GÖTEBORGS UNIVERSITETSBIBLIOTEK
100151 3367

√ häll-Gisselsson

Sjukdom och arbetsoförmåga

Om rätten till sjuk-penning

NORSTEDTS

GÖTEBORGS·UNIVERSITETS·BIBLIOTEK

Ekonomiska biblioteket

105 234

Juridikbok.se

Denna digitala version av verket är nedladdad från juridikbok.se.

Den licens som tillämpas för de verk som finns på juridikbok.se är **Creative Commons CC BY-NC 4.0**. Licensvillkoren måste följas i sin helhet och dessa finner du här https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.sv

Sammanfattningsvis innebär licensen följande:

Tillstånd för användaren att:

• Kopiera och vidaredistribuera materialet oavsett medium eller format

• Bearbeta och bygga vidare på materialet

Villkoren för tillståndet är:

• Att användaren ger ett korrekt erkännande, anger en hyperlänk till licensen och anger om bearbetningar är gjorda av verket. Detta ska göras enligt god sed.

• Att användaren inte använder materialet för kommersiella ändamål.

• Att användaren inte tillämpar rättsliga begränsningar eller teknik som begränsar andras rätt att gör något som licensen tillåter.

Se även information på
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.sv

http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:juridikbokse-f43fb

Sjukdom och arbetsoförmåga

SJUKDOM OCH ARBETSOFÖRMÅGA

Om rätten till sjukpenning

av

LOTTA WESTERHÄLL-GISSELSSON

Jur lic, gb

Akademisk avhandling

som för avläggande av juris doktorsexamen framställes till offentlig granskning vid disputation, som äger rum lördagen den 10 december 1983 kl 10.15 å Carolinasalen, Kungshuset, Lundagård

Organisation
LUND UNIVERSITY

Document name
DOCTORAL DISSERTATION

Date of issue

CODEN: LUJUDV/JUSO–1001/1–415 (1983)

Author(s)
Lotta Westerhäll-Gisselsson

Sponsoring organisation

Title and subtitle

Sickness and Incapacity for Work
Some Observations Concerning the Right to Sickness Allowance

A4 A5

Abstract

The purpose of the dissertation is to supply a thorough description of the application of legal rules in cases involving the right to sickness benefits. In the course of the inquiry, the content ascribed to the concepts "sickness" and "incapacity for work" proved to be an essential point. The analysis of the judicial application is based on 1,250 rulings issued by the Insurance Courts. The analysis has shown that the sickness concept which determines whether a person is entitled to sickness benefit/allowance does not always coincide with the medical content of the concept "sickness". In most cases, somatic complications which can be diagnosed objectively are regarded as sicknesses from the point of view of health-insurance law as well as from a medical standpoint. However, symptom diagnoses concerning various dorsal and gastric complaints as well as mental disorders do not usually entail the right to sickness benefits for any appreciable length of time. The concept "sickness" is ambiguous and vague. According to the way this term is used, it can assist in debarring some groups of insured persons from the insurance schemes while helping to incorporate others.

The concept "incapacity for work" is liable to even more varying interpretations. The inquiry proceeds from the assumption that the content of this concept is, in terms of social-insurance law, made up of two major components: factual incapacity and prophylactic incapacity (that is, the insured party had better refrain from working if he/she is to be properly cured). Obviously, there are no fixed rules determining which of the two that applies in each particular case. Hence, the adjudicating body is always able to demand proof of factual incapacity for work.

The best person to certify prophylactic incapacity for work is the physician. Still, the physician's view of the matter is disregarded in a number of cases where no reason for this proceeding are submitted.

In the making of a fair number of decisions, the medical content of the "incapacity" concept applied in each case plays rather an insignificant part. Occasionally, in fact, it disappears entirely. Instead, the concept has been employed as a purely legal-technical one. Factors belonging outside the actual compass of the concept have been allowed to determine whether the insured person would in fact receive benefits. Where a partial incapacity for work is concerned, for instance, the nature of the work involved and the size of the income have decided whether an incapacity for work could be said to exist. Other legal-technical considerations concern the work to which the incapacity should be related, an issue which is, in its turn, dependent on the duration of the sickness period.

When that period is an extended one, the insured party's incapacity for work is no longer related to his/her ordinary employment but to the "entire labour market". In some cases, the incapacity has been related to one or several definite jobs

Key words A4 A5

Social insurance, sickness benefit/allowance, sickness, incapacity for work, Insurance Office, Insurance Courts, medical certificate, reporting sickness, rehabilitation, vocational training.

Classification system and/or index terms (if any)

Supplementary bibliographical information

Language
Swedish

ISSN and key title

ISBN
91-1-837431-X

Recipient's notes

Number of pages
415 sidor

Price

Security classification

Distribution by (name and address)
PA Norstedt & Söners förlag, Box 2052, S-103 12 Stockholm (Sweden)

I, the undersigned, being the copyright owner of the abstract of the above-mentioned dissertation, hereby grant to all reference sources permission to publish and disseminate the abstract of the above-mentioned dissertation.

Signature _____ Date _____

DOKUMENTDATABLAD enl SIS 61 41 21

CODEN:

A4 A5

which have been felt to be easier than the insured person's original working assignments and hence "suitable". In other cases, though, no demands for a suitable job have been raised.

In some situations, the vital issue is not to be found in the varying content of the conditions pertaining to sickness and incapacity; instead, the essential point consists in an augmented demand for evidence supporting the right to sickness benefit. This kind of situation can arise if the insured party has neglected an obligation which should have been observed when he/she fell ill. For example, the person concerned may have failed to report the sickness, or to submit a medical certificate, at the proper time. Another contingency where an augmented demand for evidence applies concerns the case where an insured person is taken ill while abroad. In addition, there are situations where the insured party's sickness and incapacity for work have been proved but where he/she still does not receive any benefit. Instead, he/she is affected by the sanction termed "withdrawal of sickness benefit", a sanction which comes into operation when an insured person has failed to observe his/her obligation to request the Insurance Office's permission to receive sickness benefit during sojourns abroad, or refused to undergo rehabilitative measures.

A4 A5

Lotta Westerhäll-Gisselsson

Sjukdom och arbetsoförmåga

Om rätten till sjukpenning

P A Norstedt & Söners Förlag
Stockholm

Mångfaldigande av innehållet i denna bok, helt eller delvis,
är enligt lag om upphovsrätt av den 30 december 1960 förbjudet
utan medgivande av förlaget, P A Norstedt & Söners Förlag AB, Stockholm.
Förbudet gäller varje form av mångfaldigande, genom tryckning,
kopiering, bandinspelning etc.

ISBN 91-1-837431-X
© Lotta Westerhäll-Gisselsson,
P A Norstedt & Söners Förlag AB
Omslag: Rolf Hernegran
Studentlitteratur AB
Lund 1983

EKONOMISKA BIBLIOTEKET
OCT. 60 R

Förord

Jag påbörjade detta arbete under år 1980. Under tiden fram t o m vt 1983 har jag kunnat vara halvt tjänstledig från min lärartjänst vid Juridiska institutionen dels p g a värdefullt bistånd av Humanistisk-Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet, dels genom innehav av halv arvodestjänst vid Lunds universitet.

Professor Anna Christensen har varit min handledare. Under hela avhandlingsarbetet har hon bistått mig på mångahanda sätt. Hennes stora intresse för mitt avhandlingsarbete och hennes smittande entusiasm har varit en ständig inspirationskälla för mig. Professor Rune Lavin har läst igenom manuskriptet och därvid gjort många värdefulla påpekanden. Hans kunskaper och hans hjälpsamhet har betytt mycket för mitt arbete.

Arbetet hade svårligen kunnat genomföras utan det bistånd i form av ett stort skriftligt material, upplysningar av skiftande slag samt ett vänligt bemötande som jag erhållit från många verksamma vid Riksförsäkringsverket. Försäkringsrätten för Södra Sverige, Försäkringsrätten för Mellansverige, Försäkringsrätten för Norra Sverige samt Försäkringsöverdomstolen har på ett förtjänstfullt sätt underlättat mitt arbete genom att tillhandahålla nödvändig information. Malmöhus Allmänna Försäkringskassa har varit tillmötesgående på olika sätt, bl a genom att låta mig studera det praktiska arbetet vid lokalkontor. Personal vid försäkringskassan i Dalby har härvid ställt upp på ett för mitt arbete värdefullt sätt.

Jag har från institutionen erhållit mycken hjälp i samband med utskrift av mitt manuskript. Institutionssekreterarna Ann-Christin Bedbo och Yvonne Bylén samt akademiska sekreteraren Kerstin Ulveland har härvid lagt ned ett stort arbete, vilket har kännetecknats av kunnighet och noggrannhet.

Docenten Hans-Heinrich Vogel har översatt en sammanfattning av avhandlingen till tyska språket.

Min far har lämnat god hjälp vid genomläsning av manuskriptet.

För all den hjälp som jag på detta sätt har erhållit under mitt avhandlingsarbete tackar jag varmt.

Jag har också erhållit ekonomiskt bistånd under arbetets gång samt till täckande av tryckningskostnaderna. Jag tackar hjärtligt för de bidrag som jag erhållit ur Emmy Ekbergs Stipendiefond, Emil Heijnes Stipendiefond, Ragnar och Torsten Söderbergs Stipendiefond samt från Kungliga och Hvitfeldtska Stipendieinrättningen.

Åkarp den 19 juli 1983

Lotta Westerhäll - Gisselsson

Innehåll

Förkortningslista 13

1 Inledning 15

2 Allmänt om förutsättningarna för rätten till sp 19
2.1 Historisk bakgrund 19
2.1.1 Allmänna ändamålsöverväganden 19
2.1.2 Villkor för ersättningsrätt 22
2.2 Bosättning i Sverige 24
2.3 Förvärvsinkomst 27

3 Försäkringsadministrationen 32
3.1 Allmänt om försäkringsadministrationen och dess utveckling 32
3.2 De allmänna försäkringskassorna (fk) 36
3.2.1 Organisation och arbetsuppgifter 36
3.2.2 Åtgärder och beslut rörande sjukkontroll 38
3.2.3 Åtgärder och beslut rörande rehabilitering 41
3.2.4 Utformning och motivering av beslut 42
3.2.5 Självrättelse enligt AFL 20:10 a 44
3.2.6 Omprövning och besvär 45
3.3 Försäkringsrätterna (FR) 47
3.4 Försäkringsöverdomstolen (FÖD) 52
3.5 Riksförsäkringsverket (RFV) 56
3.5.1 Besvärsverksamheten 56
3.5.2 Tillsynsverksamheten 61

4 Df:s förpliktelser i samband med sjukfallet 72
4.1 Df:s förpliktelse att göra sjukanmälan 73
4.1.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse, bakgrunden till denna samt fk:s handläggningsrutiner 73
4.1.2 Tidigare rättstillämpning 75
4.1.3 Aktuell rättstillämpning 78
4.1.3.1 Omständigheter som hindrar eller försvårar sjukanmälan 78

4.1.3.2 Bristande kännedom om förpliktelsen 81
4.1.3.3 Två sjukperioder 84
4.1.3.4 Bevisfrågor rörande tidpunkten för sjukanmälan 86
4.1.4 Slutsatser 89
4.2 Df:s förpliktelse att förete läkarintyg 90
4.2.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse och bakgrunden till denna 90
4.2.2 Rättstillämpningen 91
4.2.2.1 Df:s aktivitetsgrad 92
4.2.2.2 Retroaktiv sjukskrivning 97
4.2.2.3 Bevisfrågor rörande företeendet av läkarintyg 99
4.2.2.4 Läkarintygsföreläggande 99
4.2.3 Slutsatser 100
4.3 Df:s förpliktelse att ansöka om tillstånd att uppbära sp under utlandsresa 101
4.3.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse, bakgrunden till denna samt fk:s handläggningsrutiner 101
4.3.2 Rättstillämpningen 103
4.3.2.1 Tillståndsprövning 103
4.3.2.1.1 Prövning jämlikt AFL 3:7 103
4.3.2.1.2 Prövning jämlikt AFL 3:17 första stycket b) 106
4.3.2.2 Sanktionsprövning jämlikt AFL 3:17 första stycket b) 109
4.3.3 Slutsatser 112
4.4 Df:s förpliktelse att underkasta sig undersökningar och rehabiliterande åtgärder 114
4.4.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse och bakgrunden till denna 114
4.4.2 Indragning av sp jämlikt 20:3 första stycket c) 115
4.4.3 Indragning av sp jämlikt 20:3 sista stycket 117
4.4.3.1 Fk:s handläggningsrutiner 117
4.4.3.2 Indragning av sp vid krav på medicinsk rehabilitering 119
4.4.3.2.1 Specialistremiss 119
4.4.3.2.2 Remiss till RFV:s sjukhus 121
4.4.3.2.3 Rättstillämpningen 124
4.4.3.3 Indragning av sp vid krav på yrkesinriktad rehabilitering 128
4.4.3.3.1 Remiss till arbetsvårdsorgan 128
4.4.3.3.2 Rättstillämpningen 130

4.4.4 Slutsatser 133
4.5 Df:s förpliktelse att avhålla sig från arbete och andra aktiviteter under pågående sjukfall 133
4.5.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse, bakgrunden till denna samt fk:s handläggningsrutiner 133
4.5.2 Förvärvsarbetande arbetsinsats 135
4.5.2.1 Huvudregel jämte modifikationer 135
4.5.2.2 Sammanträden 137
4.5.2.3 Hemsysslor 139
4.5.2.4 Studier 140
4.5.2.5 Fritidsaktiviteter 141
4.5.2.6 Företagares arbetsinsats 144
4.5.3 Hemarbetandes arbetsinsats 147
4.5.3.1 Hemmamakeförsäkrade 147
4.5.3.2 Fosterföräldrar 148
4.5.4 Slutsatser 152

5 Sjukdom och arbetsoförmåga 164
5.1 Innehåll och disposition 164
5.2 Allmänt om läkarintyget och handläggningsrutinerna 165
5.2.1 Det fria läkarintygssystemet 165
5.2.2 Fk:s läkarintygshandläggning 169
5.3 De intygsskrivande läkarna 172
5.3.1 Specialisterna 173
5.3.2 Läkarbyten 174
5.3.3 De utländska läkarna 174
5.3.4 Läkare med "generös" sjukskrivningspraxis 179
5.4 Det medicinska sjukdomsbegreppet 179
5.5 Det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet 183
5.5.1 Medfödda kroppsfel m m 183
5.5.2 Vissa gynekologiska operationer 189
5.5.3 Störningar under graviditet 192
5.5.3.1 Graviditetskomplikationer 194
5.5.3.1.1 Den medicinska uppfattningen 194
5.5.3.1.2 Den försäkringsrättsliga uppfattningen 197
5.5.3.2 Olämplig arbetsmiljö 204
5.5.3.3 Vanliga sjukdomar orsakade av graviditet 205
5.5.4 Psyko-sociala faktorer 207
5.5.5 Symptomdiagnoser 209

5.5.6 Slutsatser 211
5.6 Läkarnas bedömning av arbetsoförmåga 213
5.7 Arbetsoförmåga i rättstillämpningen 215
5.7.1 Arbetsoförmåga under den intygsfria tiden 215
5.7.2 Arbetsoförmåga under intygstiden 217
5.7.2.1 Arbetsoförmåga vid symptomdiagnoser 217
5.7.2.2 Normal sjukskrivningstid 220
5.7.3 Arbetsoförmåga som juridisk-tekniskt begrepp 221
5.7.3.1 Partiell arbetsoförmåga 221
5.7.3.2 Andra omständigheter av betydelse för arbetsoförmågebegreppet 229
5.7.4 Slutsatser 230

