



Fagfelleurdert vitenskapelig artikkel

## Vem vet bäst? Bristande samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården inom den förebyggande sjukpenningen

Angelica Börjesson\* och Lena Enqvist\*\*

### Sammanfattning

I Sverige kan förebyggande sjukpenning lämnas till den som genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering i syfte att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden, eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Syftet med förmånen är således att en enskild ska kunna vara frånvarande från sitt arbete i den utsträckning det behövs för att medverka i medicinska insatser som kan förebygga att arbetsförmåga på grund av sjukdom alls uppstår. Genom detta förebyggande syfte är förmånens ersättningsvillkor i hög utsträckning knutna till prognostiska bedömningar i flera steg. Försäkringskassan, som är den myndighet som ska administrera ersättningen, ska bland annat bedöma om det finns en risk för sjukdom, om den medicinska behandling som erbjuds kan förkorta eller förebygga sådan sjukdom i det enskilda fallet, samt om sjukdomen i sig kan förväntas sätta ner arbetsförmågan – vilket placerar förmånen mycket nära hälso- och sjukvårdens medicinska expertis. I artikeln visas att dessa omständigheter har förklaringsvärde för att Försäkringskassan samt hälso- och sjukvården uppvisar vissa brister i samsyn när det gäller hur begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet ska förstås samt om förmånens syfte och funktion – och att detta inverkar på hur

E-post: [angelica.borjesson@hb.se](mailto:angelica.borjesson@hb.se) och [lena.engvist@umu.se](mailto:lena.engvist@umu.se)

\* Angelica Börjesson är filosofie doktor i offentlig förvaltning och universitetslektor med inriktning mot styrning och organisering vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås, 501 90 Borås, 0790-664182.

<https://orcid.org/0000-0003-1039-3058>

\*\* Lena Enqvist är juris doktor och biträdande universitetslektor i rättsvetenskap vid juridiska institutionen, Umeå universitet, 901 87 Umeå, 090-786 99 79. <https://orcid.org/0000-0002-2768-9149>

förmånens förebyggande (profylaktiska) syfte får genomslag i rättstillämpningen samt i sjukförsäkringen.

**Nyckelord:** Förebyggande sjukpenning, socialförsäkring, vetenskap och beprövad erfarenhet, hälso- och sjukvård, Försäkringskassan

## Inledning

Syftet med den svenska sjukförsäkringen är att den ska bidra med både ekonomisk och social trygghet för den som drabbas av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Eftersom ekonomisk trygghet är en viktig komponent som ingår i den sociala tryggheten, är det inte fråga om principiellt motstående intressen som ska balanseras mot varandra. För att uppnå det senare krävs dock att olika stöd och insatser tillsammans och mer holistiskt bidrar till att minska den enskildes sårbarhet – samt därmed till att stärka möjligheterna till autonomi och deltagande i samhällslivet (1 kap. 1 § socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110); Vahlne Westerhäll 2002). Ofta är insatserna reaktiva, och avser att den som redan blivit sjuk av olika aktörer erbjuds behandling och rehabilitering för att förkorta sjukdomstiden eller tiden i frånvaro från arbetsplatsen. Insatserna kan också vara proaktiva, och syfta till att förebygga sådan sjukdom som kan sätta ned arbetsförmågan – så att behovet av att nyttja sjukförsäkringen aldrig uppstår. Till exempel, och i fokus för denna artikel, så kan förebyggande sjukpenning utges till den som genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering i syfte att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden, eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan (27 kap. 6 § socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110)). Försäkringskassan är den myndighet som ska pröva om villkoren är uppfyllda.

Möjligheten att ansöka om sjukpenning i förebyggande syfte har funnits sedan år 1992, och infördes i samband med den så kallade rehabiliteringsreformen (SOU 1988:41; Socialdepartementet 1990; 3 kap. 7 b § lagen om allmän försäkring (SFS 1962:381)).<sup>i</sup> I motiven underströks bland annat vikten av att försäkringen anslöts till de övergripande hälsopolitiska planerna för att utveckla det förebyggande arbetet mot ohälsa (SOU 1988:41). Även idag är förmånen tänkt att fylla en motsvarande funktion, och ska således stödja både den ekonomiska och sociala tryggheten för de försäkrade. I utredningen ”En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering” från år 2020 uttrycktes till exempel att

[r]ätten till ersättning är central i sjukförsäkringshandläggningen. Men en lika central fråga är att klarlägga behovet av åtgärder för att förkorta sjukdomstiden eller på annat sätt förebygga eller häva nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga. (SOU 2020:6)

Till skillnad från villkoren för den reguljära sjukpenningen (och även de flesta andra förmåner inom socialförsäkringen) har ersättningsvillkoren inte förändrats sedan tillkomsten år 1992. Trots detta finns endast ett begränsat forskningsunderlag när det gäller förmånsformens tillämpning samt konsekvenser både inom och utanför den rättsliga kontexten. Vår avsikt är därför att bidra med ökad kunskap om den förebyggande sjukpenningen som ersättningsform. Artikelns närmare syfte är att utreda villkoren för rätt till förebyggande sjukpenning, samt analysera och illustrera hur dessa har ett förklaringsvärde för vissa brister i samsyn mellan Försäkringskassan samt hälso- och sjukvården. Närmare handlar det om hur begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet ska förstås samt om förmånens syfte och funktion.

För att besvara artikelns syfte analyseras innehållet i gällande rätt baserat på de så kallat traditionella rättskällorna; författningstext, förarbeten, rättspraxis samt den rättsvetenskapliga litteraturen. Därtill görs även en analys av den rättsliga utformningens konsekvenser, med fokus mot hur företrädare för Försäkringskassan respektive hälso- och sjukvården uppfattar och inrättar sig efter dessa. I denna del bygger artikeln delvis på Inspektionen för socialförsäkringens, ISF:s, granskningsrapport Förebyggande sjukpenning: en granskning av sjukpenning i förebyggande syfte – som artikelns ena medförfattare, Angelica Börjesson, medverkat till att genomföra. Framförallt är det däri genomförda intervjuer och presenterade resultat av aktgranskningar i ärenden om förebyggande sjukpenning som underbygger analysen. Intervjuerna omfattar anställda på Försäkringskassan (försäkringsutredare, specialister, försäkringssamordnare och samverkansansvariga) samt olika vårdgivare (företag som tillhandahåller, rehabiliteringstjänster, rehabiliteringskoordinatorer inom primärvården, läkare samt samordnare för rehabilitering och försäkringsmedicin), samt genomfördes i olika etapper under perioden februari 2019 till februari 2020. De intervjuer som analyseras i artikeln hämtas uteslutande från den publicerade slutrapporten av granskningsprojektet (Inspektionen för socialförsäkringen 2020).

## **Förebyggande sjukpenning - en något udda fågel i sjukförsäkringen**

Den förebyggande sjukpenningen är i teknisk mening inte en självständig förmån från den reguljära sjukpenningen. Den utges med motsvarande nivåer samt ingår i ramtiden för sjukpenning, och utgör således en del av den allmänna förmånsformen sjukpenning (27 kap. 6 § socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110); Socialdepartementet 2008). Villkoren för rätt till ersättning och de syften som ersättningarna ska tillgodose skiljer sig dock åt.

