



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Mimmi Rommefeldt

Rättssäkerhet inom sjukförsäkringen

- en jämförelse mellan läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet

Handledare: Lotta Vahlne Westerhäll
Examinator: Anna Gustafsson

Juridiska institutionen
Juristprogrammet ht 2020
Examensarbete 30hp

Förkortningar

AFL	Lag (1962:381) om allmän försäkring
FL	Förvaltningslagen (2017:900)
FR	Förvaltningsrätten
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
JO	Justitieombudsmannen eller Riksdagens ombudsmän
KamR	Kammarrätten
Prop.	Proposition
RF	Regeringsformen (1974:152)
RFV	Riksförsäkringsverket (fram till år 2005)
RÅ	Regeringsrätten (fram till år 2010)
SCB	Statistikmyndigheten SCB
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SOU	Statens offentliga utredningar

Innehållsförteckning

FÖRKORTNINGAR	1
1. INLEDNING	4
1.1. PROBLEMFÖRMULERING.....	4
1.2. DISPOSITION	6
2. FRÅGESTÄLLNINGAR	7
3. SYFTE	7
4. METOD OCH MATERIAL	8
4.1. METOD	8
4.2. MATERIAL.....	9
4.2.1. Val av material.....	9
4.2.2. Rättsfall.....	9
4.2.3. Doktrin.....	9
4.2.4. Statistik	10
4.2.5. Icke bindande normer	10
4.2.6. Svårigheter med materialet.....	11
4.2.7. Uppsatser på utbildningsnivå	11
4.3. AVGRÄNSNINGAR.....	12
4.4. BEGREPP	12
4.4.1. Försäkringsmedicin	12
4.4.2. Mätinstrument	14
5. SJUKFÖRSÄKRINGENS BAKGRUND	16
5.1. DET HÖGA OHÄLSOTALET.....	16
5.2. SJUKSKRIVNINGSMILJARDEN.....	17
6. LÄKARINTYGET I RÄTTSTILLÄMPNINGEN	19
6.1. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SJUKPENNING.....	19
6.2. LÄKARINTYGETS ROLL I SJUKPENNINGÄRENDE.....	19
6.2.1. Läkarintygets syfte och innehåll	19
6.2.2. Läkarintygets utformning.....	22
6.2.3. Läkarintygets roll i praktiken.....	23
7. DET FÖRSÄKRINGSMEDICINSKA UTLÅTANDET I RÄTTSTILLÄMPNINGEN	24
7.1. DEN FÖRSÄKRINGSMEDICINSKA RÅDGIVAREN	24
7.2. DET FÖRSÄKRINGSMEDICINSKA UTLÅTANDETS ROLL I SJUKPENNINGÄRENDE	26
7.2.1. Det försäkringsmedicinska utlåtandets syfte och innehåll	26
7.2.2. Det försäkringsmedicinska utlåtandets roll i praktiken	26
7.2.3. Rättsfall.....	27
7.3. FÖRSÄKRINGSHANDLÄGGARENS SKYLDIGHETER	29
8. SJUKFÖRSÄKRINGEN UR EN RÄTTSSÄKERHETSSYNVINKEL	31
8.1. VAD ÄR RÄTTSSÄKERHET?	31
8.2. LEGITIMITET OCH FÖRTROENDE	31
8.3. FÖRUTSEBARHET, KONTROLLERBARHET OCH TILLIT HOS BEFOLKNINGEN	33
8.3.1. Förutsebarhet och kontrollerbarhet är en förutsättning för tillit.....	33
8.3.2. Retroaktiv lagstiftning.....	33
8.4. RÄTTVISA, OBJEKTIVITET OCH LIKABEHANDLING	34

9. ANALYS.....	36
9.1. JÄMFÖRELSE MELLAN LÄKARINTYGET OCH DET FÖRSÄKRINGSMEDICINSKA UTLÅTANDET	36
9.1.1. Syftet	36
9.1.2. Utformningen.....	36
9.1.3. Rollen.....	37
9.1.4. Praktiken.....	38
9.1.5. Rättsliga effekter.....	39
9.2. VILKA KONSEKVENSER FÅR ANVÄNDANDET AV LÄKARINTYG OCH FÖRSÄKRINGSMEDICINSKA UTLÅTANDEN FÖR DEN ENSKILDE OCH SAMHÄLLET I STORT?	40
9.2.1. Den ekonomiska drivkraften	40
9.2.2. Normerna som ligger till grund för besluten	45
9.2.3. Befolkningens förtroende	52
10. SLUTSATS.....	57
KÄLLFÖRTECKNING	59

1. Inledning

1.1. Problemformulering

Massiv kritik riktas ständigt mot Försäkringskassans sätt att hantera enskildas läkarintyg. Kritiken kommer från många olika håll, bland annat från enskilda medborgare och sammanslutningar men också från läkarkåren. Av den mediala debatten framgår att enskilda upplever systemet med läkarintyg och försäkringsmedicinska bedömningar som otryggt och opålitligt. Många upplever Försäkringskassans avfärdande av läkarintyg som godtyckligt och orättvist vilket bidrar till en misstro gentemot myndigheten.¹ Läkarkårens medicinska bedömning har historiskt sett haft hög auktoritet och medborgarna tenderar att ha stor tilltro till läkarens bedömning varför den enskilde ofta betraktar läkarens bedömning som överordnad Försäkringskassans. Eftersom Försäkringskassans handläggare² ofta saknar medicinsk kompetens kan denne ta hjälp av en försäkringsmedicinsk rådgivare för att bedöma det medicinska underlaget. När försäkringshandläggaren sedan meddelar avslag eller begär in komplettering grundar detta sig ofta i den försäkringsmedicinska rådgivarens bedömning. För den enskilde framstår detta som att försäkringshandläggaren använder sig av den försäkringsmedicinska rådgivarens bedömning för att kunna underkänna den enskildes läkarintyg. Detta förstärker bilden av att den försäkringsmedicinska rådgivarens bedömning värderas högre än den intygsskrivande läkaren och därmed fått stort inflytande över beslutsprocessen trots att beslutsfattandet ligger hos försäkringshandläggaren. Dessa otydligheter har resulterat i en förvirring när det kommer till den försäkringsmedicinska rådgivarens roll i sjukskrivningsprocessen.³

Den allmänna uppfattningen om den försäkringsmedicinska rådgivaren tycks vara att dessa är 'Försäkringskassans egna läkare' som kan underkänna läkarintyg och bereda utrymme för försäkringshandläggaren att meddela avslag. Denna allmänna uppfattning har bemötts av Försäkringskassan i en informationsfilm där myndigheten avfärdar påståendet om att *"Försäkringskassan har egna läkare som sätter sig över patientens läkare och avfärdar deras intyg"*.⁴ Detta klipp har kritiserats medialt och kritiken berör framförallt rådgivarens höga inflytande över beslutsprocessen.⁵ Eftersom både den intygsskrivande läkaren och rådgivaren gör en bedömning av den enskildes medicinska tillstånd, men endast den förra gör en medicinsk undersökning av den enskilde är det föga förvånande att detta innebär en förvirring för den enskilde. Vem är rådgivaren och vilken roll har denne i Försäkringskassans beslutprocess?

Samma uppfattning framhålls i olika forum där enskilda som ställer sig kritiska till Försäkringskassan sammansluter sig. Exempel på denna typ av grupper är

¹ Se bland annat; Katarina Arnstad Elmblad, "Hur länge ska FK få köra över oss sjuka?", *Aftonbladet*, 9/1 2020, <https://www.aftonbladet.se/debatt/a/6jvQBL/hur-lange-ska-fk-fa-kora-over-oss-sjuka> [hämtad 2020-12-04].

² Fortsättningsvis benämns Försäkringskassans handläggare som "försäkringshandläggaren".

³ Henrik Lund, "Läkare mot läkare i sjukskrivningsprocessen", *Sjukhusläkaren*, 6/2 2017, <https://www.sjukhuslakaren.se/debatt/lakare-mot-lakare-i-sjukskrivningsprocessen/> [hämtad 2020-12-04].

⁴ Försäkringskassan, *Försäkringskassan förklarar*, u.å., <https://www.forsakringskassan.se/forklarar> [hämtad 2020-11-27].

⁵ Se bland annat; Eva Franchell, "Försäkringskassans mördande reklam", *Aftonbladet*, 20/1 2020, https://www.aftonbladet.se/ledare/a/LABbj4/forsakringskassans-mordande-reklam?fbclid=IwAR2satH-BVOOiwrmO_UUls4iauA2s19FI2w4Finpi1iLIZfqT_bvaPxDZaw [hämtad 2020-11-27]; Solrosuppropet, *Informationsvideo (?) från Försäkringskassan*, 10/1 2020, <http://solrosuppropet.se/2020/01/informationsvideo-fran-forsakringskassan/> [hämtad 2020-11-27].

Försäkringsmedicinska Kollegiet⁶, Solrosuppropet⁷ och Facebook-gruppen 'Försäkringskassanupproret!'⁸. I dessa grupper har människor samlats för att strida mot de orättvisor som finns inom bland annat sjukförsäkringen och det är tydligt att den allmänna bilden av Försäkringskassan är negativ.

Läkarkåren framhåller att de ofta känner sig pressade att kunna förklara deras medicinska bedömning till en försäkringshandläggare som saknar medicinsk kompetens. I en debattartikel i SvD (2019) kan man läsa följande;

*"Försäkringskassans upplägg när det gäller bedömning av läkarnas intyg som underlag för att bevilja sjukpenning är i grunden dysfunktionellt. Systemet är baserat på att handläggare som inte har någon medicinsk utbildning godkänner eller underkänner medicinska resonemang från läkare. [...] Om läkaren misslyckas med att förklara situationen för handläggaren så straffas patienten som inte får sjukpenningen. Det har blivit läkarens ansvar att handläggaren förstår en medicinsk situation utan att handläggaren har utbildningen som krävs för det."*⁹

En person kan vara hur sjuk som helst men så länge läkarintyget inte är formulerat på ett sätt som övertygar den icke medicinskt kunniga försäkringshandläggaren på Försäkringskassan så kommer sjukpenning inte att beviljas. Författarna beskriver det som att beslutsordningen är splittrad eftersom ansvaret respektive kontrollen över situationen ligger hos olika aktörer. Den intygsskrivande läkaren är den som har den medicinska kontakten med den enskilde och ansvarar för en stor del av den enskildes bevismaterial. Försäkringshandläggaren är däremot beslutsfattaren och har därför full kontroll över utfallet i ärendet. Utfallet är svårt att påverka för läkaren eftersom det även är Försäkringskassan som står för en stor del av normgivningen på området och kan ställa höga krav på läkarens bedömning och intygsskrivande. Denna splittring riskerar att resultera i skönsmässiga bedömningar och slumpmässiga utfall. I förlängningen är detta enligt min mening också en risk för den enskildes rättssäkerhet i sjukförsäkringsfrågor.

Författarna skriver också om det stora antalet kompletteringar som försäkringshandläggarna begär in som ett resultat av den bristande medicinska kompetensen. Många av kompletteringarna framstår för läkarna som onödiga och hade kunnat undvikas om försäkringshandläggaren var noggrannare i sin granskning av materialet alternativt besatt den kompetens som krävs för bedömningen. Kompletteringsbegärandena bidrar dessutom till ett ökat tryck på en hälso- och sjukvård som redan är under hög belastning.

Sjukskrivningsprocessens problematik är således tudelad. Å ena sidan saknar försäkringshandläggaren medicinsk kompetens vilket resulterar i onödiga kompletteringar och ett merarbete för den intygsskrivande läkaren som tvingas förmedla sin medicinska bedömning i termer som försäkringshandläggaren förstår. Lyckas inte läkaren med detta finns det en överhängande risk för att försäkringshandläggaren meddelar avslag eftersom denne bedömer att rätten till ersättning inte är styrkt. Å andra sidan kan försäkringshandläggaren ta

⁶ NRH Trauma, u.å., <https://www.facebook.com/NRHtrauma/posts/386009471422306/> [hämtad 2020-12-07].

⁷ Solrosuppropet, *Om Solrosuppropet*, u.å., <http://solrosuppropet.se/om-solrosuppropet-se/> [hämtad 2020-12-07].

⁸ Försäkringskassanupproret!, u.å., <https://www.facebook.com/groups/455441571858895/> [hämtad 2020-12-07].

⁹ Martin Wehlou, Jan Falldalen, Birgitta Lagerkvist, Simon Hellström, Marek Jerwanski & Petru Sandru, "Försäkringskassan saboterar för läkare", *Svenska Dagbladet* (SvD), 10/7 2019, <https://www.svd.se/forsakringskassan-saboterar-for-oss-lakare> [hämtad 2020-12-01].

hjälp av en försäkringsmedicinsk rådgivare för att kompensera för sin bristande medicinska kompetens. Då får rådgivaren istället stort inflytande över beslutsprocessen eftersom försäkringshandläggaren är beroende av dennes medicinska kompetens. Till följd av den försäkringsmedicinska rådgivarens kritiska förhållningssätt gentemot det medicinska underlaget riskerar ärendet att resultera i ett avslag även i detta fall.

Resultatet av denna reflektion är att ingen av dessa sidor av problematiken är att föredra. Båda är problematiska ur en rättssäkerhetssynvinkel och båda främjar avslag i det enskilda ärendet. För att säkerställa ett korrekt beslut krävs det att beslutsfattaren har den kompetens som krävs för att granska och bedöma utredningsunderlaget samt att beslutsfattandet är självständigt. Allt annat innebär en rättsosäkerhet för den enskilde eftersom beslutsfattandet riskerar att bli oförutsebart och godtyckligt. En beslutsprocess där den enskildes bevismaterial undermineras och där en rådgivande, myndighetsanställd aktör får stort inflytande innebär en obalans och riskerar att skapa en misstro hos den enskilde.

För att ett välfärdssystem och ett sjukförsäkringssystem ska fungera krävs det att allmänheten känner tilltro till systemet och kan lita på att det fungerar som det är tänkt. Det krävs således att systemet är rättssäkert och att myndighetsutövandet är legitimt. Användningen av läkarintyg och försäkringsmedicinska utlåtanden har bidragit till en osäkerhet hos allmänheten vilket i sin tur får konsekvenser för socialförsäkringssystemet i stort. I detta arbete vill jag därför dels utreda vilken roll läkarintyget respektive det försäkringsmedicinska utlåtandet har i sjukskrivningsprocessen, dels jämföra dessa med varandra för att skapa en helhetsbild av hur dessa används i sjukpenningärenden. Jag vill också belysa några av de effekter som kan eller har uppstått till följd av användandet av läkarintyg respektive försäkringsmedicinska utlåtanden.

1.2. Disposition

I den första delen presenteras ramarna för mitt arbete och det material jag valt att använda. Jag presenterar först mina frågeställningar som jag har för avsikt att besvara och sedan mitt syfte med att behandla detta ämne. Jag kommer sedan presentera det material jag använt som stöd för mitt arbete samt den metod jag kommer att använda i respektive del av det fortsatta arbetet. Därefter kommer jag också kortfattat att beskriva hur jag har valt att avgränsa mitt ämnesområde.

I den andra delen kommer jag att redogöra för hur den rättsliga regleringen ser ut när det kommer till läkarintygets innehåll och utformning respektive det försäkringsmedicinska utlåtandet. Jag kommer därtill redogöra för hur rättstillämpningen samt hur dessa dokument ska användas i sjukpenningärenden.

Den tredje delen utgörs av min analys där jag kommer att jämföra läkarintyget med det försäkringsmedicinska utlåtandet enligt samma struktur som använts under föregående del. Därefter kommer jag att analysera och redogöra för vilka konsekvenser användandet av läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet kan ha för den enskilde och hur detta påverkar den enskildes rättssäkerhet i sjukförsäkringen.

2. Frågeställningar

- Vilken roll har läkarintyget respektive det försäkringsmedicinska utlåtandet i sjukpenningärenden?
- Hur används läkarintyget respektive det försäkringsmedicinska utlåtandet vid bedömningen av den enskildes rätt till sjukpenning i praktiken?
- Vad får detta för konsekvenser ur ett rättssäkerhetsperspektiv?

3. Syfte

Mitt syfte med detta arbete är att klargöra skillnaderna mellan läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet. Anledningen till att jag vill göra denna jämförelse är för att jag har en uppfattning om att det idag är generellt svårt att få sjukpenning beviljat eftersom Försäkringskassans beslutsprocess ställer höga krav på läkarintyget. Detta relaterar även till det försäkringsmedicinska utlåtandet som har en framträdande roll i en del sjukpenningärenden. Förekomsten av försäkringsmedicinska utlåtanden menar jag har en stor inverkan på beslutprocessen och förstärker kraven som ställs på läkarintyget. Dessa krav kan dels vara svåra att leva upp till, dels vara svåra att urskilja för både den enskilde och den intygsskrivande läkaren. Jag anser därför att det finns ett behov av att klargöra vilka krav som Försäkringskassan ställer på läkarintygets innehåll och utformning i praktiken för att sedan analysera hur detta förhåller sig till lagstiftarens avsikt med ett obligatoriskt läkarintyg.

Det faktum att Försäkringskassans beslut dessutom baseras på en *bedömning* som görs av en enskild handläggare gör det ännu svårare för den enskilde eftersom bedömningen kan vara olika beroende på vem som gör den. Min uppfattning är att den enskilde har viss makt över sitt eget läkarintyg, om än liten, men när det kommer till det försäkringsmedicinska utlåtandet har en enskilde varken makt över eller insyn i hur utlåtandet utformas. Jag anser därför att det också finns ett behov av att klargöra vilket syfte det försäkringsmedicinska utlåtandet har samt hur det används i sjukpenningärenden.

Mitt syfte med detta arbete är alltså att utreda relationen mellan läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet för att förhoppningsvis bidra till en ökad kunskap och förståelse för hur dessa dokument har till syfte att användas i sjukpenningärenden. När läkarintygets respektive det försäkringsmedicinska utlåtandets syfte är klarlagda ämnar jag utreda om dess praktiska funktion överensstämmer med hur lagstiftaren hade tänkt sig att dessa skulle användas. För att kunna göra denna jämförelse behöver jag i ett första steg redogöra för vad som är läkarintygets respektive det försäkringsmedicinska utlåtandets syfte och innehåll. I nästa steg har jag för avsikt att analysera vilken roll läkarintyget respektive det försäkringsmedicinska utlåtandet har i Försäkringskassans bedömning samt vilka effekter detta får ur en rättssäkerhetsaspekt.

Mina frågeställningar har till syfte att ställa upp de ramar mitt arbete har att förhålla sig till samt hjälpa till att avgränsa mitt arbete. Genom att arbeta utifrån givna frågeställningar hoppas jag att det kommer bidra till en tydlig och logisk struktur för läsaren samt ge en bild av vilken problematik detta arbete har för avsikt att behandla.

4. Metod och material

4.1. Metod

Den metod jag har kommer att använda mig av är dels rättsdogmatisk metod, dels rättskritisk metod. Rättsdogmatisk metod är ett verktyg för att tolka och systematisera gällande rätt i en viss fråga. Utgångspunkten för rättsdogmatisk metod är att kunskapen inte ska ifrågasättas och att rätten ska tas för given.¹⁰ Jag kommer att använda mig av rättsdogmatisk metod för att redogöra för hur rättsreglerna ser ut för användandet av försäkringsmedicinska utlåtanden respektive läkarintyg i sjukpenningärenden. Jag har valt att använda mig av denna metod för att kunna redogöra för det regelkomplex som hanterar just läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet utan att i detta skede ifrågasätta lagreglerna. Genom att beskriva rättsreglerna ur en historisk och nutida kontext får läsaren en möjlighet att skapa sig en förståelse för det relevanta rättsfältet. Genom att redogöra för regelkomplexet som reglerar sjukförsäkringen skapar jag förutsättningar för att i nästa steg kunna göra en analys av rättstillämpningen som redogjorts för i denna del.

Den andra delen utgörs av en analys där jag kommer att använda mig av rättskritisk metod. Rättskritisk metod är en form av rättsteoretisk metod och skulle kunna påstås vara motsatsen till rättsdogmatisk metod. Rättskritisk metod är ett verktyg för att problematisera och ifrågasätta olika rättsregler eller tillämpningen av dessa. Syftet med rättskritisk metod är att tillföra ny kunskap eller förståelse för befintliga rättsregler eller avsaknaden av dessa.¹¹ Jag kommer att använda mig av rättskritisk metod för att dels jämföra läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet, dels för att problematisera bland annat Försäkringskassans beslutsprocess och bedömningen av den enskildes läkarintyg. Jag har för avsikt att analysera huruvida Försäkringskassans tillämpning ligger i linje med vad lagstiftaren har haft för avsikt med lagreglerna och vilka effekter detta får ur ett rättssäkerhetsperspektiv. Jag kommer också att analysera vilka effekter relevant lagstiftning och rättstillämpning har för den enskilde och befolkningen i stort för att belysa de aspekter som är problematiska när det kommer till användandet av läkarintyg och försäkringsmedicinska utlåtanden.

I den första delen av min analys kommer jag som sagt att göra en jämförelse av läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet ur ett kritiskt perspektiv. Under arbetets gång har jag inte stött på någon som har gjort denna typ av jämförelse. Denna jämförelse kommer således att tillföra nya infallsvinklar till diskussionen kring Försäkringskassans ärendehantering och skapa klarhet när det kommer till skillnader och likheter mellan läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet.

De konsekvenser jag tar upp i den andra delen av min analys knyter an till de konsekvenser användandet av läkarintyg och försäkringsmedicinska utlåtanden kan få för rättssäkerheten. Det är viktigt att läsaren har i åtanke att listan inte är uttömmande och att det givetvis finns fler konsekvenser som kan belysas i en liknande analys. Jag har dock valt ut de konsekvenser som jag tycker är viktigast eller mest intressanta ur ett rättskritiskt perspektiv. Uppfattningen om vad som är *viktigast* är såklart en subjektiv bedömning och bygger på mina värderingar och min uppfattning om vilka frågor som är mest aktuella eller relevanta att belysa i detta arbete.

¹⁰ Åsa Gunnarsson & Eva-Maria Svensson, (2009), *Genusrättsvetenskap*, Upplaga 1:1, (Lund: Studentlitteratur AB), s. 91 f.

¹¹ *Ibid.*, s. 99 f.

Dessa konsekvenser har till stor del redan behandlats inom doktrinen. Det innebär dock inte att de inte fortfarande är aktuella men det innebär däremot att jag inte tillför så mycket nytt i sak. Det jag avser tillföra till diskussionen och som ger mitt arbete ett nyhetsvärde är framförallt kopplingen till användandet av läkarintyg och försäkringsmedicinska utlåtanden. Genom att belysa denna koppling ur en rättssäkerhetssynvinkel med en rättskritisk infallsvinkel kommer jag att kunna ge en mer övergripande bild av problematiken bakom nuvarande system.

4.2. Material

4.2.1. Val av material

Eftersom socialförsäkringsrätten är ett område som ständigt modifieras och förtydligas har det varit av intresse för mig att välja källor och material som är aktuella idag. Jag har försökt att begränsa mig till material som inte är äldre än tio år men en del av de källor som använts till detta arbete är äldre än så. Jag anser dock att allt material jag valt att använda är av värde för arbetet och är aktuellt trots att det inte är helt nytt.

Jag har använt mig av flera olika typer av källor, bland annat lagstiftning, förarbeten, böcker, artiklar, rapporter och rättspraxis. Den stora variationen i typ av källor har gett mig en bred kunskap och mitt arbete ett djup som inte hade kunnat åstadkommas genom exempelvis endast lagstiftning och förarbeten. Eftersom detta arbete är av både rättsdogmatisk och rättskritisk karaktär så har det varit av intresse för mig att både ta del av den rättsliga regleringen och den mediala debatten.

4.2.2. Rättsfall

Eftersom jag inte har valt att göra en empirisk undersökning är förekomsten av rättsfall i detta arbete förhållandevis låg. De rättsfall jag valt att använda mig av är då jag velat presentera ett citat ur domen, vilket har relevans för redogörelsen av rättsläget eller då jag vill visa på vad försäkringsmedicinska utlåtanden spelar för roll inom rättspraxis. Ett av rättsfallen som finns med på min källförteckning är en förvaltningsrättsdom. I övrigt har jag i stor utsträckning försökt begränsa mig till kammarrättsdomar. Domen från förvaltningsrätten är relevant eftersom den visar på den dignitet som försäkringsmedicinska utlåtanden kan ha i sjukpenningärenden. Detta rättsfall visar aspekter som inte framgår lika tydligt i de andra domarna.

4.2.3. Doktrin

Jag har även använt mig av en del doktrin i form av böcker och artiklar. Några av böckerna har förekommit tidigare under utbildningen i form av kurslitteratur. Dessa böcker är *Genusrättsvetenskap*, *En introduktion till förvaltningsrätten* och *Socialförsäkringsrätt*. Flertalet av böckerna är Lotta Vahlne Westerhäll (tidigare Gisselsson) antingen författare eller redaktör för. Lotta Vahlne Westerhäll är professor inom offentlig rätt med inriktning på socialrätt och är seniorforskare på Juridiska institutionen vid Göteborgs universitet.¹² Hon är en framstående författare inom socialförsäkringsrätten och besitter stor kunskap inom ämnet. Hon har också varit handledare för mig under detta arbete. Ruth Mannelqvist är en annan författare som förekommer flera gånger i form av källa till detta arbete. Ruth Mannelqvist är professor inom rättsvetenskap och undervisar huvudsakligen i offentlig rätt med inriktning på

¹² Göteborgs universitet, Lotta Vahlne Westerhäll, u.å. <https://www.gu.se/om-universitetet/hitta-person/lottavahlnewesterhall> [hämtad 2020-11-16].

ersättningar inom socialförsäkringsrätten på Juridiska institutionen vid Umeå universitet.¹³ Även hon en framstående författare som har skrivit flertalet artiklar på socialförsäkringsrättens område. De artiklar jag använt i detta arbete handlar om bland annat rättssäkerhet inom socialförsäkringen. Håkan Gustafsson är författare till den avhandling jag primärt har använt mig av för att fördjupa min förståelse för *rättssäkerhetsbegreppet*. Håkan Gustafsson är professor i allmän rättslära vid Karlstads universitet och har många publikationer inom rättslära och välfärdsjuridik i sitt bagage.¹⁴ Alla de bokförfattare jag använt i detta arbete får anses vara pålitliga och av hög dignitet inom doktrinen.