6 Långa sjukfall 243
6.1 Problemställning 243
6.2 Statistik rörande sjukfallens längd 245
6.3 Utredning och bevakning av långa sjukfall 247
6.3.1 Fk:s handläggningsrutiner 247
6.3.2 Statistik rörande avslutningsanledningar 249
6.4 Indragning av sp jämlikt AFL 3:7 254
6.4.1 Fk:s handläggningsrutiner 255
6.4.2 Sjukdomsvillkoret i rättstillämpningen 255
6.4.3 Arbetsoförmågevillkoret i rättstillämpningen 262
6.4.3.1 Arbetsoförmågerelatering till det ursprungliga arbetet 262
6.4.3.2 Arbetsoförmågerelatering till hela arbetsmarknaden 264
6.4.3.3 Arbetsoförmågerelatering till hemarbete 270
6.4.4 Slutsatser 273
6.5 Övergång till förtidspension 273
6.5.1 Förutsättningar för förtidspension 273
6.5.2 Samordningen mellan sp och förtidspension 276
6.5.3 Övergång till fk-initierad förtidspension 277
6.5.3.1 Statistik 277
6.5.3.2 Df:s skäl att motsätta sig övergång från sp till förtidspension 279
6.5.3.3 Rättstillämpningen 280

7 Sp i samband med rehabilitering 294
7.1 Problemställning 294
7.2 Arbetsvård 295

7.2.1 Lagar och författningar om sp i samband med arbetsvård 295
7.2.2 Fk:s handläggningsrutiner vid frågan om sp i samband med arbetsvård 298
7.2.3 Viss statistik rörande fk:s rehabiliterande åtgärder 301
7.2.4 Rättstillämpningen rörande sp i samband med arbetsvård 304
7.2.4.1 Sp i avvaktan på arbetsvård 304
7.2.4.2 Sp under arbetsvård i allmänhet 307
7.2.4.3 Sp under arbetsmarknadsutbildning 311
7.2.4.4 Sp efter arbetsvård 314
7.2.4.5 Slutsatser 315
7.3 Funktionsträning 316
7.3.1 Bakgrund och frågeställningar 316
7.3.2 Rättstillämpningen 317
7.4 Utlandsvård 322
7.4.1 Bakgrund och frågeställning 322
7.4.2 Rättstillämpningen före 1981 323
7.4.2.1 Psoriasis 323
7.4.2.2 Reumatiska besvär 328
7.4.2.3 Andra sjukdomar 333
7.4.3 Regelbildning och rättstillämpning i samband med tillkomsten av RFFS 1981:4 334
7.4.4 Handläggning och rättstillämpning efter tillkomsten av RFFS 1981:4 339
7.5 Slutsatser 341

8 Avslutning 347

Litteratur 352

Förarbeten, handböcker, rapporter m m 360

RFV:s cirkulär och kungörelser 364

Rättsfallsregister 365

Zusammenfassung 403

Förkortningslista

AFL	Lag (1962:381) om allmän försäkring
ALU	Kurser rörande arbetsliv och utbildning
AMI	Arbetsmarknadsinstitut
AMI-S	Arbetsmarknadsinstitut med särskilda resurser
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
AMU	Arbetsmarknadsutbildning
AU	Arbetsmarknadsutskottet
ck	Centralkontor vid allmän försäkringskassa
df	Den/de försäkrade
DsS	Departementsbetänkande från socialdepartementet
FD	Försäkringsdomstolen
fk	(De) allmänna försäkringskassor(na), (den) allmän(na) försäkringskassa(n)
fp	Föräldrapenning
FR	Försäkringsrätt/-en/-er,/-erna
FRM	Försäkringsrätten för Mellansverige
FRN	Försäkringsrätten för Norra Sverige
FRS	Försäkringsrätten för Södra Sverige
FT	Förvaltningsrättslig Tidskrift
FÖD	Försäkringsöverdomstolen
hp	Havandeskapspenning
JO	Justitieombudsmannen
lk	Lokalkontor vid allmän försäkringskassa
MF	Medicinalväsendets författningssamling
OE	Ombudsenheten vid RFV
OT	Kurser i form av omställning och träning
prop	Kunglig/Regeringens proposition
R & D	Riksdag och Departement
RFFS	Riksförsäkringsverkets författningssamling
RFV	Riksförsäkringsverket
RRV	Riksrevisionsverket
rskr	Riksdagens skrivelse

SAMN	Statens arbetsmarknadsnämnd
SAVFS	Statens arbetsgivarverks författningssamling
SFS	Svensk författningssamling
Sfu	Socialförsäkringsutskottet
SGI	Sjukpenninggrundande inkomst
S-handbok	Handbok rörande "korta" sjukfall som handläggs på sjukförsäkringsavdelning
SN	Socialstyrelsen
Sof	Socialförsäkring
SOSFS(M)	Socialstyrelsens författningssamling (medicinalfrågor)
SOU	Statens offentliga utredningar
sp	Sjukpenning/-en
S-sektion	Avdelning på fk som handlägger "korta" sjukfall
SvJT	Svensk Juristtidning
TAF	Tidskrift för allmän försäkring
TfR	Tidsskrift for Rettsvitenskap
T 2	Andra tillsynsbyrån vid RFV
U-handbok	Handbok rörande sjukfall som handläggs på utredningsavdelning
U-sektion	Avdelning på fk som utreder sjukfall (oftast långa sjukfall)

1 Inledning

Sjukpenningförsäkringen är en av hörnstenarna i det svenska socialförsäkringssystemet. Många människor är för kortare eller längre tid beroende av sjukpenning för sin försörjning. Socialförsäkringsrätten har varit ett försummat forskningsområde. Detta gäller särskilt sjukpenningförsäkringen. De viktigaste arbetena är Allan Lundbergs och Erik Malms bok Hitta rätt i allmän försäkring (1974) och Rune Lavins bok Rätten till sjukpenning (1983).[1] Det finns även en kommentar till lagen om allmän försäkring.[2]

I detta arbete behandlas de två centrala rekvisiten för rätt till sjukpenning (sp), nämligen sjukdom och arbetsoförmåga samt vissa närliggande frågor.

Huvudsyftet är att ge en realistisk bild av hur rättstillämpningen fungerar på detta område, hur besluten fattas, vilka grupper och vilka individer som får respektive inte får ersättning - det resursfördelande innehållet i reglerna samt hur reglerna kan påverka de försäkrades beteende - det beteendepåverkande innehållet i reglerna. I vissa regler är det beteendepåverkande inslaget så uttalat, att de kan betraktas som sanktionsregler.

Beskrivningen av rättstillämpningen skall också göra det möjligt att fastställa gällande rätt på området. Att fastställa gällande rätt innebär att med utgångspunkt i vedertagna rättskällor ange den rätta lösningen på de problem, som uppkommer i rättstillämpningen. Rättsområdets karaktär skapar emellertid vissa svårigheter att använda traditionell juridisk metod. Orsakerna härtill är flera.

Reglerna rörande sp skiljer sig på många viktiga punkter från det privaträttsliga rättssystemet. Rättsreglernas funktion är inte att lösa individkonflikter utan att fördela ekonomiska resurser mellan olika medborgargrupper. Vidare är regelsystemet i ständig omvandling och det ställs höga krav på flexibilitet, t ex vid ett kärvare ekonomiskt läge.

Lagreglerna rörande sp kännetecknas av uppställandet av vissa yttre gränser, inom vilka det finns utrymme för andra former av regelbildning. Den teknik, som har använts vid lagstiftningen på detta område, liknar delvis den, som ligger till grund för 1970-talets

ramlagstiftning i flera andra lagstiftningssammanhang. Denna teknik sammanhänger med rättsordningens förändrade funktion i samband med övergången från judiciellt beslutsfattande till administrativt mer målinriktat beslutsfattande.

Det som egentligen sker i samband med tillämpning av sp-lagstiftningen är, att normbesluten sker på tillsyns- och tillämparnivån. Lagen ger endast de ramar, som myndigheterna måste hålla sig inom, ramar, som i förstone synes tämligen detaljerade och preciserade men som vid närmare granskning visar sig ge utrymme för en tämligen vidsträckt normavvägning på tillsyns- och tillämparnivå.

Vid denna normavvägning hämtas ledning även från andra källor än de traditionella rättskällorna, t ex handböcker rörande handläggningsrutiner, ofta med olika datatekniska inslag samt undervisningsmaterial.

Även den rättstillämpande organisationen är annorlunda i jämförelse med den organisation, som handhar civil- och straffrättsskipning. Första instans där den stora mängden ärenden avgörs är inte juristdominerad. Rättstillämpning genom prejudikat har inte spelat samma roll som inom civil- och straffrätten. Domstolsprövning av sjukpenningärenden blev möjlig så sent som 1961, då Försäkringsdomstolen inrättades. Antalet publicerade avgöranden har varit få. Även oerhörda ärendemängder skiljer detta rättsområde från andra rättsområden, t ex civilrätt och straffrätt.

För att beskriva villkoren sjukdom och arbetsoförmåga för rätt till sp har jag undersökt den lagstiftning, de förarbeten samt den doktrin som berör området. Jag har inte behandlat utländsk rätt. Jag har systematiskt gått igenom alla domar rörande sjukpenningrätt, som meddelats av Försäkringsdomstolen-Försäkringsöverdomstolen under tiden 760101 - 810630. Under tiden därefter har jag bevakat rättsutvecklingen vid Försäkringsöverdomstolen. Vidare har jag gått igenom försäkringsrätternas domar rörande sjukpenningrätt fr o m dessas tillkomst t o m 810630. Därefter har jag bevakat rättsutvecklingen vid försäkringsrätterna. Materialet omfattar sammanlagt ca 4.300 domar.[3] Någon systematisk genomgång av kassornas beslut i ärenden, som inte gått vidare till högre instans, har ej gjorts.

Någon fullständig redovisning av hela materialet från Försäkringsöverdomstolen/Försäkringsdomstolen och försäkringsrätterna är ej möjlig, då en statistisk metod ej använts. I stället har jag valt att beskriva eller hänvisa till ca 1.250 domar. Jag har försökt att välja ut dessa domar så att de skall ge en representativ bild av rättstillämp-

ningen, t ex med avseende på utgång (bifall - icke bifall) och på kön.

Domar från Försäkringsdomstolen (FD) och Försäkringsöverdomstolen (FÖD), som efterträdde Försäkringsdomstolen 1979, betecknas med domstolens namn samt dag för dom och diarienummer eller målnummer (t ex FD 770101 dnr 100/76 eller FÖD 810101 mål nr 100/80:1). Dessa domar finns tillgängliga i stencil bl a hos FÖD, Riksförsäkringsverket och vissa rättsvetenskapliga bibliotek. Sedan en tid tillbaka erhåller de allmänna försäkringskassorna fortlöpande FÖD:s domar. Ett mindre antal domar publiceras i tidskriften Socialförsäkring och sammanställs i publikationen Rättsfallsreferat utgiven av Försäkringskasseförbundet (ringpärmsystem). FD:s domar under åren 1961–1975 har publicerats i bokform under rubriken Försäkringsdomstolen. Referat (utgiven av Försäkringskasseförbundet). Dessa domar har en löpande numrering årgångsvis. Domar från försäkringsrätterna (FR) citeras med en förkortning av rätternas namn, FRS (Försäkringsrätten för Södra Sverige), FRM (Försäkringsrätten för Mellansverige) och FRN (Försäkringsrätten för Norra Sverige) samt datum och målnummer. Dessa domar finns tillgängliga hos respektive försäkringsrätt. Riksförsäkringsverket erhåller samtliga domar från rätterna.

Samtliga domar, som kommenterats eller hänvisats till, finns angivna i ett rättsfallsregister i slutet av boken.

Jag har vidare undersökt material utarbetat av Riksförsäkringsverket (RFV). Materialet omfattar författningar, cirkulärskrivelser samt handböcker avsedda för försäkringskassorna. Jag har också gått igenom material av annan typ såsom utredningar, statistik och utbildningsmaterial.

För att sätta mig in i handläggningen på kassanivå, har jag följt verksamheten vid lokalkontor inom Malmöhus allmänna försäkringskassa. Överhuvud har jag försökt att beakta material som belyser handläggningsrutinerna, eftersom jag funnit att dessa har nära anknytning till den materiella rättstillämpningen.

De allmänna förutsättningarna för rätten till ersättning, nämligen villkoren för inskrivning i fk och villkoret om innehav av förvärvsarbete med en viss minimiinkomst (6.000:-), kommer inte att belysas och analyseras i detta arbete (se dock kap 2). Reglerna om ersättningens konstruktion och kompensationsgrad, vilka i och för sig har betydelse vid avgörandet av det enskilda fallet, innehåller inga förutsättningar för rätten till ersättningen utan i stället för ersättningens storlek. Jag har beslutat att inte heller beskriva och analysera de många rättsliga problem, som hör ihop härmed. Orsaken till att jag

utesluter regelbildning och regeltillämpning rörande spersättningens konstruktion och kompensationsgrad liksom de allmänna förutsättningarna för rätten till sp beror på omfattningen av det rättsliga materialet. Jag har funnit, att jag inom ramen för ett och samma arbete inte kan undersöka både förutsättningarna för rätten till ersättning i det enskilda fallet och reglerna om ersättningens konstruktion. Eftersom jag på något sätt måste begränsa det rättsliga material, som skall bli föremål för undersökning, faller det sig naturligt att dra gränsen på det sätt som jag nu har omtalat. Detta är samma gränsdragning mellan olika rättsområden rörande sp, som fk och försäkringsdomstolarna brukar göra.

Framställningen är disponerad på följande sätt. Kap 2 innehåller en kort beskrivning av sjukpenningförsäkringens utveckling och allmänna förutsättningar för ersättningsrätt. Kap 3 behandlar den rättstillämpande organisationen, nämligen de allmänna försäkringskassorna (fk), försäkringsrätterna (FR) och Försäkringsöverdomstolen (FÖD) samt Riksförsäkringsverket (RFV). Framställningen ger en beskrivning av organisationens uppbyggnad och funktion. Jag går inte djupare in på rent förvaltningsrättsliga frågor.[4]

Härefter följer de kapitel, som behandlar innehållet i den materiella rättstillämpningen. Systematiken bygger på olika faktorer, som påverkar rätten till sp liksom innehållet i begreppen sjukdom och arbetsoförmåga. I kap 4 behandlas faktorer, som hänger samman med den försäkrades (df:s) förpliktelser för att erhålla sp, nämligen att göra sjukanmälan, att inge läkarintyg, att begära kassans tillstånd för utlandsresa, att underkasta sig rehabilitering samt att avhålla sig från arbete under pågående sjukskrivningstid. I kap 5 behandlas grundinnehållet i rekvisiten sjukdom och arbetsoförmåga. Här behandlas också läkarintyget och betydelsen av läkarnas medverkan i sp-försäkringen. Kap 6 har rubriken Långa sjukfall. Här behandlas hur sjukfallets varaktighet påverkar innehållet i rekvisiten sjukdom och arbetsoförmåga och därmed rätten till sp i de långa sjukfallen. I kap 7 behandlas rätten till sp under rehabilitering. I kap 8 sammanfattas resultaten av undersökningen.

Noter

1 Se även Karl J. Höjer, Socialförsäkring och socialhjälp, Sthlm 1966.
2 B. Hamdahl, G. Danielson, C. Lidbom, Den allmänna försäkringen, Sthlm 1962. Jfr R. Broberg, I. Lindell, Y. Samuelsson, Den allmänna sjukförsäkringen, Sthlm 1956.
3 I några fall har jag hänvisat till FR-avgöranden, som överklagats och där FÖD i april 1983 ej meddelat dom. Se nedan.
4 Se min uppsats i FT 1983 s 155, Några problem rörande de allmänna försäkringskassornas verksamhet.

