

# Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – så beskrivs begreppet i lagstiftningen



**BENGT JÄRVHOLM**, med dr, professor, överläkare, Yrkes- och miljömedicin, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin  
 bengt.jarvholm@envmed.umu.se

**BERNDT KARLSSON**, med dr,

överläkare, Yrkes- och miljömedicin, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin  
**RUTH MANNEQVIST**, jur dr, universitetslektor, juridiska institutionen; samtliga Umeå universitet

Reglerna för sjukskrivning har nyligen ändrats, och arbetsförmågan har blivit än mer central att bedöma än tidigare. Intuitivt har nog de flesta en uppfattning om vad arbetsförmåga är, men när begreppet ska tillämpas gäller det att förstå vad lagstiftaren avser.

Den allmänna svenska sjukförsäkringen kom 1955. Under de år som gått har samhällets, arbetsgivarens och individens ansvar betonats i olika hög grad. Sjukförsäkringen föregicks av ett flerårigt utredningsarbete, och redan då diskuterades Socialvårdskommittén sjukdom och arbetsförmåga som två viktiga förutsättningar för rätten till ersättning [SOU 1944: 15]. Arbetsförmågan sågs i två aspekter:

- dels den faktiska förmågan att arbeta, som innebar att den försäkrade rent påtagligt kunde arbeta
- dels en profylaktisk aspekt, där den försäkrade skulle avhålla sig från arbete för att kunna tillfriskna.

## Samhället – arbetsgivaren – den försäkrade

Initialt handlade således sjukförsäkringen mycket om samhällets ansvar för att öka människors möjlighet att arbeta. Den försäkrade skulle kunna återuppta sitt arbete – utan våda för hälsan. Genom skärpta rehabiliteringskrav och överflyttning av det ekonomiska ansvaret kom arbetsgivarens betydelse för arbetsförmågan att tillta under 1990-talet. Sjukskrivningarna sågs bl a som ett arbetsmiljöproblem, och i arbetsmiljölagen infördes arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, som innebar att arbetsgivaren skulle inkomma med en rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan.

Under de senaste åren har sjukskrivningens passiviserande effekter framhållits, och betoningen på den försäkrades skyldigheter har blivit allt tydligare. I propositionen till den förändring som trädde i kraft 1 juli 2008 skrivs bl a: »Den försäkrade bör ha ett större ansvar än hittills för att ta till vara sin arbetsförmåga och ta initiativ till och efterfråga insatser på arbetsplatsen som kan medföra att han eller hon kan återgå i

arbete« [proposition 2007/08:136, sidan 64]. För att få den försäkrade att återgå i arbetet används också olika ekonomiska incitament. Exempelvis sänks ersättningen i sjukförsäkringen om den förlängs efter ett år, eftersom det antas leda till att fler blir motiverade att prova återgång till arbete [proposition 2006/07:136]. Liknande resonemang fördes redan i 1944 års sjukförsäkringsutredning. En mer utförlig beskrivning av förändringarna i lagstiftningen kan återfinnas i en artikel av Mannelqvist [1].

## Ingen tydlig definition

Det finns ingen tydlig definition av begreppet arbetsförmåga i lagstiftningen. I en proposition från mitten av 1990-talet framhölls att arbetsförmågan inte kan betraktas som något statiskt eller objektivt påvisbart tillstånd [proposition 1996/97:28, sidan 14]. I stället betonades förmågan att försörja sig själv genom förvärvsarbete trots sjukdom, och det framhölls att individuella hänsyn måste tas, eftersom samma sjukdom kunde påverka olika personer på olika sätt.

## Sjustegsmodellen infördes

Från början av 1940-talet och fram till 1990-talet skulle bedömningen av förmågan ske utifrån sjukdomens varaktighet. Dessutom fanns det möjlighet att beakta ålder, bosättningsförhållande och andra liknande omständigheter. Uppdelningen av sjukdom som kortvarig eller långvarig slopades 1995. Arbetsförmågan kom i stället att bedömas utifrån den försäkrades möjlighet att återgå till sitt vanliga arbete eller andra tillfälliga arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. År 2003 infördes vissa förändringar i sjukförsäkringsreglerna med motiveringen att lagstiftaren ville öka hälsan i arbetslivet genom ökad användning av deltidssjukskrivning.