Flertalet av de artiklar jag använt i detta arbete har publicerats i välkända tidskrifter som Läkartidningen och Socialmedicinsk tidskrift. Med hänsyn till att detta är erkända tidskrifter där både artiklarnas innehåll och författare granskas före publicering får dessa källor anses ha förhållandevis hög dignitet och pålitlighet. Andra artiklar som har hänvisats till har publicerats i dagstidningar. Dagstidningar har betydligt lägre dignitet än tidigare nämnda tidskrifter och dess innehåll behöver inte nödvändigtvis bestå av verifierade fakta. Denna typ av artiklar har därför endast använts för att spegla den mediala debatten och allmänhetens uppfattning av Försäkringskassan och deras ärendehantering.

4.2.4. Statistik

En del av mina källor är av statistisk karaktär. Jag har valt att inkludera en del statistik från SCB samt rapporter som gjorts med forskningssyfte. Det finns ingen anledning att ifrågasätta innehållet i dessa rapporter då de har genomförts vid universitet och därmed får antas ha stått under viss granskning eller uppsikt. Eftersom SCB är en statlig myndighet så får materialet som härrör därifrån anses pålitligt med.

4.2.5. Icke bindande normer

Jag har i detta arbete använt mig av vissa icke bindande normer. Försäkringskassans publikationer i form av vägledning samt publikationen *Domsnytt* är av vägledande karaktär och dess rättskällevärde är enligt doktrinen oklar.¹⁵ I och med att dessa källor både utformas och tillämpas av Försäkringskassan bör de betraktas som just riktlinjer snarare än regler. Eftersom dessa rättskällor används i så pass omfattande mån av Försäkringskassans anställda anser jag att de är rent av nödvändiga för detta arbete.

Vägledningarna hänvisar ofta till lagtext eller förarbeten men har formulerats på ett sätt som gör det mer lättbegripligt och tydligt för Försäkringskassans anställda hur Försäkringskassan anser att reglerna ska tillämpas. När det kommer till publikationsserien som kallas *Domsnytt* ställer jag mig kritisk till urvalet av domar. Hur kommer det sig att just dessa domar tas upp? Har dessa domar högre dignitet än andra? Antagligen anser man att de domar som valts ut ger en tydligare bild av hur rättsläget ser ut. Ifrån mitt perspektiv förefaller domarna som innefattas av *Domsnytt* inte vara unika utan utgör bara ett urval av domar som tar upp aktuell fråga. *Domsnytt* får därför betraktas som en sammanfattning av rättsläget. Jag har valt att använda mig av *Domsnytt* istället för att hänvisa direkt till domarna eftersom urvalet i *Domsnytt* ger en bild av vad Försäkringskassan betraktar som relevant. *Domsnytt* innefattar

¹³ Umeå universitet, *Ruth Mannelqvist*, u.å. <https://www.umu.se/personal/ruth-mannelqvist/> [hämtad 2020-11-16].

¹⁴ Karlstads universitet, *Håkan Gustafsson*, u.å., <https://www.kau.se/forskare/hakan-gustafsson> [hämtad 2020-12-07].

¹⁵ Lotti Ryberg-Welander, (2018), *Socialförsäkringsrätt*, Upplaga 3:1, (Visby: Norstedts Juridik AB), s 32 f.

också ofta olika ställningstaganden som sedan reflekteras i deras vägledningar. Sammanställningen i Domsnytt visar också på att frågan har hanterats likvärdigt i flera fall och därmed får betraktas som 'gällande rätt' i frågan. Genom att använda mig av rättskällor med lägre dignitet, eller till och med oklar dignitet, har jag därför kunnat redogöra för hur rättstillämpningen ser ut för regelkomplexet som omger frågan om rätten till sjukpenning.

4.2.6. Svårigheter med materialet

Som i alla arbeten har man olika svårigheter eller stöter på oklarheter som är svåra att reda ut. Det har i detta arbete varit svårt att hitta någon som helst doktrin eller liknande där man diskuterat just skillnaden mellan förtroendeläkare, försäkringsläkare och försäkringsmedicinsk rådgivare. Likaså när det kommer till dess innehåll och utformning. Det finns gott om artiklar som kritiserar Försäkringskassans godtyckliga bedömningar av läkarintygen samt de försäkringsmedicinska rådgivarnas roll i sjukskrivningsprocessen, ändå har jag inte lyckats hitta något arbete som liknar det jag gjort. Detta har till viss del varit en svårighet men har också bidragit till mitt arbetes nyhetsvärde.

När det kommer till information om förtroendeläkarna så har denna varit mycket svåråtkomlig. Begreppet förtroendeläkare har förekommit i framförallt förarbeten sedan 1960-talet utan någon vidare förklaring. Möjligtvis har detta sin förklaring i dåvarande samhällsdebatt men eftersom detta rör sig om en samhällsdebatt som skett före millennieskiftet har det inte dokumenterats digitalt på samma sätt som idag. De samhällsdebatter som förs idag blir direkt lättåtkomliga digitalt eftersom vi lever i ett mycket mer digitaliserat samhälle nu än vi gjorde före millennieskiftet. Antagligen är detta förklaringen till att jag upplevt det svårt att hitta relevant information om förtroendeläkarna.

En annan svårighet som uppstod under materialinsamlandet var olika begrepp och termer på försäkringsmedicinens område. Eftersom jag själv har haft svårt att få grepp om de olika benämningarna som används har jag valt att inkludera ett avsnitt om begrepp i denna inledande del. Denna del var till en början endast ett stöd för mig själv men under arbetets gång kändes denna del allt mer relevant för arbetet och läsarens förståelse för ämnet varför jag bestämde mig för att inkludera detta i det färdiga arbetet. Under begreppsavsnittet behandlas också de olika mätinstrumenten som används för att mäta hur många som tar del av sjukförsäkringen varje år.

4.2.7. Uppsatser på utbildningsnivå

Under arbetets gång har jag stött på en del andra studentuppsatser som har hanterat liknande frågor. Bland annat Marie-Louise Eriksson & Annika Källberg Haknert, *Läkarintygets betydelse för rätten till sjukpenning*, (vt 2006), Programmet för juris kandidatexamen vid Handelshögskolan, Göteborgs Universitet,Handledare Lotta Vahlne Westerhäll; och Lise Reuter, *Är kritiken mot Försäkringskassan berättigad utifrån ett rättsstatligt perspektiv?*, (vt 2011), Programmet för juris kandidatexamen vid Handelshögskolan, Göteborgs Universitet,Handledare Lotta Vahlne Westerhäll. Dessa uppsatser har en annan ingångsvinkel än mitt arbete men har hanterat vissa frågor som liknar mina.

4.3. Avgränsningar

I detta arbete har jag gjort vissa avgränsningar i relation till mina frågeställningar. Jag har valt att inte närmare behandla hur rätten till sjukpenning påverkas av sjukfallets längd, även kallat *rehabiliteringskedjan*. Jag hävdar att problematiken kring läkarintyg och försäkringsmedicinska utlåtanden kan uppstå redan i början av ett sjukfall varför det inte är nödvändigt att ta upp rehabiliteringskedjan i detta arbete. Uteslutandet av denna typ av reflektion gynnar också strukturen för detta arbete och skapar mer utrymme för mig att fördjupa mig i de frågor jag vill behandla.

Jag har även valt att avgränsa mitt arbete till att främst behandla rätten till sjukpenning. Den som är för sjuk för att arbeta kan också ha rätt till aktivitetsersättning eller sjukersättning men detta kommer inte att behandlas närmare i detta arbete. Jag har valt att göra denna avgränsning för att mitt ämne ska vara så koncist som möjligt och att blanda in flera ersättningsformer skulle dels leda till begreppsförvirring, dels generera ett längre arbete än jag har tid och utrymme för. Jag har dock använt mig av begreppet *ersättning* i vissa delar vilket öppnar upp för fler ersättningsformer än sjukpenning. I dessa delar har jag bedömt att det inte är nödvändigt att begränsa mig till just sjukpenning och att användandet av begreppet ersättning inte bör påverka förståelsen av texten. I följande avsnitt kommer jag att redogöra för andra begrepp som jag anser kräver viss förklaring.

4.4. Begrepp

4.4.1. Försäkringsmedicin

Under materialinsamlingen för detta arbete upptäckte jag att det förekommer flera olika men liknande begrepp i doktrinen och förarbeten som relaterar till försäkringsmedicin. Jag vill därför ägna en liten del av denna inledande del av arbetet till att bena ut och klargöra hur jag uppfattar dessa olika begrepp. När flera olika begrepp används utan förklaring gör detta det svårt för läsaren och framförallt för den enskilde att förstå vad dessa innefattar. Med hänsyn till att en del av mitt syfte med detta arbete handlar om just klargörande anser jag att det är befogat att redogöra för dessa begrepps innebörd.

Vad är ett försäkringsmedicinskt utlåtande eller yttrande?

Ett försäkringsmedicinskt utlåtande eller yttrande är ofta ett resultat av att försäkringshandläggaren konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare i ett ärende. Det är ingen skillnad mellan ett utlåtande och ett yttrande och jag kommer att använda mig av begreppet *utlåtande* fortsättningsvis.

Vad är en försäkringsmedicinsk bedömning?

Den försäkringsmedicinska bedömningen utgör själva bedömningen av den enskildes sjukdomsbild relaterat till dennes arbetsförmåga. Det är svårt att peka ut en specifik aktör som gör denna bedömning. Begreppet används både för att beskriva den bedömning den intygsskrivande läkaren gör, det den försäkringsmedicinska rådgivaren gör samt det de försäkringsmedicinska utredningarna innefattar.

Huruvida försäkringshandläggaren gör en försäkringsmedicinsk bedömning är enligt mig ett gränsfall. Försäkringshandläggaren gör en bedömning av den enskildes rätt till ersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Själva bedömningen av det medicinska underlaget gör försäkringshandläggaren dock endast i relation till arbetsförmågan samt med stöd av medicinskt kunniga och det försäkringsmedicinska beslutsstödet. I praktiken kanske

man hade kunnat säga att den bedömning som försäkringshandläggaren gör är en försäkringsmedicinsk bedömning trots att försäkringshandläggaren vanligtvis inte själv har någon medicinsk kompetens. Rent strikt skulle jag dock vilja påstå att den bedömning försäkringshandläggaren gör är mer försäkringsmässig än försäkringsmedicinsk.

Vad är en försäkringsmedicinsk utredning?

När den enskilde har en mer komplex sjukdomsbild kan det bli aktuellt med en försäkringsmedicinsk utredning. Begreppet *försäkringsmedicinsk utredning* har definierats i förarbetena. I en utredning från år 1997 beskrev man detta som följande;

”Med försäkringsmedicinsk utredning avses en medicinsk utredning som har koppling till socialförsäkringens regler för att t.ex. kunna bedöma en försäkrads nedsättning av arbetsförmågan och därmed rätt till ersättning eller slag av ersättning, dvs. sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension. En försäkringsmedicinsk utredning gäller ofta försäkrade som har en mångfacetterad livssituation där inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning är avgörande för processen.”¹⁶

Försäkringsmedicinska utredningar syftar således ofta på medicinska utredningar som avser att komplettera den enskildes läkarintyg. Sedan lagen om försäkringsmedicinska utredningar infördes år 2019 ska denna typ av utredningar genomföras inom hälso- och sjukvården på begäran av Försäkringskassan. Den försäkringsmedicinska utredningen ska resultera i ett utlåtande som ska ingå i försäkringshandläggarens beslutsunderlag. En försäkringsmedicinsk utredning begärs ofta när den enskildes arbetsförmåga och rätt till ersättning inte endast kan bedömas utifrån läkarintygets vanliga utformning utan behöver en mer djupgående utredning. Det finns tre olika typer av försäkringsmedicinska utredningar; SLU, TMU och AFU.¹⁷

SLU är en förkortning för *Särskilt läkarutlåtande*. Innehållet i ett SLU liknar innehållet i ett vanligt läkarintyg men utförs på begäran av Försäkringskassan och har en tydligare försäkringsmedicinsk grund. Utredningen genomförs av en legitimerad läkare med lämplig specialistkompetens för att bedöma den enskildes hälsotillstånd ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv.¹⁸ TMU är en förkortning för *Teambaserad medicinsk undersökning*. Denna utförs av en sammansättning av en legitimerad läkare med lämplig specialistkompetens, en legitimerad psykolog, en legitimerad sjukgymnast samt en legitimerad arbetsterapeut. Teamutredningen ska resultera i ett läkarutlåtande som redogör för den enskildes hälsotillstånd. En TMU ger en mer omfattande bild av hur den enskildes liv påverkas av sjukdomen och relaterar inte bara till den enskildes arbetsuppgifter utan även till vardagssysslor.¹⁹ AFU är en förkortning för *Aktivitetsförmågeutredning*. AFU används när bedömningen av den enskildes arbetsförmåga ska vidgas till normalt förekommande arbete på hela arbetsmarknaden istället för att endast innefatta nuvarande arbetsplats och arbetsuppgifter. Detta sker normalt vid dag 181 i ett sjukfall. En AFU utförs av en legitimerad läkare och utredningen baseras på ett formulär där den enskilde själv får skatta sitt medicinska tillstånd och sin arbetsförmåga. Läkarens uppgift är sedan att hålla en klagande intervju baserat på självskattningsformuläret och övrigt medicinskt underlag i ärendet för att sedan

¹⁶ SOU 1997:169, s. 92.

¹⁷ Prop. 2017/18:224 *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*, s. 16.

¹⁸ *Ibid.*, s. 16 f.

¹⁹ *Ibid.*, s. 17 f.

Sjukpenningtalet innefattar ersättningsformerna *sjukpenning* och *rehabiliteringsersättning*. Detta mått baseras på antalet utbetalda nettodagar.²⁵

Sjuktalet innefattar endast ersättningsformen *sjukpenning* och baseras på antalet utbetalda bruttodagar. Med bruttodagar avses hur många dagar som varje enskild får ersättning utbetalt i genomsnitt.²⁶

Jag kommer fortsättningsvis att förhålla mig till *ohälsotalet*.

²⁵ Statistikmyndigheten SCB, *Ohälsotalet och sjukpenningtalet*, 2019-12-17, <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/jamstalldhet/jamstalld-halsa/ohalsotalet-och-sjukpenningtalet/> [hämtad 2020-11-05].

²⁶ Försäkringskassan, *Statistik om ohälsomått – vanliga frågor*, u.å. <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/ohalsomatt> [hämtad 2020-11-05].

5. Sjukförsäkringens bakgrund

Hur man idag ser på sjukskrivning och läkarintyg präglas av sjukförsäkringens historia. Idén om att arbetare skulle samordna sig och hjälpas åt i händelse av sjukdom har en historia långt bak i tiden. Redan under medeltiden samlades människor som arbetade med liknande yrken i skrän där man betalade in pengar för att det skulle kunna lånas ut till de som blev sjuka och inte kunde arbeta. Under 1700-talet utvecklades detta till att utformas som sjukkassor och år 1891 kom den första lagen som reglerade sjukkassorna.²⁷ Dagens sjukförsäkring bygger på den första lagen om allmän sjukförsäkring som trädde i kraft år 1955. Sedan dess har sjukförsäkringen utvecklats och utgör idag en viktig komponent i den generella välfärden.²⁸

5.1. Det höga ohälsotalet

Ohälsotalet har varierat under årens lopp. Under andra halvan av 1970-talet låg ohälsotalet på en konstant nivå för att sedan sjunka under 1980-talets första år och sedan återigen öka och kulminera år 1989. 1980-talet präglades av högkonjunktur och efterfrågan på arbetskraft ökade jämfört med innan. I början av 1990-talet gick Sverige in i en kraftig lågkonjunktur och rekordmånga förlorade sina arbeten.²⁹ Kanske hängde detta ihop med ohälsotalets utveckling för i slutet på 1990-talet började ohälsotalet stiga till följd av att fler långtidssjukskrevs på grund av psykisk ohälsa.³⁰ Ohälsotalet ökade med så mycket som 30% mellan åren 1998 och 2003.³¹

År	Ohälsotal	År	Ohälsotal
1998	33,6	2009	32,8
1999	35,9	2010	29,5
2000	38,7	2011	27,7
2001	41,6	2012	27,0
2002	43,0	2013	26,8
2003	43,2	2014	27,3
2004	42,5	2015	28,0
2005	41,3	2016	27,8
2006	39,9	2017	26,2
2007	38,3	2018	24,7
2008	35,8	2019	23,5

Källa för siffrorna i tabellen: SCB.³²

Vid millennieskiftet var ohälsotalet således högt och i en proposition från år 2002/03 belystes just problemet med det höga ohälsotalet. Regeringens bedömning var då att en del av förklaringen till den höga sjukfrånvaron kunde anses hänga ihop med själva

²⁷ Försäkringskassan, *Sjukförsäkringens historia*, u.å.,

https://www.forsakringskassan.se/omfk/vart_uppdrag/socialforsakringens_historia [hämtad 2020-09-23].

²⁸ Lotta Westerhäll Gisselsson, (1983), *Sjukdom och arbetsförmåga*, (Stockholm: P S Norstedt & Söners Förlag AB), s. 15.

²⁹ SOU 1994:72 *Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension – förutsättningar och erfarenheter*, s. 8 f.

³⁰ Per Lytsy, Ann-Sophie Hansson och Ingrid Anderzén, (2009), "Sjukförsäkringen – ett decennium av förändring", *Socialmedicinsk tidskrift* 86:6, s. 561.

³¹ Ingvar Karlberg, (2004), "Sjukdomsbegreppet, ohälsotalet och arbetsförmågan", *Socialmedicinsk tidskrift* 81:6, s. 482.

³² Statistikmyndigheten SCB, *Ohälsotalet*, u.å., https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/f062631c-5aa2-401b-89b7-a0ad7e3533aa/ohalsotalet_etter_kon_och_alder_1998_2011.xls?MOD=AJPERES&CVID= [hämtad 2020-11-05].

sjukskrivningsprocessen. Den intygsskrivande läkarens försäkringsmedicinska kompetens var för låg vilket gjorde att slentrianmässiga sjukskrivningar var vanligt förekommande.³³

En stor del av propositionens fokus låg på en ökad användning av deltidssjukskrivning för att motverka att sjukskrivningarna blir längre och mer omfattande än vad som är nödvändigt i det enskilda fallet. Oprecisa diagnoser och läkarintyg ledde till en benägenhet att ordinera långtidssjukskrivning snarare än en bedömning av förutsättningarna för partiell ersättning. Den bristande precisionen i läkarintyget innebar också en förhöjd risk för att tidiga insatser och rehabilitering inte skulle kunna sättas in. Genom att utfärda slentrianmässiga läkarintyg skulle den enskilde riskera att passiviseras och det skulle bli svårt för denne att återgå till arbete så snart som möjligt. Är det lätt att bli sjukskriven och få ersättning för inkomstbortfall medför detta att det inte längre finns några incitament för den enskilde att försöka återgå till arbetet vilket i sin tur påverkar hela samhällsekonomin då antalet skattebetalare blir färre.³⁴

De slentrianmässiga sjukskrivningarna ansågs också hänga ihop med läkares bristande kunskap på det försäkringsmedicinska området. Detta innebar en svårighet för läkarna att göra en bedömning av den enskildes arbetsförmåga i förhållande till dennes arbetsförhållanden vilket i sin tur innebar att läkarintyget ofta baserades på den enskildes uppfattning och tolkning av sin arbetsförmåga. För att undvika att läkare förlitade sig allt för mycket på den enskildes uppgifter förespråkades förstärkta utbildnings- och informationsinsatser.³⁵ En utökad försäkringsmedicinsk utbildning till intygsskrivande läkare skulle ge bättre förutsättningar för att bedöma den enskildes arbetsförmåga. Det skulle innebära ett skifte i fokus där den enskildes arbetsförmåga låg i fokus vilket i sin tur skulle ge incitament till en bedömning av förutsättningarna för deltidssjukskrivning snarare än heltidssjukskrivning. Det framhålls också i propositionen att arbete i viss omfattning bör betraktas som ett led i tillfrisknandet och behandlingen. Fokuset skulle ligga på sjukskrivningens omfattning och den enskildes förmåga att arbeta för att man skulle kunna ta tillvara på den eventuella återstående arbetsförmågan.³⁶

Propositionen respektive budgetpropositionen för år 2003 hade båda som fokus och mål att öka den försäkringsmedicinska kompetensen för de intygsskrivande läkarna.³⁷ Ett resultat av detta var det styrpolitiska initiativet *Sjukskrivningsmiljarden*.

5.2. Sjukskrivningsmiljarden

Problematiken med höga ohälsotal var på tapeten redan under 80- och 90-talen och det har länge funnits en naturlig strävan mot att minska ohälsotalet. *Sjukskrivningsmiljarden* var ett sätt att bemöta denna problematik och ett försök att vända trenden med det höga ohälsotalet. Bakgrunden till *Sjukskrivningsmiljarden* var det höga ohälsotalet och den splittrade sjukskrivningsprocessen i landet.³⁸ Målet var att halvera antalet sjukskrivningar fram till år 2008 och för att uppnå detta mål behövde tillämpningen bli mer likformig, försäkringsmässig och rättssäker. Sjukskrivningsmiljarden riktade sig främst till sjukvården och hade till syfte att

³³ Prop. 2002/03:89 *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*, s. 18.

³⁴ *Ibid.*, s. 17.

³⁵ Prop. 2002/03:89, s. 17 ff.

³⁶ *Ibid.*, s. 20 ff.

³⁷ *Ibid.*, s. 18.

³⁸ Margareta Dackehag, (2010), *Verksamhet i förändring - Försäkringsmedicinska verksamhetens roll i sjukskrivningsprocessen och på Försäkringskassan*, (Lund: Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet), s. 1.

stimulera läkarkårens engagemang i sjukskrivningsfrågorna och avsåg att främja samarbetet mellan läkarkåren och Försäkringskassan.³⁹

Ett av målen under denna period var att rättstillämpningen inom sjukförsäkringen skulle bli mer enhetlig. För att skapa en mer enhetlig rättstillämpning genomfördes år 2005 en sammanslagning av RFV och de 21 länsförsäkringskassorna och bildade Försäkringskassan.⁴⁰ Det gjordes också en stor satsning år 2006, kallad *Sjukskrivningsmiljarden*, vilket var en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Syftet med satsningen var att skapa ekonomiska incitament för hälso- och sjukvården att producera utförligare och mer kvalitativa läkarintyg genom att stärka den försäkringsmedicinska kompetensen inom hälso- och sjukvården och därmed bidra till en mer kvalitetssäker, enhetlig och effektiv sjukskrivningsprocess.⁴¹ År 2013 träffades en ny överenskommelse mellan regeringen och SKL med ett liknande syfte.⁴²

Satsningen tycks ha påverkat utvecklingen av ohälsotalet positivt och statistiskt sett har sjukskrivningsmiljarden inneburit en minskning av antalet beviljade sjukpenningärenden per år. Under år 2019 erhöll 591 000 personer någon gång sjukpenning till följd av arbetsförmåga vilket innebär en minskning med 189 000 fall per år sedan millennieskiftet.⁴³

År	Antal	År	Antal
2000	778 519	2010	469 022
2001	838 649	2011	473 358
2002	860 478	2012	501 656
2003	793 733	2013	532 487
2004	707 786	2014	563 213
2005	696 785	2015	609 830
2006	667 689	2016	625 527
2007	607 785	2017	605 718
2008	542 226	2018	601 667
2009	486 829	2019	591 028

Källa för siffrorna i tabellen: SCB.⁴⁴

I en artikel i Socialmedicinsk tidskrift från år 2009 skrev Gårdestig och Liljedahl att;

”[o]hälsotalet har på sex år gått från rekordhöga 43,3 (september 2003) till rekordlåga 33,6 (september 2009). Det betyder en minskning av antalet sjukskrivningsdagar (inklusive sjuk- och aktivitetsersättning och rehabilitering) med ca 57 miljoner på 12-månadersbasis.”⁴⁵

Av artikeln framgår det att det finns flera faktorer som kan ha påverkat denna utveckling. Bland annat lyfter författarna att det kan handla om den allmänna inställningen till sjukskrivningar samt inblandade parter förhållningssätt och syn på hur sjukskrivningsfrågan

³⁹ Siwert Gårdestig & Eva Alner Liljedahl, (2009), ”Försäkringsmedicinsk kompetens hos Försäkringskassan, några utvecklingsperspektiv”, *Socialmedicinsk tidskrift* 86:6, s. 505

⁴⁰ Försäkringskassan, *Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018*, s. 13.

⁴¹ Inspektionen för socialförsäkringen, *Rapport 2013:11 Sjukskrivningsmiljarden*, Stockholm, s. 12 ff.

⁴² *Ibid.*, s. 17 f.

⁴³ Försäkringskassan, *Socialförsäkringen i siffror 2020*, s. 52.