2 Allmänt om förutsättningarna för rätten till sp

Socialvårdskommitténs betänkande med förslag till lag om allmän sjukförsäkring kom år 1944 (SOU 1944:15). Förslaget ledde till tillkomsten av lag (1947:1) om allmän sjukförsäkring. Denna lag avlöstes 1962 av lag (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Bestämmelserna om rätten till sp överfördes i huvudsak oförändrade till AFL. Socialvårdskommitténs betänkande från 1944 måste fortfarande betraktas som huvudkällan när det gäller bakgrunden till sp-försäkringen.

Jag kommer nedan i 2.1 att behandla de allmänna ändamålsöverväganden som socialvårdskommittén gjort i sitt betänkande (2.1.1) liksom de villkor som uppställts för rätt till ersättning (2.1.2). Under 2.2 och 2.3 behandlas översiktligt de allmänna ersättningsvillkoren bosättning och förvärvsinkomst, såsom de gestaltar sig i gällande rätt. Villkoren sjukdom och arbetsoförmåga i gällande rätt presenteras dock inte i detta kapitel utan i den följande framställningen, företrädesvis kapitlen 5 - 7.

2.1 Historisk bakgrund

2.1.1 Allmänna ändamålsöverväganden

Det grundläggande ändamålet med införandet av en allmän sjukförsäkring, nämligen att skapa ett ekonomiskt skydd för df vid sjukdom, har inte utvecklats närmare i socialvårdskommitténs betänkande. Till skillnad från rätten till andra sociala ersättningar har rätten till sp i det närmaste betraktats som självklar (med undantag av rätten till hemmamakesjukpenning samt rätten till sp för egenföretagare), och motiv för att berättiga dess existens har uppfattats som obehövliga. Avsaknad av motivering för rätten till sp har gällt både motivering ur df:s egen synvinkel och motivering ur samhällssynpunkt.

Vid tidpunkten för socialvårdskommitténs förslag koncentrerades

intresset till frågor om vilka företräden en socialförsäkring hade framför ett socialt understöd och varför en obligatorisk försäkring var att föredra framför en frivillig. Som skäl för en socialförsäkring framför ett rent understöd angavs, att df genom sina bidrag till försäkringen fick en rätt till ersättning, vilket skapade ansvarskänsla.

"Kommittén finner det vara psykologiskt betydelsefullt, att medborgarnas skyldighet att sörja för sig själva även under sjukdom utgör utgångspunkten för sjukförsäkringslagstiftningen."[1]

Man räknade också med att kostnaderna för socialvård skulle begränsas genom en obligatorisk sjukförsäkring, vilket uppfattades som positivt.[2]

Som skäl för att en obligatorisk sjukförsäkring var att föredra framför en frivillig anfördes, att det var orättvist att de som själva sörjt för sin försäkring skulle behöva sörja för de andra, de oförsäkrade, skattevägen. Mot en obligatorisk försäkring talade dock risken för att de tvångsvis intagna skulle missbruka försäkringen. Man pekade också på de högriskgrupper, som skulle komma att omfattas av försäkringen, såsom de som hade *svag hälsa, de gamla* och *de arbetsoförmögna.*

"Härtill kommer att ökningen av antalet sjukliga personer, som bli medlemmar av kassorna vid obligatorisk försäkring, uppväges av de yngre och i regel friska personer, som vid sådan försäkring tillföras medlemsbeståndet men som endast i relativt ringa omfattning inträda i en frivillig försäkring. I en obligatorisk försäkring kunna de på grund av ålder och andra orsaker arbetsoförmögna utestängas från sjukpenningförsäkringen effektivare än i en frivillig försäkring, vilket minskar risken för missbruk och även i övrigt sänker försäkringens utgifter."[3]

Det kan tyckas något förvånande, att man anlagt så utpräglat privatförsäkringsrättsliga aspekter på en obligatorisk socialförsäkring, vilken hade till syfte att ekonomiskt bistå df vid just sjukdom och arbetsoförmåga. Detta synsätt förebådar de problem som de långtidssjuka har inom vår nuvarande sp-försäkring.

En viktig fråga var naturligtvis vem som skulle få tillhöra försäkringen. Kommittén framhöll, att ur den enskildes synpunkt var ofta den allvarligaste ekonomiska konsekvensen av sjukdom inte de utgifter som var förenade med sjukdomen utan den *minskning* av *inkomsten* som sjukdomen förde med sig.[4] Detta gällde de flesta med förvärvsarbete men "i alldeles särskild grad familjeförsörjar-

na".[5] Kommittén ansåg det dock inte vara behövligt att närmare utveckla detta och inte heller, att det var ett samhälleligt intresse att denna konsekvens av sjukdom i möjligaste mån neutraliserades.[6] Kommittén menade vidare, att enbart en löntagarförsäkring inte skulle tillgodose kravet på social rättvisa, varför även företagarna borde tillhöra försäkringen.

Försäkringspliktiga var alltså de som innehade *förvärvsarbete.* Kommittén utgick från att betydelsen av ordet förvärvsarbete är någorlunda lika för de flesta som tillämpar lagen och gav därför inte någon definition på vad som menas med sådant arbete. Kommittén menade dock att i ett avseende var en uttrycklig bestämmelse erforderlig, nämligen då det gällde att avgöra vilket arbete som var förvärvsarbete och vilket som inte var det, när det var gift kvinna som utfört arbetet. Detta sammanhängde med den särskilda sp-försäkring för de hemmavarande gifta kvinnorna som kommittén föreslog. Kommittén valde att närmare ange det arbete, som inte skulle anses som förvärvsarbete och som då skulle anses omfattas av den nämnda sp-försäkringen.[7]

Kommittén menade att man såsom hushållsarbete fick betrakta "matlagning och bakning för husbehov, diskning, städning och renhållning av bostad och bohag, klädesvård och sömnad av kläder för familjens bruk, verkställande av uppköp, uppsamlandet av bär, frukt, svamp o.d. för husbehov, skötseln av barnen i familjen m.fl. likartade sysslor. Däremot synes icke inom begreppet hushållsarbete böra falla sådana arbetsuppgifter, vilka avse att giva familjen dess uppehälle, även om dessa arbetsuppgifter utföras i anslutning till hemmet. Gränsdragningen måste dock, särskilt i lanthushåll ofta bli ganska svävande. Man kan därför överväga att icke låta något som helst arbete, som hustru utför i eller i anslutning till hemmet, anses såsom förvärvsarbete. Detta skulle emellertid mången gång te sig synnerligen orättvist. Förslaget innebär alltså i denna del, att såsom förvärvsarbete ej anses hushållsarbete, som hustru utför i hemmet, under det att annat arbete, som hon utför inom eller utom hemmet anses såsom förvärvsarbete."[8]

Undantag från försäkringsplikt kunde enligt kommitténs förslag ges gifta kvinnor utan förvärvsarbete p g a familjemedlemskap. Kommittén anförde också andra tänkbara undantag från försäkringsplikten, vilka inte var beroende av familjemedlemskap, såsom en nedre och en övre inkomstgräns för rätten till ersättning, vilket skulle leda till att de som befann sig under respektive över dessa gränser ej var försäkringspliktiga. Kommittén stannade dock för att inte föreslå dessa undantag inom sjukvårdsförsäkringen.[9] Vidare

diskuterades, om de, som uppbar fattigvård, skulle få rätt till ersättning[10] liksom de sjuka som under längre tid vårdats på anstalt,[11] de sinnesslöa och fallandesjuka,[12] straffångar,[13] statliga och kommunala befattningshavare.[14] Med detta har jag pekat på de möjligheter, som har funnits och som i och för sig finns, vad gäller möjligheten att begränsa kretsen av ersättningsberättigade,[15] även om inga av de begränsningar som då föreslogs i sig har haft någon betydelse utöver att de har visat, att inskränkningar i rätten till sp är avhängiga av en mångfald skiftande värderingar.

De utredningar[16] rörande sp som följde efter socialvårdskommitténs betänkande hade samma grundsyn vad gällde kretsen av dem som skulle komma i åtnjutande av förmånen. Socialförsäkringsutredningen[17] menade, att ett sjukpenningsystem med en för alla försäkrade lika sp (grundsjukpenning) var att föredra ur rättvisesynvinkel. Denna grundsjukpenning skulle obligatoriskt höjas för anställda och för andra frivilligt genom en inkomst- och avgiftsgraderad tilläggssjukpenning. I socialförsäkringskommitténs förslag Förtidspensionering och sjukpenningförsäkring m m[18] och propositionen som följde, Förslag till lag om allmän försäkring m m,[19] gick man vidare på denna linje och förordade, att den obligatoriska tilläggssjukpenningförsäkringen skulle utsträckas att gälla även för dem, vilkas inkomst härrörde av annat förvärvsarbete, dvs inte av anställning.[20]

2.1.2 Villkor för ersättningsrätt

Som ett grundläggande villkor för ersättningsrätt framhöll socialvårdskommittén *bosättningens* betydelse.[21] För att bli ersättningsberättigad måste vederbörande vara i Sverige bosatt svensk medborgare. Med dessa likställdes enligt förslaget å svenskt fartyg anställda svenska medborgare samt i Sverige bosatta och mantalsskrivna utlänningar. Bosättningsvillkoret är fortfarande av central betydelse för ersättningsrätt (se nedan).

För möjlighet att tillhöra den obligatoriska sjukförsäkringen föreslog socialvårdskommittén en sextonårsgräns.[22] Denna gräns uppställs fortfarande som ett krav för att bli inskriven hos allmän försäkringskassa.

Vidare föreslog socialvårdskommittén en nedre inkomstgräns som villkor för tillhörighet till sp-försäkringen. Inkomstgränsen föreslogs till 600 kr.[23] Denna inkomst skulle avse *inkomst av förvärvsarbete*

(se ovan). En inkomstgräns finns även i nu gällande lag (se nedan).

Förutom förutsättningar för att överhuvud kunna bli ersättningsberättigad, vilka alltså kan göras mer eller mindre omfattande, måste även vissa förutsättningar vara uppfyllda för rätt till ersättning i det enskilda fallet. Då som nu gällde att df för att uppfylla kraven på att vara i ersättningsberättigat tillstånd måste p g a *sjukdom* vara helt eller minst halvt *arbetsoförmögen*. Om begreppen sjukdom och arbetsoförmåga yttrade sig socialvårdskommittén ytterst sparsamt.

Socialvårdskommittén framhöll,[24] att vid bedömningen av frågan om sjukdom föreligger eller inte man i första hand får hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom. Med denna utgångspunkt skulle som sjukdom betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, som inte sammanhänger med den normala livsprocessen. Kommittén ansåg vidare, att missbildningar, stympningar och andra kroppslyten (defekter), som är rester efter en sjukdomsprocess, men som inte utgör några sjukliga symptom i sig, inte skulle uppfattas som sjukdom. Enligt kommittén innebar detta dock inte, att endast själva sjukdomsprocessen som sådan uppfyller kriterierna för vad som är att betrakta som sjukdom i sjukförsäkringsrättslig bemärkelse, utan även en efter sjukdomsprocessen kvarstående nedsättning eller rubbning av det fysiska eller psykiska tillståndet kan räknas som sjukdom. Nya komplikationer i en tidigare erhållen kroppsdefekt räknas som ny sjukdom.[25]

Vid remissbehandlingen av socialvårdskommitténs betänkande framhöll Försäkringsrådet, att den föreslagna bestämmelsen att med sjukdom skulle jämställas vissa tillstånd av arbetsoförmåga eller nedsatt arbetsförmåga måste anses innebära, att även sådana efter en sjukdomsprocess kvarblivande missbildningar eller stympningar utan samband med sjukliga symptom ändå skulle omfattas av bestämmelsen. I anledning av vad Försäkringsrådet anfört underströk departementschefen i prop 1946:312 med förslag till lag om allmän sjukförsäkring m.m. att enligt den bestämmelse som fanns i propositionens lagförslag sådan efter sjukdom kvarstående arbetsoförmåga, som föranleddes av missbildningar och stympningar, i förevarande hänseende borde jämställas med sjukdomstillstånd. Propositionen godkändes i ifrågavarande avseende av riksdagen.

Störningar och fysiologiska förändringar, som sammanhänger med det naturliga åldrandet eller med havandeskap och barnsbörd, ”äro tydligen icke att betrakta såsom sjukdomar, enär de stå i sam-

band med den normala livsprocessen". Kommittén framhöll dock därefter, att även om det ovan relaterade torde kunna tjäna som ledning vid lagtillämpningen, den därmed inte hade avsett att binda densamma. Kommittén betonade, att även "skälighetssynpunkter" skulle beaktas.[26]

Socialvårdskommittén menade, att arbetsoförmåga kunde beteckna två olika tillstånd, dels då df p g a sjukdom rent faktiskt var oförmögen att utföra förvärvsarbete, dels då det för sjukdomens botande var lämpligast att df avhöll sig från arbete.[27] Kommittén menade vidare, att graden av arbetsnedsättning kunde variera. Man särskiljde de fall, där arbetsförmågan inte var nedsatt med minst hälften, från de fall, där arbetsförmågan var nedsatt med minst hälften. I det förra fallet fanns ingen rätt till sp. I det senare fallet förelåg rätt till halv sp.[28] För hel sp krävdes fullständig arbetsoförmåga. Socialvårdskommittén föreslog också en skiftande arbetsrelatering beroende på sjukfallets längd[29] (se kap 6).

Sammanfattningsvis kan man peka på att de fyra grundläggande förutsättningarna för rätt till ersättning, vilka redan från början ställts upp inom den obligatoriska sp-försäkringen, fortfarande är lika aktuella, nämligen bosättningens betydelse för försäkringsplikten (termen försäkringsplikt användes dock inte längre), innehav av förvärvsarbete som ger en viss inkomst, sjukdom samt en av sjukdomen orsakad arbetsoförmåga. De båda förstnämnda allmänna villkoren måste vara uppfyllda, för att df skall bli inskriven hos kassan respektive få en sjukpenninggrundande inkomst (SGI), medan de båda sistnämnda "särskilda" villkoren kan betecknas som grundläggande förutsättningar för rätt till sp-ersättning i det enskilda fallet. Det är om de särskilda förutsättningarna för rätt till sp, som detta arbete handlar. I närmast följande avsnitt ger jag dock en kortfattad beskrivning av de allmänna förutsättningarna.

2.2 Bosättning i Sverige

Det är en mycket vid personkrets, som omfattas av den allmänna försäkringen. Såsom försäkrade räknas nämligen alla svenska medborgare och alla i Sverige bosatta utlänningar.

Detta framkommer i AFL 1:3 första stycket. I AFL 1:4 och 1:5 finns bestämmelser om inskrivning av försäkrad hos fk. Där stadgas bl a att varje försäkrad, som är bosatt i Sverige, skall vara inskriven i fk från och med den månad, varunder hon/han fyller 16 år. Försäk-

rade, som är bosatta utomlands, och barn under 16 år skall således inte vara inskrivna.

Den som inskrivs (registreras) hos en fk tillställs ett bevis om kassatillhörigheten inklusive SGI-besked (försäkringsbesked).

Inskrivningen har stor betydelse för sjukförsäkringen. Endast den som är inskriven kan vara sp-försäkrad och endast den som är inskriven kan vara skyldig att erlägga sjukförsäkringsavgift. Den som uppfyller villkoren för att vara försäkrad är också skyldig att tillhöra försäkringen. Försäkringen är således obligatorisk. Inom den allmänna försäkringen finns möjlighet till frivillig sp-försäkring. Denna har karaktär av tilläggsförsäkring, och endast obligatoriskt försäkrade kan teckna sådan frivillig försäkring.

Den som inte är försäkrad kan i princip inte förvärva några rättigheter från försäkringen. En utlänning kan dock på grund av en konvention vara förmånsberättigad utan att vara försäkrad.[30]

För inskrivning och tillhörighet till den allmänna sjukförsäkringen har således bosättningen betydelse. Det ankommer därför på fk att bedöma om en person är bosatt i riket eller inte och - om hon/han är bosatt här - var bosättningen ägt rum. Bosättningsfrågan blir därför aktuell dels vid inflyttning till och utflyttning från Sverige dels vid flyttning inom landet.

