsäkring med individualistisk prägel där arbetsmarknaden styr. Det är inte längre sjuk- och hälsofrågor som är fokus för sjukförsäkringen. Istället är det arbetsförmågan som står för granskning i rehabiliteringskedjans olika tidsintervaller. I förarbetena dominerar arbetslinjens intressen, alla skall arbeta, och andra uppkomna frågor bleknar i jämförelse. Vi har en sjukförsäkring där fasta tidsgränser avgör hur länge enskilda individer tillåts omfattas av sjukpenningförmånen. Vi har inte längre en sjukförsäkring där läkarens uppgifter om individens hälsa och förutsättningar för tillfrisknande tillmäts större betydelse.

Sjukförsäkringen har också varit föremål för talrika ändringar de senaste åren. En del av de här ändringarna, exempelvis bestämmelsen om möjlighet till fortsatt sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom och oskälighetsbestämmelsens vid fortsatt sjukpenning på fortsättningsnivå, som båda införts på senare år, vittnar om att reglerna som infördes 2008 var illa genomtänkta, vilket också har beskrivits i doktrinen.

Sjukförsäkringen består vidare av vaga begrepp. Särskilt begreppet arbetsförmåga som redogjorts för i uppsatsen kan tolkas på olika sätt och tillämpas olika hos olika myndigheter. Även begreppet arbetsmarknad, vilket visats i uppsatsen, har ändrats fram och tillbaka i en politisk turbulens. Begreppet sjukdom är inte heller det entydigt eller lätt att tolka. De individer vars dagar med sjukpenning tar slut efter att de nått rehabiliteringskedjans borte gräns, får lämna sjukförsäkringen med orden att de är för friska (eller åtminstone inte tillräckligt sjuka) för att längre omfattas. De anses istället arbetsföra och hänvisas till deltagande i arbetslivsintroduktion hos Arbetsförmedlingen, där individerna möts av orden att de är för sjuka för att ta del av myndighetens insatser. Dessa omständigheter kan inte sägas vara lätt för den enskilde att förhålla sig till. Individen vet inte vilket bemötande den har att vänta sig, hur den skall klara sin försörjning eller vad som kommer att ske. De många regeländringarna och vaga begreppen i sjukförsäkringen gör att lagstiftningen inte är förutsebar och således heller inte rättssäker. Den enskilde har inte möjligheten att planera utifrån risken av att drabbas av sjukdom, då denne inte har möjlighet att förutse vilka konsekvenserna blir, skulle så ske. I doktrinen har beskrivits att omstruktureringarna av sjukförsäkringen handlar om besparingsskäl från statens sida och att andra skäl som uppges enbart utgör svepskäl, undersökningen i den här uppsatsen stöder det givna påståendet. Sjukförsäkringens fokus ligger, genom arbetslinjen, på arbete och arbetsmarknad medan frågor om rättssäkerhet får stå tillbaka.

I uppsatsen har även visats att syftet med lagstiftningen, att alla skall tillbaka i arbete inte uppfylls. En övervägande del av individerna kommer istället tillbaka till sjukförsäkringen och många av de som inte återvänder får leva på ekonomiskt bistånd. Individerna slussas runt i en socialförsäkringskarusell. Ordningen kan varken sägas vara rättssäker eller värdig.

I doktrinen beskrivs en misstro mot medborgarna delvis ligga till grund för utformningen av sjukförsäkringen. Misstron får sägas vara synlig redan i det faktum att sjukförsäkringen är tidsbegränsad. Utan misstro vore det rimliga att individer tillåts omfattas av sjukförsäkringen till dess de är friska. Men fokus på individens hälsa ges, som visat, inte längre något större utrymme i utformningen av sjukförsäkringen.

Avslutningsvis kan konstateras att arbetslinjens intressen väger tyngre än rättssäkerhetens i dagens utformning av sjukförsäkringen.



## Källförteckning

### Offentligt tryck

Prop. 1990/91:141 om rehabilitering och rehabiliteringsersättning 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. 1998/99:119 Socialförsäkringens personkrets  
Prop. 2000/01:96 Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension  
Prop. 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet  
Prop. 2002/03:132 Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet  
Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete  
Prop. 2009/10:45 Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete  
Prop. 2011/12:1 Budgetpropositionen för 2012  
Prop. 2011/12:113 Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete

Socialförsäkringsutskottets betänkande 2009/10:SfU13 Ändringar i sjukförsäkringen  
Socialförsäkringsutskottet betänkande 2010/11:SfU11 Vissa ändringar i sjukförsäkringen  
Socialförsäkringsutskottets betänkande 2010/11:SfU12 Vissa ändringar i sjukförsäkringen (förnyad behandling)  
Socialförsäkringsutskottets betänkande 2011/12:SfU14 Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete

SOU 1944:15 Socialvårdskommitténs betänkande VII: Utredning och förslag angående Lag om allmän försäkring.  
SOU 2006:86 Mera försäkring och mera arbete  
SOU 2009:89 Gränslandet mellan sjukdom och arbete – Arbetsförmåga / Medicinska förutsättningar för arbete / Försörjningsförmåga  
SOU 2012:31 Sänkta trösklar – högt i tak - Arbete, utveckling, trygghet

Ds 2008:3 Införande av en rehabiliteringskedja  
Ds 2008:4 Ettårsgräns för sjukpenning och införande av förlängd sjukpenning

Kommittédirektiv 2004:129 Översyn av socialförsäkringarna

Regeringsbeslut A2009/3071/A: Uppdrag till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan om samverkan.