⁴⁴ Statistikmyndigheten SCB, *Sjukpenning och rehabiliteringspenning*, u.å., <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/socialforsakring-m-m/stod-vid-sjukdom-och-handikapp/dagersattning-sjukformaner/> [hämtad 2020-09-30].

⁴⁵ Dessa siffror presenteras i föregående tabell under avsnitt 5.1.

ska integreras med vård och behandling. Därutöver har kunskapen och medvetenheten kring dessa frågor förbättrats vilket med stor sannolikhet har med den försäkringsmedicinska kunskapen och det ändrade arbetssättet att göra. Dessa faktorer kan enligt författarna med stor sannolikhet ha bidragit till den positiva utvecklingen av ohälsotalet och har stärkt möjligheterna till en mer stabil utveckling på sikt.⁴⁶ Angående läkarintyget och hälsovårdens roll i sjukskrivningsprocessen lyfter författarna att det är viktigt med bra medicinska underlag för att den enskilde ska kunna få hjälp med tidiga insatser och ha större möjlighet att återgå till arbete.⁴⁷ Författarnas uppfattning om vad som har föranlett den positiva utvecklingen av ohälsotalet ligger väl i linje med de förhoppningar man hade om satsningen i början av 2000-talet och det syfte sjukskrivningsmiljarden hade.

Ett resultat av denna utveckling av sjukskrivningsprocessen är att Försäkringskassans bedömning av den enskildes rätt till ersättning är grundlig och ställer höga krav på läkarintygets innehåll och kvalitet. Jag kommer därför i det följande avsnittet att redogöra för under vilka omständigheter en enskild har rätt till sjukpenning och vilket underlag Försäkringskassan baserar sin bedömning på. I den första delen kommer jag att utreda läkarintygets roll i sjukskrivningsprocessen för att sedan gå vidare till Försäkringskassans bedömning och användningen av försäkringsmedicinska utlåtanden. Detta är en förutsättning för att kunna jämföra läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet med varandra och besvara mina två första frågeställningar om deras roll i sjukpenningärenden.

6. Läkarintyget i rättstillämpningen

6.1. Förutsättningar för sjukpenning

Den enskildes rätt till ersättning vid inkomstförlust till följd av sjukdom har lagstadgats i Socialförsäkringsbalken. Enligt 27 kap 2§ SFB har en enskild rätt till sjukpenning vid sjukdom som innebär en nedsättning av dennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Under de första 14 dagarna i en sjukdomsperiod ansvarar arbetsgivaren för ersättningen och ska då betala sjuklön till den anställde enligt 7§ Lag (1991:1047) om sjuklön. Från och med den åttonde sjukdagen behöver den enskilde dock styrka sitt sjukdomstillstånd och den nedsatta arbetsförmågan. Enligt 27 kap 25§ SFB ska den enskilde skicka in ett läkarintyg till Försäkringskassan för att ha rätt till fortsatt ersättning på grund av inkomstbortfall. Frågan är således vad läkarintyget har för roll i sjukpenningärenden och hur det används vid bedömningen av en enskilds rätt till sjukpenning.

6.2. Läkarintygets roll i sjukpenningärenden

6.2.1. Läkarintygets syfte och innehåll

Läkarintyget har till syfte att styrka att den enskilde har en nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, vilket i sin tur är ett krav för att ha rätt till ersättning på grund av inkomstbortfall. I förarbetena till SFB och föregångaren AFL har läkarintygets syfte och innehåll diskuterats mer djupgående. Jag kommer därför att belysa relevanta delar i gamla förarbeten för att ge en sammantagen bild av vilket syfte läkarintyget har idag.

I förarbetena till 1955 års lag om allmän sjukförsäkring diskuterades syftet med bland annat läkarintyg. Då konstaterades att *"[...]läkarintyg varken enligt nu gällande lagstiftning eller enligt förslaget utgör någon ovillkorlig förutsättning för att förlust eller nedsättning av*

⁴⁶ Gårdestig & Liljedahl 2009, s. 505.

⁴⁷ Ibid., s. 508.

arbetsförmåga skall anses styrkt". Förekomsten av ett läkarintyg bedömdes medföra en stor risk för att sjukförsäkringskassorna eftersatte sin skyldighet att själva övertyga sig om den enskildes arbetsförmåga och läkarintyg var därför inte att föredra om det inte fanns särskilda skäl för detta.⁴⁸ Hur synen på läkarintyg har gått från att inte vara en förutsättning för ersättning till idag vara ett lagstadgat krav har diskuterats inom doktrinen. Lotta Westerhäll Gisselsson beskrev i *Sjukdom och arbetsförmåga* (1983) att läkarintyget hade "*karaktären av ett formkrav*". Hon diskuterar vidare att anledningen till att läkarintyget har intagit en mer central roll i sjukskrivningsprocessen knyter an till läkarnas medicinska expertis. Sjukdomsbegreppet är centralt för bedömningen av rätten till sjukpenning och därför väger den medicinska bedömningen tungt i sjukskrivningsprocessen. Därutöver knyter läkarkårens roll i sjukskrivningsprocessen an till legitimitetsaspekten. Vahlne Westerhäll lyfter också fram att beslut som baseras på en läkares bedömning troligen accepteras i större utsträckning av befolkningen och den enskilde då det finns ett stort förtroende för läkarkåren i allmänhet. Det faktum att läkarkåren medverkar i sjukskrivningsprocessen innebär således att myndighetsutövningen legitimeras.⁴⁹ Ett uttryckligt krav på läkarintyg för att styrka nedsättning av arbetsförmåga lagstodades dock först i 1962 års lag om allmän försäkring.⁵⁰

I en proposition från år 1994/95 konstaterades att läkarens främsta roll i sjukskrivningsprocessen är att uttala sig om den enskildes medicinska status och hur denna påverkar den enskildes funktionsförmåga. Läkarintygets syfte var och är att fungera som ett bevismaterial för att den enskildes arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel och Försäkringskassans uppgift är att med hjälp av bland annat läkarens bedömning ta ställning till den enskildes arbetsförmåga och dennes rätt till sjukpenning. Eftersom den enskildes arbetsförmåga behöver vara nedsatt med minst en fjärdedel för att denne ska ha rätt till sjukpenning krävs det också att den sjukskrivande läkaren uppger i läkarintyget vilken sysselsättning arbetsförmågan har bedömts i relation till.⁵¹ För att beviljas ersättning krävs det att den enskildes nedsatta arbetsförmåga är styrkt och för att den intygsskrivande läkaren ska kunna göra en bedömning av den enskildes arbetsförmåga krävs det i sin tur att den sjukskrivande läkaren har en viss kunskap och förståelse för arbetslivet. I propositionen konstaterades att det var få läkare som besatt denna kompetens då propositionen skrevs och att läkarens bedömning ofta behövde baseras på den enskildes uppgifter och uppfattning om den egna arbetsförmågan relaterat till dess arbetsuppgifter. Regeringen ansåg därför att det främst var vid korta sjukperioder som den sjukskrivande läkaren skulle uttala sig om den enskildes arbetsförmåga. Läkaren förväntades då uppge den enskildes arbetsuppgifter samt läkarens bedömning av den enskildes nedsättning i relation till dessa. När det handlar om långa sjukperioder hade och har Försäkringskassan ett större ansvar då det krävs en mer omfattande försäkringsbedömning och har således ett större ansvar att utreda den enskildes arbetsförhållanden samt arbetsförmåga i förhållande till dess arbetsuppgifter.⁵²

Vid tiden för propositionens tillkomst hade läkarintyget mycket hög status i sjukskrivningsprocessen. Ett läkarintyg ansågs besitta ett så starkt värde att det knappast kunde ifrågasättas av försäkringshandläggaren om det inte fanns en stark anledning att

⁴⁸ SOU 1944:15 *Lag om allmän sjukförsäkring*, s. 169.

⁴⁹ Westerhäll Gisselsson 1983, s. 165.

⁵⁰ 3 kap 8§ i Lag (1962:381) om allmän försäkring.

⁵¹ Prop. 1994/1995:147 *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta*, s. 27.

⁵² *Ibid.*, s. 29 f.

ifrågasätta den intygsskrivande läkarens kompetens.⁵³ Denna syn förändrades i och med en utredning som tillkom år 2000. I utredningen betonades att ett sedvanligt läkarintyg inte alltid kan antas vara tillräckligt som underlag för beviljande av sjukpenning. Utredningen konstaterade att försäkringshandläggaren redan kunde begära in kompletterande underlag för sin bedömning och föreslog att denna möjlighet skulle utnyttjas mer regelmässigt.⁵⁴ Genom att begära in kompletterande underlag skulle försäkringshandläggaren lättare kunna göra en helhetsbedömning och fatta beslut utifrån alla relevanta uppgifter i ärendet.

Detta kan antas vara startskottet för den förändrade synen på läkarintygets roll i sjukskrivningsprocessen och bidrog med stor sannolikhet till att det ställdes högre krav på både läkarintyget och försäkringshandläggarens bedömning av den enskildes rätt till sjukpenning.⁵⁵

I propositionen från 2002/03 framhölls förekomsten av bristfälliga läkarintyg och att merparten av de intyg som legat till grund för en sjukskrivning behövde kompletteras. Många sjukskrivningar baserades på oprecisa symtomdiagnoser vilket ledde till en förskjutning i tillämpningen av sjukdomsbegreppet. Detta innebar att även sociala och generella livsproblem kunde leda till sjukskrivning i vissa fall, vilket var ett problem som behandlats i propositionen från år 1994/95 men var fortfarande vanligt förekommande.⁵⁶ Detta kan antas bero på den höga status läkarintyget hade i sjukskrivningsprocessen. När läkarens kompetens och bedömning gavs stor vikt och godtogs som grund för sjukskrivning ifrågasatte inte försäkringshandläggaren innehållet.

I propositionen från år 2002/03 diskuterades också grunden för den medicinska bedömningen för sjukskrivning. Där hänvisades till propositionen från år 1994/95 angående tillämpningen av sjukdomsbegreppet i sjukförsäkringen. För att förhindra risken för slentrianmässiga långtidssjukskrivningar föreslog man lösningen att ställa krav på den intygsskrivande läkaren att närmare ange det medicinska syftet med sjukskrivningen samt hur den enskildes tillfrisknande främjas av en sjukskrivning.⁵⁷ Synen på sjukskrivningen som en del av behandlingen av den enskildes sjukdomstillstånd förstärktes härigenom. Genom kraven på precision och tydlighet så skulle det bli svårare att motivera heltidssjukskrivning efter att en viss tid förflutit och den enskilde skulle då kunna återinträda på arbetsmarknaden eller återgå till sitt arbete snabbare.

Sammanfattningsvis ska den intygsskrivande läkaren främst uttala sig om den enskildes medicinska status och göra en bedömning av vilka insatser som behöver sättas in för den enskildes tillfrisknande. Läkarintyget har till syfte att styrka den enskildes sjukdomstillstånd och funktionsnedsättning till följd av sjukdomen och utgör den enskildes bevismaterial i ärendet.⁵⁸ För att säkerställa att läkarintyget innehåller vad det har till syfte att presentera har Försäkringskassan utformat en blankett för läkarintyget.⁵⁹

⁵³ Ibid., s. 33.

⁵⁴ SOU 2000:121, s. 188 f.

⁵⁵ Denna uppfattning stöds även av Vahlne Westerhäll, Thorpenberg & Jonasson 2009, s.144.

⁵⁶ Prop. 2002/03:89, s. 23 f.

⁵⁷ Ibid., s. 24.

⁵⁸ Vahlne Westerhäll, Thorpenberg & Jonasson 2009, s. 144.

⁵⁹ Försäkringskassans blanketter, FK 7804 (003 F 003) *Läkarintyg för sjukpenning*, fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen.

6.2.2. Läkarintygets utformning

Försäkringskassans blankett för läkarintyg ger utrymme för de uppgifter som Försäkringskassan anser sig behöva för att den enskildes sjukdom kan anses tillräckligt styrkt. Läkarintyget utgör som redan nämnts en del av försäkringshandläggarens underlag vid bedömningen av den enskildes rätt till sjukpenning. Idag används en metod som kallas DFA-kedjan för att redogöra för den enskildes arbetsnedsattthet. I en statlig utredning från år 2009 föreslogs införandet av DFA-metoden vid bedömningen av den enskildes arbetsförmåga. DFA-metoden innebär att bedömningen ska bygga på orsakskedjan diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.⁶⁰ Enligt denna metod ska läkaren inte bara ställa en diagnos utan också beskriva den enskildes funktionsnedsättning och de aktivitetsbegränsningar som nedsättningen medför.⁶¹

Till följd av detta godtar Försäkringskassan inte endast en diagnos som stöd för den enskildes arbetsoförmåga. I Domsnytt 2019:014 gjorde Försäkringskassan ett ställningstagande om att endast en diagnos är inte tillräckligt. Det är de konkreta konsekvenserna av sjukdomen som kan medföra en nedsättning av arbetsförmågan varför en redogörelse för de observationer, undersökningar och utredningsresultat som framkommit under undersökningen av den enskilde måste framgå av läkarintyget. Därutöver behöver läkarintyget också innefatta en bedömning av fynden i förhållande till den enskildes arbetsförmåga.⁶²

Det är tydligt att Försäkringskassans blankett för läkarintyg är utformad utifrån DFA-kedjan men att det även finns vissa delar som är mer fokuserade på den enskildes arbetsförmåga. Den intygsskrivande läkaren ska redogöra för den enskildes sjukdomsbild och ställa en diagnos baserat på de observationer, undersökningar och utredningsresultat som framkommit vid undersökningen. Dessa undersökningsfynd ska redogöras för i läkarintyget i den mån det är möjligt. Intyget ska också redogöra för vilka funktionsnedsättningar som sjukdomen innebär samt vilka begränsningar som nedsättningen medför och vilken medicinsk behandling som läkaren har satt in. Därutöver förväntas läkaren också göra en bedömning av vilken omfattning den enskildes arbetsförmåga är nedsatt samt läkarens prognos för den enskildes möjligheter att återgå till sitt arbete. Läkaren får också lämna rekommendationer för vilka åtgärder som skulle gynna den enskildes återgång till arbete.⁶³ Som Försäkringskassans blankett för läkarintyg ser ut idag så kan man se att det har präglats av de rekommendationer som lämnats för läkarintygets utformning i utredningen från år 2009 respektive år 2000.⁶⁴ Den intygsskrivande läkarens ansvar för den enskildes bevismaterial är således betydligt mer omfattande än vad det var före millennieskiftet. Försäkringskassans styrning av läkarintygets innehåll och utformning gör att försäkringshandläggaren får ett övertag när det kommer till vilken information som kommer att ingå i beslutsunderlaget.

När läkaren väl skrivit läkarintyget och skickat in detta till Försäkringskassan för att styrka den enskildes arbetsoförmåga till följd av sjukdom så ska Försäkringskassan bedöma den enskildes rätt till ersättning.

⁶⁰ SOU 2009:89 *Gränslandet mellan sjukdom och arbete*, s. 171.

⁶¹ Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 12, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*, s. 244.

⁶² Försäkringskassan, Domsnytt 2019:014, 2019-07-02.

⁶³ Blankett FK 7804 (003 F 003) *Läkarintyg för sjukpenning*.

⁶⁴ SOU 2000:121, s. 188.

6.2.3. Läkarintygets roll i praktiken

Läkarintyget har som redan framgått en väsentlig roll i sjukskrivningsprocessen. Det utgör som sagt den enskildes bevismaterial och utgör också en stor del av det medicinska underlaget som försäkringshandläggaren baserar sin bedömning på. Läkarintyget utgör ett krav för att få rätten till ersättning prövad av Försäkringskassan och för att styrka att den enskilde uppfyllt kriterierna för att beviljas ersättning krävs det därför att läkarintygets innehåll och kvalitet övertygar försäkringshandläggaren.

När försäkringshandläggaren gör sin bedömning av den enskildes rätt till sjukpenning ska denne utgå ifrån samma metod som läkaren, dvs DFA-metoden. Försäkringshandläggaren ska göra en bedömning rörande orsakssambandet mellan de olika delarna och avgöra om DFA-kedjan är logisk. Huruvida kedjan är logisk och fullständig är dock inte avgörande för om den enskilde har rätt till sjukpenning eller ej.⁶⁵ I läkarintyget förväntas den intygsskrivande läkaren som sagt redogöra för de undersökningsfynd som framkommit vid undersökningen av den enskilde. Däremot är undersökningsfynd inte ett absolut krav för att beviljas sjukpenning eftersom vissa sjukdomar inte kan verifieras objektivt vid en läkarundersökning.⁶⁶ Detta har fastställts i domstol många gånger tidigare och fastställdes återigen i ett rättsfall från 2019 då det allmänna ombudet överklagade till Kammarrätten för att få en vägledande dom i frågan. Domstolen konstaterade då att;

”[v]issa sjukdomar låter sig endast med svårighet fastställas objektivt. När det exempelvis gäller de psykiatriska diagnoserna finns sällan några objektiva undersökningsfynd. [...] Enbart den omständigheten att det saknas objektiva undersökningsfynd kan inte tillmätas en avgörande betydelse.”⁶⁷

Försäkringskassans beslut om den enskilde ska beviljas sjukpenning ska istället baseras på en *helhetsbedömning* av samtliga uppgifter som framkommit i ärendet.⁶⁸ Den intygsskrivande läkarens redogörelse av undersökningsfynd och bedömning av funktionsnedsättning respektive aktivitetsbegränsningar utgör endast en del av försäkringshandläggarens utredningsmaterial.

Försäkringshandläggarens helhetsbedömning ska baseras på dels läkarintyget, dels annan information som handläggaren tagit del av som rör den enskildes sjukdomstillstånd och arbetsförmåga. Eftersom läkarintyget ofta utgör den enskildes bevismaterial så ligger det även i Försäkringskassans intresse att bedöma om läkarintyget är övertygande. Därför kan försäkringshandläggaren konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare om denne behöver hjälp i sin bedömning av läkarintyget.⁶⁹

⁶⁵ Vägledning 2015:1 Version 12, s. 244.

⁶⁶ Ibid., s. 68.

⁶⁷ Kammarrätten i Stockholm, mål nr 9520-18, 2019-06-04.

⁶⁸ Vägledning 2015:1 version 12, s. 68.

⁶⁹ Ibid., s. 244.

7. Det försäkringsmedicinska utlåtandet i rättstillämpningen

7.1. Den försäkringsmedicinska rådgivaren

Den försäkringsmedicinska rådgivaren har till uppgift att bistå försäkringshandläggaren vid bedömningen av det medicinska underlaget. För att försäkringshandläggaren ska kunna ta beslut om den enskildes arbetsförmåga är så pass nedsatt att denne har rätt till ersättning krävs det att försäkringshandläggaren kan värdera och bedöma innehållet i läkarintyget.

Försäkringshandläggaren besitter normalt sett inte någon medicinsk kompetens och eftersom en stor del av utredningsmaterialet utgörs av det medicinska underlaget finns det ofta ett behov av medicinsk rådgivning. Förekomsten av läkare som bistår försäkringshandläggarna kan spåras tillbaka till förarbetena till 1962 års lag om allmän sjukförsäkring.

I propositionen till 1962 års lag om allmän sjukförsäkring föreslogs att en eller flera *förtroendeläkare* skulle vara anställda inom den allmänna försäkringskassan för att bistå med medicinsk sakkunskap samt arbeta med att främja samarbetet mellan allmän försäkringskassa och läkarkåren.⁷⁰ Förtroendeläkaren var då ofta en praktiserande läkare som extraknäckte som sakkunnig för kassan och behövde inte ha specialistkunskap inom det område som läkarintyget denne skulle bedöma berörde.

I propositionen från 1994/95 föreslog regeringen att Försäkringskassans läkare skulle gå under benämningen *försäkringsläkare* istället för förtroendeläkare vilket infördes år 1995. Anledningen till detta var att det fanns ett större behov av medicinsk rådgivning för försäkringshandläggarna till följd av att förekomsten av diffusa symtomdiagnoser hade ökat.⁷¹ Eftersom behovet av rådgivning var stort behövde förtroendeläkarens roll utökas och förtydligas och därmed ansågs inte den tidigare benämningen längre vara ändamålsenlig. Försäkringsläkaren skulle vara mer inriktad på att bistå försäkringshandläggaren med rådgivning samt delta i informationsutbyte med läkarkåren och medverka i utbildningen av Försäkringskassans anställda.⁷² I praktiken gick försäkringsläkarens uppgifter till stor del ut på att granska och bedöma läkarintygets innehåll. Försäkringsläkaren skulle inte uttala sig om den enskildes rätt till ersättning men kunde vara behjälplig när det kom till bedömningen av den enskildes arbetsförmåga.⁷³

I samband med den stora omorganiseringen år 2008 bytte Försäkringskassans läkare benämning till *försäkringsmedicinska rådgivare*. Syftet med detta var att dessa skulle få en annan roll i sjukskrivningsprocessen än de haft innan. Aktören som tidigare benämndes som försäkringsläkaren skulle nu få en mer rådgivande funktion och ha ett större fokus på att bidra till en ökad försäkringsmedicinsk kompetens för både Försäkringskassans anställda och de intygsskrivande läkarna. Den försäkringsmedicinska rådgivaren skulle således ha ett större fokus på att vara medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin och bistå med rådgivning i generella frågor snarare än att skriva enskilda yttranden.⁷⁴ Tanken var att om försäkringshandläggarna fick tillräcklig allmän kunskap om försäkringsmedicin så skulle de vara mer benägna att göra självständiga bedömningar i enskilda ärenden. Ansvarsfördelningen

⁷⁰ Prop. 1962:60 till riksdagen med förslag till lag om allmän försäkring, s. 45 f.

⁷¹ Prop. 1994/1995:147, s. 30 f.

⁷² Ibid., s. 36 ff.

⁷³ Rapport 2015:17, s. 24.

⁷⁴ Ryberg-Welander 2018, s. 245.

mellan försäkringshandläggaren och rådgivaren⁷⁵ skulle därmed bli tydligare och försäkringshandläggaren skulle få en mer självständig roll i sjukskrivningsprocessen.⁷⁶

Rådgivarens roll i sjukpenningärenden är som sagt att hjälpa försäkringshandläggaren att förstå det medicinska underlaget och analysera DFA-kedjan. Denne kan hjälpa till att avgöra om det finns stöd i det medicinska underlaget för de aktivitetsbegränsningarna som angivits i läkarintyget samt hur den enskildes begränsningar knyter an till den nedsättning som sjukdomen innebär. Rådgivaren kan också hjälpa till att avgöra om det behövs komplettering av läkarintyget för att nedsättningarna ska kunna bedömas i relation till arbetsförmågan. Det är däremot inte dennes uppgift att göra den faktiska bedömningen om den enskilde har en nedsatt arbetsförmåga och därmed har styrkt sin rätt till sjukpenning. Den bedömningen ska göras självständigt av försäkringshandläggaren.⁷⁷

Rådgivaren utgör således ett försäkringsmedicinskt stöd vid handläggningen av ett ärende och har till uppgift att bedöma det medicinska underlagets kvalitet och innehåll. Eftersom rådgivaren inte själv gör någon medicinsk undersökning så ska denne inte göra någon undersökning av den enskilde utan endast bedöma det medicinska underlaget som den intygsskrivande läkaren skickat in till Försäkringskassan.⁷⁸

Själva rådgivningen kan ske antingen skriftligt eller muntligt och sker rådgivningen muntligt så kan det göras i grupp eller enskilt. I första hand ska konsultationen ske muntligt så att tiden som krävs för ett skriftligt utlåtande sparas till de fall där det är absolut nödvändigt.⁷⁹ Enligt ISFs rapport från år 2015 konsulterades en rådgivare genom gruppkonsultation i drygt hälften av de granskade fallen. Enskild konsultation hade skett i en fjärdedel av fallen och genom ett skriftligt yttrande i en tiondel av fallen.⁸⁰ Under den muntliga konsultationen ska rådgivaren ha ett konsultativt förhållningssätt. Detta innebär att rådgivaren ska stödja försäkringshandläggaren och hjälpa denne att i möjligaste mån hitta svaren på sina frågor själv. Genom att fungera som ett stöd främjas försäkringshandläggarens kompetensutveckling vilket gör att denne blir mer självständig i sin roll som beslutsfattare.⁸¹

Enligt förvaltningslagen ska handläggningen som huvudregel vara skriftlig och försäkringshandläggaren ska se till att alla uppgifter av betydelse för ärendet dokumenteras.⁸² Detta gäller således även för den försäkringsmedicinska rådgivningen. I den mån konsultationen sker muntligen så ska försäkringshandläggaren omgående dokumentera konsultationen i samråd med rådgivaren och om försäkringshandläggaren bedömer att det krävs ett skriftligt utlåtande behöver denne begära att rådgivaren skriver ett sådant.⁸³

⁷⁵ Fortsättningsvis benämns den försäkringsmedicinska rådgivaren som "rådgivaren".

⁷⁶ Inspektionen för socialförsäkringen, Rapport 2015:17 *Försäkringsmedicinska rådgivares roll i enskilda ärenden*, Stockholm, s. 21.

⁷⁷ Vägledning 2015:1 version 12, s. 300 f.

⁷⁸ Rapport 2015:17, s. 22 f.

⁷⁹ Vägledning 2015:1 version 12, s. 301.

⁸⁰ Rapport 2015:17, s. 29.

⁸¹ *Ibid.*, s. 302.

⁸² 9§ jfr 27§ i Förvaltningslagen (2017:900).

⁸³ Dackehag 2010, s. 3.