AFL innehåller inga regler om bosättningsbegreppet. RFV framhåller i cirkulär nr 15/1975, att fk i överensstämmelse med uttalande i prop 1967:73 har att vid bedömning av bosättningsfrågan hämta ledning från folkbokföringens regler.[31] I 12 § folkbokföringsförordningen finns huvudregeln, den så kallade dygnsviloregeln. Denna regel innebär, att en person skall anses bosatt på den fastighet, där hon/han regelmässigt vistas under nattvilan eller motsvarande vila.[32]

Fk får i allmänhet kännedom om flyttning till Sverige genom meddelande från folkbokföringsmyndighet och efter personlig anmälan. Meddelande från folkbokföringsmyndighet innehåller uppgift om kyrkobokföringsförhållande. I de allra flesta fall är den som enligt meddelandet är kyrkobokförd också bosatt i Sverige. Oavsett om en person som kommit till Sverige är kyrkobokförd eller inte, skall fk pröva om hon/han är bosatt i landet. Vederbörande skall anses bosatt här, om det någorlunda säkert kan antas, att hon/han skall vistas här stadigvarande, och att hon/han sålunda fått sitt egentliga hemvist här. Hon/han skall då ha fått bostad här och bosättningen i det andra landet skall kunna sägas ha upphört. Vid bedömandet av bosättningsfrågan skall främst hänsyn tas till sådana omständigheter som ändamålet med vistelsen samt om bostad och arbetsanställning i det andra landet lämnats utan att avsikten varit

att vederbörande skall återvända inom en mera begränsad tidsrymd. Denna bedömning bygger som regel på df:s egna uppgifter.

Om det av omständigheterna framgår, att avsikten redan vid ankomsten till Sverige varit, att vistelsen här skall vara av begränsad varaktighet, skall bosättning i riket anses föreligga, om vistelsen är avsedd att vara minst ett år och anledningen till uppehållet i Sverige är förvärvsarbete eller annan därmed jämförlig orsak, t ex studier. Enbart semestervistelse eller därmed jämställd vistelse anses inte - även om vistelsen skulle sträcka sig över ett år - innebära bosättning.

Den som tillhör sjukförsäkringen i Danmark, Finland, Island eller Norge och som efter anmälan därom hos folkbokföringsmyndigheten i utflyttningslandet bosätter sig i Sverige blir enligt den nordiska sjukförsäkringsöverenskommelsen automatiskt överflyttad till svensk fk.

Om pastorsämbete avregistrerat en person från kyrkobokföringen, får bl a berörd fk meddelande om avregistreringen via länsstyrelsens datacentral. När fk får meddelande om avregistrering från kyrkobokföringen, skall fk utreda bosättningsfrågan. Om kassan vid utredningen finner, att svensk försäkrad stadigvarande bosatt sig i utlandet, skall bosättningen i Sverige anses ha upphört vid avresan från landet. Har kassan inte fått kännedom om tidpunkten för hans avresa från Sverige, skall bosättningen anses ha upphört två veckor före den tidpunkt, då meddelandet från länsstyrelsen blev framställt.

Visar däremot utredningen att vederbörande inte haft för avsikt att bosätta sig utomlands längre tid än ett år, skall df anses bosatt i Sverige.[33] Denna regel har blivit lagfäst fr o m 820701 i AFL 1:3 första stycket andra momentet.[34]

Den som är inskriven i svensk fk och som efter anmälan därom hos kyrkobokföringsmyndigheten i Sverige bosatt sig i annat nordiskt land blir härigenom avförd från den svenska kyrkobokföringen. Fk aviseras om detta. Enligt den nordiska sjukförsäkringsöverenskommelsen blir vederbörande överflyttad till sjukförsäkringen i det andra nordiska landet.

Av bestämmelserna i AFL framgår att mantalsskrivning har betydelse för frågan hos vilken fk df skall vara inskriven.[35] Överklagas beslut om mantalsskrivning skall df anses mantalsskriven på den ort, där hon/han för visst år slutligen blivit mantalsskriven. Är df inte mantalsskriven, skall hon/han vara inskriven hos den kassa, inom vars verksamhetsområde hon/han är bosatt vid årets ingång eller, om df bosätter sig i riket senare under året, hos den kassa, inom vars

verksamhetsområde hon/han först bosätter sig. Av vad nu sagts följer, att df under ett kalenderår inte kan tillhöra mer än en fk. Kassatillhörighet kan således ändras endast vid kalenderårsskifte.

Av flyttning inom Sverige föranledd överflyttning från den ena kassa till den andra regleras genom meddelande från folkbokföringen. Den som är mantalsskriven skrivs in i den kassa inom vars verksamhetsområde hon/han mantalsskrivits.

Enligt 1:5 skall fk avföra försäkrad från sitt register över inskrivna försäkrade med verkan från den tidpunkten, då sådant förhållande inträtt, att inskrivningen skall upphöra. Detta medför, att df vid utvandring skall vara inskriven t o m den dag utvandringen sker. Avregistrering skall alltså ske med giltighet fr o m dagen efter avresedagen.

I fall där fk erhåller meddelande från folkbokföringen om att en försäkrad är mantalsskriven "utan känt hemvist", föreskriver RFV i cirkulär nr 15/1975 att df skall avregistreras, såvida kassan inte har vetskap om att df är bosatt i riket. Avregistrering skall ske med verkan två veckor före den tidpunkt då meddelandet från folkbokföringen blev framställt.

2.3 Förvärvsinkomst

Det finns flera olika ersättningsformer inom den allmänna försäkringen som syftar till att garantera den grundläggande försörjningen för vuxna personer, som i olika situationer är förhindrade att försörja sig genom förvärvsinkomst. Inkomstbortfallet kompenseras vid vissa typiska risksituationer. Att arbetsoförmåga p g a sjukdom verkligen lett till en inkomstminskning för df uppställs inte som ett uttryckligt krav för rätt till sp, men för att df:s arbetsoförmåga skall anses bevisad krävs, att df avstår från förvärvsarbete. Av detta följer (åtminstone i de allra flesta fall) att df också åsamkas ett inkomstbortfall. Ett krav på inkomstbortfall har i rättstillämpningen också i viss mån kommit att påverka innehållet i begreppet arbetsoförmåga (se 4.5 och 5.7.3).[36] Även ersättningsnivån bygger på principen om kompensation för inkomstbortfall.

Det finns också en garantinivå inom sp-ersättningen. Det är då fråga om försörjningsstöd på enhetlig nivå till personer, som normalt inte förvärvsarbetar eller också har låg inkomst (AFL 3:1 andra stycket). Stödet utges i den behovssituation, där i motsvarande fall de förvärvsarbetande erhåller en inkomstrelaterad ersättning. Ersättningen utgår till den som är gift och stadigvarande sammanbor

med sin make eller i annat fall, stadigvarande sammanbor med barn under sexton år till henne/honom eller hennes/hans make eller med någon, med vilken han varit gift eller har eller har haft barn. Inom sp-försäkringen kallas denna ersättning för hemmamakesjukpenning och utgör 8 kr/dag. Syftet med detta grundbidrag har angetts vara att ge skälig levnadsstandard, bereda grundläggande försörjningsstöd eller tillförsäkra ekonomisk grundtrygghet.[37]

Utgångspunkten för inkomstberäkningen är som huvudregel df:s aktuella årsinkomst. Fk har sedan att bedöma om denna aktuella årsinkomst kan komma att bli bestående under den närmaste tiden omfattande ett år. Df:s tidigare inkomst i form av uppgifter från den allmänna självdeklarationen kan ha en viss betydelse för fastställandet av SGI:n. Syftet med regeln om den tänkta framtida årsinkomsten som grund för SGI:n är, att tillfälliga inkomständringar och inkomstvariationer under olika delar av året inte skall inverka på SGI:n. SGI:n skall baseras på en framtida genomsnittlig årsinkomst.[38] Inkomsten skall härröra från förvärvsarbete.

I AFL 3:2 finns regler som handlar om förvärvsarbete. Detta begrepp ingår som en del i definitionen av det inkomstbegrepp, som används inom sjukförsäkringen.[39] Härvid skiljer man mellan å ena sidan inkomster av förvärvsarbete och å andra sidan övriga inkomster, såsom inkomster av kapital. Den senare typen av inkomster medtas inte i den inkomstberäkning, som ligger till grund för fastställande av en försäkrads SGI. Beträffande förvärvsinkomsterna skiljer man mellan inkomst av anställning eller tjänst och inkomst av annat förvärvsarbete. Arbetstagare eller löntagare är den, vars inkomst härrör från anställning och som utför arbete för en arbetsgivare. Den som har inkomst av annat förvärvsarbete kan vara en självständig företagare, exempelvis en jordbrukare eller en annan rörelseidkare.

Även ersättningens konstruktion bygger på kravet att df skall ha en viss inkomst av förvärvsarbete. Reglerna om sp:s konstruktion påverkar inte den principiella rätten till ersättning men väl ersättningens storlek, om man härvid bortser från kravet på att df:s SGI måste uppgå till minst 6.000 kr, vilket är förutsättning för att överhuvud kunna få ersättning (AFL 3:1 första stycket). Df får sitt inkomstbortfall täckt upp till nittio procent av SGI:n, dock maximerat till sju och en halv gånger det vid årets ingång gällande basbeloppet (AFL 3:2 andra stycket). Men i flera fall kommer kompensationen inte att vara denna utan lägre. Detta gäller främst

kompensationen vid korta sjukfall och för vissa delårs- och deltidsanställda. Detta är ett välkänt faktum, som sjukpenningkommittén i enlighet med sina direktiv har utrett i sitt betänkande Sjukersättningsfrågor (SOU 1981:22).[40]

Som regel erhåller df ingen sp den dag df insjuknar (AFL 3:10 första stycket). Denna regel kan tillsammans med fridagsregeln få effekter, som påverkar kompensationsgraden. Fridagsregeln innebär, att i de fall, då sjukdomen inte varar mer än sex dagar utöver insjuknandedagen, sp inte utges för dag, då df ändå inte skulle ha arbetat i sin huvudsakliga sysselsättning, om inte antalet sådana dagar överstiger två (AFL 3:10 andra stycket). Ett exempel kan belysa denna regel. En försäkrad, som har arbetsfria lördagar och söndagar, insjuknar en tisdag och är arbetsoförmögen t o m måndag påföljande vecka. Eftersom sjukperioden inte har varat mer än sex dagar utöver insjuknandedagen, utgår sp för onsdag-fredag och för måndag men inte för fridagarna lördag och söndag. Hade df varit arbetsoförmögen även följande tisdag, skulle ersättning ha utgått även för lördagen och söndagen.

Bestämmelsen om insjuknandedagen och fridagsregeln leder till lägre kompensation i korta sjukfall.

För delårs- och deltidsanställda ger reglerna för beräkning av SGI och fridagsregeln ojämna effekter. SGI:n beräknas helårsvis även för dessa kategorier försäkrade på så sätt, att arbetsinkomsten slås ut över hela året. Vid sjukdom ges sp med 90 procent av årsinkomsten utslagen per kalenderdag, oavsett om sjukdomen inträffar under arbetsperiod eller under arbetsuppehåll. Reglerna ger riktigt resultat beträffande deltidsanställda med tjänstgöring varje dag. Övriga kan sägas bli underkompenserade vid sjukfrånvaro under arbetsdagar och överkompenserade vid sjukdom under arbetsfri tid.

Noter

1 SOU 1944:15, s 135.
2 SOU 1944:15, s 117.
3 SOU 1944:15, s 121.
4 SOU 1944:15, s 115.
5 SOU 1944:15, s 115.
6 SOU 1944:15, s 115.
7 SOU 1944:15, 17 §: "Såsom förvärvsarbete skall vid tillämpningen av denna lag ej anses hushållsarbete, som hustru utför i hemmet" (s 20).
8 SOU 1944:15, s 215.
9 SOU 1944:15, s 142 f, 145 ff, s 147. För rätt att uppbära sp föreslogs dock en lägsta gräns vid 600 kronors inkomst av förvärvsarbete. Även en övre gräns på 4.000 föreslogs.
10 SOU 1944:15, s 143 ff.

11 SOU 1944:15, s 147 f.
12 SOU 1944:15, s 148.
13 SOU 1944:15, s 148 f.
14 SOU 1944:15, s 149 f.
15 Jfr nu gällande AFL 3:15.
16 Exv socialförsäkringskommitténs förslag "Förtidspensionering och sjukpenningförsäkring m m (SOU 1961:29), sjukpenningutredningens betänkande "Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m m" (SOU 1972:60) och sjukpenningkommitténs betänkande "Sjukersättningsfrågor (SOU 1981:22)).
17 SOU 1952:39.
18 SOU 1961:29.
19 Prop 1962:90.
20 När det gällde svårigheterna, som kunde uppstå vid sjukpenningklassplaceringen av makar, som drev förvärvsverksamhet gemensamt, ville "kommittén lita till anvisningar från riksförsäkringsverket, och i sista hand, till rättstillämpningen" (prop 1962:90, s 146). Det var brukligt, att den ena maken ensam taxerades för hela den gemensamma inkomsten, medan det i sjukförsäkringssammanhang var regel, att makarna betraktades som kompanjoner och alltså sjukpenningklassplacerades var för sig (a.a. s 146).
21 SOU 1944:15, s 136 - 138.
22 SOU 1944:15, s 138.
23 SOU 1944:15, s 142.
24 SOU 1944:15, s 162.
25 Se exv FÖD 790213 dnr 1175/78. Jfr FD 771011 dnr 358/77.
26 SOU 1944:15, s 162.
27 SOU 1944:15, s 20, 18 § första mom första stycket.
28 SOU 1944:15, s 20 och 196.
29 SOU 1944:15, s 21, 18 § första mom tredje stycket.
30 Bestämmelsen kompletteras i vad avser utlänningar av överenskommelser (konventioner), som med stöd av AFL 20:15 träffats med främmande makter, och av andra internationella överenskommelser.
31 11-28 §§ folkbokföringslagen.
32 I 13 - 17 §§ finns vissa undantag från denna huvudregel. Bosättning här i riket anses kunna förekomma, även om personen inte är kyrkobokförd i en svensk församling. Se R. Lavins kommentar av rättsfallet FÖD 811215 mål nr 519/81:9 i Rätten till sjukpenning, 1983, s 42.
33 I enlighet med beslut av Kungl. Maj:t i ett besvärsmål 1960-03-05, vilket publicerades i TAF 5/1960. Angående rättstillämpningen rörande denna fråga, se FÖD 811007 mål nr 1004/80:2 (OE:s besvär 800624 dnr 03/894:80 över FRM:s dom 800429 mål nr 2262/79. Jfr RÅ 82 1:27 som gällde fråga om rätt kyrkobokföringsort för en vuxen, ogift person som hade bostad, dels på den ort där han var anställd, dels hos föräldrarna, som var bosatta på annan ort). Angående bosättningsrekvisitet överhuvud se FD 770616 dnr 852/76, FD 770208 dnr 1464/76, FD 770414 dnr 1526/76, FÖD 790803 dnr 1328/78 och 1333/78, FÖD 790821 dnr 1379/78, FÖD 801126 mål nr 43 och 44/80:2, FÖD 801119 mål nr 115/80:2 (FRM 791122 mål nr 4424/79), FÖD 801230 mål nr 230/80:10, FÖD 810715 mål nr 1049/79:3; se även FRM 790928 mål nr 1476/79, FRM 791008 mål nr 1514/79, FRS 800917 mål nr 2017/79, FRS 800421 mål nr 4822/79, FRM 800519 mål nr 6791/79, FRS 800522 mål nr 8836/79.
34 Rune Lavin har i Rätten till sjukpenning, 1983, s 41, framhållit, att syftet med regeln är att minska antalet fall, där socialförsäkring gäller i både Sverige och utlandet. En svensk medborgare har haft rätt att kvarstå som försäkrad i Sverige under ett år, även om utlandsvistelsen redan från början var avsedd att vara längre tid än ett år. Den nya regeln innebär, att utlandsvistelsen redan från början inte

får vara avsedd att vara längre tid än ett år, för att df skall anses vara bosatt i Sverige och därmed sp-försäkrad i Sverige. Den nya regeln gör inte heller någon skillnad mellan svenska och utländska medborgare. Tidigare ansågs en utlänning upphöra att vara bosatt i Sverige, när han lämnade landet för att tills vidare stanna utomlands.