Rätt till reguljär sjukpenning har den som *har en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan* med minst en fjärdedel, och syftet är att ersättningen ska täcka inkomstbortfall (27 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110)). En central aspekt är därmed att bedöma orsakssambandet mellan de två grundvillkoren sjukdom respektive nedsatt arbetsförmåga, och kännetecknande är att ersättning endast utges till den som inte *kan eller bör arbeta på grund av sjukdom* (Vahlne Westerhäll 2012b).

Rätt till förebyggande sjukpenning har istället den som ska genomgå en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att *förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden, alternativt helt eller delvis förebygga eller häva en nedsättning av arbetsförmågan*. För ersättning måste den försäkrade alltså varken ha en nedsatt arbetsförmåga, eller vara drabbad av pågående sjukdom. Det ska istället finnas en *risk* för att arbetsförmågan blir nedsatt på grund av sjukdom i framtiden om behandling eller rehabilitering inte genomförs. Ett ytterligare och uttryckligt krav är att denna behandling eller rehabilitering ska ha *ordinerats av läkare*, vilket enligt motiven ska innebära att läkaren ansett den vara lämplig för att minska sjukdomsrisk (27 kap. 6 § socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110); Socialdepartementet 1991). Eftersom reglerna uppställer framåtblickande mål istället för på förhand givna lösningar kan den förebyggande sjukpenningen därför sägas ha en målrational karaktär (Vahlne Westerhäll 2012a).

Det är i grunden samma sjukdoms- och arbetsförmågebegrepp som avses i den förebyggande sjukpenningen som i den reguljära. Inslaget av riskbedömning medför dock att prövningen får ett starkare sannolikhetsorienterat, prognostiskt, inslag – samt i lägre utsträckning baseras på en bedömning av faktiska förhållanden. Bedömningen av hälsotillstånd och risk för sjukdom ska förstås grundas i faktiska förhållanden, men kan av naturliga skäl inte ske på samma sätt när det gäller ett *befarat* sjukdomsförlopp och dess *potentiella* påverkan på arbetsförmågan. Och eftersom arbetsförmågan inte är nedsatt, kan prövningen av insatsernas potentiella påverkan på arbetsförmågan i det enskilda fallet heller aldrig ske i faktisk mening. Det som ska prövas är nämligen om det i det enskilda fallet och utifrån *vetenskap och beprövad erfarenhet* finns en *förhöjd sjukdomsrisk* – som dessutom *förväntas* leda till en *nedsättning av arbetsförmågan* (Socialdepartementet 1990). Den prognostiska bedömningen ska alltså företrädesvis vara medicinskt orienterad och ske utifrån antaganden i flera led – som omfattar ett befarat sjukdomsförlopp, om detta i sin tur förväntas påverka arbetsförmågan negativt samt om den föreslagna behandlingen kan ha effekt i sammanhanget. Även i denna prövning är således fastställandet av orsakssambandet mellan sjukdom och arbetsförmåga centralt, men det rör sig i högre grad om ett abstrakt sådant än vad som typiskt sett är fallet inom den reguljära

sjukpenningen.

Inom den förebyggande sjukpenningen avgränsas den ersättningsbara tiden genom att arbetsförmågans nedsättning fingeras. Den ska *anses* vara nedsatt i den utsträckning som behandlingen eller rehabiliteringen förhindrar förvärvsarbete (27 kap. 7 § och 33 kap. 12 § socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110)). Ersättning lämnas således endast under den tid som den försäkrade behöver avstå från arbete i samband med behandlingen eller rehabiliteringen, inklusive restid samt vissa nödvändiga förberedelser inför eller åtgärder efter ett behandlingstillfälle. Eftersom nedsättningen måste motsvara minst en fjärdedel, uttalas i motiven att det bör röra sig om avstående av åtminstone två timmars förvärvsarbete under en dag (Socialdepartementet 1990). En annan begränsning är att ersättning inte lämnas för tid som arbetsförmågan varit nedsatt som en *följd* av behandlingen (27 kap 6 § socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110); HFD 2019 ref. 41; HFD 2019 ref 42). Något krav på en faktisk inkomstförlust uppställs visserligen inte, men ersättning lämnas inte under ledig tid (HFD 2019 ref 41; Kammarrätten i Göteborg 6791–12). Behandlingen eller rehabiliteringen måste således vara schemalagd på ett sådant sätt att den kommer i konflikt med arbetstid.<sup>ii</sup>

Ett ytterligare och uttryckligt krav i 27 kap. 6 § socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110) är att den läkarordinerade behandlingen eller rehabiliteringen ska ingå i en av Försäkringskassan godkänd plan. Det innebär ett säreget förfarande där prövningen av rätten till ersättning sker i två steg (Kammarrätten i Göteborg 6003–18 samt 6004–18; Socialdepartementet 1991). Först ska Försäkringskassan bedöma om behandlingsplanen kan godkännas utifrån om innehållet är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet, behovet av insatserna ur ett medicinskt perspektiv samt utifrån om det finns grund för att anta ett orsakssamband mellan den befarade sjukdomen och den förväntade arbets(o)förmågan. Vid den andra, och sista, prövningen ska Försäkringskassan sedan fatta beslut om rätt till förebyggande sjukpenning för specifika dagar – vilket bland annat innefattar kontroller av om den försäkrade deltagit i insatserna respektive varit tvungen att avstå från arbete. De överväganden av medicinsk karaktär som ska göras sker således primärt vid den första bedömningen av om behandlingsplanen ska godkännas, och har i praxis inte ansetts utgöra ett ställningstagande som kan överklagas för sig (HFD 2020 not. 14). Sammantaget innebär det alltså att ett godkännande av en behandlingsplan inte innebär att ersättning kommer att beviljas när den försäkrade sedan ansöker om ersättning i steg två, vilket i värsta fall kan upplevas som vilseledande (Kammarrätten i Göteborg 6003–18 samt 6004–18; Inspektionen för socialförsäkringen 2020).

Lagtextens ordalydelse ger vidare begränsad ledning i vilken typ av medicinsk behandling eller