Under 1990-talet lades fokus på att arbetsförmågan inte ansågs vara ett oföränderligt objektivt tillstånd utan att den måste bedömas i förhållande till visst arbete eller vissa arbetsuppgifter i en steg-för-steg-modell (också kallad sjustegsmodellen) med beaktande av olika rehabiliteringsmöjligheter [2]. I de första fyra stegen bedömdes förmågan med hänsyn till den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren kunde erbjuda. Saknades anställning eller hade arbetsgivaren inte något annat arbete att erbjuda skulle arbetsförmågan i steg fem och sex bedömas gentemot andra på arbetsmarknaden normalt förekommande arbeten. I det sjunde steget skulle arbetsförmågan prövas gentemot sjukersättning, där rätt till ersättning krävde en nedsättning i för-

## SAMMANFATTAT

**Uppfattningen om hur arbetsförmågan ska bedömas** har förändrats sedan den allmänna sjukförsäkringen började gälla 1955. I början fanns en ganska stark betoning på sjukskrivningens preventiva betydelse. På 1990-talet betonades arbetsgivarens stora betydelse, och nu på 2000-talet betonas patientens ansvar.

**Det saknas numera** möjlighet att ta andra hänsyn än till nedsättning i arbetsförmå-

gan vid sjukskrivning, och arbetsförmågan bedöms mot den reguljära arbetsmarknaden, som är ett betydligt vidare begrepp än den normala arbetsmarknaden, som användes i tidigare lagstiftning.

**Arbetsförmåga**, anställningsbarhet och produktivitet används av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare. Begreppen är dock inte synonyma och kan skapa förvirring hos både läkare och patienter.

mågan under minst ett år. Samtidigt som de medicinska grunderna i steg-för-steg-modellen utgjorde en huvudregel fanns det vissa möjligheter att väga in andra faktorer i bedömningen av arbetsförmågan. Hänsyn skulle även tas till vad som rimligen kunde begäras om den försäkrade stod nära pensionsåldern och befann sig i en socialt och arbetsmarknadsmässigt utsatt situation. Lagstiftaren menade att det fanns behov av möjligheten att göra en rimlighetsbedömning utifrån »ett mer balanserat synsätt« [proposition 1996/97:28, sidan 2], eftersom en strikt bedömning utifrån enbart medicinska kriterier kunde leda till icke acceptabla beslut. I regeln betonades att denna rimlighetsbedömning skulle ske om det fanns särskilda skäl, och enligt motiven ansågs ålderskriteriet väga tyngst i sammanhanget.

### **Rehabiliteringskedjan – en utveckling av sjustegsmodellen**

I nuvarande regelverk ska arbetsförmågan i huvudsak bedömas utifrån »rehabiliteringskedjan«, där utgångspunkten är att alla har någon form av arbetsförmåga [proposition 2007/08:136]. Enligt motiven var den tidigare sjukskrivningsprocessen ofta långsam och passiviserande. Rehabiliteringskedjan motsvarar i huvudsak steg-för-steg-modellen med fasta tidpunkter på 90, 180 och 365 dagar för de olika prövningarna.

Under de första 180 dagarna ska arbetsförmågan bedömas gentemot den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder. Detta motsvaras således av steg ett till fyra i steg-för-steg-modellen. Prövningen efter 180 dagar ska göras mot hela arbetsmarknaden och svarar alltså mot steg fem. Efter ett år ska den försäkrades arbetsförmåga alltid prövas mot hela arbetsmarknaden. Enligt motiven ska den försäkrade, om Försäkringskassan redan efter 90 dagar bedömer att den försäkrade har viss arbetsförmåga men att det finns risk för att den inte kan tas tillvara inom arbetsgivarens ordinarie verksamhet, ta kontakt med Arbetsförmedlingen för att få hjälp till annat arbete [proposition 2007/08:136, sidan 74 f].