35 AFL 1:4 andra stycket.

36 Se även SOU 1944:15, s 20 (18 § andra stycket).

37 Se min artikel "Det privata omsorgsarbetet och sjukförsäkringen" i Årbog for Kvinderet 1983, s 50 ff.

38 SOU 1944:15, s 211.

39 Lundberg-Malm, a.a. s 25.

40 137 ff.

3 Försäkringsadministrationen

Detta kapitel innehåller en redogörelse för organisationen av och arbetsuppgifterna för de allmänna försäkringskassorna (fk), försäkringsdomstolarna och Riksförsäkringsverket (RFV). För att förstå rättstillämpningen är det nödvändigt att känna till verksamheten hos de nu nämnda organen. Det finns ett nära samband mellan handläggningsrutiner och det materiella innehållet i rättstillämpningen.

Framställningen inleds med en översikt över försäkringsadministrationens utveckling (3.1). Sedan följer i tur och ordning en redogörelse för fk (3.2), för FR (3.3), för FÖD (3.4) samt för RFV (3.5).

3.1 Allmänt om försäkringsadministrationen och dess utveckling

De allmänna försäkringskassorna (fk) har utvecklats ur de frivilliga sjukkassorna. Sjukkasserörelsen växte fram under 1800-talets senare hälft genom att ett stort antal lokala sjuk- och begravningskassor bildades.[1] Genom 1891 års lag om sjukkassor gavs kassorna möjlighet till registrering. Möjlighet öppnades också för de registrerade kassorna att få statsbidrag. Genom 1910 års lag om sjukkassor skärptes kraven för registrering. För att kunna betraktas som självständigt rättssubjekt skulle sjukkassa vara registrerad hos en tillsynsmyndighet. Denna var kommerskollegium. Denna skulle utöva tillsyn, meddela anvisningar och föreläggande, beräkna och utbetala statsbidrag samt utarbeta viss statistik. Genom beslut i 1931 års riksdag bildades de erkända sjukkassorna. Detta innebar, att det i princip endast skulle finnas en erkänd sjukkassa i varje kommun. Sjukkassorna var privaträttsliga föreningar och underkastade lag (1938:96) om understödsföreningar. De finansierade sin verksamhet, förutom genom stats- och kommunbidrag, genom avgifter, som bestämdes i stadgarna. Tillsynsmyndigheten fastställde avgifterna.

En allmän sjukförsäkring infördes genom lag (1947:1) om allmän sjukförsäkring. Lagen började dock tillämpas först år 1955. Försäk-

ringen blev obligatorisk, och kretsen försäkrade bestämdes i lagen. Sjukkassornas ställning ändrades och reglerades i denna lag i stället för i lagen om understödsföreningar. Tillsynsmyndighetens ställning i förhållande till sjukkassorna stärktes i åtskilliga avseenden.[2]

När sjukkassorna skulle ta hand om administrationen av folkpensioneringen och ATP, omorganiserades kassorna genom beslut av 1961 års riksdag.[3] De förutvarande lokalsjukkassorna slopades, och i fortsättningen skulle i princip varje landstingsområde sammanfalla med ett försäkringskasseområde. De allmänna försäkringskassorna bildades.

Grunderna för fk:s verksamhet finns angivna i AFL. Kassornas verksamhetsområde har genom olika sociala och administrativa reformer vidgats. Sålunda överfördes år 1974 till fk vissa arbetsuppgifter från dels utbildnings- och studiestödsområdet dels det familjepolitiska området. Utvecklingen har sedan fortsatt med överförande till kassorna av bidragsförskott och vissa värnpliktsförmåner. Fk:s arbetsområde har härigenom vidgats och omfattar i dag en stor del av samhällets totala trygghetsförmåner.[4]

Kommerskollegium, som 1910 blivit tillsynsmyndighet, kom så småningom att fungera även som besvärsinstans. Detta kom i än högre grad att gälla socialstyrelsen och sedan pensionsstyrelsen, vilka efterträdde kommerskollegium som tillsynsmyndighet. 1953 fick Riksförsäkringsanstalten hand om tillsynsverksamheten.

1961 skapades Riksförsäkringsverket (RFV) genom en sammanslagning av riksförsäkringsanstalten och pensionsstyrelsen. Vid samma tidpunkt tillskapades FD som högsta besvärsinstans.

RFV hade både en tillsyns- och en besvärsprövningsfunktion. Tillsynsfunktionen yttrade sig i utfärdandet av ett stort antal anvisningar och cirkulär rörande handläggningen av sjukförsäkringen. I egenskap av tillsynsmyndighet ansågs verket också ha rätt att pröva enskilda ärenden utan att besvär hade anförts. Denna ex officioprövning kunde bestå i att fk överlämnade ärendet till verket för prövning. Detta kallades ofta underställning men var egentligen ett utflöde av RFV:s ex officio-prövningsrätt, där fk själv var den som tog initiativet. Ex officioprövningen innebar också, att verket regelmässigt prövade ett besvärsärende i dess helhet, även om df inte överklagat det i alla delar. Vidare kunde RFV pröva besvär som kommit in för sent. Denna möjlighet till ex officioprövning förekom i relativt stor utsträckning. Att få någon exakt uppgift härom är svårt, eftersom statistik saknas.[5]

I samband med RFV:s inspektionsverksamhet kunde felaktiga beslut hos fk upptäckas. Ett sådant beslut kunde rättas till genom att ärendet av tillsynsavdelningen överlämnades till besvärsavdelningen för förnyad prövning. Detta skedde i förhållandevis liten utsträckning.[6]

Förfarandet skiljde sig en del från vad som är att betrakta som ett vedertaget besvärsförfarande enligt juridiska rättsnormer. Sådana allmänt vedertagna rättsnormer är förbud mot reformatio in pejus, iakttagande av besvärstider samt möjligheten till ett tvåpartsförfarande. Socialförsäkringsprocessen var under denna tid i princip utformad som ett enpartsförfarande. Beslut kunde överklagas endast av den enskilde till högre instans. Ex officioprövnings- och underställningsinstituten innebar dock möjlighet att få till stånd en överprövning i högre instans av fk:s och RFV:s beslut utan att besvär hade anförts. RFV:s ex officioprövningsrätt[7] och de underställningsmöjligheter[8] som fk och RFV hade kunde användas såväl till förmån för df som till nackdel för henne/honom.[9]

Frågan om bevakning av det allmännas intresse i socialförsäkringsprocessen hade varit föremål för behandling av departementschefen i prop 1961:45.[10] Socialförsäkringens administrationsnämnd, som i betänkandet Socialförsäkringens organisation (SOU 1960:35) bl a uttalade sig om kassornas ställning, hade velat lösa detta problem genom att tillägga det organ, som beslutade i första instans, besvärsrätt. Departementschefen hade inget att invända mot detta när det gällde sjukkassornas besvärsrätt i sjukförsäkringsärenden, eftersom kassorna hade ett eget ekonomiskt intresse i sådana mål och därför helt naturligt intog partställning.[11] Departementschefen ansåg dock en särskild partsrepresentant för det allmänna i socialförsäkringsmål, ett allmänt ombud, vara den naturliga lösningen på problemet.[12]

1974 tillsattes en utredning för översyn av besvärsorganisationen inom socialförsäkringen. En av utredningens huvuduppgifter gällde utformningen av mellaninstansen i besvärsordningen. Som ett mindre tillfredsställande drag framhölls RFV:s dubbla roll

"som dels besvärsprövande organ, dels tillsynsmyndighet över försäkringskassorna. Trots att de båda uppgifterna ankommer på skilda avdelningar inom verket, kan det inte uteslutas att den enskilde får uppfattningen, att besvärsprövningen inte sker helt obundet utan påverkas av tillsynsverksamheten.

I allmänhetens ögon måste det också te sig egendomligt att ett och samma organ - riksförsäkringsverket - ena stunden skall fungera som

opartisk domstol och andra stunden, vid besvär till försäkringsdomstolen, skall vara remissorgan åt denna domstol, det senare beroende på att annan företrädare för det allmänna saknas. I sistnämnda fall uppfattas riksförsäkringsverket ofta som klagandens motpart".[13]

I och med försäkringsadministrationsreformen 1979-01-01 upphörde RFV:s dubbla roll som besvärsprövande myndighet och tillsynsmyndighet. Då tillkom försäkringsrätterna som besvärsprövande mellaninstans, och Försäkringsdomstolen förvandlades till Försäkringsöverdomstol. RFV hade kvar sin tillsynsfunktion samtidigt som verket fick rätt att överklaga fk:s och FR:s avgöranden.[14]

En av huvudtankarna bakom reformen av besvärsorganisationen inom socialförsäkringen 1979 var, att den högsta instansens möjligheter att fullgöra sin prejudikatbildande uppgift skulle förbättras. Olika modeller för hur man skulle kunna begränsa den alltmer ökade måltillströmningen till högsta instans diskuterades, eftersom en fullföljdsbegränsning ansågs vara det naturligaste sättet att åstadkomma en förbättrad prejudikatbildning.[15] Man fann dock åtskilliga nackdelar och praktiska svårigheter vara förenade med införandet av en fullföljdsbegränsning och menade, att olika åtgärder i syfte att minska överdomstolens arbetsbörda var det lämpligaste sättet att understödja domstolens prejudikatbildande verksamhet.[16] Den förstärkning av besvärsprövningen som införandet av FR innebar liksom överförandet av en del mål till andra besvärsvägar ansågs i förening med en ökning av antalet försäkringsdomare tills vidare vara tillräckliga förutsättningar härför. Framförallt skulle domstolens arbetssituation vara sådan, att ledamöterna gavs möjlighet att ägna mer tid åt att utforma domarna på sådant sätt att de gav största möjliga vägledning för underinstanserna. Frågan om dimensioneringen av domstolen skulle omprövas så snart anledning härtill uppkom. Även departementschefen underströk i prop 77/78:20[17] vikten av att domstolen gavs möjligheter att stärka sin ställning som prejudikatbildande instans. Det var av stor betydelse, menade departementschefen, att domstolens arbetssituation blev sådan att ledamöterna fick möjlighet att ägna mera tid åt att genom utförliga domsmotiveringar leda och underlätta rättstillämpningen i lägre instanser.

1980 tillsattes försäkringsdomstolskommittén med uppgift att överväga åtgärder för att minska väntetiderna vid besvär i socialförsäkringsärenden. 1981 kom delbetänkandet (DsS 1981:9) Försäkringsdomstolarnas arbetsläge. Förslaget ledde så småningom fram

till ett flertal lagändringar 820401 (prop 1981/82:88). Fk fick utökade möjligheter att ompröva sina beslut, FR fick ökade möjligheter att avgöra mål med ensamdomare och fullföljdsbegränsning till FÖD infördes.

3.2 De allmänna försäkringskassorna (fk)

3.2.1 Organisation och arbetsuppgifter

Enligt AFL 18:1 skall för varje landstingskommun finnas en allmän försäkringskassa (fk). Fk är nu 26 till antalet. Malmö allmänna försäkringskassa, Göteborgs allmänna försäkringskassa och Gotlands läns allmänna försäkringskassa omfattar endast en primärkommun.

I varje fk skall finnas en styrelse. Styrelsens uppgift är i huvudsak att ansvara för fk:s administration. Styrelsen består av ordförande och vice ordförande vilka utses av regeringen samt fyra ledamöter som utses av landstingen eller, om kassans verksamhetsområde utgörs av kommun, av kommunfullmäktige. Härutöver får i styrelsearbetet delta två personalrepresentanter. Dessa har rätt att närvara och yttra sig vid all handläggning i styrelsen.

Enligt 18:12 skall hos fk vara anställd en direktör, som har att leda arbetet inom kassan i enlighet med de anvisningar som lämnas av kassans styrelse. Beträffande besluts- och ansvarsfördelningen mellan styrelse och tjänstemän i kassan gäller inga centralt utformade föreskrifter. I vissa fall, t ex rörande attestering, har dock RFV utfärdat rekommendationer.

Arbetsfördelningen har i princip skett på sätt som varje kassa funnit lämplig. I regel föreligger inte någon skriftlig arbetsordning. Vanligen beslutar styrelsen i första hand i administrativa och ekonomiska ärenden, som exempelvis lokalfrågor och personalärenden. Till direktören har i allmänhet delegerats att besluta i löpande administrativa ärenden. Stora skillnader finns emellertid mellan kassorna beträffande omfattningen av delegeringen. Beträffande försäkringsärenden gäller i allmänhet, att styrelsen inte handlägger löpande ärenden utan endast vissa principiella frågeställningar såsom yttrande över utredningsförslag och betänkanden. Beslut i löpande försäkringsärenden fattas som regel av tjänsteman.

Inom varje fk finns ett centralkontor och ett flertal lokalkontor. Ledningen av verksamheten inom att kassaområde utövas av centralkontoret. I varje kommun skall finnas minst ett lokalkontor.

Lokalkontoren kan vid behov kompletteras med s k filialexpeditioner, som är organisatoriskt underställda ett lokalkontor.

Vid centralkontoren finns bl a en sjukförsäkringsavdelning och en utredningsavdelning. Sjukförsäkringsavdelningen handlägger ärenden, som sammanhänger med allmänna sjukförsäkringsfrågor och handläggning av korta sjukfall. Den är vanligtvis indelad i två sektioner, nämligen en allmän sektion och en sektion för försäkringsmässig kontroll av lokalkontorens verksamhet. Den allmänna sektionen indelas i allmänhet i flera olika enheter, t ex en tandvårdsgrupp, en sjukvårdsgrupp etc. Utredningsavdelningen svarar för handläggningen av långa sjukfall samt beredning, föredragning och efterkontroll av sådana ärenden som skall avgöras av pensionsdelegation. Centralkontoren har en stor insyn i lokalkontorens verksamhet.

Lokalkontoret delas också upp i bl a en sjukförsäkringsenhet och en utredningsenhet. Inom sjukförsäkringsenheten handläggs frågor om inskrivning i fk och fastställande av SGI samt frågor angående sp, föräldrapenning (fp) m m. På utredningsenheten handlägger man de långa sjukfallen och beslutar om olika rehabiliterande åtgärder. Kontorsföreståndaren som förestår lokalkontoret är direkt underställd direktören för fk.

Lokalkassorna ansvarar i princip för handläggningen av försäkringsärenden i första instans. Kassan tar emot anmälningar och ansökningar från df samt utreder och fattar beslut i försäkringsärendena. Utbetalningar sker genom den gemensamma datoranläggningen, som finns vid RFV:s tekniska byrå i Sundsvall och till vilken alla kassakontor har direktkommunikation via terminaler.[18] Framför allt genom sina lokalkontor har kassorna direktkontakt med df. Socialförsäkringsadministrationens service- och informationsinsatser gentemot allmänheten sker i huvudsak genom kassorna.

De ersättningsärenden som handläggs av fk indelas i tjänstemannaärenden, pensionsdelegationsärenden och försäkringsnämndsärenden. Eftersom sp-ärenden handläggs av tjänstemän, blir det endast denna kategori av ärenden som är av intresse i detta sammanhang. Det är på lokalkontoren som flertalet av de oerhört talrika ärendena angående sp handläggs. Det finns oftast inga författningsföreskrifter om att tjänstemän i viss lönegrad eller med viss tjänsteställning skall fatta vissa typer av beslut,[19] men hos kassorna har utbildats vissa rutiner, såsom att överordnade tjänstemän rådfrågas i svårare ärenden liksom att en viss kontroll och underställning sker.