7.2. Det försäkringsmedicinska utlåtandets roll i sjukpenningärenden

Det skriftliga utlåtandet är ett sätt att dokumentera den muntliga konsultationen för att den enskilde ska kunna ta del av och kontrollera rådgivarens bedömning av det medicinska underlaget. Eftersom konsultationen i första hand sker muntligen är skriftliga *utlåtanden* inte lika vanligt förekommande som skriftlig *dokumentation* av en muntlig konsultation. Enligt en rapport från 2015 så förekommer sällan skriftliga utlåtanden alls. Detta beror enligt rapporten på att det finns en osäkerhet kring när och vad handläggaren behöver dokumentera under utredningen. Av intervjuerna som rapporten delvis baserats på begärs oftast ett utlåtande i ärenden som handläggaren tror kommer bli föremål för överprövning snarare än på grund av att rådgivaren tillfört något nytt till ärendet.⁸⁴ Enligt Försäkringskassans vägledning behöver det skriftliga utlåtandet endast kommuniceras till den enskilde om det kan ha betydelse för beslutet eller om försäkringshandläggaren överväger att avslå ansökan.⁸⁵ Det faktum att inte finns något försäkringsmedicinskt utlåtande i ett ärende innebär alltså inte att handläggaren inte har konsulterat en rådgivare.

7.2.1. Det försäkringsmedicinska utlåtandets syfte och innehåll

Utlåtandets form är inte lika strikt utformat som läkarintygets och består av ett yttrande om hur rådgivaren ser på det medicinska underlagets innehåll och kvalitet. Eftersom det skriftliga utlåtandet upprättas på försäkringshandläggarens initiativ är det försäkringshandläggaren som styr utlåtandets innehåll. I begäran ska försäkringshandläggaren formulera tydliga frågor som rådgivaren ska ta ställning till och besvara i sitt utlåtande. Frågorna får endast handla om sjukdom och skada samt dess konsekvenser. Utlåtandet ska formuleras på ett lättbegripligt och tydligt sätt för att både försäkringshandläggaren och den enskilde ska kunna förstå innehållet utan någon fördjupad förklaring.⁸⁶

Syftet med ett försäkringsmedicinskt utlåtande är dels för att fungera som ett stöd för försäkringshandläggaren när det kommer till bedömningen av det medicinska underlaget, dels för att tillfredsställa kravet på kontrollerbarhet. För att den enskilde ska kunna kontrollera och bemöta det underlag som försäkringshandläggaren tagit del av och baserat sin bedömning på så behöver detta finnas i skriftlig form.⁸⁷

7.2.2. Det försäkringsmedicinska utlåtandets roll i praktiken

Det försäkringsmedicinska utlåtandet har som tidigare redogjorts för en rådgivande roll i försäkringshandläggarens beslutsprocess. Trots att utlåtandet ska vara just rådgivande och inte lämna några kommentarer om rätten till ersättning väger utlåtandet ändå tungt i beslutsprocessen. Rådgivningen i sig styr ofta försäkringshandläggarens bedömning av den enskildes arbetsförmåga och till vilken grad nedsättningen styrkts av det medicinska underlaget. Enligt en rapport från 2015 har rådgivaren överlag stort inflytande över utfallet i ärendet och av rapporten framgår att formuleringar från rådgivaren användes som en del av beslutsmotiveringen i 18% av de akter som studerats i undersökningen.⁸⁸ Huruvida det handlar om utlåtanden eller muntlig konsultation som har används som stöd för beslut som kommuniceras till den enskilde är inte utrett. Hur detta stöd används tycks variera beroende på försäkringshandläggare. Olika försäkringshandläggare gör på olika sätt och är också olika

⁸⁴ Rapport 2015:17, s. 37 f.

⁸⁵ Försäkringskassans vägledning 2004:2 version 21, s. 303.

⁸⁶ Ibid., s. 303.

⁸⁷ Ibid., s. 312.

⁸⁸ Rapport 2015:17, s. 25.

noggranna med att motivera sitt beslut. Som berörts tidigare är försäkringshandläggare mer benägna att använda sig av konsultationen eller det skriftliga utlåtandet som en del av motiveringen för sitt beslut i ärenden där konsultationen eller det skriftliga utlåtandet är av vikt för beslutet eller har tillfört något nytt. Det framgår av både JO-kritik och domar att det förekommer att försäkringshandläggare motiverat ett beslut med stöd av vad som framkommit vid konsultation med en rådgivare utan att redogöra för själva konsultationen.⁸⁹ Detta har därmed inte kunnat delges eller kontrolleras av den enskilde varför detta har kritiserats.

Själva utlåtandet spelar en större roll i ärenden som överklagas till domstol. Ofta hänvisar Försäkringskassan till rådgivarens bedömning som ett stöd för sitt yrkande. I den mån ett ärende överklagas till domstol handlar det oftast om att den enskilde har nekats ersättning och anser att beslutet är felaktigt och behöver prövas av domstol. Det är då av vikt för Försäkringskassan att kunna styrka sin bedömning genom ett försäkringsmedicinskt utlåtande. Vad utlåtandet har för inverkan på domstolens avgörande varierar. I vissa fall har domstolen slutit sig till Försäkringskassans bedömning med hänvisning till utlåtandet och i andra fall har domstolen dömt att rätt till ersättning förelegat utlåtandet till trots eller helt avfärdat den bedömning som presenterats i utlåtandet. Det är heller inte helt givet att FR och KamR gör samma bedömning trots att utredningsmaterialet i målet har varit detsamma. Detta gäller överlag vid domstolsprövning och det är sällan givet att underinstans och överinstans kommer att komma till samma slutsats. I de domar jag har studerat har bemötandet av utlåtandet varierat kraftigt och det förekommer också domar där något försäkringsmedicinskt utlåtande aldrig ens förts på tal.

7.2.3. Rättsfall

Nedan avser jag att kortfattat redogöra för några av de domar jag studerat under detta arbete för att ge en bild av det försäkringsmedicinska utlåtandets roll i domstolsärenden.

KamR Gbg (2013) mål nr 3992-12

I detta mål kom FR och KamR till olika slutsatser. FR bedömde att den enskildes funktionsnedsättning var styrkt med stöd av det medicinska underlaget trots att det försäkringsmedicinska utlåtandet talade emot denna bedömning. Med hänsyn till den intygsskrivande läkarens ingående kunskap om den enskildes sjukdomstillstånd fick bevisvärdet av utlåtandet tillmätas mindre betydelse. De ansåg därför att läkarintyget och Arbetsförmedlingens utredning styrkte den enskildes arbetsnedsättning och att sjukpenning skulle beviljas. KamR ansåg däremot att den enskildes arbetsförmåga inte var tillräckligt styrkt för den aktuella perioden och att sjukpenning därmed inte skulle beviljas. KamR motiverade sitt beslut med att arbetsförmågan skulle i detta fall prövas mot hela den reguljära arbetsmarknaden. Det medicinska underlaget hade endast förhållit sig till det ordinarie arbetet och därför kunde nedsättningen inte anses vara styrkt. KamR kommenterade inte det försäkringsmedicinska utlåtandet.

KamR Gbg (2014) mål nr 6688-13

I detta mål kom FR och KamR till olika slutsatser. FR bedömde att det inte var tillräckligt styrkt att den enskilde var nedsatt i förhållande till hela den reguljära arbetsmarknaden. FR

⁸⁹ Se bland annat; JO dnr 4649-2014 angående avslag i ett ärende om aktivitetsersättning där försäkringshandläggaren hänvisat till rådgivarens uttalanden utan att redogöra för vem rådgivaren var och vad denne hade sagt; JO dnr 3726-2011 angående bristen på dokumentation vid gruppkonsultation.

poängterade att det medicinska underlaget behöver omfatta alla delar av DFA-kedjan samt att bevisbördan ligger på den enskilde. FR anförde också att det bör ställas högre krav på arbetsförmågebedömningen i fall där det dokumenterats få objektiva undersökningsfynd och där bedömningen baseras på den enskildes subjektiva upplevelser. KamR å andra sidan kom fram till att det medicinska underlaget var tillräckligt för att styrka den enskildes nedsatta arbetsförmåga. KamR kommenterade också det försäkringsmedicinska utlåtandet som FK hänvisat till. I utlåtandet uttalade rådgivaren sig om sjukdomsbilden 'kroniskt trötthetssyndrom'. Begreppet ansågs vara kontroversiellt och rådgivaren anförde att man i sådana ärenden inte kunde klarlägga att ett sjukdomstillstånd förelåg. KamR bemötte detta genom att slå fast att detta sjukdomstillstånd nu får anses vara en allmänt vedertagen diagnos och med hänsyn till rådgivarens förlegade syn på detta begrepp kunde någon avgörande vikt inte kan läggas vid hans utlåtande.

FR Sthlm (2011) mål nr 32897-10

Denna underrättsdom visar på hur det försäkringsmedicinska utlåtandet ibland används i domstolen. Här presenterade den enskilde omfattande bevismaterial som talade för att arbetsförmåga förelåg. Försäkringskassan använde ett försäkringsmedicinskt utlåtande som stöd för att sjukdomsbilden inte var tillräckligt styrkt där rådgivaren bedömde att diagnosen var direkt felaktig. Rådgivaren ansåg att det medicinska underlaget inte visade några tecken på att den enskilde hade någon psykisk sjukdom utan att det istället rörde sig om en personlighetsstörning. FR konstaterade att den medicinska utredningen visade på att den enskildes arbetsförmåga påverkats av sjukdomsbesvären men trots detta fastställde domstolen Försäkringskassans beslut med hänvisning till att det försäkringsmedicinska utlåtandet talade emot att arbetsförmågan var tillräckligt nedsatt till följd av de psykiska besvären.

KamR Sthlm (2013) mål nr 79-80-13

Domen från FR visar på hur det försäkringsmedicinska utlåtandet ibland används i domstolen. Enligt det medicinska underlaget bedömdes den enskilde vara helt nedsatt inom överskådlig framtid medan de försäkringsmedicinska rådgivarnas utlåtande talade emot denna bedömning. Med stöd av det försäkringsmedicinska utlåtandet bedömde FR att det medicinska underlaget inte gav tillräckligt stöd för nedsättning och fastställde därmed Försäkringskassans beslut till nackdel för den enskilde. Den enskilde framförde kritik mot detta i sin överklagan till KamR och framförde att FR lagt för stor vikt på det försäkringsmedicinska utlåtandet utan att motivera varför detta vägde tyngre än resten av det medicinska underlaget. KamR berörde utlåtandet kortfattat och konstaterade sedan i domskälen att KamR gjorde en annan bedömning än den som redogjorts för i utlåtandet och ändrade FRs dom.

KamR Sundsvall (2019) mål nr 1460–1461-18

I detta mål använde sig KamR av det försäkringsmedicinska utlåtandet i sina domskäl. KamR konstaterade att det medicinska underlaget beskrev både fysiska sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar samt psykiska/kognitiva besvär hos den enskilde. I det försäkringsmedicinska utlåtandet framhölls att de diagnoser som framkommit i det medicinska underlaget saknade både känt sjukdomsförlopp samt läkningsförlopp varför det inte gick att dra några generella slutsatser om den enskildes nedsättning. Därför krävdes det att de individuella konsekvenserna beskrevs mer detaljerat med stöd av objektiva undersökningsfynd. Rådgivaren ansåg inte att det medicinska underlaget gav stöd för den nedsättning som krävdes för att arbetsförmågan inte skulle prövas mot hela den reguljära arbetsmarknaden. Rådgivaren konstaterade att den enskilde kunde antas klara av enklare arbetsuppgifter och hade därför inte en nedsättning om minst en fjärdedel. Eftersom det kunde

antas finnas arbeten på marknaden som den enskilde kunde klara av kom KamR fram till att den enskildes arbetsförmåga inte var tillräckligt nedsatt för att ha rätt till sjukpenning. Med tanke på att domstolen uppmärksammat att det medicinska underlaget talade för att den enskilde hade en nedsättning men ändå konstaterade att rätten till sjukpenning inte förelåg framstår detta som att domen till stor del baseras på det försäkringsmedicinska utlåtandet.

KamR Sthlm (2017) mål nr 7378-16

I detta mål kom FR och KamR till olika slutsatser. I FR bedömdes den enskildes arbetsförmåga vara helt nedsatt men rättens ordförande anförde en skiljaktig mening. Hon bedömde att det medicinska underlaget gav stöd för den enskildes sjukdomsbesvär men inte på vilket sätt besvären satte ned den enskildes arbetsförmåga. När målet sedan överklagades till KamR bedömde domstolen att den enskildes arbetsförmåga inte var nedsatt till minst en fjärdedel och hänvisade till flera olika försäkringsmedicinska utlåtanden i domens domskäl. Utlåtandena utgjorde motiveringen till varför domen skulle ändras till nackdel för den enskilde.

Sammanfattningsvis varierar domstolens bedömning av det försäkringsmedicinska utlåtandets dignitet i beslutsprocessen. I vissa mål får utlåtandet en framträdande roll i domskälen och utgör en stor del av rättens motivering. Andra gånger avfärdas utlåtandet tidigt eller bemöts inte ens av rätten. De rättsfall jag redogjort för ovan är några exempel på hur försäkringsmedicinska utlåtanden används i praktiken och i många av de rättsfall jag läst i samband med detta arbete har något utlåtande aldrig åberopats i rätten. Därför kan någon direkt slutsats inte dras av detta då mitt undersökningsmaterial endast haft till syfte att visa på den stora variationen. En empirisk undersökning hade troligtvis gett en mer övergripande uppfattning om det försäkringsmedicinska utlåtandets förekomst i domstolsärenden, en undersökning som jag inte har valt att göra inom detta arbete.

När försäkringshandläggaren har tagit del av och förstått det medicinska underlag som den enskilde tillsammans med vården tillhandahållit Försäkringskassan ska försäkringshandläggaren alltså ta beslut om den enskilde har styrkt sin rätt till sjukpenning eller inte. För att säkerställa att försäkringshandläggaren fattar rätt beslut har försäkringshandläggaren vissa skyldigheter.

7.3. Försäkringshandläggarens skyldigheter

Försäkringshandläggarens huvudsakliga uppgift är att utreda och ta beslut om en enskild har rätt till sjukpenning. När försäkringshandläggaren har fått klart för sig vad den enskildes bevismaterial utgörs av så ska denne göra en bedömning om kriterierna för rätten till sjukpenning är uppfyllda. Detta beslut ska som sagt tas utifrån en helhetsbedömning och baseras på det medicinska underlaget, det försäkringsmedicinska utlåtandet om ett sådant finns samt med stöd av de övergripande rekommendationer som finns i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. För att beslutsprocessen ska vara så rättssäker som möjligt för den enskilde har försäkringshandläggaren också en del skyldigheter.

För att säkerställa att försäkringshandläggaren fattar ett välgrundat beslut så krävs det att ärendet är tillfredställande utrett och detta ansvar går under benämningen *utredningsplikt*. Försäkringshandläggarens utredningsplikt byggde från början på sedvanerättslig grund enligt förarbetena.⁹⁰ Sedan inträdandet av den nya förvaltningslagen år 2017 är utredningsplikten också lagstadgad i 23§. Av paragrafens tredje stycke framgår att det även ligger på Försäkringskassans ansvar att verka för att den enskilde kompletterar utredningsmaterialet om

⁹⁰ Prop. 2016/17:180 *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*, s. 68.

detta behövs.⁹¹ Ansvar för den enskildes bevismaterial ligger dock av naturliga skäl primärt hos den enskilde själv. Bestämmelsen i tredje stycket fastställer dock att försäkringshandläggarens utredningsplikt omfattas av en skyldighet att *verka för* att den enskilde lämnar in kompletteringar om försäkringshandläggaren upptäckt brister i exempelvis det medicinska underlaget.

I förvaltningslagen finns också bestämmelser om *god förvaltning* vilket gäller för Försäkringskassan och dess anställda. Utöver utredningsplikten är försäkringshandläggaren bland annat skyldig att vara saklig och opartisk enligt 5§ 2st, verka för en smidig och enkel kontakt med den enskilde samt erbjuda den enskilde hjälp att tillvarata sina intressen i lämplig utsträckning enligt 6§ 1-2st. Reglerna om god förvaltning bidrar till en rättssäker förvaltning och ärendehantering.

⁹¹ 23§ i Förvaltningslag (2017:900).

8. Sjukförsäkringen ur en rättssäkerhetssynvinkel

I detta arbete har jag valt att göra min analys utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. Jag kommer dock endast att beröra de delar av rättssäkerheten som jag anser är intressant för min frågeställning. Följaktligen kommer jag att analysera beslutsprocessen i sjukpenningärenden utifrån legitimitet, objektivitet, förutsebarhet, kontrollerbarhet, tillitsprincipen och likabehandlingsprincipen. I min analys kommer jag sedan att lyfta olika aspekter av socialförsäkringen som jag anser är problematiska ur just en rättssäkerhetssynvinkel.

8.1. Vad är rättssäkerhet?

Rättssäkerheten genomsyrar hela det svenska rättssystemet men har ändå inte definierats i den rättsliga regleringen. Rättssäkerhetsbegreppet har dock diskuterats av många och i *Rättens polyvalens* (2002) definierar Håkan Gustafsson rättssäkerheten som följande;

*"[...] rättssäkerheten består i att på rättslig väg skydda individen och dennes rättigheter genom att motverka eventuellt godtycke och skönsmässighet i rättsligt beslutsfattande. Detta innebär att besluten (rättstillämpningen) skall vara så beskaffade, att den enskilde därigenom har möjlighet att förutse konsekvenserna av det egna handlandet eller det rättsliga beslutet."*⁹²

Rättssäkerhet har således till syftet att skydda den enskilde från själva rättstillämpningen. Ingen medborgare ska riskera att utsättas för godtyckliga ingripanden från staten och varje medborgare ska tillförsäkras likvärdig behandling oavsett samhällsställning eller ursprung.⁹³

Ett vanligt sätt att se på rättssäkerhet är att dela upp begreppet i två delar; formell rättssäkerhet och materiell rättssäkerhet. *Den formella rättssäkerheten* handlar om den rättsliga regleringen och att bland annat myndigheter tillämpar dessa regler vid beslutsfattandet. Den formella rättssäkerheten bygger till stor del på att besluten som myndigheter fattar ska vara *förutsebara* och att *likhetsprincipen* iakttas. Den rättsliga regleringen är tillgänglig för allmänheten vilket innebär att de beslut som tas därför även är *kontrollerbara* i den mån de grundar sig på den rättsliga regleringen. *Den materiella rättssäkerheten* å andra sidan handlar om att beslutens innehåll ska vara *etiskt godtagbara* och att resultatet av rättstillämpningen ligger i linje med de värden som ligger till grund för den rättsliga regleringen.⁹⁴ I följande avsnitt kommer dessa begrepp att utvecklas ytterligare men först vill jag behandla frågan om *legitimitet* och *förtroende*.

8.2. Legitimitet och förtroende

Legitimitet är en viktig förutsättning för ett fungerande sjukförsäkringssystem. Legitimitet är ett sätt att beteckna vad som anses vara rättfärdigat eller berättigat. Begreppet legitimitet brukar delas upp i två delar; *normativ legitimitet* och *empirisk legitimitet*. *Normativ legitimitet* handlar om den rättsliga regleringens giltighet medan *empirisk legitimitet* istället handlar om den rättsliga regleringens grad av social acceptans hos befolkningen.⁹⁵ Med legitimitet avses i

⁹² Håkan Gustafsson, (2002), *Rättens polyvalens*, (Lund: Sociologiska institutionen vid Lunds universitet), s. 306.

⁹³ Åklagarmyndigheten, *Rättssäkerhet*, u.å., <https://www.aklagare.se/ordlista/r/rattssakerhet/> [hämtad 2020-10-01].

⁹⁴ Gustav Svensson, (2007), "Rättssäker och rättvis biståndsbedömning – är det möjligt?", i *Legitimitetsfrågor inom socialrätten*, red. Lotta Vahlne Westerhäll, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), s. 36 f.

⁹⁵ Sara Stendahl, (2007), "Att bedöma arbets(o)förmåga", i *Legitimitetsfrågor inom socialrätten*, red. Lotta Vahlne Westerhäll, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), s. 165.

detta arbete rättfärdigande baserat på rättssäkerhet och rättvisa. I den mån systemet är rättssäkert och i någon mån rättvist får systemet också anses ha legitimitet.

Försäkringskassan är en myndighet som genom myndighetsutövning fattar beslut som rör den enskilde i bland annat sjukförsäkringsärenden. I den mån Försäkringskassans myndighetsutövande och beslutsfattande överensstämmer med regleringens bakomliggande värden och syfte kan denna form av ingripande i den enskildes liv anses vara rättfärdigat. För att systemet ska kunna ha inflytande över människors liv och ha auktoritär makt krävs det däremot även att socialförsäkringen och Försäkringskassan som myndighet har förtroende hos befolkningen. Är förtroendet högt är medborgarna mer benägna att rätta sig efter de regler och beslut som Försäkringskassan fattar vilket upprätthåller systemet som sådant och förstärker uppfattningen om Försäkringskassans myndighetsutövning som legitim. För att sjukförsäkringssystemet ska fungera krävs det således inte bara legitimitet utan också allmänhetens förtroende.⁹⁶

I Socialförsäkringsboken från år 1999 uttryckte generaldirektör Anna Hedborg att socialförsäkringen behöver ”bygga på sunda ekonomiska principer och ha medborgarnas tilltro och förtroende”.⁹⁷ En förutsättning för att sjukförsäkringen ska ha förtroende hos befolkningen är att systemet upplevs som tryggt och pålitligt. I en utredning som tillsattes av regeringen år 2018 så diskuterades trygghet inom socialförsäkringen;

*”En trygg sjukförsäkring är inte detsamma som en sjukförsäkring som alltid garanterar ersättning till de försäkrade. Däremot innebär en trygg sjukförsäkring att de försäkrade ska kunna förutse de krav som uppställs i försäkringen för att få ersättning. Om sjukförsäkringens villkor för att få ersättning upplevs som oförutsägbara sjunker dess legitimitet både hos dem som gör anspråk på försäkringen men också hos dem som förväntas bidra till försäkringen.”*⁹⁸

Socialförsäkringssystemet har till syfte att fungera som ett skyddsnät för den som drabbas av inkomstförlust till följd av bland annat sjukdom. Genom att alla som arbetar betalar skatt för att bidra till bland annat socialförsäkringen så skapas ekonomiska incitament för människor att arbeta. I utbyte skapas en trygghet för medborgarna att det finns möjlighet till ersättning den dagen man drabbas av arbetsoförmåga. För att socialförsäkringen ska fungera så krävs det alltså att befolkningen känner tillit till systemet. Om allmänheten inte litar på beslutsfattaren kommer det ekonomiska incitamentet för att betala skatt inte längre ha någon bäring. Det är därför viktigt att allmänheten kan lita på att beslutsfattaren förhåller sig till det regelkomplex som reglerar ersättningsformerna samt att besluten som fattas är korrekta och välgrundade. För att upprätthålla allmänhetens förtroende för sjukförsäkringen krävs det också att beslutsprocessen är förutsebar och kontrollerbar.

⁹⁶ A. John Simmons, (1999), “Justification and Legitimacy”, *Ethics* 109:4, s. 749 f.

⁹⁷ Riksförsäkringsverket, *Socialförsäkringsboken 1999 – Socialförsäkringens idé*, s. 6.

⁹⁸ SOU 2019:2 *Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*, s. 29.

8.3. Förutsebarhet, kontrollerbarhet och tillit hos befolkningen

För att systemet ska vara rättssäkert så krävs det att beslutsprocessen präglas av förutsebarhet och kontrollerbarhet vilket i sin tur skapar en tillit hos befolkningen. Om besluten har stöd i föreskrivna lagar och regler samt att lika fall ger lika resultat upplevs beslutsprocessen ofta som förutsebar.

8.3.1. Förutsebarhet och kontrollerbarhet är en förutsättning för tillit

Den primära beslutsfattaren i ersättningsärenden är som redan framgått Försäkringskassan och dess försäkringshandläggare. Eftersom den enskilde inte har någon personlig koppling till beslutsfattaren så har denne inte kunnat bygga upp någon tillit till den enskilde försäkringshandläggaren. Den enskilde är därför helt utelämnad till att lita på att försäkringshandläggaren fattar ett korrekt beslut. För att känslan av en ekonomisk trygghet ska kunna uppnås så krävs det även att medborgarna känner tillit till det regelkomplex som reglerar rätten till ersättning samt den myndighet som tar beslut om rätten till ersättning. En avsaknad av förtroende är därför ett mått på befolkningens känsla av otrygghet.⁹⁹ För att medborgarna ska känna tillit till att besluten är korrekta och fattas på rättsliga grunder krävs det att besluten är kontrollerbara och förutsebara för den enskilde.

En viktig förutsättning för att ett beslut ska kunna kontrolleras i efterhand är att beslutsunderlaget är dokumenterat. Om en del av underlaget baseras på muntligt material är det svårt för den enskilde att ta del av det. Det är även lätt att ett muntligt material blir generellt och saknar detaljer samt att presentationen av det muntliga materialet inte är koherent mellan gångerna det framförs. Ett skriftligt material är mer statiskt och därför mer pålitligt. En annan viktig förutsättning för kontrollerbarhet är att beslutet är välmotiverat. Om försäkringshandläggaren inte motiverat sitt beslut väl blir det svårt att ifrågasätta beslutet samt kontrollera att det har fattats på rättsliga grunder.