Det betonas i rehabiliteringskedjan att den försäkrades arbetsförmåga som huvudregel ska prövas mot hela den reguljära arbetsmarknaden efter 180 dagar »om det inte finns särskilda skäl mot det«. Särskilda skäl innebär att det finns anledning att tro att den försäkrade med stor sannolikhet kommer att återgå i arbete hos arbetsgivaren inom kort.

I begreppet reguljär arbetsmarknad ingår varje typ av arbete som finns på arbetsmarknaden, och det är endast mycket udda och sällan förekommande arbeten på den nationella marknaden som inte anses omfattas av begreppet. Även vissa subventionerade anställningar som exempelvis nystartsjobb omfattas, medan tex subventionerade anställningar som riktar sig till människor med funktionshinder inte ingår [proposition 2007/08:136, sidan 67 f].

Möjligheten att väga in också andra omständigheter än de strikt medicinska i bedömningen av arbetsförmågan är borttagna i den nuvarande lagstiftningen. I propositionen motiveras det med att situationen på arbetsmarknaden fått en alltför stor betydelse. De stora geografiska skillnaderna och den kraftiga variationen i sjukfrånvaro bedömde regeringen till stor del bero på skillnader i arbetsmarknad över tid och plats [proposition 2007/08:136, sidan 67 f].

### **Vem ska bedöma arbetsförmågan?**

Det är Försäkringskassan som beslutar om den försäkrades rätt till ersättning. Beslutet grundas på den försäkrades möjlighet att styrka nedsättningen av sin arbetsförmåga. Det betyder att den försäkrade har bevisbördan för sin begränsade eller saknade arbetsförmåga, och eftersom bedömningen ska



## »Det betyder att den försäkrade har bevisbördan för för sin begränsade eller saknade arbetsförmåga ...«

baseras på medicinska grunder får läkarens värdering av arbetsförmågan stor betydelse [2, 3]. Under många år godtog läkarens bedömning av arbetsförmågan av både Försäkringskassan och lagstiftaren [4]. I början av 1990-talet, när behovet att sänka försäkringens kostnader var överskuggande, infördes regler med syfte att förbättra underlaget för bedömningen av arbetsförmågan. Den försäkrade skulle i en initial sjukförsäkran ange på vilket sätt sjukdomen påverkade arbetsförmågan. Efter fyra veckor krävdes dessutom ett särskilt läkarutlåtande, där den behandlande läkaren lämnade uppgifter om bl a pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, beräknad återstående tid av funktionsnedsättning och hur nedsättningen påverkade arbetsförmågan. Läkaren roll var således att uttala sig om den försäkrades medicinska status och vilka begränsningar sjukdomen orsakade.

I början av 2000-talet framgår av motiven till lagstiftaren ansåg det svårare för läkaren att intyga sambandet mellan sjukdom och arbetsförmåga än att intyga att sjukdom föreligger. »I de flesta fallen saknar den intygsskrivande läkaren närmare kunskap om den enskildes arbetsförhållanden. Läkaren har därför i regel svårare att intyga sambandet med arbetsförmågan än att intyga att sjukdom föreligger« [proposition 2002/03:89, sidan 18].

Läkarens möjlighet att utreda arbetsförmågan ansågs av olika skäl ofta vara otillräcklig. Ett sätt att lösa dessa problem var enligt lagstiftaren att stärka utbildnings- och informationsinsatserna. I syfte att öka precisionen vid sjukskrivning ändrades år 2003 de sjukintyg som ska styrka arbetsförmågas nedsättning, och kravet på ett särskilt läkarutlåtande efter fyra veckor slopades.