rehabilitering som kan grunda rätt till ersättning, annat än att det ska vara fråga om medicinska insatser.<sup>iii</sup> Enligt motiven ska den dock vara lämplig för att minska sjukdomsriskan, och vara av större omfattning än något enstaka vårdbesök (Socialdepartementet 1991). Angivna exempel är sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, utprovning av handikapphjälpmedel och andra stödåtgärder, klimatvård samt behandling mot fetma (Socialdepartementet 1991). Exempel från äldre rättspraxis är missbruksvård, både frivillig sådan och med stöd av tvångslagstiftning (FÖD 1993:11).<sup>iv</sup> Genom förbundenheten till medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet är en näraliggande fråga i vilken utsträckning som förmånens innehåll kan variera med utvecklingen av vård- och behandlingsformer inom hälso- och sjukvården. En allmän utvecklingstendens inom hälso- och sjukvårdsområdet är nämligen att den mer renodlat medicinsk-biologiska förståelsen och behandlingen av sjukdom kompletterats med sociala inslag samt ett perspektiv på hälsa som utgår från patientens varierande och sammansatta behov.<sup>v</sup> I ett antal avgöranden från senare tid har Högsta förvaltningsdomstolen, men också kammarrätterna, gjort en del mer principiella uttalanden om den förebyggande sjukpenningens förhållande till denna utveckling. Högsta förvaltningsdomstolen har exempelvis förtydligat att lagtextens ordalydelse gör gällande att det måste röra sig om en faktisk medicinsk behandling eller rehabilitering, och att det således inte är tillräckligt att yttre omständigheter, såsom ett visst lands klimat, är gynnsamma för förebyggande av en sjukdom (RÅ 2009 ref 37). En kammarrätt har i samma anda uttalat att behov av återhämtning för att undvika framtida nedsättning av arbetsförmågan inte omfattas (Kammarrätten i Jönköping 1010–13). Däremot uppställs inget krav på att den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen genomförs vid vårdinrättningar eller i direkt kontakt med vårdpersonal. Även hemövningar har ansetts utgöra ersättningsgrundande medicinsk rehabilitering (Kammarrätten i Göteborg 5104–11). I sammanhanget har den förebyggande sjukpenningens förebyggande eller profylaktiska syfte lyfts fram. En kammarrätt menade exempelvis att den förebyggande sjukpenningen, på just grund av att regleringen är allmänt hållen, måste tolkas utifrån sitt *syfte*. Det ansågs innebära att bedömningen måste göras med beaktande av den medicinska utredningen i det enskilda fallet, och att det inte går att uppställa principiella hinder mot vissa behandlings- eller rehabiliteringsformer som är grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Domstolen underströk att en sådan tolkning skulle stå i vägen för teknisk och medicinsk utveckling. I fallet ansågs något principiellt hinder mot att godkänna en behandlingsplan som innebär att den försäkrade ska utföra rehabilitering utan kontakt med vårdinrättning eller vårdpersonal därmed inte föreligga (Kammarrätten i Stockholm 10018–18). Det måste dock gå att fastställa ett samband mellan de insatser som föreslås i behandlingsplanen och en sjukdom som förväntas sätta ned arbetsförmågan. I ett kammarrättsavgörande från år 2014 ansåg exempelvis

domstolen att en föreslagen behandling mot köpberoende inte kunde grunda rätt till ersättning eftersom det varken visats att beroendet var av sjuklig karaktär eller i sig riskerat att sätta ner arbetsförmågan (Kammarrätten i Göteborg 5436–13).

Att prövningen innehåller ett mer omfattande prognostiskt element än vad som är fallet inom den reguljära sjukpenningen medför att de centrala rätts- och sakfrågorna framförallt knyter an till hälso- och sjukvårdens medicinska kompetens och domän. Som kommer framgå och underbyggas framöver innebär dock inte detta att Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har en samsyn kring hur villkoren för rätt till förebyggande sjukpenning bör förstås.

## Olika uppdrag och kompetenser leder till bristande samsyn

I detta avsnitt ska illustreras att Försäkringskassans samt hälso- och sjukvårdens olika uppdrag i kombination med ersättningsformens målrationitet *kan* yttra sig genom bristande samsyn mellan aktörerna i framförallt två avseenden. För det första när det gäller tolkningsföreträdet för vad som avses med begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet, samt, för det andra, när det gäller hur de uppfattar förmånens syfte och funktion. Dessa två ”samsynsbrister” ska utvecklas och analyseras i tur och ordning nedan, och läggas till grund för slutsatser om hur de kan påverka ersättningsformens förutsättningar för att bidra till måluppfyllelse, såväl i enskilda fall som på det övergripande planet.

### **Bristande samsyn när det gäller innehållet i vetenskap och beprövad erfarenhet**

För förmånsinnehållet i den förebyggande sjukpenningen är särskilt tolkningen och bedömningen av vilka behandlingsmetoder som ska anses vara förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet viktig, eftersom den är avgörande för vilka behandlingar som ska kunna grunda en rätt till ersättning. Försäkringskassan och hälso- och sjukvården måste visserligen, *å ena sidan*, dela uppfattning om en behandlings evidens för att den enskilde ska beviljas ersättning. Och utgångsläget för en sådan samsyn (kring vilka behandlingar som ingår i förmånen) är gott. Vahlne Westerhäll menar att vetenskap och beprövad erfarenhet som rättsligt begrepp egentligen fungerar som en rättslig kvalitet. Det är i utgångsläget tomt på materiell-rättsligt innehåll men binder samman rätten och det omgivande samhället genom att det är den medicinska vetenskapen som avgör vad som utgör det materiella innehållet (Vahlne Westerhäll 2016; Wahlberg 2016). Ändå kan alltså oenighet uppstå när begreppet tolkas och tillämpas inom den förebyggande sjukpenningen. *Å andra sidan*, följer det nämligen av

ersättningsvillkorens sammantagna utformning att de i viss mening *ska* ha olika uppfattningar hur det ska tillämpas.

Försäkringskassans uppdrag är att göra en *rättslig* bedömning av orsakssambanden mellan sjukdom, sjukdomens påverkan på arbetsförmågan och behandlingsmetodens sannolika påverkan på sjukdomen eller arbetsförmågan i tre led. I denna bedömning ingår att Försäkringskassan ska ta ställning till om den enskilde har uppfyllt sin bevisbörda. Behandlingsplanen är då ett viktigt bevismedel – men utgör ett sakkunnigutlåtande som värderas självständigt av Försäkringskassan. Kännetecknande för den rättsliga prövningen är även att utfallet inte kan vara resultatet av en ren lämplighetsbedömning, utan därtill måste uppfylla andra rättsliga krav, exempelvis på legalitet, likabehandling och förutsebarhet (1 kap. 1 § och 9 §§ regeringsformen (SFS 1974:152); 5 § förvaltningslagen (SFS 2017:900)). Också hälso- och sjukvården förväntas visserligen göra en motsvarande bedömning i samband med utformningen av en behandlingsplan – och har sitt reglerade uppdrag att förhålla sig till när de utför det hälso- och sjukvårdande uppdraget. Ett centralt led i att uppfylla det uppdraget är dock att hälso- och sjukvårdspersonalen har ett (också reglerat) krav på sig utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)). Den bedömning som ska göras i samband med att en behandlingsplan upprättas ska därför vara *medicinsk*, och utgå från den enskildes medicinska behov (3 kap. 1–2 §§ hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)). I en sådan bedömning måste inte orsakssambanden på samma sätt vara fastställda eller bevisade, och den enskilde har inte någon bevisbörda. Genom ersättningsvillkorens utformning och tillknytning till bedömningen av vad som ska anses utgöra vetenskap och beprövad erfarenhet, kan dock de perspektivskillnader som den rättsliga respektive medicinska bedömningen aktualiserar i det enskilda ärendet yttra sig som en bristande samsyn, eller dragkamp, om tolkningsföreträdet mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Särskilt aktuell har frågan om tolkningsföreträdet gällande behandlingsmetoders evidens varit gällande förebyggande av psykisk ohälsa – trots att sjukskrivningar kopplade till psykiatriska diagnoser, däribland stressrelaterade sjukskrivningar, tillhör de största sjukskrivningsgrupperna – som dessutom ökat på senare år (Försäkringskassan 2019a). En satsning av betydelse i sammanhanget gjorde regeringen år 2008, genom införandet av den så kallade Rehabiliteringsgarantin, med syfte att minska sjukfrånvaron till följd av psykisk ohälsa samt rygg- och nackbesvär. Garantin innebar satsningar på kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa, och på multimodal rehabilitering (MMR) för personer med icke-specifika rygg- och nackbesvär. Satsningen pågick till år 2015, och ersattes