Lokalkontorets föreståndare handhar vissa mer komplicerade ärenden, och centralkontorets personal kan hjälpa till med råd och anvisningar.

Utbildningen av tjänstemännen handhar RFV och fk (centralkassorna) tillsammans. Studiematerialet har RFV utarbetat och centralkassorna använder det vid olika utbildnings- och fortbildningskurser inom sp-försäkringen för de anställda tjänstemännen.[20]

Detta utbildningsmaterial utgör en viktig källa till information om rättsbildningen på kassanivå. Det bygger på RFV:s författningar, cirkulär och anvisningar och innehåller hänvisningar till av RFV utvalda FD- och FÖD-avgöranden. Den teknik som användes för att föra ut de aktuella normerna sker företrädesvis i form av konkreta situationsbeskrivningar med en avslutande frågeställning. Till materialet hör svar på övningsuppgifterna. Svaren, som också utarbetats av RFV, innehåller den konkreta lösningen på den aktuella uppgiften ibland med en kortare motivering till att svaret skall vara det angivna. Motiveringen är dock ofta av teknisk natur och några egentliga förklaringar av rättsdogmatisk/rättspolitisk karaktär förekommer inte.

3.2.2 Åtgärder och beslut rörande sjukkontroll

I S-handböckerna finns beskrivna de handläggningsrutiner som tjänstemännen skall följa. Där finns även författningar utfärdade av RFV (RFFS) samt bakgrund till RFFS och bakgrund till SFS.[21] En genomgång av rutinerna visar, att en av de mer omfattande och för tjänstemännen tidskrävande arbetsuppgifterna rör den s k sjukkontrollen (i vidsträckt bemärkelse). Denna kontroll startar med de åtgärder och beslut som lokalkontorens tjänstemän fattar bl a angående inskrivning av df och avregistrering av df,[22] beslut angående df:s SGI[23] och beslut i samband med df:s sjukanmälan. Sjukanmälan skall registreras i datasystemet. Blankett för den försäkran, som en sjukanmäld försäkrad skall lämna, skickas direkt från dataanläggningen till df. Uppgifter angående utbetalad sp inrapporteras till datasystemet via terminalerna. Från den centrala dataanläggningen skickas i början av året ut uppgifter till df angående utbetalade ersättningar.

RFV:s dataregister[24] är gemensamma för samtliga fk. Dataterminaler finns på fk:s samtliga kontor. Fk rapporterar med hjälp av terminalerna ändringar och nya uppgifter, som förs in i de centrala

registren. Personalen kan sedan vid behov ta fram uppgifterna och läsa av dem på terminalens bildskärm. I RFV:s dataregister finns uppgifter om alla, som är bosatta eller har varit bosatta i Sverige. De uppgifter som finns i registren är allmänna personuppgifter, som erhålls från folkbokföringen. Vidare är det uppgifter som lämnas direkt till fk, t ex om aktuell arbetsinkomst. Det är också uppgifter som kommer fram under fk:s handläggning, t ex senaste sjukdag. Särskilda kontroller har byggts in i datasystemet för att endast de, som i sitt arbete behöver uppgifterna, skall ha tillgång till dem. När man ska ta fram uppgifter ur registren eller göra ändringar i dem, måste ett speciellt behörighetskort användas. Korten är konstruerade så, att en tjänsteman endast har tillgång till registren inom sitt speciella område. Det innebär, att en tjänsteman som arbetar med sp bara kan ta fram sådana uppgifter ur andra register, som hon/han behöver i sitt arbete för att rätt kunna handlägga sp-ärenden. Det register hos RFV:s tekniska byrå som används i sp-ärenden är sjukförsäkringsregistret. Sjukförsäkringsregistret upptar samtliga inskrivna försäkrade, dvs i princip alla som bor eller har bott i Sverige och har fyllt 16 år. Registret används förutom för sjukförsäkringen och föräldraförsäkringen även för kontant arbetsmarknadsstöd, utbildningsbidrag, studiepenning och dagpenning till värnpliktiga.

Vid sidan av det automatiska försäkringsregistret finns ett manuellt register på lokalkontoren över samtliga pågående sjukfall. Utbetalning via postgiro av sp görs av lokalkontorens expeditioner med ledning av det manuella sjukfallsregistret. Utbetalning kan ske även på maskinell väg i form av särskild utbetalningsanvisning, som distribueras och inlöses av postverket.

För de dagar den sjuke kan få sp utan läkarintyg skall hon/han genom en skriftlig försäkran styrka, att hon/han på grund av sjukdom inte kunnat förvärvsarbeta. På blanketten Försäkran för sjukpenning,[25] som tillsänds df sedan sjukanmälan gjorts, anges datum, från vilket läkarintyg krävs. Sedan skall df:s uppgifter på denna kontrolleras[26] liksom ett flertal andra uppgifter.[27]

En av de mer omfattande och för tjänstemännen tidskrävande arbetsuppgifterna rör den mer direkta sjukkontrollen. Tjänstemännen skall kontinuerligt bevaka pågående ersättningsärenden för att få fram de fall, som fordrar särskild kontroll. Genomgången syftar till att ge impulser till nödvändiga kontakter med df, arbetsgivare, läkare eller myndighet. När det gäller anställda, sker sjukkontroll avseende frånvarotid från arbetet genom förfrågan hos arbetsgivaren. Kontroll genom förfrågan hos arbetsgivaren görs stickprovsvis och omfattar i regel minst 10 % av samtliga sp-fall.[28]

Fk skall införskaffa den utredning, som i varje särskilt fall kan anses erforderlig för bedömning av rätten till sp, genom att infordra

intyg av behandlande läkare och göra förfrågan hos läkare. Enligt AFL 3:7 kan fk begära, att df styrker sin arbetsoförmåga med läkarintyg. RFV har föreskrivit, att läkarintyg generellt skall begäras tidigast från och med sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen.[29]

I läkarintyg för sp skall förutom personuppgifter, även anges uppgifter om diagnos eller symtom, första besök, sjukskrivningstid och eventuella föreskrifter. Läkaren skall ha undertecknat intyget. Vid fortsatt sjukskrivning kan samma intygsblankett användas, varvid läkaren för på den nya sjukskrivningstiden och bestyrker intygsförlängningen med sin namnunderskrift (ang nytt läkarintyg se nedan 5.2).

Ett led i den sjukkontroll som fk utövar är att för varje försäkrad räkna antalet korta sjukfall, dvs fall som varar högst sex dagar, vilket är den tid som arbetsoförmåga inte behöver styrkas med läkarintyg.[30] Vid sådana upprepade korta sjukfall - minst sex under en tolvmånadersperiod - prövar kassan om df vid kommande sjukfall skall förete läkarintyg redan från den första dag för vilken sp kan utgå. Ett motiv härför - förutom kontrollsyftet - är att df kan vara i behov av att få kontakt med läkare för att få vård.

Kontakt med den behandlande läkaren sker framförallt i sjukfall där diagnosen är oklar, sjukskrivningstiden synes lång med hänsyn till diagnosen, vid annan medicinsk utredning samt vid långvariga sjukfall.

Vid alla långa sjukfall företar kassan en s k sjukfallsutredning. Då kassan överväger att dra in df:s sp, kontaktar kassan först den läkare som är förordnad att som förtroendeläkare biträda kassan med medicinsk sakkunskap (AFL 18:12). På grundval av handlingarna i ärendet avgör förtroendeläkaren, om df fortfarande är sjuk och arbetsoförmögen. I de flesta fall beslutar kassan i enlighet med förtroendeläkarens mening. Kassan meddelar alltid df sin avsikt att dra in sp i ett delgivningsbrev, varvid df bereds tillfälle att inom fjorton dagar inkomma med invändningar häremot.

Genom nämnda kommuniceringsskrivelse uppfylls kraven i förvaltningslagen (1971:290) 15 §. I denna paragraf stadgas dock att i underrättelseskyldigheten för kassan gäller de begränsningar som följer av sekretesslagen (1980:100) 14:5. Här stadgas att sekretess inte hindrar part i ett ärende hos myndighet att ta del av handling eller annat material i ärendet, men att sådant inte får lämnas ut, i den mån det av hänsyn till allmänt eller enskilt intresse är av synner-

lig vikt, att sekretessbelagd uppgift i materialet inte röjs. Att något allmänt intresse skulle kunna skadas genom utlämnande av handling i ett sp-ärende torde vara sällsynt. Däremot kan väl tänkas, att det finns ett enskilt intresse som behöver skyddas, nämligen intresse som rör parten själv eller anhörig till parten. Det kan gälla uppgift rörande sjukdomsdiagnos, där sjukdomen kan ha en dödlig utgång och df inte själv känner till den. Beträffande läkarintygen är dessa dock som regel utformade så, att df kan ta del av dem.

Den interna kontrollen kompletteras med s k extern sjukkontroll. Två huvudtyper av extern sjukkontroll förekommer. Den ena sker i slumpvis utvalda fall, huvudsakligen i nyanmälda sådana. Denna kontroll kan också förekomma i form av s k intensivkontroll, vilket innebär att ett antal kontrollanter inom ett lokalkontors verksamhetsområde gör ett stort antal besök under en kort tidsperiod. Den andra typen av extern sjukkontroll sker i anledning av de uppgifter som framkommit vid den ovan beskrivna genomgången av pågående ersättningsärenden. Då kontrolleras diagnos/sjukdomsorsak, sjukskrivningstid samt andra uppgifter av betydelse för ersättningsärendet, och med ledning av gjorda noteringar företar externkontrollanten hembesök. Efter besöket avrapporteras de gjorda iakttagelserna till lokalkontoret. Härvid tas ställning till eventuell nedsättning/indragning av sp.

Varje kassaområde är indelat i distrikt, inom vilket extern sjukkontroll skall utföras. Distrikten omfattar i regel cirka 50.000 invånare. Variationer - beroende på kontrollbehov och avstånd - kan dock förekomma.

3.2.3 Åtgärder och beslut rörande rehabilitering

Till fk:s uppgifter hör också att besluta om vidtagande av rehabiliterande ågärder av olika slag. Av AFL 2:11 framgår, att fk skall undersöka om det är lämpligt att vidta åtgärder, som är ägnade att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av df:s arbetsförmåga. De fall som kan bli aktuella för sådana åtgärder får fk fram genom en löpande granskning av ärenden, där ersättning för sjukhusvård eller sp utgivits för nittio dagar i följd. Fk kan också på annat sätt få kännedom om förhållande, som bör föranleda sådan åtgärd.[31] För att fk i ett rehabiliteringsärende skall kunna samråda med andra samhällsorgan finns s k rehabiliteringsgrupper (rehagrupper). Vid centralkassan finns en central

rehagrupp och vid lokalkassan en lokal rehagrupp. Dessa är anknutna till utredningsavdelningarna inom kassorna. Om det finns flera lokalkontor inom samma kommun kan, om skäl till det föreligger, en för dessa kontor gemensam lokal rehagrupp inrättas. I en central rehagrupp ingår förtroendeläkare samt en eller flera tjänstemän vid utredningsavdelningen. Där brukar även ingå företrädare för länsarbetsnämnd och sjukvårdshuvudman. I en lokal rehagrupp skall ingå företrädare för lokalkontoret (lokalkontoren) och, där så kan ske, förtroendeläkaren. Att förtroendeläkaren deltar är det vanliga. Vidare ingår distriktsläkare eller distriktssköterska samt företrädare för socialvården och arbetsvården eller arbetsförmedlingen. I en medelstor lokalkassa brukar en representant för respektive kategori delta. Även företrädare för andra samhällsorgan kan kallas till sammanträde med rehagruppen. Det är dock relativt ovanligt, men ibland kan det vara viktigt att t ex företrädare för alkoholistanstalt är med i överläggningarna. Även arbetsgivarrepresentanter kan ibland delta i sammanträdena.

Enligt RFV:s kungörelse[32] skall lokal rehagrupp sammanträda minst varannan månad, såvida inte skäl föreligger för sammanträde med kortare mellanrum. Det vanliga är att den lokala rehagruppen sammanträder en gång i månaden. Den centrala rehagruppen handhar principiella frågor såsom planerings- och resursfrågor beträffande rehabiliteringsverksamheten inom länet men även enskilda ärenden som remitterats dit av lokal rehagrupp. Den lokala rehagruppen behandlar endast enskilda försäkringsfall.[33] Ärendena är av skiftande slag. De kan röra långtidssjuka som inte kan återgå till tidigare arbete, osäkerhet om graden av df:s arbetsoförmåga, utbyte av sp mot arbetslöshetsunderstöd, bibehållande av sp vid träningsarbete i reell miljö, lönebidrag vid viss anställning samt frågor om omskolning, pension eller socialhjälp.[34]

3.2.4 Utformning och motivering av beslut

Åtskilliga beslut i sp-ärenden grundas på bestämmelser, som ger ringa utrymme för skönsmässiga bedömningar. Detta hindrar dock inte, att bestämmelserna kan vara invecklade och svårförståeliga för gemene man. Beslut av denna typ uppges av praktiska och ekonomiska skäl inte kunna ges en sådan individuell utformning, att alla försäkrade - med de olika förutsättningar som de har att tillgodogöra sig såväl skriftlig som muntlig information - förstår innehållet i eller motivet för dem.

Många beslut tillställs df genom skriftliga meddelanden, som framställs maskinellt och som innehåller en begränsad mängd information. Ofta är de starkt schabloniserade. Detta kan naturligtvis ge upphov till missförstånd. Beslut som inte är utformade med hänsyn till förhållandena i det enskilda fallet löper alltid en särskild risk att bli missförstådda.[35]

Förvaltningslagen föreskriver, att beslut varigenom myndighet avgör ärende skall innehålla de skäl som bestämt utgången (17 §). Vissa undantag från kravet på angivande av skäl finns, exempelvis att beslutet inte går part emot eller det eljest är uppenbart obehövligt att upplysa om skälen. Formuleringen att i beslutet skall anges "de skäl som bestämt utgången" i ärendet anses markera att anspråken på motiveringens innehåll inte får ställas för högt.[36] Det är de omständigheter som varit avgörande för myndighetens beslut som skall redovisas. Däremot krävs inte någon längre redogörelse för sakförhållandena i ärendet eller för de avvägningar, som har gjorts beträffande olika yrkanden, argument och bevis.

Det finns ett nära samband mellan bestämmelsen om beslutsmotivering och kommunikationsreglerna (15 §). Vad som behöver sägas i myndighets slutliga beslut beror till stor del på vad som redan är känt för parten.[37] Kommunikationsreglerna är ett uttryck för det krav på offentlig redovisning av myndighetens överväganden, som under alla omständigheter skall upprätthållas i fråga om såväl invecklade ärenden av stor betydelse för den enskilde som mer rutinbetonade ärenden, där den enskildes intresse av sakens utgång är förhållandevis ringa. Lagen representerar en minimistandard.

JO:s beslut 810428 dnr 3092-1980 rörde frågan om bristfällig beslutsmotivering hos fk. Ärendet rörde ej sp men kan ändå vara av intresse i detta sammanhang. Med anledning av klagomål från försäkrad mot Stockholms läns allmänna försäkringskassa, bl a för kassans bristfälliga beslutsmotivering rörande fråga om rätt till ersättning vid arbetsskada, framhöll JO, att formuleringen "skälen mot ett samband mellan olycksfallet och de besvär som orsakat arbetsoförmåga efter samordningstidens utgång, är betydligt starkare än skälen för ett sådant samband" inte kunde godtas som beslutsmotivering, med mindre parten på ett begripligt sätt gjorts uppmärksam på skälen mot samband och inte lämnats att dra egna slutsatser av ett för honom svårtolkat material. Av utredningen framgick att förtroendeläkaren accepterat samband för viss tid mellan olycksfallet och skadan, varför det var än mer angeläget, att upplysning om de betydligt starkare skälen mot samband hade lämnats i beslutet.