Sedan en tid finns försäkringsmedicinska beslutsstöd, utfärdade av Socialstyrelsen, som hjälp för den enskilde läkaren i dennes bedömning av arbetsförmågan. Av beslutsstödet övergripande principer framgår att när läkaren ska bedöma individens arbetsförmåga krävs en klar uppfattning om funktionsförmågan, information om arbetssituationen och möjligheterna att anpassa den.

### Ingen diskussion i lagstiftningen

Arbetsförmåga kan definieras utifrån skilda perspektiv, där förmågan kan ses i bl a fysiska, psykiska eller sociala dimensioner. Arbetsförmågan kan vara individbaserad, där förmågan jämförs med den försäkrades faktiska tillstånd före sjukdomen, eller arbetsmarknadsbaserad, med en förmåga som relateras till vad som kan förväntas av en frisk person i motsvarande ålder och inom samma yrke. Det finns en statlig utredning, Arbetsförmågeutredningen, som kom med ett delbetänkande i juni 2008 om hur man i dag bedömer arbetsförmåga i Sverige och vissa andra länder [SOU 2008:66]. Utredningens uppgift är också att komma med förslag på hur bedömningen ska gå till i framtiden.

Ungefär samtidigt har en antologi om arbetsförmåga utkommit, och den ger en bild av hur olika vetenskapsområden ser på begreppet arbetsförmåga [5]. Av den senare framgår tydligt att arbetsförmåga kan ses ur många olika perspektiv. I dagsläget bedöms arbetsförmågan av flera olika aktörer, nämligen den enskilde, läkaren, arbetsgivaren och, inte minst, Försäkringskassan. I vissa andra länder, tex Storbritannien, Nederländerna och Australien, finns en mer formaliserad

procedur kring hur och av vem arbetsförmågan ska bedömas, och då läkare medverkar är de ofta specialutbildade.

Trots att aktörerna är många och bedömningarna komplicerade finns det i motiven till lagstiftningen liten eller i vissa fall ingen diskussion omkring de olika förmågor som utgör »arbetsförmåga«.

### Arbetsförmåga – anställningsbarhet – produktivitet

De läkare som haft kontakt med Arbetsförmedlingen har inte kunnat undgå att notera att man där använder begreppet anställningsbarhet. Det är inte helt ovanligt att en patient får indragen sjukpenning trots att Arbetsförmedlingen gjort bedömningen att personen inte är anställningsbar. Detta upplevs ofta av patient och läkare som ett moment 22. Begreppen anställningsbar och att ha arbetsförmåga kan på ytan te sig som att man gör olika bedömningar av samma sak, men vi menar att det nog finns större skillnader än så.

Det är inte självklart att en person som bedöms ha arbetsförmåga är anställningsbar. Ett arbete består av en mängd olika arbetsuppgifter, och hur dessa arbetsuppgifter sätts samman varierar över tid, även inom ett och samma företag. Vid anställning tar arbetsgivaren också stor hänsyn till vilken produktivitet en person förväntas ha. För arbetsgivaren är produktivitet ett centralt begrepp, men det förekommer nästan aldrig diskussioner om produktivitet vid sjukskrivning. Vid deltidssjukskrivning är det inte ovanligt att patienten kan vistas på arbetsplatsen trots sin sjukdom men har klart nedsatt produktivitet. Det kan ibland vara en orsak till att arbetsgivaren är negativ till deltidssjukskrivning.

Att göra en bedömning av en persons arbetsförmåga gentemot det arbete han eller hon har är oftast relativt lätt, där emot är den svåra bedömningen gentemot »normalt« förekommande arbete eller arbete på den »reguljära« arbetsmarknaden. Varken flertalet läkare eller tjänstemän på Försäkringskassan torde ha sådana kunskaper att de kan bedöma vilka arbeten som finns på den reguljära arbetsmarknaden och vilka krav på produktivitet som ställs för att få en anställning.