Vem vet bäst? Bristande samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

därefter av särskilda stimulansmedel som fortfarande utges för KBT och MMR, och ibland fortfarande kallas för en rehabiliteringsgaranti inom vissa verksamheter (Sveriges kommuner och regioner 2020). Trots denna satsning, som alltså visar på en tilltro till behandlingsformerna från statens sida, har dock Försäkringskassan intagit en delvis restriktiv hållning till om de ska grunda en rätt till förebyggande sjukpenning. Detta framgår tydligt i en intern analys på Försäkringskassan från år 2019, där det lyftes att det är omdiskuterat huruvida de behandlingsmetoder som finns för att förebygga stressrelaterad psykisk ohälsa är evidensbaserade eller inte (Försäkringskassan 2019a). En samordnare på en hälso- och sjukvårdsförvaltning vid en region i södra Sverige menar just att det finns stora problem med att nå en samsyn med Försäkringskassan när det gäller multimodal rehabilitering för långvarig smärta och utmattningssyndrom. Svårigheten att få denna behandling godkänd i en behandlingsplan är enligt samordnaren att Försäkringskassan ifrågasätter om den är evidensbaserad. Försäkringskassan väljer ofta att inte godkänna stora delar av programmen, framförallt de delar i behandlingen som innefattar sociala och pedagogiska inslag.

Det finns evidens i ett evidensdokument för vad MMR är, och vården ska genomföra MMR. Vissa personer behöver detta i förebyggande syfte och ansöker. Då hamnar vi i ett problem [...] De medicinska rehabiliteringsprogrammen godkänns inte alla gånger av Försäkringskassan. De plockar ur delar av programmet och säger att detta inte är medicinsk behandling. Då blir det två motsägelser. Dels beställer hälso- och sjukvården behandlingen enligt evidensdokumentet. Dels så är det ju sociala delar i dagens medicinska behandlingar, och att då plockar ur delar gör att paketet till slut inte har evidens längre. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Samordnaren menar att detta beror på att Försäkringskassans respektive hälso- och sjukvårdens expertiser ser olika ut när det gäller medicinsk behandling eller rehabilitering, samt att detta skapar frustration hos vårdgivarna och leder till konflikter med Försäkringskassan. Detta ska ha pågått sedan vårdvalet startade för flera år sedan. Samordnaren fortsätter:

Vi måste samarbeta mer kring en konsensus kring vad som ligger i begreppet. Idag känns det som Försäkringskassan äger begreppet utan dialog. Men också att det är otydligt begrepp. Det blir en konstig katt- och rätta-lek. Vårdgivarna frågar hur de ska anpassa sina program så att patienterna får vård – men då säger Försäkringskassan - det är inte vår sak som myndighet. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Hen fortsätter också med att säga att det känns ologiskt att Försäkringskassan ska godkänna behandlingsplanen och bedöma om den innehåller en lämplig medicinsk behandling:

Det är något psykologiskt och pedagogiskt märkligt att Försäkringskassan ger sig in att

Vem vet bäst? Bristande samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

definiera ett medicinskt begrepp, att de ger sig in att definiera vad medicinsk rehabilitering är. Det är ologiskt att en myndighet gör det. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Kravet på att en behandling ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet synes således skapa problem i dialogen mellan vårdgivare och Försäkringskassan, där de förra uppfattar det som att Försäkringskassan bryter den annars traditionella roll- och ansvarsfördelningen där hälso- och sjukvården står för expertisen kring de medicinska begreppen och Försäkringskassan för bedömning av rekvisiten. Intervjuerna visar också att den bristande samsynen i detta avseende kan väcka en osäkerhet hos anställda på Försäkringskassan. En lokalförsäkrings-samordnare på Försäkringskassan menar att myndighetens försäkringsmedicinska rådgivare (FMR), som försäkringsutredarna ska konsultera i medicinska frågor, uttrycker osäkerhet kring detta:

På senare år så har det kommit väldigt många nya medicinska behandlingar, som är väldigt svåra att bedöma om de grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Jag har även träffat FMR-gänget och haft de här diskussionerna. De har svårt att veta "Hur skall vi hantera det här? Hur mycket ligger på oss att utreda vad nya medicinska behandlingar grundar sig på?" (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

I citatet syftar samordnaren inte endast på MMR-behandlingar, utan på flera olika nya behandlingar som vården använder sig av. Av statistiken i ISF:s aktstudie framgår dock att personer med smärtproblematik och utmattningssyndrom kan ha svårt att få förebyggande sjukpenning just för att Försäkringskassan, beroende på det närmare innehållet, inte i alla fall godkänner MMR som en behandling baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Av de ärenden i studien där behandlingsplanen godkänts i sin helhet innehöll endast 12 procent MMR – vilket kan jämföras med att sådan ingick i 27 procent av de av de granskade ärenden där behandlingsplanen endast godkänts delvis alternativt inte godkänts (Inspektionen för socialförsäkringen 2020). Mot den bakgrunden är citatet ovan, av den lokala försäkringssamordnaren på Försäkringskassan, särskilt intressant eftersom det reflekterar att myndighetens konsultationer med försäkringsmedicinska rådgivare kan skapa en länk mellan den rättsliga och medicinska bedömningen av vad som ska anses utgöra medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet.

De försäkringsmedicinska rådgivarna är läkare med specialistkompetens och särskild utbildning i försäkringsmedicin, som är direkt anställda av Försäkringskassan (Inspektionen för socialförsäkringen 2015). De varken träffar, utreder eller undersöker de försäkrade, och deras verksamhet anses inte utgöra hälso- och sjukvård (Socialdepartementet 1994; Vahlne

Westerhäll 2020). Men de ska fungera som en intern medicinsk resurs som Försäkringskassan kan nyttja för att bedöma medicinskt underlag som inkommit i ärendet, som till exempel om en föreslagen behandlingsmetod är förenlig med medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet. I samband med den förebyggande sjukpenningens införande föreställde sig lagstiftaren att de försäkringsmedicinska rådgivarnas roll skulle vara framträdande, och det ansågs lämpligt att de skulle yttra sig inför att en behandlingsplan godkändes (Socialdepartementet 1990). Av Försäkringskassans egna uppföljning från år 2019 framgår dock att sådana konsultationer görs mycket sällan – endast i 4 procent av fallen (Försäkringskassan 2019b). Motsvarande tendens framkommer även i ISF:s aktstudie, där konsultation skett i 4 procent av de ärenden där behandlingstplanen godkändes i sin helhet, respektive i 21 procent av de granskade ärenden där behandlingsplanen inte godkändes (Inspektionen för socialförsäkringen 2020).