8.3.2. Retroaktiv lagstiftning

Socialförsäkringsreglerna var under 1990-talet komplexa och genomgick ett flertal ändringar under kort tid vilket ledde till en urgröpning av regelverkets legalitet. Reglernas komplexitet och den ständiga förändringen innebar en svårighet för den enskilde att förutse vilka krav som ställdes på rätten till ersättning vilket också innebar att tilliten till den statliga normgivningen minskade.¹⁰⁰ Allt eftersom reglerna ändrades förändrades också förutsättningarna för den enskildes rätt till sjukpenning vilket gav upphov till frågan om vilka regler som skulle tillämpas vid bedömningen av ett enskilt ärende.

Huvudregeln är att myndigheter ska tillämpa de regler som gäller vid tiden för beslutet. I den mån reglerna förändras uppkommer frågan om retroaktiv lagstiftning. I regeringsformen finns ett uttryckligt förbud mot retroaktiv lagstiftning som är begränsat till att gälla retroaktiv lagstiftning som är till nackdel för den enskilde i frågor som rör straff- samt skatte- och avgiftsområden.¹⁰¹ Enligt Thomas Erhag innebär detta att retroaktivitetsförbudet inte är direkt tillämpligt på socialförsäkringsrättens område. I artikeln *Socialförsäkringen och det nya pensionssystemet* (2002) skriver han att denna begränsning av retroaktivitetsförbudet inte innebär att retroaktiv lagstiftning automatiskt är möjligt på andra rättsområden. Varför

⁹⁹ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2015:8 *Förtroendet för Försäkringskassan 1999 – 2010*, Stockholm, s. 31.

¹⁰⁰ Vahlne Westerhäll 2002, s. 566.

¹⁰¹ 2 kap 10§ i Regeringsformen (1974:152).

retroaktivitetsförbudet är begränsat beror på att det är svårt att tillämpa detta som ett generellt förbud eftersom det inom andra rättsområden är svårare att utforma allmängiltiga och enkla regler. Av trygghetsskäl är det däremot inte alltid lämpligt att tillämpa retroaktiv lagstiftning vid beslut avseende socialförsäkringsförmåner eftersom en ändring i rättsligt etablerade positioner kan innebära orimliga konsekvenser för den enskilde.¹⁰²

Lotta Vahlne Westerhäll framför ett liknande resonemang i *Den starka statens fall?* (2002). Där anför hon att behovet av förutsebarhet och kontrollerbarhet är en så pass viktig förutsättning för sjukförsäkringens legalitet att man omöjligtvis skulle kunna godta en förändring av rättsregler till nackdel för den enskilde som innebär att den enskildes rättsposition förändras i efterhand. Den enskilde ska i efterhand kunna kontrollera att beslutet står i överensstämmelse med rättsregeln som gällde vid aktuell tidpunkt och ska ”kunna vara säker på att få behålla en erhållen rättsposition”, vilket även går under benämningen *tillitsprincipen*.¹⁰³

För att beslut ska kunna kontrolleras i efterhand behöver beslutsprocessen därmed vara transparent. För att vara säker på att besluten som fattas även är korrekta finns det också ett krav på objektivitet samt att beslutsprocessen präglas av likabehandling i likvärdiga ärenden i regeringsformen.¹⁰⁴

8.4. Rättvisa, objektivitet och likabehandling

För att beslutsfattaren ska kunna fatta korrekta beslut krävs det som sagt att denne fattar beslut med rättsligt stöd. Välgrundade beslut som har stöd i den rättsliga regleringen upplevs ofta som rättvisa förutsatt att regelkomplexet som reglerar rätten till ersättning bygger på allmänhetens gemensamma värderingar. Förhåller sig beslutsfattaren till den rättsliga regleringen säkerställer detta i teorin att lika fall ger lika resultat vilket också ger en känsla av rättvisa. För att säkerställa att besluten som fattas är enhetliga krävs det att beslutsfattaren förhåller sig objektiv i sitt beslutsfattande.¹⁰⁵

En objektiv bedömning innebär att beslutsfattaren ska tillämpa reglerna på samma sätt i likvärdiga ärenden.¹⁰⁶ Trots kravet på objektivitet bygger bedömningen av en enskilds rätt till sjukpenning på en viss skönsmässighet då besluten ska baseras på en individuell helhetsbedömning. En skönsmässig bedömning kan innebära att likvärdiga ärenden får helt olika utfall vilket gör att beslutsprocessen inte blir särskilt förutsebar. För att förhindra att det skönsmässiga inslaget blir för stort finns det olika vägledningar och ett beslutsstöd som försäkringshandläggaren ska förhålla sig till när denne fattar beslut i ett ärende. Därutöver finns även ett lagfäst krav på objektivitet vid myndighetsförfarande.

Redan i 1955 års lag kunde man utläsa ett krav på objektivitet. Bedömningen skulle präglas av det syfte som uttryckts i lagens förarbeten vilket skulle minska det skönsmässiga inslaget i besluten.¹⁰⁷ Idag finns kravet på objektivitet vid myndighetsutövning uttryckt i regeringsformen. En förvaltningsmyndighet som Försäkringskassan måste beakta allas likhet

¹⁰² Thomas Erhag, (2002), ”Socialförsäkringen och det nya pensionssystemet”, i *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, red. Lotta Vahlne Westerhäll, Upplaga 1:1, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), s. 140 ff.

¹⁰³ Vahlne Westerhäll 2002, s. 567.

¹⁰⁴ 1 kap 9§ i Regeringsformen.

¹⁰⁵ Svensson 2007, s. 38 f.

¹⁰⁶ 1 kap 9§ i Regeringsformen.

¹⁰⁷ *Ibid.*, s. 536.

inför lagen och iakttä saklighet och opartiskhet.¹⁰⁸ Objektivitetsprincipen innebär ett krav på att handläggaren förhåller sig objektiv och saklig i sin kontakt med enskilda. Handläggaren ska inte låta sig påverkas av den enskildes samhällsposition eller status och ska således upprätthålla allas likhet inför lagen.¹⁰⁹ Kravet på objektivitet bidrar till att beslutsfattandet blir enhetligt och är en förutsättning för att lika fall behandlas likvärdigt.

Principen om likabehandling har en nära anknytning till tillitsprincipen. Genom att garantera enskilda likabehandling ökar tilliten hos befolkningen. Om servicen eller bedömningen skulle variera beroende på samhällsposition skulle detta innebära att alla inte hade samma socialförsäkringsskydd och de som redan är utsatta i samhället skulle drabbas ännu hårdare. Denna princip har således tvingat lagstiftaren att skapa en enhetlig struktur samt att främja likabehandling i beslutsprocessen vilket har gett likabehandling en central roll i socialförsäkringssystemet.¹¹⁰

Rättssäkerhet är således en förutsättning för ett fungerande socialförsäkringssystem och i nästkommande avsnitt avser jag att jämföra läkarintyget med det försäkringsmedicinska utlåtandet samt analysera de konsekvenser användandet av dessa resulterar i ur ett rättssäkerhetssynvinkel.

¹⁰⁸ 1 kap 9§ i Regeringsformen (1974:152).

¹⁰⁹ Wiweka Warnling-Nerep, (2012), *En introduktion till förvaltningsrätten*, Upplaga 10:1, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), s. 10 f.

¹¹⁰ Vahlne Westerhäll 2002, s. 566 ff.

9. Analys

9.1. Jämförelse mellan läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet

I denna del avser jag att göra en rättskritisk analys av förhållandet mellan läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet. Denna analysdel innefattar således en jämförelse av intyget och utlåtandet där jag använder mig av en liknande struktur som i den rättsdogmatiska delen för att till sist göra en analys av de rättsliga effekterna som läkarintyget respektive det försäkringsmedicinska utlåtandet får i ersättningsärenden.

9.1.1. Syftet

Läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet tjänar olika syften i sjukskrivningsprocessen. Syftet med läkarintyget är som sagt för att den enskilde ska kunna styrka sin sjukdomsbild och rätten till ersättning. Genom att en legitimerad läkare intygar den enskildes sjukdomsbesvär och nedsättning så får den enskildes bevismaterial mer tyngd än om det endast varit baserat på den enskildes egna påståenden. Därför kan man också se att Försäkringskassan lägger större vikt vid läkarintyg där sjukdomsbilden styrks av objektiva undersökningsfynd än läkarintyg som i stora delar återberättar vad den enskilde själv har uppgett om dennes sjukdomsbesvär. Om det hade räckt att den enskilde själv dokumenterat och redogjort för sina besvär skulle dessa uppgifter svårligen kunna kontrolleras av försäkringshandläggaren vilket i sin tur skulle göra det lätt för människor att använda en påstådd sjukdomsbild som ett sätt att undgå förvärvsarbete. Detta skulle vara förödande för statsekonomin eftersom socialförsäkringssystemet kräver ett inflöde av skatteintäkter för att fungera.

Syftet med försäkringsmedicinsk rådgivning är i första hand att bistå försäkringshandläggaren med expertis i medicinska frågor där försäkringshandläggaren saknar kunskap. Syftet med att dokumentera rådgivningen i form av ett utlåtande är därmed att tillgodose behovet av skriftlighet. Eftersom utlåtandet i stora delar speglar själva rådgivningen får utlåtandet också anses ha till syfte att bistå med medicinsk sakkunskap.

Socialförsäkringssystemet är uppbyggt kring just bevismaterial och försäkringsmedicinska bedömningar för att på ett rättvist och korrekt sätt kunna avgöra vem som har rätt till ersättning och inte. Endast den som har en nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom har rätt till sjukpenning. Genom att basera beslutet på det medicinska underlaget samt en försäkringsmedicinsk bedömning särskiljs de som uppfyller kriterierna för ersättning. Det är således en metod för att se till att ersättningen går till rätt mottagare.¹¹¹ Detta system främjar i teorin en mer rättvis och enhetlig ärendehantering och gör sjukskrivningsprocessen mer förutsebar och kontrollerbar för den enskilde.

9.1.2. Utformningen

Det finns en tydlig skillnad mellan de krav som uppställts på läkarintyget respektive det försäkringsmedicinska utlåtandet. Båda har däremot reglerats genom Försäkringskassans egna vägledningar. Läkarintyget ska utformas i enlighet med den blankett som arbetats fram av Försäkringskassan med stöd av Socialstyrelsen och får i princip inte frångå denna alls för att undgå begäran om komplettering. Blanketten framstår i praktiken som obligatorisk och utgör ett formkrav i Försäkringskassans perspektiv. Frångår den intygsskrivande läkaren mallen eller avstår att besvara vissa punkter så finns det en överhängande risk att

¹¹¹ Ett liknande resonemang har framförts i Lytsy, Hansson och Anderzén 2009, s. 568.

försäkringshandläggaren begär in komplettering eller helt enkelt avslår den enskildes ansökan om ersättning. Har läkarintyget inte utformats i enlighet med blanketten riskerar detta att sakna delar som Försäkringskassan anser vara avgörande för bedömningen av den enskildes rätt till ersättning. Det medicinska underlaget kan därmed bedömas vara bristfälligt eller ofullständigt varför Försäkringskassan inte anser sig kunna ta ett beslut utifrån underlaget och då begär in komplettering. Ett bristfälligt läkarintyg kan också resultera i att försäkringshandläggaren meddelar avslag eftersom rätten till ersättning inte anses styrkt. Blanketten för läkarintyget är detaljerad och ställer höga krav på den intygsskrivande läkaren som får ägna mycket tid åt just intygsskrivandet. Läkarintygets utformning får därför betraktas som strikt med högt ställda krav.

Det försäkringsmedicinska utlåtandets utformning har ganska löst hållna ramar. Utlåtandet styrs av försäkringshandläggarens frågor och ska begränsas till en bedömning av det medicinska underlaget i ärendet. Utlåtandet ska vara i skriftlig form och vara lättbegripligt för gemene man. I övrigt finns det inga uttryckliga formkrav för utlåtandets utformning.

Skillnaden mellan läkarintygets respektive det försäkringsmedicinska utlåtandets utformning får därför anses vara markant. Rådgivaren och läkaren besitter båda medicinsk kompetens varför det förefaller underligt att bara läkarintygets form är så strikt reglerade när utlåtandets form inte är det. Kanske beror det på att Försäkringskassan litar mer på rådgivaren än läkaren. Rådgivaren och försäkringshandläggaren är båda anställda hos Försäkringskassan och är antagligen mer benägna att utforma utlåtandet i enlighet med Försäkringskassans 'standard'. Detta framstår dock som motsägelsefullt eftersom läkarkåren uppmuntras och förväntas följa samma riktlinjer för att uppnå en mer samstämmig och enhetlig sjukskrivningsprocess. Detta torde också gälla för formen.

Den intygsskrivande läkaren företräder dock i viss mån den enskilde och är därför Försäkringskassans motpart. Kanske bidrar detta till ett behov hos Försäkringskassan att kontrollera läkarintygets form och på så vis också underlätta ärendehantering hos Försäkringskassan. Om läkarkåren hade fått fria tyglar när det kommer till läkarintygets utformning finns det en risk för att detta hade försvårat försäkringshandläggarens bedömning. Mallen för läkarintygets utformning utgör med stor sannolikhet också ett stöd för den intygsskrivande läkaren när det kommer till läkarintygets innehåll. När det kommer till utlåtandets utformning är förklaringen till de lösa ramarna sannolikt att det helt enkelt inte behövs tydligare riktlinjer för utlåtandets utformning.

Den obligatoriska mallen för läkarintyget underlättar som sagt för försäkringshandläggarens ärendehantering eftersom strukturen är känd för försäkringshandläggaren. Mallen säkerställer också att redogörelsen för sjukdomsbesvären är likvärdig i olika ärenden. Detta främjar likabehandlingen inom sjukförsäkringen och bör därför också främja den enskildes rättssäkerhet gentemot Försäkringskassan ur ett likabehandlingsperspektiv.

9.1.3. Rollen

Av redogörelsen som gjorts ovan framgår att läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet har en central roll i bedömningen av rätten till ersättning. Läkarintyget i form av den enskildes bevismaterial och det försäkringsmedicinska utlåtandet i form av ett stöd för tolkningen av läkarintyget och den försäkringsmedicinska bedömningen. Både läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet utgör en del av det medicinska beslutsunderlaget för försäkringshandläggaren. Läkarintyget baseras på själva undersökningen av den enskilde och

innefattar den intygsskrivande läkarens bedömning av den enskildes nedsättning. Det försäkringsmedicinska utlåtandet baseras i sin tur på det medicinska underlaget och innefattar en bedömning av läkarintygets kvalitet och logik.

Jag anser att man kan betrakta det försäkringsmedicinska utlåtandet, eller åtminstone själva rådgivningen, som en form av kontrollmekanism för försäkringshandläggaren. Eftersom försäkringshandläggaren i regel själv inte är medicinskt kunnig har denne svårt att på egen hand bedöma innehållet i läkarintyget. Genom att konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare blir det lättare att kontrollera att läkarintyget lever upp till de krav som ställs på det medicinska underlaget i sjukpenningärenden och innebär i sin tur ett incitament för de intygsskrivande läkarna att bibehålla god kvalitet på läkarintygen. Problemet ligger i att rådgivarens faktiska roll sträcker sig utöver vad som avsetts av lagstiftaren. Till följd av att försäkringshandläggaren ofta saknar medicinsk kompetens kan denne omöjligt bedöma det medicinska underlaget helt på egen hand i alla ärenden. Eftersom försäkringshandläggaren således är beroende av rådgivarens bedömning och kompetens är det oundvikligt att rådgivningen och därmed också utlåtandet får ett stort inflytande över beslutsprocessen. I samband med reformen år 2008 skärptes kraven på läkarintygens innehåll vilket ledde till att läkarkårens inflytande över sjukskrivningsprocessen minskade. Samtidigt som läkarkårens roll minskade ökade därmed rådgivarens inflytande. Om försäkringshandläggaren inte besitter den medicinska kompetens som krävs och om läkarkårens bedömning inte ska tas för givet behöver någon annan stå för kontrollen av läkarintygen vilket således landade hos den försäkringsmedicinska rådgivaren. Enligt Försäkringskassan har rådgivaren bara till uppgift att förmedla sakkunskap till försäkringshandläggarna för att de ska få den medicinska kompetens som krävs för att bedöma läkarintygens innehåll på egen hand. Av den mediala debatten framgår tydligt att försäkringshandläggarna inte ännu anses ha denna kompetens. Så länge försäkringshandläggarna inte besitter den kunskap som krävs för att fatta ett självständigt beslut kommer rådgivarnas roll och inflytande vara avgörande för beslutsprocessen.

9.1.4. Praktiken

Eftersom det inte finns så mycket statistik kring hur ofta rådgivarna konsulteras i sjukpenningärenden är det svårt att skapa sig en uppfattning om hur det försäkringsmedicinska utlåtandet används i praktiken och hur detta påverkar utfallet i ärendet. Innebär konsultationen med en rådgivare att bedömningen av den enskildes läkarintyg blir strängare eller är det lika vanligt att rådgivningen medför att försäkringshandläggaren beslutar till den enskildes fördel? Om man hade kunnat visa på att den försäkringsmedicinska rådgivningen bidrar till en högre grad av formellt riktiga beslut skulle rådgivningen kunna anses vara en relevant komponent i upprätthållandet av den enskildes rättssäkerhet inom sjukförsäkringen. Då skulle nämligen rådgivningen utgöra en del av de rättssäkerhetsmekanismer som skyddar den enskilde och bidrar till en korrekt bedömning av det medicinska underlaget. I media framställs däremot den försäkringsmedicinska rådgivningen som ett hinder eller ett ifrågasättande av den enskilde eller dennes läkarintyg. De gånger det försäkringsmedicinska utlåtandet används i domstolsärenden används de främst som stöd för Försäkringskassans yrkanden och utgör då en bedömning till den enskildes nackdel. Om rådgivaren har kommit fram till att den enskildes nedsättning till följd av sjukdom inte är styrkt genom läkarintyget så innebär detta i praktiken att försäkringshandläggaren kommer att neka den enskilde sjukpenning. Detta är bakgrunden till

varför jag betraktar den försäkringsmedicinska rådgivningen som en kontrollmekanism för Försäkringskassan.

Slutsatsen att rådgivningen endast tjänar syftet att underlätta för myndigheten och försäkringshandläggaren i bedömningen av det medicinska underlaget innebär också att rådgivningen inte bidrar till att främja den enskildes rättssäkerhet i sjukpenningärenden. Rättssäkerheten har till syfte att skydda den enskilde mot godtyckliga ingripanden och beslut, inte att underlätta beslutsprocessen för myndigheten som fattar beslut om den enskildes rätt till ersättning. Användandet av rådgivning och utlåtanden har till syfte att bistå försäkringshandläggaren när det kommer till medicinska frågor som denne saknar tillräcklig kunskap inom. I den mån rådgivningen bidrar till att försäkringshandläggaren kan göra en mer korrekt bedömning av den enskildes rätt till ersättning kan detta däremot generera en indirekt positiv effekt på systemets rättssäkerhet. Utlåtandet har dock endast en rådgivande roll och beslutsfattandet ligger hos försäkringshandläggaren. Försäkringshandläggaren har till uppgift att fatta ett självständigt beslut som grundar sig på den rättsliga regleringen. Om utlåtandet får för stort inflytande över beslutsprocessen kan försäkringshandläggarens beslutsfattande inte längre betraktas som självständigt. Detta riskerar i sin tur att hämma rättssäkerheten och systemets legitimitet. Eftersom rådgivaren är tänkt att ha en rådgivande roll som är begränsad till endast det medicinska underlaget innebär användandet av försäkringsmedicinska utlåtanden i form av motivering eller grund till beslut en avvikelse från lagstiftarens syfte.

9.1.5. Rättsliga effekter

Precis som att läkarintyget utgör ett bevismedel för den enskilde och därmed har en rättslig tyngd i sjukskrivningsprocessen får även det försäkringsmedicinska utlåtandet rättsliga effekter. Rådgivaren är den som besitter den medicinska kompetensen inom Försäkringskassan och därför väger rådgivarens bedömning av det medicinska underlaget tungt i beslutsprocessen. Detta är egentligen inget konstigt i sig eftersom försäkringshandläggaren konsulterar rådgivaren för att denne själv vanligtvis inte besitter någon medicinsk kompetens.¹¹² Men med hänsyn till att det är försäkringshandläggaren som är beslutsfattare och ska basera sitt beslut på en självständig, individuell helhetsbedömning är det dock problematiskt att förlita sig för mycket på det försäkringsmedicinska utlåtandet. Enligt Försäkringskassans riktlinjer får försäkringshandläggaren aldrig motivera ett beslut genom att enbart hänvisa till rådgivarens utlåtande.¹¹³ I den mån utlåtandet får en avgörande roll i beslutsprocessen innebär detta således att utlåtandet också får rättsliga effekter för den enskilde.

Problemet med att försäkringshandläggaren konsulterar en myndighetsanställd rådgivare handlar kanske inte så mycket om dennes roll utan relaterar enligt mig snarare till rådgivarens kompetens. Rådgivaren har sällan bättre kompetens än den intygsskrivande läkaren och är heller inte tillräckligt insatt i det enskilda ärendet för att kunna göra en bedömning av om läkarintygets innehåll är logiskt och övertygande. Rådgivaren har särskild kunskap i försäkringsmedicin vilket gör att denne många gånger troligtvis besitter bättre kompetens när det kommer till läkarintygets försäkringsmedicinska aspekt. Därför finns det en poäng med att granska läkarintyget för att se till att allt som behövs för bedömningen finns med i läkarintyget. Däremot anser jag att bedömningen av hur övertygande eller logisk den

¹¹² Lotta Wendel, (2002), "Försäkringsläkaren i gränslandet mellan juridik och medicin", i *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, red. Lotta Vahlne Westerhäll, Upplaga 1:1, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), s. 244 f.

¹¹³ Vägledning 2004:2 version 21, s. 303.

intygsskrivande läkarens bedömning många gånger kan vara obefogat. Den intygsskrivande läkaren har i de allra flesta fall rätt kompetens och ibland till och med specialistkompetens vilket gör att dennes bedömning av den enskildes sjukdomstillstånd får anses mest pålitligt. I den mån den intygsskrivande läkaren besitter tillräcklig kunskap kring sjukskrivning som en behandlingsmetod får också läkarens bedömning avseende sjukskrivningens omfattning anses vara pålitlig.¹¹⁴ Med hänsyn till att läkarintyget ska utformas i enlighet med Försäkringskassans blankett är den intygsskrivande läkaren också begränsad när det kommer till både utformning och utrymme. I många fall är sjukdomsbilden mycket komplex och en redogörelse för denna kräver stort utrymme i läkarintyget. Eftersom utrymmet är begränsat kan det därför vara svårt för läkaren att utveckla och vara detaljerad i sin redogörelse. Läkarintygets form riskerar därför att begränsa redogörelsen och därmed påverka hur övertygande eller logisk bedömningen är ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv.¹¹⁵

9.2. Vilka konsekvenser får användandet av läkarintyg och försäkringsmedicinska utlåtanden för den enskilde och samhället i stort?

Jag har valt att dela in de olika effekterna efter vad de kan hänföras till; den ekonomiska drivkraften, normerna som ligger till grund för besluten samt allmänhetens förtroende. Under varje område kommer ett antal effekter diskuteras i form av en rättskritisk analys.

9.2.1. Den ekonomiska drivkraften

I denna del har jag för avsikt att förklara hur jag ser på *den ekonomiska drivkraften* i relation till läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet samt vilka konsekvenser detta får för den enskilde och samhället i stort.

9.2.1.1. Den ekonomiska drivkraften i allmänhet

Den ekonomiska drivkraften i relation till socialförsäkringen innebär att det finns en strävan att minska utflödet av pengar i form av utbetalningar. När många är sjuka eller beviljas ersättning i form av exempelvis sjukpenning ökar eller bibehålls utflödet. För att ett ekonomiskt system ska fungera krävs det att man lyckas hitta en balans mellan inkomster och utgifter. Likadant gäller givetvis också för ett välfärdssystem. Staten behöver se till att det finns utrymme i årsbudgeten för de olika utgiftsposterna och för att skatteintäkterna ska räcka till att finansiera hela välfärdssystemet finns det hela tiden en ekonomisk drivkraft att minska de utgifter som välfärden kräver. En stor utgiftspost är socialförsäkringen och rätten till sjukpenning är en av de poster som genererar ett stort utflöde av pengar. Sjukförsäkringsutgifternas andel av statsbudgeten uppgavs vara 9,5% i en socialförsäkringsrapport från år 2017.¹¹⁶ Eftersom socialförsäkringen utgör en så stor post i statsbudgeten är det naturligt att det finns en ekonomisk drivkraft som önskar minska denna post och det utflöde av pengar som rätten till ersättning genererar.

För att minska utflödet har olika politiska styrmedel utformats för att skapa incitament för läkarkåren och medborgarna att undvika sjukskrivning i så stor mån som möjligt.

¹¹⁴ Ett liknande resonemang har framförts i den mediala debatten, se exempelvis; Margaretha Löf-Johansson, "Sjukskrivning är en del av en medicinsk behandling", *Läkartidningen* 15-16/2020, 2020-04-07, <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/04/sjukskrivning-ar-en-del-av-en-medicinsk-behandling/> [hämtad 2020-10-29]; Lars Jacobsson, "Försäkringskassan underminerar läkarnas auktoritet", *Dagens medicin*, 13/9 2019, <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/forsakringskassan-underminerar-lakarnas-auktoritet/> [hämtad 2020-10-29].

¹¹⁵ Läkarintygets form analyseras vidare under avsnitt 9.2.3.2.

¹¹⁶ Laura Hartman, "En sjukförsäkring att lita på?", i Socialförsäkringsrapport 2017:1, s. 15.