När den allmänna sjukförsäkringen infördes var industriarbetet norm. Nästan halva den yrkesverksamma befolkningen var verksam inom industrin, oftast i manuella arbetsuppgifter, präglade av ett tayloristiskt synsätt på produktion. I dag har produktionsprocesserna många gånger automatiserats, och industriarbetet har blivit mycket mer kvalificerat. Andelen som är verksam inom tillverkningsindustrin har också sjunkit. År 2007 var 15 procent sysselsatta inom gruv- och tillverkningsindustri, 76 procent inom tjänstesektorn, 6 procent inom byggsektorn och 2 procent inom jordbruk, skogsbruk och fiske. De förmågor som man måste ha för att motsvara arbetets krav har därför kraftigt förändrats. Kraven på fysisk förmåga i form av styrka har därmed avtagit i många arbeten, medan förmågan att arbeta snabbt, vara flexibel och arbeta i grupp har blivit allt viktigare. Sjukdomar som påverkar sådana förmågor blir därför alltmer betydelsefulla när det gäller nedsättning av arbetsförmåga, anställningsbarhet och produktivitet. Det innebär att tillstånd såsom trötthet och smärta som stör koncentrationsförmåga eller samarbetsförmåga blir betydelsefulla oavsett orsak. Likaså kan även förhållandevis måttliga psykiska handikapp ha stor betydelse i dag, medan de kanske saknade betydelse när arbetsuppgiften var att mata en maskin!

Även om regeringen har uppmärksammat behovet av ett ökat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, och bl a gett instruktioner om ett närmare samarbete mellan de båda myndigheterna, menar vi att det fortfarande

### »... skillnader som aldrig diskuterats i lagstiftningen men som kan få stor betydelse i det enskilda fallet.«

är stora skillnader i innehållet i begreppen arbetsförmåga, anställningsbarhet och produktivitet – skillnader som aldrig diskuterats i lagstiftningen men som kan få stor betydelse i det enskilda fallet. De nya reglerna för sjukpenning och sjukersättning trädde i kraft 1 juli 2008, men genom att det finns övergångsbestämmelser för sjukfall som började tidigare blev läget inte skarpt förrän vid årsskiftet 2008/2009. Det har redan i pressen börjat komma uppgifter om hur många sjukskrivna som förväntas få avslag på sin begäran om fortsatt sjukskrivning. Avslaget beror i allmänhet på att arbetsförmågan inte är nedsatt gentemot arbeten på den reguljära arbetsmarknaden.

Vi tror att många läkare kan ha glädje av insikt i hur lagstiftningen kring arbetsförmåga förändrats över tid, vilket också kan ge dem möjlighet att konstruktivt medverka i den debatt och forskning som pågår och som sannolikt kommer att bli allt intensivare. För patienten är sjukskrivningen ofta en viktig förmån, både ekonomiskt och psykologiskt. För att patienten ska ha möjlighet att få sin sjukskrivning rätt bedömd krävs att läkaren förstår regelverket och arbetsmarknadens krav och utformar sin bedömning därefter.

Propositionerna återfinns på <http://www.regeringen.se>

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Projektet har stöd från forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS.*

#### REFERENSER

1. Mannelqvist R. Arbetsförmåga i sjukskrivningen – lagstiftarens motiv. Förvaltningsrättslig tidskrift. 2008;(4):509-33.
2. Järnholm, B, Netz, P. Arbetsförmåga. I: Järnholm B, Olofsson C, redaktörer. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 36-40.
3. Arrelöv B. Läkarens beslut om sjukskrivning – en konfliktfylld handling. I: Upmark M, Edlund C, redaktörer. Den komplexa sjukfrånvaron. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 19-35.
4. Westerhäll-Gisselsson L. Sjukdom och arbetsförmåga. Om rätten till sjukpenning. Stockholm: Norstedts; 1983.
5. Vahlne Westerhäll L, redaktörer. Arbets(o)förmåga: ur ett mångdisciplinärt perspektiv. Stockholm: Santérus förlag; 2008.

**Kommentera** denna artikel på [lakartidningen.se](http://lakartidningen.se)

**Prenumerera på  
Läkartidningen!**

Ring 08-790 33 41

Utmanande  
saklig

**Läkartidningen**