Att konsultation inte sker i den utsträckning som förespeglas i lagstiftningens äldre motiv kan ha en förklaring i att de försäkringsmedicinska rådgivarna under tid kommit att få en delvis annan roll, där anknytningen till de enskilda ärendena är mer begränsad och den primära funktionen är att bistå Försäkringskassans handläggare med att uttolka medicinska underlag (Inspektionen för socialförsäkringen 2015). Det ska också tilläggas att Försäkringskassan godkänner behandlingsplanerna i sin helhet i närmare tre fjärdedelar av ärendena, samt delvis i 3 procent av ärendena (Försäkringskassan 2019b). Det visar att läkarordinationerna i behandlingsplanerna sannolikt har ett ganska stort genomslag för den förebyggande sjukpenningen i praktiken (vilket möjligen kan minska angelägenheten i att konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare). Samtidigt är det alltså ändå cirka en fjärdedel av behandlingsplanerna som inte godkänns trots ordination, och Försäkringskassan har därtill uppmärksammat att handläggarna numera i högre omfattning än tidigare gör individuella bedömningar av den enskildes behov av behandling eller rehabilitering (Försäkringskassan 2019b; Jfr Försäkringskassan 2015). Och samtidigt visar både utredningen av gällande rätt och intervjupersonernas upplevelser av bristande samsyn kring tolkningsföreträdet i praktiken också att det saknas en samsyn kring vad vetenskap och beprövad erfarenhet innebär – samt att detta upplevs göra förmånen mer otydlig (eller mindre förutsebar) och kan skapa oriktiga förväntningar hos den som söker ersättning. Mot den bakgrunden framstår det som anmärkningsvärt att Försäkringskassan i så pass hög utsträckning ifrågasätter hälso- och sjukvårdens bedömning – utan att först ha rådgjort med de egna försäkringsmedicinska rådgivarna. Det bekräftar också att Försäkringskassan hanterar bedömningen av vilka behandlingsmetoder som ska anses vara förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet som en primärt rättslig fråga.

## **Bristande samsyn kring förmånens syfte och funktion**

Att Försäkringskassan och hälso- och sjukvården i grunden har olika uppdrag yttrar sig i praktiskt avseende bland annat genom att de företräds av olika professionella kompetenser – handläggare med en byråkratisk/juridisk profession respektive hälso- och sjukvårdspersonal med en professionstyrd/medicinsk profession. Och även fast det är ersättningsvillkoren som sätter ramarna för aktörernas ansvar inom den förebyggande sjukpenningen i snävare mening, så visar intervjuerunderlaget att det bredare uppdraget och professionskunskapen hos deras respektive företrädare påverkar hur de uppfattar förmånens syfte och funktion, och således även förutsättningarna att nå en samsyn i dessa frågor. En samverkansansvarig på Försäkringskassan menar till exempel att det råder ett ”förväntansglapp” kring förmånen, som beror på att hälso- och sjukvården inte har realistiska förväntningar på förebyggande sjukpenning:

Men jag kan också uppleva att vi har ett förväntansglapp någonstans i den här frågan. Alltså förmånen väcker större förhoppningar än vad försäkringen kan leverera. Och det tycker jag att jag ibland får anledning att problematisera kring. Det kan handla om förväntningarna som uppstår i hälso- och sjukvården om att det här är en enorm möjlighet. Men det kan också handla om att regelverket kanske är snävare än vad det borde vara, eller skulle kunna vara, egentligen. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Uppfattningen bekräftas delvis även i intervjuer med producenter av rehabiliteringstjänster. En företrädare för ett sådant företag uttrycker att Försäkringskassans syn på förmånen skiljer sig från deras, och att myndighetens tillämpning blivit striktare de senaste åren. Företrädarens uppfattning är att förebyggande sjukpenning är något alla har rätt till, och att lagstiftningen tar höjd för just detta:

När det gäller förebyggande sjukpenning så ska i princip vem som helst kunna få förebyggande sjukpenning [...] Intentionen i lagtexten är ju att alla ska kunna få. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Företrädarens uppfattning står således i kontrast till den uppfattning som den samverkansansvarige på Försäkringskassan framhöll, om att en bristande samsyn (ett förväntansglapp) uppstår på grund av att regelverket är snävare än vad det eventuellt borde vara. Samtidigt är det just dessa olika uppfattningar som påvisar att förväntningarna på vad förmånen innehåller och kan erbjuda kan vara olika mellan aktörerna.

Enligt en av de samverkansansvariga på Försäkringskassan har den problematik som anknyter

Vem vet bäst? Bristande samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

till att myndigheten drivs att gå in i hälso- och sjukvårdens kompetensområde förstärkts allteftersom nya arbetssätt införts inom hälso- och sjukvården genom åren:

...det kan bero på att regelverket är utformat så att vi lite grann tvingas gå in i frågor som egentligen borde höra till hälso- och sjukvården. Att vården har förändrats så mycket de senaste åren efter att den här förmånen kom till. Man jobbar mycket, mycket mer med kvalitetssäkrade vårdprogram och vårdförlopp på ett standardiserat sätt, än vad man gjorde när det här kom. Och då tycker jag att det skulle vara läge att låta vården helt och hållet få bedöma om det finns en sjukdomsrisk. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Den samverkansansvariga menar att den förebyggande sjukpenningen skulle kunna förbättras om ansvaret för bedömningen lades på hälso- och sjukvården, och menar att godkännandet av själva behandlingsplanen, hade kunnat läggas helt på hälso- och sjukvården.

Vi skulle lämna lite mer i bedömning till vården. (...) Men det skulle ju krävas en förändrad försäkring då. Jag tänker på det här med förhöjd sjukdomsrisk och att bedöma behandlingsprogrammen. Det tycker jag att vården mera ensidigt skulle äga. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Citatet visar att det även internt inom Försäkringskassan kan uppfattas som problematiskt att myndigheten har mycket av definitionsprivilegiet när det gäller medicinsk behandling och rehabilitering, samt att en annan rollfördelning skulle vara motiverad. Frågan knyter dessutom an till fördelningen av den administrativa börda som hanteringen av ett ärende om förebyggande sjukpenning kräver. Till exempel anger en företrädare för företagshälsovården att den nuvarande rollfördelningen påverkar vilka möjligheter de upplever med den förebyggande sjukpenningen, eftersom den upplevs skapa en administrativt tung och komplicerad förmån som gör att de inte kan jobba med den på det sätt de hade velat:

Jag tror att om det är så att Försäkringskassan väljer att lita på läkarna i lite högre omfattning så skulle vi kunna komma längre. För jag är helt säker på att den här, även om det juridiskt inte finns något hinder så blir det ett administrativt hinder [...] Det finns ju en minsta motståndets lag [...] Det handlar om praktisk tillämpning och hur förmånen fungerar i vardagen. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Bäst förutsättningar för att Försäkringskassan och hälso- och sjukvården ska nå en samsyn tycks finnas om hälso- och sjukvården organiserar arbetet med förebyggande vård och behandling med viss grad av standardisering, och på så sätt förenklar Försäkringskassans bedömning av om behandlingsplanen bör godkännas. I den aktstudie som ISF genomfört framgår att det oftare är

de väletablerade större behandlingsprogram som finns för vissa diagnoser, som godkänns i behandlingsplanerna. Det rör sig framför allt om utlandsvård för till exempel reumatism och tolvstegsprogram för alkoholism (Inspektionen för socialförsäkringen 2020). Däremot beviljas färre personer förmånen vid behandling av symtom på ohälsa där det inte finns en tydlig och fastställd diagnos eller något väletablerat större behandlingsprogram. Aktstudien visar att behandling av psykolog respektive kurator ingår i behandlingen i endast 3 respektive 5 av de 64 granskade ärenden där kvinnors behandlingsplan har godkänts i sin helhet (och lagts till grund för ett beslut om rätt till förebyggande sjukpenning). Sådant stöd ingick inte i behandlingsplanen för någon av de 29 män vars ärende granskades (Inspektionen för socialförsäkringen 2020).

