

Tack för juridiskt klarläggande, Lotta Vahlne Westerhäll!

Det är välgörande att se en så väl genomtänkt och logisk text som tar upp de centrala frågorna kring principerna för sjukskrivning. Jag har följt debatten om lagen om sjukskrivning, den så kallade rehabiliteringskedjan, sedan 2008 då den hastigt tvingades igenom i Riksdagen. Jag var med när frågan då diskuterades i Socialförsäkringsutskottet. Många tunga organisationer var representerade, såsom Försäkringskassan, LO, SACO, TCO, Företagarna, Industriförbundet och Socialstyrelsen. Det rådde nästan enighet i lokalen om att lagförslaget skulle komma att leda till svåra komplikationer och att man borde tänka ett varv till innan man införde lagen. Men några dagar senare röstade i alla fall riksdagen igenom lagen. Ett starkt skäl till brådskan var att man ansåg att sjuktalen var orimligt höga. Dock påpekade man från Försäkringskassan att sjuktalen redan hade börjat gå ned och man predicerade att de skulle fortsätta att gå ned även om lagen inte infördes.

Nu, tretton år senare, går Lotta Vahlne-Westerhäll igenom lagens historia och dess tillämpning. Hon pekar på en rad problem med lagen från 2008 och analyserar även den nyligen i proposition föreslagna lagändringen (regler inom sjukförsäkringen 2020/21:78).

Ett centralt problem när man skall formulera en lag om sjukskrivning är att det finns såväl ett biologiskt/biomedicinskt som ett socialmedicinskt begrepp, och dessa begrepp måste föras samman i beslutsunderlagen om rätt till sjukpenning. Vi tror kanske att vi alla förstår vad det biomedicinska begreppet står för men det gör vi faktiskt inte alltid. En medicinsk bedömning skall bygga på ICD-10 som är det nu aktuella internationella systemet för sjukdomsklassifikation. Många föreställer sig kanske att det enda som förekommer där är objektivt verifierbara medicinska diagnoser. Men så är det inte, det finns också diagnoser som baseras enbart på symptom som patienten upplever. Lotta Vahlne påpekar att bedömningen av vem som har rätt till sjukpenning skulle vara lätt att genomföra om den enbart baserades på diagnos enligt ICD-10. Men i lagtexterna och i tillämpningarna av dessa blandas begreppen ihop. Författaren påpekar att en sådan sammanblandning av biomedicinskt och socialmedicinskt synsätt skapar möjlighet för politikerna att styra vem som i praktiken får rätt till sjukpenning och vem som inte får. Detta skapar rättsosäkerhet. Istället för en sjukförsäkring med klara och tydliga kriterier får vi en otydlig regelsamling som lydiga tjänstemän på olika nivåer i försäkringsprocessen kan använda till att göra det svårt eller lätt för patienterna att få rätt till sjukpenning beroende på vilka signaler de får från politikerna.

Under min mest aktiva period anlätades jag i min egenskap av läkare och stressforskare ofta som medicinskt sakkunnig av domstolar i arbetsskadeärenden. Jag upplevde att domarna hade en tendens att identifiera medicinska experter som kunde förväntas ha en "liberal" respektive "restriktiv" hållning. När vi hade borgerlig regering med styrning åt det restriktiva hållet tenderade man att anlita restriktiva och när man hade en socialdemokratiskt dominerad regering skickade man fler av ärendena till de liberala experterna. Kanske skedde detta omedvetet. Det skall också sägas att detta är mycket svårt att objektivt kartlägga i efterhand så jag vet inte vilken omfattning detta eventuella selekterande kan ha haft. Men det är inte bra att lagar och praxis är så pass oklart formulerade att en politisk styrning av detta slag kan misstänkas.

Den centrala frågan är: Hur skall man hantera kraven på objektiva kriterier på sjukdom? Självklart ställs frågan på sin spets när vi har att göra med tillstånd som domineras av subjektiva symptom, dvs smärtor och psykiskt betingad arbetsförmåga. Så här formulerar Lotta Vahlne-Westerhäll problemet:

En diagnos med en i ICD-10 upptagen diagnoskod betecknas som en sjukdom även om den "utgörs" av symptom.... Hur kan man då i beslutsstöden (de från Socialstyrelsen 2007) snäva in gruppen av tillstånd som ger rätt till ersättning genom att uppfordra till verifierbarhet och till objektiva kriterier? Det...skapar utrymme...att använda sjukdomsbegreppet i styrpolitiskt syfte.

Vad som ytterligare komplicerar bedömningarna är att tidsfaktorn spelar allt större roll ju längre sjukfallet pågått. Diskussionerna har handlat mycket om 180-dagars-gränsen. Enligt lagen från 2008 gäller att den sjukes arbetsförmåga fram till denna gräns skall prövas mot tidigare arbete medan när gränsen passerats arbetsförmågan skall prövas mot "allt arbete på arbetsmarknaden". Om det nya förslaget går igenom kommer detta att luckras upp men att tidsfaktorn påverkar bedömningarna kommer säkert att gälla framgent också. Som Lotta Vahlne-Westerhäll skriver:

Man menar att ju längre ett sjukfall pågår desto mindre blir det en fråga om medicinska bedömningar och desto mer blir det en renodlad försäkringsfråga. Den sk rehabiliteringskedjan blir då bärare av ett dylikt "tomt" arbets(o)förmågebegrepp.