### Övrigt myndighetsmaterial

Inspektionen för socialförsäkring: Rapport 2011:6 Rutiner för övergång från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen.  
Inspektionen för socialförsäkring: Rapport 2013:3 Förstärkta rehabiliteringsinsatser i samverkan – En granskning av Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens utvecklingsarbete

Inspektionen för socialförsäkring: Rapport 2013:6 Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen – Vilka är de och vad händer efteråt?

Socialförsäkringsutredningen: Samtal om socialförsäkringen Nr 4, Vad är arbetslinjen?, 2005

Bilaga 4 Handlingsplan Arbetsförmedling-Försäkringskassa 2010

Socialstyrelsen: Begreppet allvarlig sjukdom/skada i ett försäkringsmedicinskt sammanhang. 2010-06-08, Dnr 4139/2010 (uppdaterat 2012-03-14).

Försäkringskassan: Arbetsmarknadsbegrepp och arbetsförmågebedömning. Redovisning av ett regeringsuppdrag, Dnr 0707022011

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen: Uppföljning av de personer som uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen under 2010 eller under första eller andra kvartalet 2011. FK: Dnr: 016315-2011 AF: Dnr: 2010/436389

Arbetsförmedlingens Återrapportering 2012 Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete 7 c – Arbetslivsintroduktion 2010, 2011 och första tertialet 2012 Dnr: Af-2011/414101

Arbetsförmedlingen: Förberedande insatser, Faktablad till arbetssökande november 2011

Arbetsförmedlingen: Arbetslivsintroduktion, Faktablad till arbetssökande februari 2013

Statistiska Centralbyrån: Pressmeddelande från SCB Nr 2012:797

Malin Junestav, Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden– politiska idéer, sociala normer och institutionell förändring – en historik, IFAU Rapport 2007:4

Eva Mörk och Linus Liljeberg, Fattig, sjuk och arbetslös – en beskrivning av personer i kläm mellan stat och kommun, IFAU Rapport 2011:17

## **Litteratur**

Hallerstedt, Gunilla, (red.), Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande, Daidalos 2006

Mannelqvist, Ruth, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – lagstiftarens motiv, Förvaltningsrättslig tidskrift Nr 4 2008

Mannelqvist, Ruth, Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – Rätt och tillämpning, Iustus Förlag 2012

Petersson, Olof, Rättsstaten – Frihet, rättssäkerhet och maktdelning i dagens politik, Nordstedts Juridik 2005

Ryberg-Welander, Lotti, Socialförsäkringsrätt – Om ersättning vid sjukdom, Nordstedts Juridik 2011

Vahlne Westerhäll, Lotta, Den starka statens fall? – En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000, Nordstedts Juridik 2002.

Vahlne Westerhäll, Lotta, (red.), Legitimitetsfrågor inom socialrätten, Nordstedts Juridik 2007

Vahlne Westerhäll, Lotta, Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen – Styrning, legitimitet och bevisning, Santérus 2009

Warling-Nerep, Wiweka, Lagerqvist Veloz Roca, Annika, Reichel, Jane, Statsrättens grunder, Nordstedts Juridik 2008

Zanderin, Lars, (red.), Lag om arbetslöshetsförsäkring – samt arbetslöshetskassor, omställningsavtal, statliga och kommunala arbetsmarknadsåtgärder – en introduktion för professionsutbildningar, Liber 2011.

### **Internet**

(samtliga websidor besökta senast 131222)

<http://www.arbetsformedlingen.se/>

<http://www.arbetsformedlingen.se/For-arbetssokande/Stod-och-service/Fa-extra-stod/Lamnat-sjukforsakringen.html>

<http://www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Var-verksamhet/Projekt-och-samarbeten/Rehabilitering-till-arbete.html>

[https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f\\_medicin/vad\\_ar\\_forsakringsmedicin/om\\_sjukdom\\_och\\_forsakring/](https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f_medicin/vad_ar_forsakringsmedicin/om_sjukdom_och_forsakring/)

[http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukskrivning\\_och\\_sjukpenning/](http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning/)

<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder>

### **Rättsfall**

Högsta förvaltningsdomstolen, mål nr 2282-11.

Högsta förvaltningsdomstolen, mål nr 3174-11.

Högsta förvaltningsdomstolen, mål nr 4096-11.

Kammarrätten i Stockholm, mål nr 3812-10.

Kammarrätten i Sundsvall, mål nr 214-12.

Lisa Liljenberg, registrerad på termin 9, examensarbetet, i augusti 2013. Har inte omregistrerats eller deltagit i någon examination.