Sjukskrivning ska endast tas till i fall där det inte finns något alternativ. Alternativ som kan vidtas före sjukskrivning är anpassning av arbetsuppgifter eller andra behandlingsformer så som genom medicinering eller rehabilitering av olika slag. Något som knyter an till detta är också styrningen mot partiell sjukskrivning i högre mån eftersom det innebär att den enskilde kan arbeta deltid samtidigt som denne behandlas för att förhoppningsvis kunna återgå till sitt arbete i högre omfattning när behandlingen slutförts. Ett politiskt styrmedel för att uppnå dessa effekter är *Sjukskrivningsmiljarden*. Sjukskrivningsmiljarden var som sagt ett resultat av det höga ohälsotalet och de slentrianmässiga sjukskrivningarna och innebar att det ställdes högre krav på läkarintygens innehåll och kvalitet. Genom att på olika sätt ställa krav på sjukskrivningsprocessen tog det allmänna också kontroll över den uppåtgående kurvan och stabiliserade utvecklingen. Kraven som ställdes på läkarintygen gav goda effekter på utvecklingen och ohälsotalet utvecklades positivt åren efter införandet av sjukskrivningsmiljarden. Det försäkringsmedicinska utlåtandet fick en mindre roll i försäkringshandläggarnas beslutsprocess då rådgivarna fick en mer pedagogisk roll hos Försäkringskassan. Trots detta väger utlåtandet tungt i beslutsprocessen i de fall det finns ett försäkringsmedicinskt utlåtande. Rättspraxis visar att Försäkringskassan använder sådana utlåtande som stöd för sina yrkanden och att försäkringshandläggarna beslutar i linje med rådgivarens bedömning. Rådgivaren utgör Försäkringskassans representant för läkarkåren och besitter försäkringsmedicinsk kompetens som försäkringshandläggarna sällan gör. Detta bidrar till att rådgivarens bedömning har tilldelats hög dignitet och får därmed högt inflytande på försäkringshandläggarnas beslutsprocess. Rådgivaren ska enligt vägledningarna inte kommentera rätten till ersättning men om denne bedömer att det medicinska underlaget är otillräckligt resulterar detta ofta i att arbetsförmågan inte anses vara styrkt och att kriterierna för att den enskilde ska ha rätt till ersättning därmed inte är uppfyllda. Slutsatsen är således att den ekonomiska drivkraften bidragit till att höga krav ställs på den enskildes bevismaterial och att ett utlåtande har stort inflytande över försäkringshandläggarens beslut. Både de högt ställda kraven och Försäkringskassans tillgång till rådgivare innebär att det är svårare för den enskilde att beviljas sjukpenning.

Problemet är att den ekonomiska drivkraften också påstås ha resulterat i negativa konsekvenser för den enskilde. I den mediala debatten framstår det som att det finns en diskrepans mellan hur många som beviljas ersättning och hur många som enligt läkarkåren är för sjuka för att arbeta. Sjukskrivningsmiljardens målsättning att halvera ohälsotalet har bidragit till att minska ohälsotalet men verkar inte nödvändigtvis ha minskat den faktiska ohälsan. Diskrepansen mellan de som beviljats ersättning och de som är för sjuka för att arbeta är således en konsekvens av den ekonomiska drivkraften och en problematik jag vill bryta ner och belysa i denna del av arbetets analys.

Målsättningen med en minskning av ohälsotalet har således en tydlig koppling till den ekonomiska drivkraften. Denna målsättning kan såklart också knytas till andra sociala och strukturella fördelar med att en stor del av befolkningen är till arbetsmarknadens förfogande. I detta arbete har jag dock valt att begränsa min analys till den ekonomiska fördelen med att en stor del av befolkningen deltar i arbetsmarknaden och således den ekonomiska drivkraft som ligger bakom socialförsäkringens utformning.

9.2.1.2. *Ouppnåeliga krav ger fler avslag och därmed ett lägre ohälsotal*

Som framgår av detta arbete ställs det höga krav på läkarintygets utformning och innehåll. Den strikta bedömningen av vem som beviljas ersättning relaterar till den ekonomiska drivkraft som finns för att sänka ohälsotalet och effekterna av de höga kraven är att ohälsotalet har minskat sedan millennieskiftet. Frågan är då om de krav som uppställts är rimliga ur rättssäkerhetssynvinkel samt om kraven är proportionerliga i relation till dess syfte.

Ett sätt att särskilja de som faktiskt uppfyller kraven för att beviljas ersättning är som sagt genom att begära in ett läkarintyg som stöd för den enskildes sjukdomstillstånd och funktionsnedsättning. Detta är också reglerat i lagstiftningen. I den rättsliga regleringen finns det dock inga uttryckliga krav på läkarintygets innehåll mer än att det har för syfte att styrka den enskildes sjukdomstillstånd och att det är ett krav för att ersättning ska beviljas. Kraven på läkarintygets innehåll har istället preciserats i olika myndighetsdokument samt genom rättspraxis och förarbeten.¹¹⁷ Det är befogat ur ett samhällsekonomiskt perspektiv att ställa krav på läkarintygets innehåll. Statsekonomin har inte utrymme att försörja hur många som helst och det måste därför finnas en balans mellan skatteintäkter och utgifter. Syftet med de högt ställda kraven är således att se till att ersättningen går till rätt målgrupp. Risken finns dock att de krav som uppställts endast tjänar syftet att minska ohälsotalet. Målet att minska ohälsotalet riskerar då att gå ut över befolkningens faktiska ohälsa eftersom de höga kraven gör det svårt för den enskilde att beviljas ersättning trots att denne de facto är för sjuk för att arbeta. Om en stor del av befolkningen lider av ohälsa och sjukdom som begränsar deras arbetsförmåga är det inte säkert att lösningen på problemet är att höja kraven. Höga krav genererar ofta fler avslag men det behöver inte innebära att befolkningens faktiska ohälsa minskar och att andelen arbetsföra medborgare ökar.

Statistiken visar att ohälsotalet låg på rekordlåga 23,5 förra året (2019). Detta kan betyda två saker; antingen har befolkningens faktiska ohälsa minskat eller så har Försäkringskassan blivit strängare i sin bedömning av den enskildes rätt till ersättning. Försäkringskassans årsredovisning för år 2019 visar att antalet omprövningar med ändrade beslut uppgick till 8,4% vilket var en minskning jämfört med föregående år¹¹⁸ och antalet avslag uppgick till 3,9% vid första ansökan respektive 7,1% vid pågående sjukfall. För båda innebar detta en ökning jämfört med föregående år.¹¹⁹ Nedan avser jag att redogöra för hur jag tolkar dessa siffror i relation till den ekonomiska drivkraften.

När det kommer till minskningen av antalet beslut som ändrats vid omprövning behöver jag först redogöra för vad den rättsliga regleringen säger om omprövning eller rättelse av beslut. Enligt 37§ i FL får Försäkringskassan ändra ett beslut om de anser att beslutet är felaktigt på grund av att det tillkommit nya uppgifter i ärendet. Beslutet får dock inte fattas till nackdel för den enskilde förutom i undantagsfall. Dessa undantagsfall aktualiseras exempelvis då den enskilde lämnat oriktiga eller vilseledande uppgifter som bidragit till att Försäkringskassan beviljat ersättning.¹²⁰ Detta leder till slutsatsen att de beslut som ändrats efter omprövning till stor del handlar om en ändring som är till fördel för den enskilde. När antalet omprövningar

¹¹⁷ En fördjupad analys av normerna som ligger till grund för beslutet finns under avsnitt 9.2.2.

¹¹⁸ Försäkringskassans årsredovisning 2019, s. 77.

¹¹⁹ Ibid., s. 113.

¹²⁰ 37§ i Förvaltningslagen (2017:900).

med ändrade beslut har minskat jämfört med föregående år bör detta innebära att färre omprövade beslut resulterar i ett beviljande av ersättning till den enskilde.

När det kommer till antalet avslag har även dessa ökat. Både vid första ansökan och vid pågående sjukfall. Detta innebär i praktiken att en mindre andel av de som ansöker om ersättning får det beviljat vilket även detta är till nackdel för den enskilde.

Vad säger detta om ohälsotalet egentligen? Det är svårt att nå någon framgång i påståendet att den som drabbas av inkomstförlust till följd av sjukdom har en garanterad rätt till ersättning. Sannolikheten är mycket låg att antalet sjuka är lika många som de som erhållit sjukpenning om man ser till dessa siffror. Med hänsyn till att kravet på att lämna in ett läkarintyg för att styrka sin arbetsförmåga till följd av sjukdom finns lagfäst i SFB samt får anses vara allmän kunskap förutsätter jag att antalet fall där den enskilde inte lämnat in något läkarintyg är förhållandevis liten. De som vill få sin rätt till ersättning prövad har i de flesta fall varit i kontakt med vården och fått sina besvär bekräftade av en läkare som därmed har skrivit ett läkarintyg. Trots att den enskilde bedömts som sjuk inom vården har denne ändå nekats sjukpenning. Detta tyder på att det visst finns en diskrepans mellan antalet sjuka och antalet beviljade sjukpenningärenden.¹²¹

Rätten till ersättning bygger på tanken om att den som är för sjuk för att arbeta har rätt till ersättning vid inkomstbortfall i den mån denne kan styrka detta. För att den enskilde ska kunna styrka sin arbetsförmåga krävs det att denne kan presentera ett läkarintyg som en del av sitt bevismaterial. Om kraven på läkarintygets innehåll och utformning är för hög försvårar detta möjligheterna för den enskilde att styrka sin nedsatthet vilket bidrar till att den enskildes förtroende för Försäkringskassan sjunker.

För att socialförsäkringssystemet ska fungera krävs som sagt att det har legitimitet och att det finns en social acceptans hos befolkningen. När det kommer till sjukförsäkringen krävs det således att medborgarna accepterar och litar på Försäkringskassans omdöme som ett beslutsfattande organ. Känner befolkningen inget förtroende för Försäkringskassan riskerar detta att påverka den sociala acceptansen för Försäkringskassans beslut vilket kan leda till att Försäkringskassans och sjukförsäkringens legitimitet hämmas.

Ur rättssäkerhetssynvinkel kan de höga kraven betraktas som förutsebara och rättvisa i den mån lika stora krav ställs på alla som har anledning att sjukskriva sig. Om man sluter sig till det påståendet kan beslutsprocessen anses vara formellt rättssäker och besluten formellt riktiga. Men frågan är om beslutsprocessen är materiellt rättssäker. Den materiella rättssäkerheten handlar som sagt om att besluten ska vara etiskt godtagbara och präglas av de värden som lagstiftaren haft i åtanke. Beslut som helt underkänner den intygsskrivande läkarens bedömning framstår som oetiska då de underminerar läkarens kompetens. Detsamma gäller Försäkringskassans ärendehantering som har en tydligare strävan mot att minska ohälsotalet än att se till att den som är för sjuk för att arbeta får sin inkomstförlust ersatt.

Sammanfattningsvis finns det fog för att ställa höga krav på läkarintyget och den enskildes bevismaterial då detta säkerställer att sjukpenning endast beviljas till den som kan styrka att arbetsförmågan är nedsatt i tillräcklig grad. Problemet med de höga kraven däremot är att de

¹²¹ En liknande slutsats presenteras i Carina Wellton & Lisbeth Forsberg, (2016), ”Att kasta ut människor ur sjukförsäkringen minskar inte antalet sjuka”, *Dagens Arena*, 12/9, <https://www.dagensarena.se/opinion/att-kasta-ut-manniskor-ur-sjukforsakringen-minskar-inte-antalet-sjuka/> [hämtad 2020-12-07].

grundar sig i den ekonomiska drivkraften. Eftersom den ekonomiska drivkraften genomsyrar hela sjukförsäkringen och till stor del styr Försäkringskassans arbete har detta inneburit att kraven har blivit orimligt höga och ibland till och med ouppnåeliga. Det handlar inte längre om att se till att ersättning går till rätt målgrupp utan snarare om att pressa ner ohälsotalet så mycket som det går vilket går ut över en av de mest utsatta grupperna i samhället, nämligen de sjuka. De höga kraven bidrar till en ökad benägenhet att meddela avslag vilket i sin tur leder till att ohälsotalet minskar trots att befolkningens sammantagna ohälsa förblir densamma. Befolkningens faktiska ohälsa riskerar till och med att öka till följd av den stress som ett avslag kan medföra. Jag menar därför att de krav som uppställts begränsar den enskildes rätt till ersättning vilket strider mot vad som avses med den rättsliga regleringen. Kraven bidrar visserligen till en minskning av ohälsotalet men resultatet av detta innebär inte att den faktiska ohälsan bland medborgarna minskar. Dessa åtstramningar drabbar de sjuka i samhället och främjar inte på något vis arbetsmarknadens totala arbetskraft. Den som är för sjuk att arbeta är just för sjuk för att arbeta. Det enda som händer vid ett avslag är att den som är sjuk saknar medel för att bekosta sin livsföring. Kraven får därför anses vara både orimliga och oproportionerliga i förhållande till sitt syfte.

9.2.1.3. Ambitionerna att sätta in tidiga insatser riskerar att hämma den enskildes tillfrisknande

En strategi för att nå målet att halvera ohälsotalet var att sätta in tidiga insatser och rehabilitering. Genom att styra mot andra behandlingsmetoder än sjukskrivning förflyttades en del av ansvaret från Försäkringskassan tillbaka till läkarkåren. Detta hänger samman med förekomsten av slentrianmässiga sjukskrivningar och var därmed ett sätt att minska ohälsotalet och sjukskrivningarna i ett tidigt led i sjukskrivningsprocessen. Vid första anblick kan detta tyckas ha väldigt liten koppling till just användandet av läkarintyg och försäkringsmedicinska utlåtanden men jag anser ändå att det har relevans när det kommer till de krav som ställs på läkarintyget och strävan att minska antalet sjukskrivningsärenden.

Ambitionerna att sätta in tidiga insatser och rehabilitering kan härledas från bland annat sjukskrivningsmiljarden. Sjukskrivningsmiljarden innebar en utökning av läkarkårens kompetens inom försäkringsmedicin samt ett incitament att vidta andra behandlingsmetoder än sjukskrivning i första hand. Detta bygger på en god tanke om att främja läkarkårens engagemang i val av behandlingsmetod och därmed snabba på den enskildes återhämtning. Rätt val av behandlingsmetod är inget annat än fördelaktigt för den enskilde eftersom det förmodligen är få som skulle välja att vara hemma sjuk och arbetsoförmögen framför att kunna försörja sig på egen hand. Det är åtminstone min uppfattning fastän en del påstår att arbetsmoralen i vissa samhällsgrupper är låg och att enskilda hellre vill slippa arbeta och istället försörja sig genom ersättningar och bidrag. Oavsett får ett noggrant val av behandlingsmetod anses vara positivt för den enskilde och samhället i stort.

För att undvika att sjukskrivning användes som behandlingsmetod i för stor utsträckning hade sjukskrivningsmiljarden också en ambition att sätta in tidiga insatser och rehabilitering. Denna ambition har en uppenbar koppling till önskan att den enskilde ska kunna återgå till arbete så snart som möjligt, vilket har en given koppling till den ekonomiska tillväxten och ett fungerande välfärdssystem. I och med att ambitionen är att behandla den enskilde i ett tidigt skede borde detta innebära att den enskilde inte bara behandlas utan också blir frisk och arbetsför igen efter behandlingen. Därmed borde det inte finnas någon diskrepans mellan antalet individer som är för sjuka för att arbeta och antalet beviljade sjukpenningärenden. Så

ser det dock inte ut i verkligheten. Ständigt kan man läsa om den massiva kritik som riktats mot Försäkringskassan som berör de höga krav som sätts på individen och läkarintyget vilken hänger ihop med önskan om att undvika sjukskrivning som behandlingsmetod i så stor mån som möjligt. Problemet med att sätta in tidiga insatser och hela tiden försöka främja den enskildes återhämtning är att det sätter en press på den sjuke som riskerar att hämma återhämtningen.

Ett första steg för en som är sjuk är att söka vård och stöd inom vården, vilket för många kan vara jättesvårt. När den enskilde väl sökt vård, fått sin sjukdomsbild fastställd och sitt mående bekräftat kan denne sedan inte förlita sig på att läkarintyget är tillräckligt för att ersättning ska beviljas. Försäkringskassan är den som ska göra bedömningen om arbetsförmågan är tillräckligt styrkt genom läkarintyget och det är inte givet att försäkringshandläggaren instämmer i sjukvårdens bedömning av den enskildes hälsotillstånd. Har den enskilde tur ifrågasätts inte läkarintyget och kan då fokusera på att bli frisk snarare än att oro sig över de ekonomiska nackdelar sjukdom för med sig. Däremot kan det, beroende på sjukdomsbild, finnas en överhängande oro för vad som händer när läkarintyget löper ut.

Ambitionerna med att sätta in tidiga insatser och rehabilitering har som sagt för avsikt att bryta trenden med de slentrianmässiga sjukskrivningarna och främja den enskildes tillfrisknande en annan väg än genom sjukskrivning och återhämtning. Denna ambition sätter en press på den enskilde att påskynda sitt tillfrisknande för att denne ska kunna arbeta som vanligt vilket kan bidra till att den enskilde inte tillåts återhämta sig i den takt som krävs. Detta kan leda till att den enskilde på sikt blir ännu sjukare eller att man bara skjuter på problemet. Många sjukdomstillstånd kräver att den enskilde vilar och tar tid till rekreation och återhämtning. Detta gäller inte minst för olika psykiska sjukdomstillstånd. Därför menar jag att denna ambition riskerar att hämma den enskildes tillfrisknande.

Denna typ av problematik relaterar inte bara till den ekonomiska drivkraften utan också till allmänhetens förtroende. Försäkringskassans ifrågasättande av en läkares bedömning att det finns ett behov av sjukskrivning kan även innebära att förtroendet för Försäkringskassan hämmas. Försäkringskassans styrning mot alternativa behandlingsformer än sjukskrivning riskerar i att resultera i en misstro gentemot Försäkringskassan. Läkarkåren har alltid haft högt förtroende hos allmänheten och det faktum att försäkringshandläggaren ofta saknar den medicinska kompetensen som krävs gör att den intygsskrivande läkares bedömning betraktas som överordnad. I den mån försäkringshandläggaren ifrågasätter läkares bedömning riskerar detta att påverka den sociala acceptansen för Försäkringskassans beslutsprocess och resultera i en misstro gentemot Försäkringskassan som beslutsfattande myndighet.

9.2.2. Normerna som ligger till grund för besluten

I denna del har jag för avsikt att förklara hur jag ser på de normer som ligger till grund för besluten i relation till läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet samt vilka konsekvenser detta får för den enskilde och samhället i stort.

9.2.2.1. Normerna Försäkringskassan förhåller sig till

De beslut som fattas av Försäkringskassan ska förhålla sig till den rättsliga regleringen och relevant rättspraxis. Utöver detta publicerar Försäkringskassan bland annat allmänna råd och vägledningar som har till syfte att vara just vägledande för försäkringshandläggarens beslut. Vägledningarna ska förhålla sig till den rättsliga regleringen och ska endast fungera som riktlinjer och hjälpmedel för försäkringshandläggaren i beslutsprocessen. Dessa dokument är

således inga externt bindande normer men används i stor omfattning i Försäkringskassans dagliga verksamhet.¹²² Det finns således en distinktion mellan internt och externt bindande normer.

Externt bindande normer utgörs framförallt av lagstiftningen där SFB har företräde framför FL eftersom SFB är en speciallag.¹²³ När det kommer till rättspraxis är detta inte juridiskt bindande men ger ofta vägledning i hur domstolen ser på en viss fråga. De domar som Försäkringskassan betraktar som viktigast redogörs för i publikationen Domsnytt. Även JO:s avgöranden är av vägledande karaktär för försäkringshandläggarens ärendehantering och beslutsprocess. Försäkringskassan kan själva meddela externt bindande normer i form av föreskrifter vilka är externt bindande eftersom de följer av ett bemyndigande från regeringen.¹²⁴

Med internt bindande normer avses framförallt Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden och Domsnytt där Försäkringskassan som sagt redogör för myndighetens ståndpunkt i en viss rättsfråga. Dessa är bindande för Försäkringskassans egna anställda.¹²⁵ Försäkringskassan får även meddela vägledningar och råd som dess anställda förväntas använda sig av och följa varför dessa kan betraktas som internt bindande trots att de inte är bindande enligt sin ordalydelse. I detta arbete betraktas alla dessa styrdokument som internt bindande då de av naturliga skäl ofta efterföljs av de anställda och därmed är av internt bindande natur i praktiken.¹²⁶

Försäkringshandläggarna använder sig också av Socialstyrelsens beslutsstöd som ger riktlinjer för sjukskrivningens omfattning i relation till olika diagnoser. Beslutsstödet är inte bindande men efterföljs i stor mån av framförallt Försäkringskassans anställda.

Försäkringskassan är det huvudsakliga beslutsfattande organet inom sjukförsäkringen och för att systemet ska vara rättssäkert krävs det att besluten som fattas gentemot den enskilde baseras på rättsliga grunder.

9.2.2.2. Icke-bindande normer ligger till grund för beslut

Läkarintygets innehåll och utformning framgår inte av 27 kap 25§ i SFB. I förarbetena har lagstiftaren däremot belyst behovet av att den intygsskrivande läkaren anger det medicinska syftet med sjukskrivningen. I övrigt har läkarintygets innehåll och utformning definierats i Försäkringskassans vägledningar samt i rättspraxis. Problemet är att Försäkringskassans vägledningar som sagt endast är internt bindande. Trots att alla myndighetsbeslut primärt ska utgå ifrån den rättsliga regleringen baseras försäkringshandläggarnas beslut allt som oftast på vad som följer av Försäkringskassans egna vägledningar och råd. Vägledningarna uppställer höga krav på den enskildes läkarintyg vilket som anförts ovan innebär att det i många fall är svåra att uppnå. Eftersom försäkringshandläggarna både uppmuntras och förväntas följa de riktlinjer som Försäkringskassan ställt upp innebär detta att de internt bindande normerna ligger till grund för försäkringshandläggarens beslut och avgör därmed huruvida den enskilde

¹²² Ryberg-Welander 2018, s. 32 f.

¹²³ Försäkringskassans vägledning 2004:7 Version 13, *Förvaltningsrätt i praktiken*, s. 20.

¹²⁴ *Ibid.*, s. 21 f.

¹²⁵ *Ibid.*, s. 22.

¹²⁶ En liknande slutsats redogörs för i Lotta Vahlne Westerhäll, (2007), "Legitimitetsfrågor inom den offentliga försäkringen", i *Legitimitetsfrågor inom socialrätten*, red. Lotta Vahlne Westerhäll, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), s. 202.

beviljas ersättning eller ej. Visserligen finns det en möjlighet för den enskilde att överklaga sitt beslut till FR för att få det prövat på nytt men för att överklaga krävs det både kunskap, tid och energi vilket kan innebära att den enskilde avstår att överklaga trots att beslutet gick denne emot. Med hänsyn till att endast ett fåtal av alla beslut som fattas av Försäkringskassan faktiskt överklagas till domstol innebär detta i praktiken att de icke-bindande normerna ligger till grund för beslut som har stor inverkan på den enskildes liv.¹²⁷

Försäkringskassan utövar intern styrning och de vägledande dokument som publiceras har till syfte att vara just råd och riktlinjer för de aktörer som är anställda hos Försäkringskassan. Dessa dokument är således endast bindande ur en intern synvinkel varför Försäkringskassans anställda förväntas följa dessa. Dels för att dessa riktlinjer tydliggör och sammanfattar Försäkringskassans syn på hur rättstillämpningen bör se ut baserat på den rättsliga regleringen och rättspraxis, dels för att detta bidrar till en enhetligare och mer samstämmig sjukförsäkring vilket ligger i linje med rådande politiska målsättning. Problemet med detta system är att det finns så många olika dokument som är bindande internt men inte externt vilket bidrar till en otydlighet och ovisshet när det kommer till försäkringshandläggarens beslutsprocess. Denna problematik har lyfts i *Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen* (2009) där författarna konstaterar att detta bidrar till en svåröverskådlighet vilket är negativt för rättssäkerheten. Då denna typ av dokument både är vanligt förekommande och publiceras i olika former så som vägledningar och allmänna råd hämmar detta både kontrollerbarheten och förutsebarheten för den enskilde. Det finns också en risk för att det uppstår en diskrepans mellan domstolarnas tillämpning av den rättsliga regleringen och Försäkringskassans ärendehantering och beslutsprocess.¹²⁸ Ett exempel på denna diskrepans är kravet på objektiva undersökningsfynd.

Ända fram till nyligen har kravet på objektiva undersökningsfynd erhållit hög dignitet och status i Försäkringskassans beslutsprocess.¹²⁹ Detta krav har använts, och används fortfarande till viss mån, som ett argument för varför den enskilde inte ska beviljas ersättning trots att flera faktorer pekar på att den enskilde har en nedsatt arbetsförmåga. Flertalet av de som drabbats av exempelvis psykiska sjukdomar där objektiva undersökningsfynd inte kunnat dokumenteras i det medicinska underlaget har till följd av detta nekats sjukpenning. Kravet på objektiva undersökningsfynd härstammar ur Försäkringskassans egna vägledningar och domstol har många gånger konstaterat att detta krav inte ska tillmätas någon avgörande tyngd i beslutsprocessen. Trots detta har kravet fortsatt att användas som ett argument för att den enskilde inte har kunnat styrka sina sjukdomsbesvär i läkarintyget. Här hävdar jag finns en diskrepans mellan hur rätten ser på kravet på objektiva undersökningsfynd kontra hur försäkringshandläggarna förhåller sig till detta krav i sin beslutsprocess. Detta beror på att detta är något som har sitt ursprung i Försäkringskassans egna vägledningar och inte i den rättsliga regleringen i form av externt bindande normer. I Försäkringskassans version av vägledningsdokumentet *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning* så har frågan om objektiva undersökningsfynd bemötts genom en hänvisning till sitt eget dokument *Domsnytt 2019:014*. I denna publikation finns ett ställningstagande om att försäkringshandläggare inte ska avslå en ansökan endast på grund av avsaknad av objektiva

¹²⁷ Vahlne Westerhäll, Thorpenberg & Jonasson 2009, s. 66.