Läget är enligt Vahlne-Westerhäll juridiskt oklart. Vi har länge haft mycket besvärliga diskussioner i enskilda fall av utmattningssyndrom och ME (kroniskt trötthetssyndrom). Detta är tillstånd utan objektiva förändringar som kan mätas med mått som normalt används i primärvård eller sjukhusvård. Däremot kan man konstatera att patienter med de här diagnoserna faktiskt har för-

ändringar – fast inte med normalt förekommande kliniska lab-tester utan med mera avancerade undersökningsmetoder. Så t ex har studier av patienter med utmattningssyndrom visat att de kan ha förändringar i de delar av hjärnan som ansvarar för energireglering och att de också kan ha problem med regleringen av stresspåslag som är nödvändig för att man skall klara av stress-situationer. Även vid ME föreligger sänkt förmåga att reglera kortisolsvaret vid stress. Men det är inte rimligt att göra mycket avancerade funktionella magnetresonansundersökningar eller endokrinologiska belastningstester på alla patienter med utmattningssyndrom och ME. Det borde vara tillfyllest att det bakom de här tillstånden oftast finns biologiska funktionsrubbnings som är möjliga att påvisa på patientgruppen. Och om det då finns väl dokumenterade symtom överensstämmande med en sådan rubbning som nedsätter arbetsförmågan bör detta räcka för att patienten skall ha rätt till sjukpenning.

De distriktsläkare är legio som har haft långa för dem förödmjukande korrespondensprocesser i patientärenden som gällt utmattningssyndrom och ME. En vanlig upplevelse hos dessa läkare är att Försäkringskassans tjänstemän varit kitsliga paragrafryttare som utnyttjat sitt överläge som slutinstans mot läkarna som innehar den medicinska kompetensen och dessutom träffat och undersökt patienten. Patienterna har i sin tur ofta hamnat i mycket svåra situationer. De har riskerat att bli utförsäkrade från sjukförsäkringen och är kanske redan utförsäkrade från arbetslöshetsförsäkringen. Slagsmålen om hur deras ärende skall bedömas kan dra ut på tiden i månader och år. I diskussionerna i Riksdagens Socialutskott 2008 påpekade jag att sådant ur patienternas synpunkt är bokstaveligen livsfarligt och att fall av ”försäkringssuicid” och ”försäkringshjärtinfarkt” mycket väl skulle kunna inträffa. Sådana fall finns också anekdotiskt beskrivna även om det är svårt att hundraprocentigt bevisa sambanden.

Men om man följer Lotta Vahlne Westerhälls resonemang handlar det här om luddig försäkringsjuridik med oklar tillämpning. Det som för mig är nytt i hennes resonemang är att hon pekar på att gummiparagrafer kan användas för otillåtlig politisk styrning. Nu i coronatider har frågan fått ytterligare aktualitet (Mars 2021, se bl a Göteborgsposten, Theorell, Werme, Bertling) eftersom ett stort antal patienter har drabbats av sena komplikationer till genomgången covid-19. Som flera har påpekat inte bara i Sverige är en sådan komplikation ett syndrom som verkar att vara identiskt med kroniskt trötthetssyndrom (Myalgisk Encefalit, ME). Att syndromet skulle kunna uppträda efter genomgången covid-19-infektion är inte överraskande eftersom den dominerande teorin bakom ME är att tillståndet uppkommer efter en längre tids stress och utlöses av en infektion. I internationell vetenskaplig litteratur talar man redan om ”ME efter covid-19”, och det anses dessutom vara ett vanligt tillstånd jämte en rad andra neurologiska tillstånd, bl a anosmi (som beror på en förändring i hjär-

nan), efter covid-19. Man kan ju hoppas att de patienter som utvecklar sådana symptom inte skall behöva hamna i långa uppsplitande konflikter mellan Försäkringskassan och ansvariga läkare. Det är ju som Lotta Vahlne-Westerhäll påpekar bortfallet i arbetsförmåga som är det avgörande. Kopplingen till organiska förändringar i kroppen skall aldrig vara avgörande. Däremot måste förstås den medicinska undersökningen ändå vara grundlig och klarläggande, och läkarintygen måste vara väl genomtänkta och fullständiga.

För mig som gammal fd sjukskrivande doktor är det en lisa att se Lotta Vahlne-Westerhälls text. Här har vi någon som verkligen benar upp begreppen ur en strikt juridisk synpunkt och försöker se mellan raderna på lagtexterna. Vad är det egentligen lagstiftarna vill? Ja, i varje fall verkar det som om de här texterna innehåller för många kompromisser och lämnar utrymme för godtyckliga tolkningar. Det gör i sin tur att många patienter och även läkare och försäkrings-tjänstemän blir olyckliga.

En reflektion som jag gjort flera gånger när jag kunnat bevittna sådant är hur snabbt och slarvigt man många gånger behandlar dessa svåra frågor i politiken. Principer för rätt till sjukpenning är oerhört komplicerade saker som kräver noggranna analyser. Införandet av ”rehabiliteringskedjan” år 2008 är ett utmärkt exempel. Efter en kort utredning var det bråttom att införa en stor förändring. I diskussionerna i Socialutskottet var det flera talare som försökte mana till besinning: Testa det här i något landsting under en period och utvärdera effekterna innan det införs i stor skala. Men det politiska systemet är inte byggt för sådant, de som fått mandat har för lite tid på sig. Så blir det för korta remisstider, och ogenomtänkta förslag genomförs i stor skala. Som Ralph Ledel, mäktig moderat landstingspolitiker i Stockholm, uttryckte det: *Nej sådana utvärderingar skall vi inte hålla på med. Man genomför helt enkelt och blir det fel får man väl rätta till det!*

Töres Theorell

*Invärtes- och socialmedicinare samt
professor emeritus i psykosocial medicin vid Karolinska Institutet*