Samtidigt kan just användningen av standardiserade behandlingsformer skapa förväntningar hos företrädare för hälso- och sjukvården samt för de enskilda om att de "ingår" i den förebyggande sjukpenningen. Att till exempel sådana särskilda behandlingsformer som staten satsat särskilt på och finansierat inom ramen för den tidigare berörda rehabiliteringsgarantin från år 2008 inte alltid godkänns kan till exempel upplevas vara problematiskt. En samverkansansvarig på Försäkringskassan menar att garantin delvis "krockar" med hur de ska tillämpa förmånen:

Ja, för att *vården* jobbar i vårdprogram, om man gör det då förstår jag att de reagerar om sedan Försäkringskassan underkänner det behandlingsprogrammet. För att det är ju standardiserat, det är ju godkänt och under rehabiliteringsgarantins dagar då var det ju till och med så att de fick pengar via Försäkringskassan för de vårdprogrammen. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Att Försäkringskassan ibland även underkänner väletablerade behandlingsprogram kan inte enbart knytas till att de gör en annan bedömning än hälso- och sjukvården av förenligheten med vetenskap och beprövad erfarenhet. En bidragande faktor är även att behandlingsformerna inte alltid utformas och organiseras så att de förutsätter att genomförandet sker på en vårdinrättning. Därmed kan ersättning nekas mot bakgrund av det tidigare berörda kravet på att insatserna, för att vara ersättningsgrundande, måste ianspråka den försäkrades arbetstid. Ett vårdföretag som behandlar patienter med långvarig smärt- och stressproblematik, anger att de uppfattar att deras patienter har fått det allt svårare att få sina behandlingsplaner och ansökan om förebyggande sjukpenning godkända av Försäkringskassan. Intervjupersonens uppfattning är att Försäkringskassan har svårt att förstå varför patienterna inte kan göra viss behandling utanför arbetstid, samt att myndigheten ifrågasätter varför vissa behandlingar inte går att genomföra på kvällstid:

Det som är mycket just nu är den här smärt- och stresskursen. Kursen är förlagd på

förmiddag här och eftermiddag med hemuppgifter. Och det är väl där frågetecknet finns hos Försäkringskassan, ”varför kan inte patienten gå och jobba efter lunch och göra uppgifterna på kvällen”. Medan vi då ser att går man och jobbar direkt efter så är det svårt att ta till sig det man har lärt sig på dagen. Och så blir det varken hackat eller malet med behandlingen. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Citatet visar hur vårdgivaren tänker utifrån den logik som gäller inom hälso- och sjukvården: patienten – den enskilde – är i fokus och behandlingarna bör anpassas efter denne och inte tvärtom. När förmånens utformning tvingar dem agera mer utifrån att patientens behandling ska anpassas efter rekvisiten i försäkringen, genom att läkarutlåtande och behandlingsplan ska se ut på ett visst sätt, uttrycks frustration. Hur hälso- och sjukvården väljer att organisera och utföra de förebyggande inslagen i sitt uppdrag påverkar således i vilken utsträckning som förmånen kan vara aktuell. Den administrativa börda som ansvarsfördelningen skapar tycks dessutom kunna framkalla viss tilltagsenhet inom hälso- och sjukvården. I intervjuerna framkommer exempel på att hälso- och sjukvården kan undvika att rekommendera förebyggande sjukpenning även om det kunnat vara aktuellt för patienten, då ersättningsformen ses som krånglig. I stället rekommenderas reguljär sjukpenning. En rehabiliteringskoordinator:

Man upplever det lite besvärligt [...] När jag lyfter frågan och förespråkar förebyggande sjukskrivning så kan jag uppleva att doktorerna tycker att ”nej, det är enklare med sjukskrivning för nedsatt arbetsförmåga helt eller partiellt”. Läkarna upplever alltså att Försäkringskassan är besvärlig i frågeställningarna. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

En annan rehabiliteringskoordinator anger att ett sätt som hälso- och sjukvården kan ”undvika” förebyggande sjukpenning för patienter är genom att justera omfattningen för de som redan har reguljär sjukpenning:

Jag har ju använt mig av lite andra sätt för att slippa problemet med förebyggande sjukpenning. De som är deltidssjukskrivna, när de går in i en kurs så har vi antingen ökat upp sjukskrivningsgraden lite eller försökt fördela om timmarna [...] Men det har gjort att man har sluppit att använda förebyggande sjukpenning [...] (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Citatet ovan illustrerar att hälso- och sjukvården tydligt ser sig företräda patientens intresse och perspektiv, och att denna form av logik som de agerar utifrån legitimerar ett visst förhållningsätt i relation till förebyggande sjukpenning. Det som ses som mest centralt är att hjälpa patienten att få ersättning för inkomstbortfall vid sin behandling, oavsett ifrån vilken förmån. En specialist på Försäkringskassan, uppger just att hälso- och sjukvården testat sig fram till en

sjukpenningförmån för den försäkrade personen:

Jag vet att handläggarna ibland brukar säga, om det är så att vi inte beviljar vanlig sjukpenning är det ganska vanligt att läkarna lämnar in ett läkarutlåtande och en behandlingsplan, så att det blir förebyggande sjukpenning i stället. Speciellt när personen jobbar 75 procent och är sjukskriven på 25 procent. Om vi säger vi nej till sjukpenning på de där 25procenten för vi anser att "Du borde kunna arbeta 100 procent". Då vet jag att handläggarna här upplever att sjukvården skickar in ett läkarutlåtande och en behandlingsplan på den där 25:an. (Inspektionen för socialförsäkringen 2020)

Sammantaget visar såväl utredningen av gällande rätt som intervjuerna att Försäkringskassan utgår från en snävare syn på den förebyggande sjukpenningens innehåll och funktion än vad hälso- och sjukvården gör. Detta yttrar sig bland annat genom att Försäkringskassan tycks premiera mer etablerade behandlingsmetoder och behandlingsprogram, samtidigt som utvecklingen av behandlingsmetoderna inom hälso- och sjukvården primärt styrs av andra faktorer än ersättningsvillkoren i socialförsäkringsbalken. Det som från Försäkringskassans perspektiv skapar bättre förutsättningar för en förutsebar rättslig prövning, kan således från hälso- och sjukvårdens perspektiv försämra förutsättningarna för närmare individanpassning av de (ersättningsgrundande) förebyggande insatserna. Intervjupersonerna ger både uttryck för, och visar medvetenhet om, att deras olika uppdrag medför att de möts i egenskap av olika professioner, samt att detta påverkar vilket handlingsutrymme de upplever sig ha. Det bör särskilt uppmärksammas att även om villkoren för den förebyggande respektive reguljära sjukpenningen skiljer sig åt i väsentliga avseenden, så indikerar intervjuerna att vårdgivare i praktiken kan betrakta dem som substitut för varandra. Detta dels på grund av att de uppfattar att regelverkets utformning gör förmånen svårare att använda, och dels för att de anser att Försäkringskassan ställer krav på medicinskt underlag och information som upplevs svåra att möta. Båda dessa aspekter kan härröras ur den logik som hälso- och sjukvården bygger sin verksamhet på – att patientens hälsa är i centrum. Men om underlaget som lämnas till Försäkringskassan snarast utformas utifrån en uppfattning om vad som ger patienten bäst chanser att få ersättning, kan det ytterst och i praktiken påverka likabehandlingen inom sjukförsäkringen.