¹²⁸ Ibid., s. 65 f.

¹²⁹ Ett tidigare omnämnt rättsfall från 2019 anses ha ändrat denna syn på kravet på objektiva undersökningsfynd trots att samma resonemang har framförts tidigare i diverse domar.

undersökningsfynd.¹³⁰ Hur detta kommer att påverka den faktiska ärendehantering och beslutsprocessen återstår att se.

Beslut baserade på icke bindande normer strider mot legalitetsprincipen som innebär att maktutövningen ska utövas under lagarna. Försäkringskassans beslut ska således baseras på bindande normer och inte normer som endast är internt bindande. I viss utsträckning får Försäkringskassans vägledningar antas ha till syfte att endast definiera och förtydliga vad som står i lagen vilket innebär att det som meddelats i vägledningar eller råd fortfarande utgår ifrån lagen. I vissa fall har Försäkringskassan dock tolkat lagen på ett mer självständigt sätt vilket har lett till att Försäkringskassan har formulerat normer och riktlinjer som inte kan utläsas ur lagen eller rättspraxis. Ett exempel på detta är just kravet på objektiva undersökningsfynd. I den mån beslut baseras på denna typ av normer strider detta mot legalitetsprincipen eftersom det saknar stöd i den rättsliga regleringen.

Det faktum att Försäkringskassans beslutsprocess och i så pass hög grad präglas av icke bindande normer och att beslutet direkt baseras på icke bindande normer är problematiskt ur rättssäkerhetssynvinkel. Som beslutsfattande myndighet har Försäkringskassan redan stor makt över den enskildes välfärd och när Försäkringskassan dessutom både skapar och tillämpar sina egna normer påverkar detta myndighetens trovärdighet. Det finns en risk för att kravet på objektivitet och saklighet åsidosätts om den normgivande makten och beslutsmakten utgår ifrån samma aktör i sjukförsäkringen. Detta riskerar att i förlängningen påverka både rättssäkerheten och legitimiteten samt i slutändan hämma allmänhetens förtroende för Försäkringskassan.

9.2.2.3. Standardiserade läkarintyg strider mot den rättsliga regleringen

På samma sätt som att icke bindande normer ligger till grund för Försäkringskassans beslut om ersättning har också det standardiserade läkarintyget inflytande över Försäkringskassans beslut. Försäkringskassan har utformat en mall för läkarintyget vilken i stort sett är den enda som godtas när den enskilde ska styrka sin sjukdomsbild.¹³¹ Detta är problematiskt eftersom den rättsliga regleringen inte nämner något om läkarintygets formkrav samt att denna typ av begränsning strider mot principen om fri bevisföring.

Försäkringskassans egna vägledningar och råd är ett resultat av Försäkringskassans normgivningsmakt. Försäkringskassan får som sagt meddela internt bindande normer som exempelvis vägledningar och allmänna råd. En utvidgning av normgivningsmakten finns reglerad i bemyndigandeförordningen¹³² samt i SFB och innebär att Försäkringskassan under vissa omständigheter är behöriga att meddela även externt bindande föreskrifter. Enligt delegationen får Försäkringskassan meddela föreskrifter rörande de undantagsfall då den enskilde inte behöver lämna in ett läkarintyg samt kompletterande föreskrifter angående verkställighet av sjukpenning med mera. Eftersom läkarintygets innehåll inte ingår i Försäkringskassans normgivningsmakt är det problematiskt att det är Försäkringskassan som tillsammans med Socialstyrelsen har formulerat blanketten för läkarintyget. Ruth Mannelqvist har belyst denna problematik i en festskrift från år 2019 och konstaterat att Försäkringskassan inte har befogenhet att införa formaliakrav eller begränsningar i läkarintygets utformning

¹³⁰ Vägledning 2015:1 version 12, s. 68.

¹³¹ Läkarintygets utformning har behandlats tidigare under bland annat avsnitt 9.1.5.

¹³² Förordning (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan.

enligt SFB.¹³³ Trots detta är den allmänna bilden av blanketten för läkarintyget att den är 'obligatorisk'.

Försäkringskassan har i enlighet med delegationen meddelat en föreskrift angående kontroll i sjukpenningärenden. I denna föreskrift har Försäkringskassan reglerat ovan nämnda undantagsfall.¹³⁴ Av denna föreskrift framgår dock också att i ärende om sjukpenning ska Försäkringskassans blankett för läkarintyg användas.¹³⁵ Detta förstärker bilden av blanketten som ett obligatoriskt formkrav för den enskildes bevismaterial vilket är problematiskt eftersom detta strider mot principen om fri bevisföring. Mannelqvist framhåller att den fria bevisföringen gäller i Försäkringskassans handläggning som förvaltningsprocess. Detta innebär att den enskilde får utforma sitt bevismaterial fritt och att Försäkringskassan saknar rätt att införa begränsningar i form av formkrav eller innehåll för bevismaterialet.¹³⁶

Detta leder till slutsatsen att Försäkringskassan har överskridit sin normgivningsmakt genom att införa ett formaliakrav för den enskildes bevismaterial i form av en obligatorisk blankett. Användandet av standardiserade läkarintyg begränsar den enskildes rätt att utforma sitt bevismaterial och riskerar därmed att försvåra möjligheterna för den enskilde att styrka sin rätt till ersättning.

När det kommer till blankettens utformning präglas denna tydligt av DFA-kedjan. Som redan redogjorts för under avsnitt 6.2.2. föreslogs införandet av DFA-kedjan i en utredning från år 2009. Denna metod har sedan dess haft en central roll i Försäkringskassans utredningsmetodik och kan vara en avgörande faktor för om en enskild kommer att beviljas ersättning eller inte. Mannelqvist problematiserar detta i ovan nämnda festskrift från år 2019 och synliggör den diskrepans som uppstått mellan lagstiftarens syfte med införandet av DFA-kedjan och Försäkringskassans metodik.¹³⁷ I utredningen framhålls att *"rätt till sjukpenning förutsätter aktivitetsbegränsningar i relation till de uppgifter arbetet innehåller givet den miljö i vilket de ska utföras"*.¹³⁸ Av detta framgår att aktivitetsbegränsningen ska bedömas utifrån relevanta arbetsuppgifter. Försäkringskassans vägledning beskriver det dock lite annorlunda. Enligt vägledningen ska läkaren *"[...]tydligt beskriva hur sjukdomens påverkan på den försäkrades funktioner begränsar förmågan till aktivitet i olika arbetsmoment och i det dagliga livet"*. Av denna skrivelse följer att bedömningen inte ska begränsas till arbetsuppgifterna utan också till hur det dagliga livet begränsas av sjukdomen.¹³⁹ Denna extensiva tolkning av lagstiftarens syfte med DFA-kedjan leder till att kraven för att beviljas ersättning är högre än vad lagstiftaren kanske har tänkt sig. Det är inte givet att sjukdomsbesvär som begränsar den enskilde i arbetet även begränsar denne i det dagliga livet och det är heller inte givet att det är det bästa eller ens ett möjligt alternativ att anpassa arbetsuppgifterna efter den enskildes behov. Genom att utvidga bedömningen på detta vis riskerar Försäkringskassan att begränsa rätten till ersättning på ett sätt som inte avsetts av lagstiftaren.

¹³³ Ruth Mannelqvist, (2019), "Kraven på läkarintyg för sjukpenning: en lagstridig begränsning av den allmänna sjukförsäkringen?" i *Festskrift till Örjan Edström*, ed. Ruth Mannelqvist, Staffan Ingmanson & Carin Ulander-Wänman, (Umeå: Juridiska institutionen vid Umeå universitet), s. 340.

¹³⁴ *Ibid.*, 340 f.

¹³⁵ 9§ i Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:13) om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet, mm.

¹³⁶ Mannelqvist 2019, s. 341.

¹³⁷ *Ibid.*, s. 342 f.

¹³⁸ SOU 2009:89, s. 172.

¹³⁹ Vägledning 2015:1 Version 12, s. 236.

Försäkringskassans blankett för läkarintyg ger utrymme för den intygsskrivande läkaren att redogöra för en prognos vilket av naturliga skäl gärna görs i form av en prognos över tid.¹⁴⁰ I artikeln ”Läkarintyg om bedömningen av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig prövning” i Läkartidningen (2010) beskriver författarna detta fenomen som förvirrande för den rättsliga bedömningen. Att det finns en god prognos kan ge en illusion av att det inte finns stöd för sjukskrivning eftersom tanken är att den intygsskrivande läkaren ska göra DFA-bedömningen med utgångspunkt vid en viss specifik tidpunkt. Författarna hänvisar även till en dom från KamR i Göteborg där domstolen konstaterat ”att en god prognos om att patienten kan återfå sin arbetsförmåga inte är detsamma som att arbetsförmågan är helt återställd”.¹⁴¹ Detta borde innebära att all risk för missförstånd är undanröjd i och med detta uttalande men några garantier för detta kan såklart inte lämnas. Risken för att försäkringshandläggaren tolkar en god framtida prognos som något som talar emot en nuvarande nedsättning anser jag är överhängande. Försäkringskassans uppgift är trots allt att utreda och bedöma den enskildes arbetsförmåga och om den intygsskrivande läkaren bedömer att det finns en god prognos för tillfrisknande finns det en risk att detta används som argument för att sjukdomen inte är så pass allvarlig att den påverkar arbetsförmåga till den grad att sjukskrivning är aktuellt.

Sammantaget finns det flera aspekter av det standardiserade läkarintyget som går att ifrågasätta och det finns garanterat fler än de som tagits upp här. Som framgår har den kritik som lyfts fram ovan redan framförts inom doktrinen och är enligt mig välgrundad. Som anförts ovan strider blanketten mot den fria bevisföringen och bidrar till att kraven för att ha rätt till ersättning blir nästintill ouppnåeliga för den enskilde. Det är Försäkringskassan som utformat sitt eget utredningsmaterial och de punkter som den intygsskrivande läkaren förväntas besvara kommer att ingå i det material som försäkringshandläggaren baserar sitt beslut på. Om läkaren inte är noggrann så riskerar materialet att ligga den enskilde till last snarare än att styrka dennes rätt till ersättning. Det är problematiskt att Försäkringskassan styr utredningsmaterialets innehåll och form när de också står för de normer som ligger till grund för sina *egna* beslut. På det stora hela innebär detta att rätten till ersättning begränsas och den enda som tjänar på att ha ett standardiserat läkarintyg är Försäkringskassan. En förbestämmd form och tydligt angivna kriterier gör beslutprocessen enklare för försäkringshandläggaren. Det blir inte bara lättare att få en tydlig överblick när formen alltid är densamma utan det är också lättare att se när kriterierna inte är uppfyllda. Det är dock inte detta som är avsikten med sjukförsäkringen. Den enskildes rättigheter och rättssäkerhet får inte åsidosättas för att göra det enklare för Försäkringskassans anställda i deras ärendehantering. Det standardiserade läkarintyget hämmar rättssäkerheten då de beslut som fattas riskerar att bli schablonmässiga. Om en del i det standardiserade läkarintyget inte är tillräckligt välformulerat av den intygsskrivande läkaren riskerar detta att innebära ett avslag istället för att försäkringshandläggaren gör en helhetsbedömning av hela utredningsunderlaget samt den enskildes individuella situation. Om den enskilde riskerar att nekas sjukpenning på grund av att prognosen är god eller att sjukdomen inte medför någon begränsning i det dagliga livet så innebär detta att beslutet har fattats på grunder som inte avsetts av lagstiftaren. Denna typ av beslutsfattande bidrar också till ett minskat förtroende hos befolkningen och en anledning att ifrågasätta Försäkringskassans legitimitet.

¹⁴⁰ Blankett FK 7804 (003 F 003) *Läkarintyg för sjukpenning*, p. 9.

¹⁴¹ Ruth Mannelqvist, Berndt Karlsson & Bengt Järholm, (2010), ”Läkarintyg om bedömningen av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig prövning”, *Läkartidningen* 107:49, s. 3127.

9.2.2.4. *Beslutsstödet får icke önskvärda konsekvenser*

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är ytterligare ett exempel på icke bindande normer som ligger till grund för Försäkringskassans beslut. Vid bedömningen av det medicinska underlaget och den enskildes sjukdomsbild och arbetsförmåga används det av Socialstyrelsen tillhandahållna beslutsstödet. Beslutsstödet har till syfte att vara riktlinjer men eftersom de är i praktiken internt bindande innebär detta att försäkringshandläggaren i stor utsträckning förhåller sig till just dessa riktlinjer vilket leder till den önskade konsekvensen att försäkringshandläggarens bedömningar blir schablonmässiga.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är som sagt vägledande riktlinjer för hur sjukskrivning ska användas vid olika sjukdomsdiagnoser. Detta följer inte bara av uppdraget utan också av den instruktion som lämnats av Socialstyrelsen angående användningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Där framgår att syftet med beslutsstödet är bland annat att främja dialogen mellan den intygsskrivande läkaren och försäkringshandläggaren genom att inblandade aktörer ska ha samma grundsyn på hur sjukskrivning ska användas beroende på diagnos. Den gemensamma grundsynen innefattar en gemensam förståelse för att verktyget ska användas som just riktlinjer. Detta innebär bland annat att riktlinjerna ”*inte får uppfattas som styrande regler för hur sjukskrivningar ska bedömas*” och att den individuella bedömningen i varje enskilt fall fortfarande ska stå i centrum för beslutet.¹⁴² Trots att beslutsstödet endast ska ha en vägledande roll tenderar försäkringshandläggarna att använda detta som ett regelverk snarare än riktlinjer.¹⁴³ Detta resulterar i att försäkringshandläggarnas beslut ofta bygger på schablonmässiga bedömningar av ’normal’ eller ’rimlig’ sjukskrivningstid för ett visst sjukdomstillstånd istället för en individuell bedömning i det enskilda fallet.

Detta kan ha olika förklaringar. Om försäkringshandläggaren inte har erfarenhet eller kunskap nog att göra en självständig bedömning förefaller det bekvämt att utgå ifrån de riktlinjer som finns i beslutsstödet. Det kan också vara så att försäkringshandläggaren inte vågar frånga dessa riktlinjer på grund av de ekonomiska incitament som finns emot att för lättvindigt släppa igenom gynnande beslut. Med hänsyn till detta så kan riktlinjer så som Socialstyrelsens beslutsstöd resultera i sådana oönskade effekter som schablonmässiga bedömningar.

Beslutsstödet fyller ändå en viktig funktion i sjukförsäkringen. Genom dessa riktlinjer får försäkringshandläggarna vägledning i hur myndigheten anser att bedömningen ska se ut och säkerställer därmed att tillämpningen blir samstämmig och bör därmed bidra till att lika fall behandlas lika. Nackdelen med beslutsstödet är som sagt att försäkringshandläggarens bedömning av den enskildes arbetsförmåga riskerar att bli schablonmässig istället för självständig. För att avgöra om fördelarna av att använda ett gemensamt beslutsstöd överväger nackdelarna behöver det göras en avvägning mellan en enhetlig sjukskrivningsprocess kontra en verkligt individuell helhetsbedömning. Avsikten med ett gemensamt beslutsstöd är god och har ambitionen att generera goda resultat utan att försumma individen. Däremot finns det brister i Försäkringskassans förutsättningar att förverkliga dessa ambitioner eftersom många försäkringshandläggare tycks använda beslutsstödet som just styrande regler för hur enskilda fall ska hanteras.

¹⁴² Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*.

¹⁴³ Ruth Mannelqvist, ”Rättssäkerhet i sjukförsäkringen, i Socialförsäkringsrapport 2017:1, s. 61.

När det kommer till beslutsstödet föreligger samma problematik som med övriga normer som ligger till grund för Försäkringskassans beslut. Till följd av att detta är riktlinjer som formulerats av Socialstyrelsen som är en myndighet med en central roll i försäkringshandläggarens beslutsprocess resulterar detta i att icke bindande normer ligger till grund för besluten. Detta påverkar Försäkringskassans trovärdighet vilket i sin tur hämmar allmänhetens förtroende för samma myndighet.

Sammantaget påverkar Försäkringskassans normgivningsmakt dess pålitlighet som beslutsfattande organ inom sjukförsäkringen. Försäkringskassan som redan besitter stor makt i form av beslutsfattare har tilldelats en orimligt maktfull position när de både styr normgivningen, den enskildes bevisföring samt fattar beslut i ärendet. Detta väcker frågan om huruvida Försäkringskassans myndighetsutövning verkligen är legitim, om ens legal. Oavsett har den position Försäkringskassan intagit påverkat befolkningens förtroende för myndigheten och den massiva mediala kritiken ger uttryck för en växande social motsättning.

9.2.3. Befolkningens förtroende

I denna del har jag för avsikt att förklara hur jag ser på allmänhetens förtroende i relation till läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet. Förtroendefrågan är något som redan behandlats i viss utsträckning i tidigare avsnitt. I detta avsnitt avser jag att göra nedslag i två olika frågor som relaterar till allmänhetens förtroende till följd av bristande förutsebarhet.

9.2.3.1. *Befolkningens förtroende i allmänhet*

Som redan framgått är allmänhetens förtroende en viktig förutsättning för ett fungerande socialförsäkringssystem och inte mindre för sjukförsäkringen. Ett rättssäkert system skapar förtroende hos befolkningen och ger systemet legitimitet. Ett system som är otydligt, opålitligt eller orättvist hämmar allmänhetens förtroende. För att socialförsäkringssystemet ska upplevas som pålitligt krävs det att systemet präglas av tydlighet och likabehandling. Är regleringen otydlig för den enskilde eller resulterar i att lika fall bedöms olika skapar detta en osäkerhet hos den enskilde. På grund av oklarheter kring både läkarintygets innehåll och utformning samt den försäkringsmedicinska rådgivarens roll i försäkringshandläggarens beslutsprocess resulterar detta i att tilliten hos befolkningen minskar. Den enskilde vill kunna förutse beslutsprocessens utfall och förstå vad som krävs för att få ersättning beviljat. Är kraven inte tydliga och beslutsprocessen inte förutsebar och kontrollerbar sjunker befolkningens förtroende och den enskildes tillit till Försäkringskassan vilket kan leda till att den sociala acceptansen för sjukförsäkringen sjunker.

Frågan om förtroende är något som behandlas i Försäkringskassans egna rapporter. Enligt en socialförsäkringsrapport från år 2015 sjönk allmänhetens förtroende för Försäkringskassan drastiskt mellan åren 1999 och 2010.¹⁴⁴ Förtroendeminskningen antogs bero på de förändringar av regelkomplexet som skedde i samband med omorganisationen år 2005 vilket innebar bland annat att kraven på rätten till ersättning skärptes.¹⁴⁵ I 2019 års SOM-undersökning av förtroendet för Försäkringskassan år 2018 framgår att allmänhetens förtroende fortsatt att minska.¹⁴⁶ Med hänsyn till den ständiga debatt rörande

¹⁴⁴ Socialförsäkringsrapport 2015:8, s. 28.

¹⁴⁵ Ibid., s.39.

¹⁴⁶ Marcus Weissenbilder, SOM-rapport nr 2019:16, *Förtroendet för Försäkringskassan*, (Göteborg: SOM-institutet vid Göteborgs universitet, 2019), s. 3.

Försäkringskassans beslutsfattande kan de låga siffrorna bero på en låg förutsebarhet samt en känsla av orättvist beslutsfattande.

Allmänhetens förtroende för Försäkringskassan diskuteras flitigt i den mediala debatten. En stor del av kritiken riktas mot Försäkringskassans ärendehantering och beslutsprocess. Den kritiska inställningen till Försäkringskassan är en konsekvens av bland annat de höga kraven som ställs på det medicinska underlaget och det ökade antalet av avslag som i sin tur är ett resultat av detta. Läkarkåren ställer sig kritiska till försäkringshandläggarnas lättvindiga underkännande av läkarintyg och de enskilda känner sig maktlösa i en beslutsprocess som styrs och kontrolleras helt av Försäkringskassan.

9.2.3.2. *Den försäkringsmedicinska rådgivarens roll är otydlig för den enskilde*

Försäkringskassans medicinska expertis ligger hos de försäkringsmedicinska rådgivarna som också har befogenhet att skriva försäkringsmedicinska utlåtanden som används som stöd för försäkringshandläggarens beslut. Eftersom rådgivaren har en central roll i många beslut krävs det att den enskilde har förtroende även för dennes kompetens och bedömningar. När rådgivarens roll är otydlig för den enskilde riskerar detta att påverka den enskildes förtroende för socialförsäkringssystemet och Försäkringskassans beslut.

Det finns en uppenbar osäkerhet hos enskilda när det kommer till vilken roll den försäkringsmedicinska rådgivaren har i sjukskrivningsprocessen. Många ställer sig kritiska till varför rådgivaren har så stort inflytande över beslutet när denne inte ens har träffat och undersökt den enskilde. Det finns en bild av att rådgivaren underkänner läkarintyg och att försäkringshandläggaren rättar sig efter rådgivarens bedömning trots att det är försäkringshandläggaren som ska göra bedömningen av rätten till ersättning.

Rådgivaren har till följd av sin ställning stor makt över utfallet i en beslutsprocess. I *Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen* (2009) diskuterar författarna rådgivarens styrningsmöjligheter. Ambitionen med att byta benämning till försäkringsmedicinsk rådgivare kan enligt Vahlne Westerhäll uppfattas som ett försök att minska försäkringsläkarens inflytande över försäkringshandläggarens beslut i det enskilda ärendet. Genom att byta benämning på försäkringsläkaren till försäkringsmedicinsk rådgivare skulle rådgivarens styrningsmöjligheter således minska. Rådgivarens roll till större del är dock att *utbilda* inblandade aktörer i försäkringsmedicin vilket innebär att rådgivarens styrningsmöjligheter består eftersom försäkringshandläggarna präglas av rådgivarens råd och uppfattning av hur bedömningen av läkarintyget ska gå till.¹⁴⁷

Utåt sett är det således försäkringshandläggaren som fattar ett självständigt beslut i det enskilda ärendet. I praktiken präglas det 'självständiga' beslutet av både rådgivarens bedömning samt Försäkringskassans och Socialstyrelsens uppfattning om hur den rättsliga regleringen ska tillämpas. När försäkringshandläggaren motiverar sina beslut med stöd av en rådgivare bidrar detta till uppfattningen om rådgivaren som Försäkringskassans 'egna läkare' som avfärdar den enskildes läkarintyg. Rådgivaren är en legitimerad läkare som är anställd som rådgivare på Försäkringskassan och har därmed ingen direkt makt att avfärda ett läkarintyg. Givet det inflytande som redogjorts för i detta avsnitt har rådgivaren däremot en indirekt maktposition i beslutsprocessen. Eftersom rådgivaren bistår försäkringshandläggaren med en bedömning av läkarintygets innehåll innebär detta att ett läkarintyg som inte

¹⁴⁷ Vahlne Westerhäll, Thorpenberg & Jonasson 2009, s. 160 f.

'godkänns' av rådgivaren riskerar att avfärdas på så vis att det ifrågasätts eller bedöms som bristfälligt.

Användandet av försäkringsmedicinska rådgivare bidrar således inte till att rättssäkerheten i sjukförsäkringen stärks eftersom rådgivaren snarare är att betrakta som en kontrollmekanism för Försäkringskassan än ett skydd för den enskilde. Otydligheterna kring dennes roll innebär således en oförutsägbarhet i beslutsprocessen och bidrar till en bristande kontrollerbarhet för den enskilde. Eftersom det finns ett behov av att beslutsprocessen och dess aktörer är transparenta gentemot den enskilde behöver det vara tydligt vilken roll en aktör med så mycket inflytande har i det enskilda ärendet. Eftersom rådgivarens roll och inflytande i nuläget inte är särskilt transparent innebär detta att den enskilde inte kan förutse när och hur rådgivarens bedömning kommer att påverka utfallet i ärendet. Den enskilde har heller aldrig någon kontakt med rådgivaren och får inte alltid ta del av det som sägs under muntliga rådgivningstillfällen vilket innebär att även kontrollerbarheten hämmas. Sammantaget innebär detta att de otydligheter som finns kring rådgivarens roll i beslutsprocessen leder till en bristande rättssäkerhet för den enskilde. Den enskilde ska kunna kontrollera att beslutsfattaren förhåller sig till dennes skyldigheter och kunna förutse hur ärendehantering kommer att gå till samt hur bedömningen kommer att göras. Om rådgivningen sker i det dolda riskerar detta att påverka allmänhetens förtroende för sjukförsäkringen och Försäkringskassans ärendehantering.

9.2.3.3. Inhämtning av kompletteringar kan bli avgörande för ett beviljande av ersättning

Till följd av de höga krav som ställs på läkarintygets innehåll och utformning kräver Försäkringskassan ofta in kompletteringar från den intygsskrivande läkaren samt den enskilde. Inhämtnandet av kompletterande medicinskt underlag bottenar oftast i att den försäkringsmedicinska rådgivaren eller försäkringshandläggaren har funnit brister i det medicinska underlaget vilket kan försvåra beslutsprocessen. Begäran om komplettering är ofta till fördel för den enskilde eftersom det innebär att denne ges en chans att förbättra sitt bevismaterial och därmed också sina förutsättningar för att få ersättning beviljat. Problemet är att bedömningen huruvida det krävs komplettering eller inte ligger hos den enskilde försäkringshandläggaren vilket gör att det är svårt att förutse i vilka ärenden komplettering kommer att begäras. Eftersom det inte finns någon samstämmighet och förutsebarhet i när komplettering kommer att begäras bidrar detta till att allmänhetens förtroende för Försäkringskassans kompetens minskar.