3.2.5 Självrättelse enligt AFL 20:10 a

AFL 20:10 a lyder:

"Även om begäran om omprövning inte har framställts, skall försäkringskassan ändra ett beslut i ett ärende om försäkring enligt denna lag, som har fattats av kassan och ej har prövats av försäkringsrätten,
1. om beslutet på grund av skrivfel, räknefel eller annat sådant förbiseende innehåller uppenbar oriktighet,
2. om beslutet har blivit oriktigt på grund av att det har fattats på uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag,
3. om beslutet har blivit oriktigt på grund av uppenbart felaktig rättstillämpning eller annan liknande orsak.
Ändring behöver inte göras om oriktigheten är av ringa betydelse. Ett beslut får ej ändras till den försäkrades nackdel såvitt gäller förmån som har förfallit till betalning och ej heller i annat fall om det finns synnerliga skäl mot det.
En fråga om ändring enligt denna paragraf får ej tagas upp sedan mer än två år förflutit från den dag då beslutet meddelades. Ändring får dock ske även efter utgången av denna tid, om det först därefter har kommit fram att beslutet har fattats på uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag eller om det finns andra synnerliga skäl."

Självrättelse enligt 20:10 a kan påkallas av df eller RFV eller tas upp av fk på fk:s eget initiativ. Självrättelse kan påkallas och företas även efter besvärstidens utgång och kan såtillvida betraktas som ett extraordinärt rättsmedel. De särskilda förutsättningarna för självrättelse framgår av punkterna 1, 2 och 3 i bestämmelsen.

För att självrättelse skall kunna ske krävs, att FR inte har prövat beslutet. Det nya beslutet av fk innefattande rättelsen kan givetvis överklagas.[38]

Bestämmelserna om självrättelse har fått tämligen stor praktisk betydelse. Under år 1979 ändrades sålunda närmare 18.000 beslut med stöd av p 2 och ca 4.500 beslut enligt p 3 i denna paragraf.[39] Någon statistik som belyser antalet ändringar enligt p 1 finns inte. Det kan dock nämnas att kassorna redan före den 1 januari 1979 och således utan direkt författningsstöd gjorde självrättelse i icke ringa omfattning.[40] Under år 1980 skedde en viss minskning av antalet ändringar. Sålunda ändrades 14.475 beslut enligt p 2 och 4.636 beslut enligt p 3 eller sammanlagt 19.381 beslut.

Om ändring av beslutet skett av den orsaken att det fattats på uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag eller p g a uppenbart felaktig rättstillämpning, måste ändringen prövas av tjänsteman, som är överordnad den som tidigare beslutat i ärendet. Har lokal-

kontorsföreståndare deltagit i det tidigare beslutet, skall ändringen prövas av lägst avdelningschef på centralkontoret.[41] Det nya beslutet skall vara skriftligt, om tidigare skriftligt beslut ändrats eller om fk avslagit begäran om ändring av beslut.

Enligt 20:10 a andra stycket krävs synnerliga skäl för ändring till df:s nackdel. FRM:s dom 800618 mål nr 1407/80 belyser innebörden av detta rekvisit (i tidigare lydelse).

Df, som varit föräldraledig p g a ett barns födelse i maj -78, uppgav vid inkomstförfrågan ett år senare, att hon skulle börja arbeta igen fr o m 1 sept 1979. Genom ett förbiseende lät kassan df behålla sin tidigare SGI under de tre sommarmånaderna, trots att df då borde ha varit försäkrad som hemmamake. FR ansåg, att i detta fall synnerliga skäl förelåg för att inte ändra fk:s ursprungliga beslut och lät df ha kvar sin tidigare SGI även under tiden juni - augusti 1979.

3.2.6 Omprövning och besvär

Reglerna om omprövning finns i AFL 20:10. Paragrafen lyder:

"Beslut av en allmän försäkringskassa i ärenden om försäkring enligt denna lag skall omprövas av kassan, om det begärs av en enskild som beslutet angår och beslutet inte har meddelats med stöd av 10 a §. Vid omprövningen får beslutet inte ändras till den enskildes nackdel.
Om omprövning begärs av ett beslut och riksförsäkringsverket anför besvär över samma beslut, skall försäkringskassan sända över ärendet till försäkringsrätten utan föregående omprövning. Begäran om omprövning skall därvid i försäkringsrätten anses som en besvärsinlaga."

Om df är missnöjd med kassans beslut, skall df i första hand vända sig till kassan och begära omprövning av beslutet enligt 20:10. Om df anför besvär innan kassan omprövat sitt beslut, anses besvären som en begäran om omprövning. Om df begär omprövning och RFV samtidigt anför besvär, skall fk sända över ärendet till FR utan föregående prövning. Df:s begäran om omprövning anses som en besvärsinlaga i FR.

Vid omprövning får beslutet inte ändras till df:s nackdel. Däremot kan omprövningsbeslutet innebära, att df:s ändringsyrkande bifalles endast delvis. Före 820401 gällde att ändring endast fick göras i enlighet med df:s yrkande.[42]

Det finns flera skäl till kassans omprövningsrätt. Beslutsmotiveringen i omprövningsbeslutet skall i förhållande till det första

beslutet göras utförligare och därför bli mera informativ. Man räknar med att ett inte ringa antal klagande genom omprövning skall bli övertygade om att beslutet är korrekt och därför avstå från att besvära sig.[43] Ett annat skäl är att det är en administrativt enklare lösning att låta fk, som har handlingarna tillgängliga och är väl insatt i ärendet, ändra ett eventuellt felaktigt beslut än att FR företar prövningen. För att rätta beslut som tillhör denna grupp av ärenden fordras inte heller FR:s kvalificerade bedömning. Ytterligare en omständighet som har ansetts tala för en långtgående omprövningsrätt hos fk är, att df i relativt stor omfattning fortsätter att komplettera utredningen även efter det att fk har meddelat sitt beslut. Det förekommer t ex att df åberopar ny utredning - ett läkarintyg eller liknande - i samband med att hon/han besvärar sig. Om detta material hade varit tillgängligt då kassan fattade sitt första beslut, kunde detta ha fått ett innehåll, som df hade nöjt sig med. Från fk-håll gjordes före ändringen 820401 gällande, att det kändes otillfredsställande att göra en omprövning och därvid vara förhindrad att rätta till ett felbedömt ärende endast därför att det inte gick att bifalla ett besvärsyrkande fullt ut.

Omprövning av beslut enligt 20:10 skall göras av lägst avdelningschef på centralkontoret.[44] Omprövningen skall vara slutförd inom sex veckor efter det att omprövning begärdes, om inte särskilda skäl föranleder annat. Framställs yrkande om beslut för tiden intill dess saken slutligt avgjorts, skall omprövning ske omedelbart eller senast inom tre veckor från det att yrkandet framställdes, om inte särskilda skäl föranleder annat.[45] Omprövningsbeslutet är skriftligt.[46]

Om df inte är nöjd med omprövningsbeslutet, får hon/han besvära sig hos FR jämlikt AFL 20:11. Besvärshandlingen skall inges till fk (20:13 första stycket). Men om handlingen i stället inkommit till FR, RFV eller annan fk, som inte är rätt myndighet och besvärstiden inte gått till ända, översänds besvärshandlingen till den rätta myndigheten och anses inkommen i rätt tid (20:13 andra stycket). Besvärstiden är två månader från den dag klaganden fick del av det beslut hon/han önskar överklaga (20:13 tredje stycket).

Vad som sägs i 20:13 om besvär skall i tillgängliga delar gälla en begäran om omprövning enligt 20:10 (20:13 fjärde stycket). Fk:s, RFV:s och FR:s beslut träder i kraft omedelbart, om det inte är föreskrivet annorlunda i beslutet eller bestäms av den domstol som har att pröva beslutet (20:13 femte stycket).

3.3 Försäkringsrätterna (FR)

1979 års reform av besvärsordningen ledde till införandet 790101 av tre regionala försäkringsrätter (FR), en i Huskvarna (Jönköping) kallad Försäkringsrätten för Södra Sverige (FRS), en i Handen, Försäkringsrätten för Mellansverige (FRM) och en i Umeå, Försäkringsrätten för Norra Sverige (FRN). Storleken på dem bestämdes med ledning av den beräkning av måltillströmningen, som utredningen angående översyn av besvärsorganisationen inom socialförsäkringen m m (i fortsättningen benämnd försäkringsutredningen) hade gjort.[47] Utredningen räknade med att rätterna skulle få handlägga minst 14.000 mål per år.[48] Dessa mål fördelades med ledning av folkmängden inom respektive domkrets så, att FRS beräknades få en måltillströmning på 4.700 mål, FRM 7.500 mål och FRN 1.800 mål.

För FR gäller lagen (1978:28) om försäkringsdomstolar, förvaltningsprocesslagen (1971:291), förordningen (1978:633) med försäkringsrättsinstruktion. Därutöver har de tre rätterna fastställt arbetsordningar.[49]

FR är uppdelade i avdelningar bestående av sex yrkesdomare, som kallas försäkringsrättsråd och försäkringsrättsassessorer, jämte föredragande och kanslipersonal.[50] Ett försäkringsrättsråd är chef för rätten. Samtliga rätter har en administrativ enhet och ett antal dömande avdelningar. Vid FRM finns det sex dömande avdelningar, vid FRS fem avdelningar och vid FRN två avdelningar. På en dömande avdelning skall som ledamöter tjänstgöra två försäkringsrättsråd, fyra försäkringsrättsassessorer[51] och normalt tre föredragande.[52] Föredraganden och rotelinnehavaren skall fortlöpande samråda om beredningen och föredragningen av målen på roteln.[53] Föredraganden skall i största möjliga utsträckning ges tillfälle att självständigt sköta beredningen av mål. Det åligger den som föredrar ett mål att se till att de ledamöter som skall delta vid sessionen före sessionsdagen får ett förslag till dom eller beslut i målet. Till förslaget fogas fk:s överklagade beslut samt, om det anses lämpligt, kassans yttrande i målet och ett yttrande från RFV. Vid behov kan även uträkningar och en sammanställning av fakta i målet bifogas. På förslaget till rättens beslut anges tillämpliga författningsföreskrifter samt, i förekommande fall, hänvisningar till förarbeten, praxis och litteratur. Sedan ett mål har föredragits, bestäms i allmänhet utformningen av domen eller beslutet preliminärt vid sessionen. Det åligger den som har föredragit målet att upprätta ett slut-

ligt förslag till utformning i enlighet med rättens beslut. En dom eller ett beslut bör expedieras inom en vecka efter färdigställandet. Fk:s akt återsänds till fk, om det inte skett tidigare, för verkställighet av domen.

Reglerna om vilka mål som skall handläggas med förtur varierar något mellan rätterna. I alla tre rätterna handläggs med förtur frågor om inhibition av ett överklagat beslut eller något annat interimistiskt förordnande rörande saken, frågor om försäkringsrättens behörighet eller om målets upptagande till prövning och mål, i vilka besvären har återkallats.[54] Samtliga rätter behandlar också med förtur mål om rätt till en förmån som är av väsentlig betydelse för någons försörjning, mål eller i mål uppkomna frågor som eljest av någon särskild anledning bör avgöras skyndsamt.[55] FRS behandlar också med förtur frågor om ändring av ett tidigare meddelat beslut, FRM mål av principiell natur i vilka RFV:s ombudsenhet (OE) har begärt förtur och FRN mål om havandeskapspenning (hp). FRN har alltså redan i sin arbetsordning beslutat att handlägga mål om hp med förtur och inte avvakta den begäran om förtur, vilken OE brukar framställa.[56]

Huvudregeln är, att FR är domför med tre ledamöter som är försäkringsrättsråd eller försäkringsrättsassessorer. Dock är rätten domför med en yrkesdomare, när det gäller mål som inte innebär prövning i sak och mål där värdet understiger 2.500 kr. Förutom de nu nämnda fallen, då FR är domför med enbart en ledamot, finns ytterligare tre fall, nämligen förordnanden i avvaktan på målets avgörande, andra åtgärder som avser endast måls beredande samt beslut genom vilket domstolen skiljer sig från målet utan att detta har prövats i sak.[57]

Domförhetsreglerna fick det nu beskrivna innehållet 820401.[58] Dessförinnan gällde, att alla sp-mål avgjordes under medverkan av tre juristdomare.[59]

I vissa mål skall förutom de tre lagfarna ledamöterna även ingå två nämndemän. Det är dock inte fråga om mål som rör sp.[60]

Det viktigaste skälet för ett lekmannainflytande i FR var enligt den utredning, som gjorde översynen av besvärsorganisationen inom socialförsäkringen m m,[61] allmänhetens intresse av insyn, kontroll och medinflytande. Detta intresse ansågs vara särskilt starkt när det gällde FR, eftersom det här är fråga om handläggning av mål som i hög grad berör problem som nästan alla människor kommer i kontakt med. Vidare framhölls, att skälighetsbedömningar i stor utsträckning förekommer i mål inom socialförsäkringen. Enligt ut-

redningens mening var det därför självklart, att lekmän skulle delta i rättskipningen i FR. Det påpekades dock, att ett lekmannadeltagande i en huvudsakligen skriftlig process såsom den i FR kunde leda till att verksamheten blev omständligare, bl a genom att föredragningen och överläggningen måste göras utförligare.[62] Man menade, att inom flertalet målkategorier förekommer åtskilliga mål, i vilka lekmannamedverkan i och för sig skulle vara av stort värde, men också mål som huvudsakligen innehåller frågor av övervägande juridiskteknisk karaktär. Ett lekmannainflytande kunde exv vara av stort värde i vissa sp-ärenden, t ex angående SGI, medan åtskilliga frågor var av enkelt slag och gav föga utrymme för skälighetsbedömningar. Man fann det svårt att avgränsa de ärenden som skulle avgöras under lekmannamedverkan och de som skulle avgöras utan sådan medverkan.[63] Resultatet blev att lekmän inte skulle delta i avgöranden rörande exv SGI, samtidigt som man föreslog, för att inte utesluta lekmannamedverkan i enstaka mål där en sådan medverkan kunde anses vara av särskilt stort värde, att part skulle kunna påkalla att målet avgjordes med lekmän även i andra fall än där sådan medverkan är föreskriven. Detta förslag gick dock inte igenom och någon sådan möjlighet finns inte i gällande rätt.[64]

Förfarandet i FR regleras av förvaltningsprocesslagen (1971:291) frånsett regeln om särskild besvärstid i AFL 20:13. Besvärshandlingen måste vara inkommen inom två månader från den dag df fick del av beslutet. Om besvär anförts av RFV, måste besvärshandlingen ha inkommit inom två månader från den dag då beslutet meddelades.

Förfarandet är nästan alltid skriftligt, även om formella möjligheter finns för ett muntligt förfarande. Särskilt sakkunniga kan förordnas för viss tid med uppgift att tillhandagå domstolen med utlåtanden.[65] Detta gäller då främst medicinsk eller odontologisk sakkunskap. I och med att förvaltningsprocesslagen är tillämplig,[66] gäller reglerna i denna lag om hur ansöknings- och besvärshandlingar och andra partsinlagor skall vara beskaffade. I förvaltningsprocesslagen 5 § stadgas, att om ansöknings- eller besvärshandling är så ofullständig, att den inte kan läggas till grund för prövning i sak, rätten skall förelägga sökanden eller klaganden att inom viss tid avhjälpa bristen vid påföljd att hans talan annars inte upptas till prövning. Många gånger kan en besvärshandling vara mycket knapphändigt formulerad. Fråga om besvär bort avvisas av FR p g a brist i besvärsinlaga aktualiserades i FÖD:s dom 800708 mål nr 1274/79:5.