## Slutsatser

För att den förebyggande sjukpenningen ska kunna bidra till att förhindra sjukskrivning måste den kunna fånga upp de personer som riskerar att bli sjuka. Och för att den förebyggande



sjukpenningen ska kunna få genomslag i förhållande till sjukskrivningstalen på samhällsnivå måste den både vara utformad och tillämpas på ett sätt så att behandlingar som riktar sig till de stora sjukskrivningsgrupperna kan omfattas. Sammantaget visar dock vår utredning och analys att förutsättningarna för ett sådant genomslag inte är så goda med förmånens nuvarande utformning och tillämpning.

Den traditionella rättsliga regleringen är av normrationell karaktär genom att den är detaljerad och innehåller en tydlig och uttrycklig uppräknning av rättsfakta och rättsföljd där beslutsfattande ofta sker med beaktande av omständigheter som redan inträffat. Vid en sådan rättslig prövning är inte beslutets konsekvenser prioriterade (Hydén 1984; Vahlne Westerhäll 2012a) Att den förebyggande sjukpenningen har målrationell karaktär innebär dock att det är just ersättningsbeslutets konsekvenser som står i fokus. Det gör att förmånen redan i utgångsläget kan vara svårare att förhålla till en traditionell normrationell eller teknisk regeluppbyggnad. Regleringens målrationellitet har därför förklaringsvärde för det ganska betydande inslaget av prognostiska bedömningar i förmånen. Såna inslag är visserligen inte unika, eftersom förvaltningsmyndigheter måste göra framåtblickande bedömningar eller (närbesläktade) sannolikhetsbedömningar på många områden. Som framgått är sådana bedömningar också centrala vid prövningen av rätt till sjukpenning. Detsamma kan till exempel även sägas om sjukersättning, aktivitetsersättning eller rehabiliteringsersättning. Inom den förebyggande sjukpenningen är dock det prognostiska inslaget särskilt dominerande, eftersom det omfattar orsakssamband i flera led. *Om* det finns en risk för sjukdom, *om* den medicinska behandling som erbjuds kan förkorta eller förebygga sådan sjukdom i det enskilda fallet, samt *om* den sjukdomen i sig kan förväntas sätta ner arbetsförmågan. Som visats är det också dessa bedömningar som placerar den förebyggande sjukpenningen mycket nära hälso- och sjukvårdens expertis. Men, inte heller detta är unikt. Även inom den reguljära sjukpenningen är ju Försäkringskassans möjligheter att bedöma rätt till ersättning till stor del är avhängig hälso- och sjukvårdens bedömningar, framförallt genom läkarintyg och försäkringsmedicinska bedömningar. Och även då kan samsynen brista när det bland annat gäller i vilken utsträckning som den enskildes sjukdom ska anses sätta ned arbetsförmågan. I dessa fall är det dock just vid bedömningen av sjukdomens påverkan på den faktiska arbetsförmågan (relaterat till olika typer av arbeten) som Försäkringskassan oftast finner att förutsättningarna för ersättning brister (27 kap. 25 § och 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110); Vahlne Westerhäll et al., 2009; Mannelqvist et al., 2016; Enqvist 2019). Som framgått är dock ersättningsvillkoren för den förebyggande sjukpenningen utformade så att Försäkringskassan aldrig ska göra någon prövning av den faktiska arbetsförmågan, vilket innebär att den medicinska bedömningen inte på samma sätt som inom den reguljära sjukpenningen ska balanseras mot konkreta förutsättningar att

arbete (i det befintliga arbetet, annat arbete hos den egna arbetsgivaren eller i normalt förekommande arbete, 27 kap. 46–49 §§ socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110)). Vi menar därför att de brister i samsyn som påvisats inom den förebyggande sjukpenningen är ännu mer framträdande än inom den reguljära sjukpenningen, samt att de dessutom tenderar att skapa spänningar mellan aktörerna i form av en ”dragkamp” om tolkningsföreträdet kring centrala begrepp och förmånens innehåll. Detta talar ytterligare emot att en traditionell normrationell eller teknisk regeltillämpning, i de led av prövningen som har nära anknytning till den medicinska expertisen, främjar förmånens förutsättningar att bidra till måluppfyllelse (att förebygga ohälsa som sätter ned arbetsförmågan).

Slutsatsen ovan innebär att förmånens måluppfyllelse sannolikt skulle gynnas av att Försäkringskassan agerar utifrån en annan logik än vad den typiskt sett gör, genom högre acceptans för att innehållet i medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet ska bestämmas utanför den rättsliga arenan. Samtidigt visar såväl praxis som intervjuutsagorna att Försäkringskassan tenderar att behandla den på motsvarande sätt som den reguljära sjukpenningen. Det vill säga mer tekniskt och med höga krav på fakta och underlag från vårdgivarna (vilket upplevs som administrativt betungande och medför att förmånen riskerar att upplevas som något vårdgivarna helst vill undvika). Från Försäkringskassans perspektiv är den enskilde en försäkrad – och myndigheten ska administrera en försäkring samt besluta om förmåner utan samtidigt ha ett ansvar för faktiska insatser. Hälso- och sjukvården ska istället erbjuda just faktiska hälso- och sjukvårdande insatser, det vill säga vård och behandling. Här är den enskilde en patient, och hens arbetsförmåga eller behandlingens möjliga påverkan på densamma ska av principiella skäl inte påverka varken bedömningen av behov, prioriteringen av vården eller insatsernas kostnadseffektivitet. Att sådana olika målsättningar och uppmärksamhetsfokus kan vara styrande inom ramen för den förebyggande sjukpenningen har också visats i artikeln, bland annat genom att företrädare för hälso- och sjukvården synes lägga vikt vid patientcentrering och individanpassning medan företrädare för Försäkringskassan visar medvetenhet om att deras uppgift snarare är att fokusera på förutsättningarna för likabehandling. Det visar i sin tur att företrädarna formulerar och motiverar sina ageranden utifrån hur de uppfattar sina roller i relation till den förebyggande sjukpenningen. Utsagorna, liksom ISF:s aktgranskning, indikerar därtill att regelverkets nuvarande utformning kan försvåra för en del nyare diagnoser och behandlingar att passa in i kraven så som de tolkas av Försäkringskassan – trots att det ofta rör sig om insatser riktade till de stora sjukskrivningsgrupperna. Såväl ersättningsvillkoren som sådana, som Försäkringskassans tekniska tillämpning av en målrationell förmån verkar således tillsammans försvåra att förmånen kan användas för att förebygga långtidssjukskrivningar, samt möjligen bidra till att

människor hamnar i den reguljära sjukpenningen istället.