Sjukskrivningsmiljarden innebar ett ekonomiskt incitament för hälso- och sjukvården att säkra ett kvalitativt underlag i sjukpenningärenden. Detta bidrog i sin tur till att försäkringshandläggare oftare begärde in kompletteringar för att se till att läkarintygets kvalitet levde upp till Försäkringskassans krav. En ökad möjlighet till komplettering innebär till viss del en ökad insyn för den enskilde och en möjlighet att påverka sina förutsättningar att få sjukpenning beviljat. I det fall läkarintyget är undermåligt ska detta enligt Försäkringskassans vägledningar kompletteras vilket givetvis även ligger i den enskildes intresse. Det faktum att den intygsskrivande läkaren i första hand ska få chans att komplettera läkarintyget talar för att det finns en uppfattning om problemet inte ligger i läkarens medicinska kompetens utan snarare i dennes benägenhet att formulera ett läkarintyg som övertygar försäkringshandläggaren. Därför är det således viktigt att försäkringshandläggaren faktiskt erbjuder möjlighet att komplettera läkarintyget istället för att utgå ifrån att läkarens bedömning är felaktig ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv. Inflödet av

kompletteringsbegäranden innebär dock mycket arbete för den intygsskrivande läkaren. Därför är det viktigt att läkaren för det första är omsorgsfull och noggrann vid intygsskrivandet, men också att försäkringshandläggarna begränsar begäran om komplettering till de fall brister kan påtalas.

I en rapport som genomfördes vid Karolinska institutet (2020) framgår att det finns en uppfattning inom läkarkåren att försäkringshandläggare även begär in kompletteringar i ärenden där det inte behövs. Rapporten baseras på en enkät som besvarades av drygt hälften av Sveriges yrkesverksamma läkare.¹⁴⁸ 56% av enkättagarna uppgav att försäkringshandläggaren begär in kompletteringar som framstår som onödiga. Dessa kompletteringar kunde handla om att försäkringshandläggaren efterfrågade objektiva undersökningsfynd i sjukdomsfall där några sådana inte kunnat observeras.¹⁴⁹ Det kunde också handla om faktorer som förefaller självklara eller uppenbara. Ett exempel som nämns i rapporten är att läkaren begärts förklara *"varför [...] en patient i koma inte kan arbeta"*. Därutöver uppgavs försäkringshandläggare begära in komplettering av uppgifter som redan fanns i läkarintyget eller som hade framförts vid en muntlig kontakt med Försäkringskassan. Det kunde också röra sig om en begäran om att läkaren skulle formulera sig på ett annat sätt trots att själva innehållet inte ifrågasattes.¹⁵⁰

Sammanfattningsvis upplevdes förekomsten av kompletteringsbegäranden ha ökat sedan år 2012 då denna undersökning senast genomfördes samt att komplettering i många fall upplevts som onödigt.¹⁵¹ Enligt en annan rapport som sammanställts av Svenska Företagsläkarföreningen (2016) analyserades företagsläkares kommunikation med Försäkringskassan. Av rapporten framgår att begäran om komplettering upplevdes vara irrelevant för ärendet i 67% av de registrerade fallen.¹⁵² Detta förstärker resultaten i rapporten från år 2020 samt slutsatsen om att försäkringshandläggare begär in komplettering i högre utsträckning än nödvändigt.

En konsekvens av detta är att ärendehantering blir oförutsebar. Om kompletteringar endast hade begärts i ärenden där läkarintyget de facto hade brister skulle detta göra det enklare för den intygsskrivande läkaren att säkerställa att läkarintyget levde upp till Försäkringskassans krav. När kompletteringsinhämtandet får en slentrianmässig karaktär innebär detta att varken läkaren eller den enskilde kan förutse i vilket ärende läkarintyget kommer bedömas som tillräckligt för att styrka den enskildes rätt till ersättning. Bristande förutsebarhet i Försäkringskassans ärendehantering och beslutsprocess bidrar till en bristande rättssäkerhet för den enskilde. Eftersom den enskilde inte skriver sitt läkarintyg själv och tvingas förlita sig på den intygsskrivande läkarens kompetens begränsar detta också den enskildes möjlighet att kontrollera hur kompletteringen går till samt hur nödvändig den är. I slutändan handlar det också om en kontroll av hur väl försäkringshandläggaren hanterar ärendet samt hur denne bedömer det medicinska underlaget. Denna typ av slentrianmässig kompletteringsinhämtning

¹⁴⁸ Kristina Alexanderson, (2020), *Läkarens erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan – kvalitativa och kvantitativa analyser av enkätsvar år 2017 och jämförelser med tidigare år*, Rapport 12/4 2020, (Stockholm: Avdelningen för försäkringsmedicin vid Karolinska institutet), s. 15.

¹⁴⁹ Ibid., s. 111 f.

¹⁵⁰ Ibid. s. 113 f.

¹⁵¹ Ibid., s. 115.

¹⁵² Jan Rosén, *Kompletteringsträsket – en rapport från företagsläkarna*, Svenska företagsläkarföreningen, 2016-12-05.

bidrar definitivt inte till någon effektiv sjukförsäkring, vilket var ett av målen med sjukskrivningsmiljarden.

Trots att den allmänna uppfattningen inom läkarkåren tycks vara att försäkringshandläggare begär in komplettering oftare än nödvändigt finns det också en bild av det motsatta. Av människor i min närhet och den mediala debatten hade jag vid starten av detta arbete fått uppfattningen om att försäkringshandläggare snarare meddelade avslag *utan* att ge den enskilde möjlighet till komplettering.¹⁵³ För Försäkringskassan in ett undermåligt läkarintyg ska detta som sagt kompletteras. Om komplettering inte erbjuds riskerar detta att resultera i ett ogrundat och möjligtvis felaktigt beslut. Ett undermåligt läkarintyg innebär inte nödvändigtvis att den enskilde inte lever upp till kraven för att ha rätt till ersättning utan bara att den enskilde inte har lyckats styrka detta genom sitt bevismaterial. Den uteblivna chansen att komplettera innebär att de höga kraven som ställs på läkarintyget får större effekter på enskildas möjligheter att få sjukpenning eftersom kraven bidrar till att det blir svårt att styrka sin arbetsförmåga.

Sammantaget innebär försäkringshandläggarens slentrianmässiga inhämtning av kompletteringar att ärendehantering blir rättsosäker för den enskilde. Om försäkringshandläggaren underlåter att inhämta komplettering trots att behovet finns innebär detta att denne inte fullgör sin utredningsplikt vilket hämmar både systemets rättssäkerhet och allmänhetens förtroende för Försäkringskassan. I fall där komplettering begärs utan att det finns grund för detta bidrar detta till en minskad tillit gentemot försäkringshandläggarens kompetens att bedöma det medicinska underlaget. Det finns inga rättfärdigande grunder för att begära in kompletteringar i onödan, likaså att underlåta att erbjuda den enskilde en möjlighet att komplettera underlaget. Den enda som tjänar på detta är Försäkringskassan eftersom det försvårar sjukskrivningsprocessen för den enskilde och möjliggör ett avslag i ärendet. Om försäkringshandläggaren underlåter att begära in komplettering på ett undermåligt medicinskt underlag ger detta utrymme för ett avslag eftersom rätten till ersättning då riskerar att inte anses vara styrkt genom läkarintyget. Om försäkringshandläggaren istället begär in onödiga kompletteringar av frågor som redan har besvarats eller inte kan besvaras ger även detta utrymme för ett avslag. Begäran om information som läkaren inte kan tillhandahålla eller förklaringar av saker som redan redogjorts för i läkarintyget försvårar kompletteringsmöjligheten för läkaren.

Med hänsyn till vad som anförts ovan är det av stor vikt att den enskilde erbjuds möjligheten att komplettera utredningsmaterialet och inte minst läkarintyget som spelar en central roll i försäkringskassans beslutsprocess. Möjligheten att komplettera det medicinska underlaget utgör en viktig komponent i sjukförsäkringen eftersom detta är ett led i säkerställandet att ärendet blir tillfredsställande utrett. Problemet ligger dock i dess omfattning. För att tillgodose utredningsskyldigheten behöver försäkringshandläggaren begära in komplettering i de fall det finns brister i läkarintyget. För att kompletteringsärendenas omfattning inte ska gå ut över läkarkåren ska komplettering inte begäras in i större utsträckning än vad som är nödvändigt. För att allmänheten och läkarkåren ska kunna känna tillit till Försäkringskassans ärendehantering och beslutsfattande krävs således att denna typ av verktyg används på rätt sätt. En slentrianmässig begäran om komplettering är dessutom resurskrävande och innebär

¹⁵³ En liknande uppfattning framförs i Dennis Aberos, (2020), "Läkarintyg vid sjukpenning – vad krävs?", *Equal*, 12/8, <https://www.mynewsdesk.com/se/equalsthlm/pressreleases/laekarintyg-vid-sjukpenning-vad-kravs-3026055> [hämtad 2020-11-25].

även kostnader som hade kunnat undvikas om försäkringshandläggarna var noggrannare vid bedömningen av läkarintygets innehåll.

10. Slutsats

I detta arbete har jag både redogjort för relationen mellan läkarintyget och det försäkringsmedicinska utlåtandet. Med hjälp av rättskritisk metod har jag jämfört dessa med varandra och sedan analyserat olika konsekvenser som kan uppstå till följd av att läkarintyg respektive försäkringsmedicinska utlåtanden används i Försäkringskassans beslutsprocess. Dessa har analyserats utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv och den sista delen hade ett särskilt fokus på allmänhetens förtroende.

Användandet av läkarintyg och försäkringsmedicinska utlåtanden får vissa konsekvenser för rätten till ersättning som redogjorts för ovan. I grund och botten handlar det inte så mycket om själva användandet av dessa utan mer om regleringen som ligger bakom. De höga kraven på läkarintygets innehåll och utformning styrs i praktiken av Försäkringskassans egna vägledningar och ställningstaganden. Dessa saknar till stor del bindande karaktär och har därför ett mycket litet rättsligt värde. Detta resulterar i att Försäkringskassans rättstillämpning och beslutsfattande går emot vad lagstiftaren har tänkt sig med den rättsliga regleringen. Eftersom försäkringshandläggaren till stor del baserar sina beslut på icke bindande normer ger detta Försäkringskassan för stora styrningsmöjligheter i sjukskrivningsprocessen. En myndighet som både utformar sina egna normer och tillämpar dessa i myndighetsutövande gentemot enskilda går emot vad de allra flesta förväntar sig av en rättssäker sjukförsäkring. Denna typ av rättstillämpning saknar med stor sannolikhet social acceptans och med tanke på att normerna inte är av bindande karaktär kan beslutens giltighet ifrågasättas.

När det kommer till de försäkringsmedicinska rådgivarna ska dessa ha en rent rådgivande roll. I praktiken får rådgivningen och inte minst det försäkringsmedicinska utlåtandet en betydande roll i beslutsprocessen och har stort inflytande över utfallet i det enskilda ärendet. Detta innebär att den struktur som lagstiftaren har tänkt sig omkullkastas. I sjukskrivningsprocessen är det företrädesvis den behandlande läkaren som ska bedöma den enskildes behov av sjukskrivning och därmed skriva det läkarintyg som ska styrka den enskildes rätt till ersättning. Försäkringshandläggaren ska göra en självständig helhetsbedömning av utredningsmaterialet och därefter fatta beslut i frågan. Rådgivaren ska endast bistå med medicinsk expertis i det fall försäkringshandläggaren behöver stöttning i tolkningen av det medicinska underlaget. Får rådgivaren ett för stort inflytande över försäkringshandläggarens beslut innebär det att beslutsfattandet inte längre kan betraktas som självständigt. Rådgivarens inflytande riskerar att innebära en förskjutning av beslutsfattandet vilket går helt emot sjukförsäkringens struktur samt strider mot den rättsliga regleringen. Detta resulterar i en rättsosäkerhet för den enskilde då den rättsliga regleringen inte tillämpas på det sätt som avsetts samt bidrar till en illegitim myndighetsutövning. Rådgivarens inflytande över beslutsprocessen saknar social acceptans och bidrar därmed till ett minskat förtroende hos allmänheten.

Med hänsyn till ovan anförda punkter kan Försäkringskassans rättstillämpning inte betraktas som rättssäker för den enskilde med tanke på att Försäkringskassan gått utöver den normgivningsmakt de tilldelats. Stora delar av befolkningen är kritiska mot Försäkringskassans rättstillämpning och beslutsfattande. ISF har kritiserat bland annat rådgivarens framträdande roll i Försäkringskassans beslutsprocess och JO har framfört kritik

rörande dessa frågor. Som det framstår vid närmare undersökning är det endast Försäkringskassan själva som drar nytta av rådande struktur. Och varför skulle myndigheten inte vara nöjd? Försäkringskassan har trots allt intagit en överlägsen maktposition där de både styr över normgivningen och den enskildes bevismaterial samt har en beslutsfattande roll i sjukskrivningsprocessen. Trots den massiva kritik som har riktats mot Försäkringskassans ärendehantering och beslutsprocess har staten inte ännu tagit tag i frågan. Så länge makten utgår ifrån Försäkringskassan och utövas under icke bindande normer kommer en redan utsatt grupp försummas, nämligen de som drabbats av sjukdom.

Källförteckning

Lagar, förordningar och föreskrifter

Lag (1947:1) om allmän sjukförsäkring.

Lag (1962:381) om allmän försäkring.

Regeringsformen (1974:152).

Socialförsäkringsbalken (2010:110).

Förvaltningslag (2017:900).

Förordning (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan.

Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:13) om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet, mm.

Propositioner

Prop. 1962:60 till riksdagen med förslag till lag om allmän försäkring.

Prop. 1994/1995:147 Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.

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

Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag.

Prop. 2017/18:224 Lag om försäkringsmedicinska utredningar.

Betänkanden

SOU 1944:15 Lag om allmän sjukförsäkring.

SOU 1994:72 Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension – förutsättningar och erfarenheter.

SOU 1997:169.

SOU 2000:121.

SOU 2009:89 Gränslandet mellan sjukdom och arbete.

SOU 2019:2 Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.

Myndighetsrapporter

Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2011:7 Försäkringsmedicinska beslutsstödet – En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster, Stockholm.

Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2015:8 Förtroendet för Försäkringskassan 1999 – 2010, Stockholm.

Försäkringskassan, Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018.

Försäkringskassans årsredovisning 2019.

Försäkringskassan, Socialförsäkringen i siffror 2020.

Hartman, Laura, ”En sjukförsäkring att lita på?”, i Socialförsäkringsrapport 2017:1, Rapport från forskningsseminariet i Umeå 14-15 januari 2015, Försäkringskassan, s. 15-27.

Mannelqvist, Ruth, ”Rättssäkerhet i sjukförsäkringen”, i Socialförsäkringsrapport 2017:1, Rapport från forskningsseminariet i Umeå 14-15 januari 2015, Försäkringskassan, s. 53-68.

Inspektionen för socialförsäkringen, Rapport 2013:11 Sjukskrivningsmiljarden, Stockholm.

Inspektionen för socialförsäkringen, Rapport 2015:17 Försäkringsmedicinska rådgivares roll i enskilda ärenden, Stockholm.

Vägledande dokument

Försäkringskassans vägledning 2004:2 version 21, *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*.

Försäkringskassans vägledning 2004:7 Version 13, *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 12, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*.

Försäkringskassan, Domsnytt 2019:014, 2019-07-02.

Försäkringskassans blanketter, FK 7804 (003 F 003) *Läkarintyg för sjukpenning*, fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen.

Webbsidor

Försäkringskassan, *Försäkringskassan förklarar*, u.å., <https://www.forsakringskassan.se/forklarar> [hämtad 2020-11-27].

Försäkringskassan, *Sjukförsäkringens historia*, u.å., https://www.forsakringskassan.se/omfk/vart_uppdrag/socialforsakringens_historia [hämtad 2020-09-23].

Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*, u.å., <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb> [hämtad 2020-10-16].

Statistikmyndigheten SCB, *Sjukpenning och rehabiliteringspenning*, u.å., <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/socialforsakring-m-m/stod-vid-sjukdom-och-handikapp/dagersattning-sjukformaner/> [hämtad 2020-09-30].

Åklagarmyndigheten, Ordlista: *Rättssäkerhet*, u.å., <https://www.aklagare.se/ordlista/r/rattssakerhet/> [hämtad 2020-10-01].

Försäkringskassanupproret!, u.å., <https://www.facebook.com/groups/455441571858895/> [hämtad 2020-12-07].

Göteborgs universitet, *Lotta Vahlne Westerhäll*, u.å. <https://www.gu.se/om-universitetet/hitta-person/lottavahlnewesterhall> [hämtad 2020-11-16].

Karlstads universitet, *Håkan Gustafsson*, u.å., <https://www.kau.se/forskare/hakan-gustafsson> [hämtad 2020-12-07].

NRH Trauma, u.å., <https://www.facebook.com/NRHtrauma/posts/386009471422306/> [hämtad 2020-12-07].

Solrosuppropet, *Om Solrosuppropet*, u.å., <http://solrosuppropet.se/om-solrosuppropet-se/> [hämtad 2020-12-07].

Solrosuppropet, *Informationsvideo (?) från Försäkringskassan*, 10/1 2020, <http://solrosuppropet.se/2020/01/informationsvideo-fran-forsakringskassan/> [hämtad 2020-11-27].

Umeå universitet, *Ruth Mannelqvist*, u.å. <https://www.umu.se/personal/ruth-mannelqvist/> [hämtad 2020-11-16].

Rättsfall och beslut

Förvaltningsrätten i Stockholm, mål nr 32897-10, 2011-11-23.

Kammarrätten i Göteborg, mål nr 3992-12, 2013-04-08.

Kammarrätten i Stockholm, mål nr 79-80-13, 2013-10-23.

Kammarrätten i Göteborg, mål nr 6688-13, 2014-06-19.

Kammarrätten i Stockholm, mål nr 7378-16, 2017-05-03

Kammarrätten i Sundsvall, mål nr 1460–1461-18, 2019-03-13.

Kammarrätten i Stockholm, mål nr 9520-18, 2019-06-04.

JO dnr 3726-2011.

JO dnr 4649-2014.

Litteratur

Böcker

Gunnarsson, Åsa & Svensson, Eva-Maria, (2009), *Genusrättsvetenskap*, (Lund: Studentlitteratur AB).

Gustafsson, Håkan, (2002), *Rättens polyvalens*, (Lund: Sociologiska institutionen vid Lunds universitet).

Ryberg-Welander, Lotti, (2018), *Socialförsäkringsrätt*, Upplaga 3:1, (Visby: Norstedts Juridik AB).

Vahlne Westerhäll, Lotta, Thorpenberg, Stefan och Jonasson, Magnus, (2009), *Läkarintyget i sjukskrivningsprocessen. Styrning, legitimitet och bevisning.*, (Stockholm: Santéus förlag).

Vahlne Westerhäll, Lotta, (2002), *Den starke statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000*, (Stockholm: Norstedts Juridik AB).

Warnling-Nerep, Wiweka, (2012), *En introduktion till förvaltningsrätten*, Upplaga 10:1, (Stockholm: Norstedts Juridik AB).

Westerhäll Gisselsson, Lotta, (1983), *Sjukdom och arbetsförmåga*, (Stockholm: P S Norstedt & Söners Förlag AB).

Mannelqvist, Ruth, (2019), "Kraven på läkarintyg för sjukpenning: en lagstridig begränsning av den allmänna sjukförsäkringen?" i *Festskrift till Örjan Edström*, ed. Ruth Mannelqvist, Staffan Ingmanson & Carin Ulander-Wänman, (Umeå: Juridiska institutionen vid Umeå universitet), s. 337-344.

Stendahl, Sara, (2007), "Att bedöma arbets(o)förmåga", i *Legitimitetsfrågor inom socialrätten*, red. Lotta Vahlne Westerhäll, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), s. 160-186.

Svensson, Gustav, (2007), "Rättssäker och rättvis biståndsbedömning – är det möjligt?", i *Legitimitetsfrågor inom socialrätten*, red. Lotta Vahlne Westerhäll, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), s. 28-64.

Vahlne Westerhäll, Lotta, (2007), "Legitimitetsfrågor inom den offentliga försäkringen", i *Legitimitetsfrågor inom socialrätten*, red. Lotta Vahlne Westerhäll, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), s. 187-229.

Wendel, Lotta, (2002), "Försäkringsläkaren i gränslandet mellan juridik och medicin", i *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, red. Lotta Vahlne Westerhäll, Upplaga 1:1, (Stockholm: Norstedts Juridik AB), 244-266.

Riksförsäkringsverket, *Socialförsäkringsboken 1999 – Socialförsäkringens idé*.

Artiklar

Gårdestig, Siwert och Alner Liljedahl, Eva, (2009), "Försäkringsmedicinsk kompetens hos Försäkringskassan, några utvecklingsperspektiv", *Socialmedicinsk tidskrift* 86:6, s. 503-517.

Karlberg, Ingvar, (2004), "Sjukdomsbegreppet, ohälsotalet och arbetsförmågan", *Socialmedicinsk tidskrift* 81:6, s. 482.

Lytsy, Per, Hansson, Ann-Sophie och Anderzén, Ingrid, (2009), "Sjukförsäkringen – ett decennium av förändring", *Socialmedicinsk tidskrift* 86:6, s. 561-571.

Mannelqvist, Ruth, Karlsson, Berndt och Järholm, Bengt, (2010), "Läkarintyg om bedömningen av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig prövning", *Läkartidningen* 107:49, s. 3125-3127.

Simmons, A. John, (1999), "Justification and Legitimacy", *Ethics* 109:4, s. 739-771.

Jacobsson, Lars, (2019), "Försäkringskassan underminerar läkarnas auktoritet", *Dagens medicin*, 13/9, <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/forsakringskassan-underminerar-lakarnas-auktoritet/> [hämtad 2020-10-29].

Lund, Henrik, (2017), "Läkare mot läkare i sjukskrivningsprocessen", *Sjukhusläkaren*, 6/2, <https://www.sjukhuslakaren.se/debatt/lakare-mot-lakare-i-sjukskrivningsprocessen/> [hämtad 2020-12-04].

Löf-Johansson, Margaretha, "Sjukskrivning är en del av en medicinsk behandling", *Läkartidningen 15-16/2020*, 2020-04-07, <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/04/sjukskrivning-ar-en-del-av-en-medicinsk-behandling/> [hämtad 2020-10-29].

Aberos, Dennis, "Läkarintyg vid sjukpenning – vad krävs?", *Equal*, 12/8 2020, <https://www.mynewsdesk.com/se/equalsthlm/pressreleases/laekarintyg-vid-sjukpenning-vad-kravs-3026055> [hämtad 2020-11-25].

Arnstad Elmblad, Katarina, "Hur länge ska FK få köra över oss sjuka?", *Aftonbladet*, 9/1 2020, <https://www.aftonbladet.se/debatt/a/6jvQBL/hur-lange-ska-fk-fa-kora-over-oss-sjuka> [hämtad 2020-12-04].

Franchell, Eva, "Försäkringskassans mördande reklam", *Aftonbladet*, 20/1 2020, https://www.aftonbladet.se/ledare/a/LABbj4/forsakringskassans-mordande-reklam?fbclid=IwAR2satH-BVOOiwormO_UUIs4iauA2s19FI2w4Finpi1iLIZfqT_bvaPxDZaw [hämtad 2020-11-27].

Martin Wehlou, Jan Falldalen, Birgitta Lagerkvist, Simon Hellström, Marek Jerwanski & Petru Sandru, "Försäkringskassan saboterar för läkare", *Svenska Dagbladet (SvD)*, 10/7 2019, <https://www.svd.se/forsakringskassan-saboterar-for-oss-lakare> [hämtad 2020-12-01].

Wehlou, Martin, Falldalen, Jan, Lagerkvist, Birgitta, Hellström, Simon, Jerwanski, Marek & Sandru, Petru, "Försäkringskassan saboterar för läkare", *Svenska Dagbladet (SvD)*, 10/7 2019, <https://www.svd.se/forsakringskassan-saboterar-for-oss-lakare> [hämtad 2020-12-01].

Wellton, Carina & Forsberg, Lisbeth, "Att kasta ut människor ur sjukförsäkringen minskar inte antalet sjuka", *Dagens Arena*, 12/9 2016, <https://www.dagensarena.se/opinion/att-kasta-ut-manniskor-ur-sjukforsakringen-minskar-inte-antalet-sjuka/> [hämtad 2020-12-07].

Rapporter

Dackehag, Margareta, (2010), *Verksamhet i förändring - Försäkringsmedicinska verksamhetens roll i sjukskrivningsprocessen och på Försäkringskassan*, Forskningsprogrammet "Från många till en?" om Försäkringskassans förändringsarbete; Vol. 1, (Lund: Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet).

Rosén, Jan, *Kompletteringsträsket – en rapport från företagsläkarna*, Svenska företagsläkarföreningen, 2016-12-05.

Alexanderson, Kristina, (2020), *Läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan – kvalitativa och kvantitativa analyser av enkätsvar år 2017 och jämförelser med tidigare år*, Rapport 12/4 2020, (Stockholm: Avdelningen för försäkringsmedicin vid Karolinska institutet).

Weissenbilder, Marcus, SOM-rapport nr 2019:16, *Förtroendet för Försäkringskassan*, (Göteborg: SOM-institutet vid Göteborgs universitet, 2019).