Som framgick inledningsvis har villkoren för rätt till förebyggande sjukpenning varit oförändrade sedan år 1992. Det är dock tänkbart att förändringar kan ske framöver. En särskild utredare har tillsatts för att undersöka om förmånens nyttjande hindras av regelverkets nuvarande utformning på ett sätt som är negativt för förebyggandet eller förkortandet av sjukdom – och där direktiven bland annat omfattar att överväga om det finns lämpligare sätt att bestämma ersättningens omfattning än att relatera den till vilken tid som behandlingen eller rehabiliteringen faktiskt tar i anspråk (Socialdepartementet 2020). Det är också tänkbart att förändringar kan ske i Försäkringskassans tillämpning av förmånen. ISF rekommenderar till exempel att myndigheten i samverkan bör göra en översyn av tolkningen när det gäller medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet, samt av om tvåstegsförfarandet i handlägningsprocessen har en lämplig utformning mot bakgrund av att den försäkrade inte kan överklaga beslutet om en behandlingsplan ska godkännas eller inte (Inspektionen för socialförsäkringen 2020). Sådana förändringar skulle sannolikt medföra att den förebyggande sjukpenningen uppfattas som mindre teknisk till sin karaktär av både företrädare för hälso- och sjukvården och av enskilda försäkringstagare. De skulle också kunna gynna en ökad samsyn mellan Försäkringskassan samt hälso- och sjukvården i de avseenden som vi lyft i artikeln, samt därmed vilket genomslag som den förebyggande sjukpenningen kan få i sjukförsäkringen. Det är därför en eventuell utveckling som det finns anledning att vara uppmärksam om.

Avslutningsvis ska framhållas att bristerna i samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården inte ska överdrivas när det gäller möjligheterna att i enskilda fall nå samsyn om den enskildes behov och rätt till förebyggande sjukpenning – då Försäkringskassan, som framgått, godkänner de föreslagna behandlingsplanerna i nästan tre fjärdedelar av fallen. Samtidigt utgör den återstående fjärdedelen, som alltså inte får ersättning *trots* att hälso- och sjukvården på individnivå bedömt att förebyggande insatser kan förhindra framtida arbetsoförmåga, ändå en ansevärd andel av ärendena. Därtill kan inte statistiken redogöra för det eventuella bortfall som uppstår just på grund av att ersättningsformen upplevs vara krånglig och oförutsebar, och därför leder till att hälso- och sjukvården eller den enskilde avstår från att rekommendera respektive ansöka om ersättning. Sammantaget, men sannolikt också delvis på grund av dessa skäl, är den förebyggande sjukpenningen en liten förmån som endast står för två procent av sjukpenningfallen (Försäkringskassan 2019a). Även om det ursprungliga syftet med ersättningsformen var brett, har den alltså inte kommit att användas i någon högre utsträckning eller ens tillämpas på ett sätt som givit det förebyggande inslaget i sjukförsäkringen någon framskjuten position. Oavsett vem som vet bäst – Försäkringskassan, hälso- och sjukvården eller

Vem vet bäst? Bristande samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

kanske lagstiftaren – synes tilltron vara låg till att den förebyggande sjukpenningen ska spela någon nyckelroll i ansträngningarna att motverka höga sjukskrivningstal.

## Referenser

- En trygg sjukförsäkring med människan i centrum (2020). *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. Delbetänkande (SOU 2020:6)*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Enqvist, L. (2019). En myndighet i samverkan: Försäkringskassans rättsliga förutsättningar att samverka med Arbetsförmedlingen samt hälso- och sjukvården. [Doktorsavhandling, Umeå universitet].
- Försäkringskassan (2008). Ersättning i samband med utredning beslutad av Försäkringskassan (Rättsligt ställningstagande 2008:04).
- Försäkringskassan (2015). Sjukpenning i förebyggande syfte (Rättslig kvalitetsuppföljning 2015:6).
- Försäkringskassan (2019a). *Ovanligt med förebyggande sjukpenning* (Korta Analyser 2019:3).
- Försäkringskassan (2019b). *Sjukpenning i förebyggande syfte* (Rättslig kvalitetsuppföljning 2019:06).
- Inspektionen för socialförsäkringen (2020). *Förebyggande sjukpenning: En granskning av förmånen förebyggande sjukpenning* (ISF granskar och analyserar 2020:6).
- Inspektionen för socialförsäkringen (2015). *Försäkringsmedicinska rådgivares roll i enskilda ärenden* (ISF granskar och analyserar 2015:17).
- Mannelqvist, R., Järvholm, B., & Karlsson, B. (2016). *Arbete och arbetsmarknad i sjukförsäkringen*, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- SFS 2010:110. *Socialförsäkringsbalk*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (1981). *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* (Regeringens proposition 1981/82:97). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (1990). *Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.* (Regeringens proposition 1990/91:141). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (1991). *Om vissa socialförsäkringsfrågor, m.m.* (Regeringens proposition 1991/92:40). Stockholm: Regeringskansliet.

Vem vet bäst? Bristande samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

Socialdepartementet (1994). *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta* (Regeringens proposition 1994/95:147). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialdepartementet (2008). *Socialförsäkringsbalk* (Regeringens proposition 2008/09:200). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialdepartementet (2020). *Ett mer ändamålsenligt regelverk i sjuk- och aktivitetsersättningen och för förmåner vid rehabilitering* (Kommittédirektiv 2020:31). Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 1988:41 *Tidig och samordnad rehabilitering: samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m.* Stockholm: Allmänna förlaget

SOU 2020:6 *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering.* Stockholm: Norstedts.

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings och rehabiliteringsprocess: Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner 2020.*

Vahlne Westerhäll, L. (2002). Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950–2000. Stockholm: Norstedts.

Vahlne Westerhäll, L., Thorpenberg, S., & Jonasson, M. (2009). Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen: Styrning, legitimitet och bevisning, Stockholm: Santérus.

Vahlne Westerhäll, L. (2012a). Socialrättens regelsystem, rättskällor och tolkningsnormer, *Nordisk Socialrättslig tidskrift*, 5–6, 7–34.

Vahlne Westerhäll, L. (2012b). Rättsstatliga aspekter på sjukförsäkringsprocessen med betoning på begreppen sjukdom och arbetsförmåga, *Förvaltningsrättslig tidskrift*, 2, 201–219.

Vahlne Westerhäll, L. (2016). Rättsliga kvaliteter inom vården, *Vetenskap och beprövad erfarenhet*, Lund: Lunds Universitet, 21–28.

Vahlne Westerhäll, L. (2020). Är försäkringsmedicinska utredningar hälso- och sjukvård?, *Socialmedicinsk tidskrift*, 97(2), 324–337.

Wahlberg, L. (2016). Konceptuella utmaningar i gränslandet mellan juridik och medicin, *Vetenskap och beprövad erfarenhet*, Lund: Lunds Universitet, 47–56.

<sup>i</sup> Det fanns även tidigare en möjlighet till förebyggande sjukpenning även innan rehabiliteringsreformen, genom bestämmelsen om medicinsk rehabilitering i numera upphävda 2 kap. 11 § lagen om allmän försäkring (SFS 1962:381). Det som var nytt med rehabiliteringsreformen var syftet att förebygga sjukdom.

<sup>ii</sup> Det kan dock noteras att även arbetslösa omfattas av förmånen, HFD 2019 ref 41.

<sup>iii</sup> För den som deltar i arbetslivsriktad rehabilitering kan istället rehabiliteringspenning enligt 31 kap. socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110) vara ett alternativ.

<sup>iv</sup> Ersättning lämnas även i samband med utredning beslutad av Försäkringskassan (trots att detta inte utgör medicinsk behandling eller rehabilitering), se myndighetens rättsliga ställningstagande 2008:04.

<sup>v</sup> Ett sådant mer holistiskt perspektiv, som också innefattar förebyggande åtgärder, kan sägas vara en del av hälso- och sjukvårdens reglerade uppdrag, 3 kap. 1–2 §§ hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), vilket tillkom i samband med införandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag, prop. 1981/82:97, s. 12.