I detta mål hade fk med eget yttrande - i vilket kassan avstyrkt bifall till df:s besvär - överlämnat målet till FR för prövning. Fk hade prövat besvären enligt (då gällande) AFL 20:11 tredje stycket. FR ansåg sig inte kunna utläsa av besvärsskrivelsen, vilket beslut df

överklagade och vilken ändring han önskade, varför prövning i sak inte skedde. Df hörde inte av sig med komplettering av besvärsskrivelsen, då FR påfordrade detta. RFV ansåg, att df därigenom visat, att fk:s tolkning av besvärsskrivelsen var riktig och att df:s besvärsskrivelse i förening med fk:s yttrande väl kunde läggas till grund för prövning i sak. FÖD var av samma mening som RFV och återförvisade målet till rätten för prövning i sak.

Av rättsfallet kan man alltså utläsa att FR inte skall avvisa besvär, om besvärsskrivelsen i förening med fk:s yttrande kan läggas till grund för prövning i sak.

FÖD:s beslut 810526 mål nr 1728/80:7 gällde frågan, om FR bort avvisa talan om sp för viss tid, därför att det enligt FR:s förmenande förelåg brist i fk:s yttrande jämlikt 20:11.

Df yrkade hos FR att bli befriad från återbetalningsskyldighet av sp, som redan utgivits samt rätt att erhålla sp för viss annan tid. FR prövade inte df:s rätt till sp för denna tid, eftersom rätten ansåg att fk inte "vidtagit av besvären föranledda handläggningsfrågor" och visade målet åter i dessa delar till fk. FÖD menade, att FR under målets beredning hade kunnat införskaffa eventuellt behövlig komplettering till fk:s yttrande och fann, att FR saknat laga grund att avvisa målet.

Det förekommer ofta i sp-ärenden, att df först erhåller ett besked om att kassan överväger att dra in sp. En tid därefter kommer kassans beslut. Om df uppfattar det första beskedet som ett beslut och besvärar sig över detta, skall df:s besvär uppfattas som besvär över det egentliga beslutet. Detta framgår av FÖD:s beslut 810210 mål nr 1456/80:6.

Fk hade meddelat df, att den övervägde att inte utge sp till df under tid då hon skulle genomgå arbetsvård. Hon bereddes tillfälle att yttra sig skriftligen inom en vecka. Fk skulle först därefter fatta beslut i saken. Df inkom med en skrivelse, där hon uppgav sig överklaga kassans "avslag av sjukpenning". Kassans avslagsbeslut kom några dagar därefter. Df uppgav till fk, att hon inte visste, att hon skulle få både delgivningsbrev och avslagsbrev. Hon önskade vidhålla besvär över att inte beviljas sp. FR fann, att df inte hade besvärat sig skriftligen såsom föreskrivs i förvaltningsprocesslagen 3 §, varför FR avvisade besvären (FRM:s beslut 800812 mål nr 3182/80).

Hur skriftväxlingen mellan parterna skall genomföras framgår också av förvaltningsprocesslagen. Möjlighet finns för FR att hålla syn och höra vittnen och sakkunniga. Vidare gäller förvaltningsprocesslagens regler om föreläggande och viten, om offentlighet och

ordning inför domstolen liksom kommunikationsskyldighet, motiveringsskyldighet och besvärshänvisningsskyldighet. I förvaltningsprocesslagen 30 § föreskrivs, att de skäl som har bestämt utgången i målet skall framgå av domen.

Protokollförordningen (1979:575) 32 § anger, att parternas yrkanden och invändningar skall redovisas och att det i domen skall finnas en redogörelse för det överklagade beslutet.

Jag övergår nu till att beskriva hur FR:s domar är formulerade. En FR-dom innehåller först en redogörelse för bakgrundsfakta (recit), där uppgift finns om när df:s ansökan om en viss förmån kom in till fk, vad df i huvudsak åberopade för skäl i ansökan, vilken utredning som kassan införskaffade och vad kassans beslut innehöll. Vidare redovisas klagandens yrkande i FR och grunderna härför samt den utredning som har åberopats i FR. Redogörelserna blir naturligtvis olika långa beroende på omständigheterna i målet men uppgår i genomsnitt till en A4-sida. Efter reciten följer en redogörelse under rubriken Domskäl för FR:s egen bedömning, som i allmänhet är förhållandevis kort och ofta inte upptar mer än sex - sju rader. Vanligast förekommande är att FR redovisar sin slutsats med hänvisning enbart till "utredningen" eller till en viss bestämmelse, vars innehåll dessförinnan i korthet har relaterats. Det torde ibland vara svårt för df att förstå bakgrunden till beslutet. Under 1982 blev det vanligare att domstolarna slopade recitskrivningen och i stället hänvisade till fk:s skrivning i enlighet med försäkringsdomstolskommitténs rekommendationer.

I anledning av de stora målbalanserna har FR börjat tillämpa förenklad domskrivning med förkortad recit och utnyttjande av mallar.[67] FR har alltsedan de inledde sin verksamhet haft ständigt ökande målbalanser fram till 820401. Ärendeantalet vid RFV:s besvärsavdelning och Försäkringsrådet kom åren 1976 - 1978 att betydligt överstiga gjorda uppskattningar. Dessa förhållanden medförde, att FR vid sin start fick ta över betydligt fler mål än vad man hade räknat med, nämligen 11.187 mål. Antalet inkomna mål till FR blev från första stund också väsentligt större än beräknat. Antalet visade också hela tiden en stigande utveckling. FR hade fram till 820401 inte under någon månad en avverkning som nått upp till antalet nya mål under samma månad. Målbalansen ökade därför hela tiden. De ökade målbalanserna ledde till en väsentlig förlängning av väntetiden på att få överklagade beslut avgjorda. På RFV:s besvärsavdelning (fram till utgången av 1978) var det ovanligt med en längre

väntetid än sex månader. Vid utgången av 1980 var väntetiden vid FR över två år och uppgick i slutet av år 1981 till drygt tre år.[68] Vissa mål skall, som ovan framkommit, behandlas med förtur. Detta medförde, att andra målgrupper fick en ännu längre handläggningstid, bl a sjukförsäkringsmål, som är den klart dominerande målgruppen i alla tre rätterna. I FRS upptar dessa mål över 50 % (50,7 %), i FRM 44,6 % och i FRN 36,8 % av alla mål.[69]

En sådan utveckling av balans och väntetider måste ur allmänhetens synpunkt anses oacceptabel. Beslut i sp-ärenden har direkta återverkningar på df:s försörjningssituation. Det kan bli fråga om att försörjningsbördan för df vältras över på någon annan df närstående person, exv make eller sammanboende. Som en sista utväg för df finns möjligheten till socialhjälp. Även om df kan klara sin försörjning, innebär de långa väntetiderna för df en allmän otrygghet, som går stick i stäv med de syften som förmånerna är tänkta att ha. De långa väntetiderna kan också leda till att df underlåter att överklaga, trots att det i och för sig vore befogat.

En annan för df oacceptabel följdverkan av balanserna är att inflationen har hunnit urholka värdet av en eventuell ersättning, när denna betalas ut. Någon möjlighet att få ränta på beloppet finns inte. Genom en sådan retroaktiv utbetalning kan även vissa ogynnsamma skatteeffekter i form av skärpt beskattning uppkomma.[70]

Lagändringarna 820401 om fk:s ökade omprövningsrätt, ändrade domförhetsregler i FR och begränsad måltillströmning till FÖD (se nedan) tillkom i syfte att eliminera målbalanserna. Ändringarna torde ha fått den åsyftade effekten.

3.4 Försäkringsöverdomstolen (FÖD)

Försäkringsöverdomstolen (FÖD) är högsta instans i mål som fullföljs dit från FR. Av de c:a 40 milj beslut som fk fattar årligen[71] och av vilka de flesta är överklagbara, har c:a 17.500 mål/år gått vidare till FR[72] och av dessa har sedan något under 2.000 gått vidare till FÖD. Av dessa har FÖD ändrat FR:s dom eller beslut i c:a vart tionde mål.[73] Medan väntetiden i FR har uppgått till c:a tre år (se ovan), har den i FÖD varit c:a nio månader. Målen handläggs alltid som tvåpartsmål, eftersom OE uppträder som df:s motpart och som representant för det allmänna i FÖD. Det högsta antalet inkomna mål registrerades 1977, då antalet var uppe i 3.045 mål. Därefter har

målantalet sjunkit. 1978 var de inkomna målen 2.868 till antalet, 1979 var målen 1.443 och 1980 1.881. Under 1977 avgjordes 2.696 mål, under 1978 2.557 mål, under 1979 1.786 mål och under 1980 2.012 mål. De utgående balanserna var 1977 1.709 mål, 1978 2.070 mål, 1979 1.677 mål och 1980 1.546 mål.[74]

FÖD är en domstol som är sammansatt av juristdomare och företrädare för arbetsmarknadens parter. Grundläggande bestämmelser om FÖD:s uppgifter, organisation m m finns i lagen (1978:28) om försäkringsdomstolar och i förordningen (1978:632) med instruktion för försäkringsöverdomstolen. I FÖD finns en lagfaren president och minst åtta lagfarna försäkringsdomare samt minst åtta andra ledamöter.[75] För tillfället är försäkringsdomarna tio till antalet, skolade i hovrätt, lagstiftnings- och departementsarbete. De icke lagfarna ledamöterna är nu till antalet nio, och de förordnas av regeringen för tre år i sänder. Dessa lekmän är inte nämndemän i gängse bemärkelse, utan de skall ha särskild erfarenhet av arbetsförhållanden och kunskaper av särskilt värde för domstolens arbete.

Prövning i FÖD av besvär från enskild person förutsätter prövningstillstånd. Prövningstillstånd ges om det är av vikt för ledning av rättstillämpningen, s k prejudikatdispens, om det föreligger synnerliga skäl till sådan prövning p g a grova felaktigheter i FR:s handläggning av målet samt "om det finns anledning att ändra det slut försäkringsrätten har kommit till", s k ändringsdispens. Bestämmelserna härom återfinns i förvaltningsprocesslagen 36 och 37 a §§. Den sistnämnda bestämmelsen handlar om ändringsdispens och rör endast FÖD.

Bestämmelsen om prövningstillstånd infördes 820401 som ett sätt att stärka FÖD:s prejudikatbildande verksamhet. Mitt rättsfallsmaterial är i huvudsak hämtat från tiden före denna ändring.

Besvär som har anförts av RFV prövas av FÖD utan prövningstillstånd. Frågan om prövningstillstånd handhas av två lagfarna ledamöter och en icke lagfaren ledamot.[76]

Vid avgöranden i sak utgörs FÖD av ett kollegium bestående av tre lagfarna ledamöter och två lekmän. I vissa processuella frågor deltar endast tre ledamöter, såsom vid prövning av besvär över beslut som ej innebär avgörande av saken, vid förordnande i avvaktan på målets avgörande samt vid annan åtgärd som avser endast måls beredande och vid beslut genom vilket domstolen skiljer sig från målet utan att detta har prövats i sak.[77] I mål där frågan om enhetlig lagtolkning eller rättstillämpning har uppkommit kan FÖD

sammanträda i plenum. Samtliga ledamöter skall då delta i avgörandet, om inte laga hinder möter.[78]

Liksom i FR kan regeringen på begäran av FÖD förordna särskilda sakkunniga för viss tid, vilka skall ha till uppgift att tillhandagå domstolen med utlåtanden.

I en arbetsordning, antagen av domstolens plenum den 9 december 1980 att gälla fr o m den 1 januari 1981, finns bestämmelser som rör organisationen av den dömande verksamheten, fördelning och handläggning av mål, referering av rättsfall samt utbildning av föredragande, vilka kommer från FR. Av arbetsordningen framkommer att FÖD arbetar i domföra grupper, som leds av en ordförande. En av föredragandena skall vara chefsföredragande med uppgift att svara för bl a föredragning av mer komplicerade mål. Chefsföredraganden skall också samla sådana FÖD-domar och FÖD-beslut, som kan tjäna till ledning vid avgörande av likartade mål. Inkommande mål fördelas på rotlar efter turordning. Mål, som har samband med varandra, tilldelas samma rotel.

Föredragande skall tillställa ledamöterna förteckning över de mål som skall föredragas samt föredragningspromemoria i varje mål, såvida inte promemoria är onödig. Promemorian skall innehålla en ordnad och koncentrerad redogörelse för vad handlingarna i målet innehåller av betydelse för den prövning, som är aktuell i målet. Promemorian skall även innehålla nödvändig rättsutredning.

Vid föredragningen skall lämnas en sammanfattande redogörelse för vad handlingarna i målet innehåller av betydelse för prövningen samt förslag till dom eller beslut. Om inte särskilda skäl föranleder annat, skall målet företas till avgörande i omedelbar anslutning till föredragningen. Föredraganden skall upprätta förslag till dom eller beslut och överlämna detta jämte handlingarna i målet till kontrollanten senast sju arbetsdagar efter föredragningsdagen. Om det redan vid överläggningen står klart hur domen eller beslutet skall avfattas, kan förslaget skrivas ut på doms- eller beslutsblankett. Annars skall förslaget ges formen av ett koncept.

Dom eller beslut i plenimål skall meddelas senast inom tio veckor från det målet föredragits för slutligt avgörande.

Med förtur handlägger FÖD bl a mål, vari inhibition eller interimistiskt förordnande yrkas, mål om sjukförsäkringsförmån, pension eller annan förmån av omedelbar betydelse för försäkrads försörjning, mål av särskild betydelse för prejudikatbildningen och annat mål, där det av besvärshandlingen framgår att fråga är om brådskande åtgärd eller nära förestående händelse.

Förvaltningsprocesslagen är tillämplig på förfarandet i FÖD. I samband med förvaltningsprocesslagens tillkomst gjordes vissa ändringar i lagen (1961:262) om försäkringsdomstol, som innebar att förfaranderegelerna i sistnämnda lag i stor utsträckning anpassades till förvaltningsprocesslagen.

Den som vill anföra besvär hos FÖD skall i sin besvärsinlaga uppge bl a den ändring i beslutet som yrkas, de skäl som åberopas till stöd för ändringsyrkandet samt de bevis och den utredning i övrigt som åberopas. Uppfyller besvärsinlagan inte dessa föreskrifter eller är den eljest ofullständig, skall FÖD förelägga klaganden att avhjälpa bristen. Om det av inlagan inte kan utläsas vad klaganden yrkar och om bristen inte avhjälps, skall besvärstalan avvisas. Förfarandet i FÖD är skriftligt.[79] Möjligheter finns till muntligt förfarande men dessa utnyttjas i praktiken inte. FÖD skall verka för att utredningen i målet blir så fullständig som med hänsyn till målets beskaffenhet erfordras och har möjlighet att själv föranstalta om bevisning. Sålunda får domstolen förordna om syn, inhämta yttrande över fråga som kräver särskild sakkunskap från bl a myndighet eller tjänsteman samt förordna om förhör med vittne eller sakkunnig. När det gäller regler om förebringande av bevisning sker hänvisning i förvaltningsprocesslagen 20 § till en lång rad bestämmelser i rättegångsbalken. Även beträffande förfarandet i övrigt hänvisas till åtskilliga bestämmelser i rättegångsbalken, bl a till bestämmelserna om rättegångsförseelse, om ombud samt om laga förfall. FÖD kan förordna att FR:s beslut tills vidare inte skall gälla även om det annars skulle ha länt till omedelbar rättelse. Precis som FR får FÖD i sitt avgörande normalt inte gå utöver vad som har yrkats i målet. Men om det föreligger särskilda skäl kan FÖD även utan yrkande besluta till det bättre för df, om det kan ske utan men för motstående enskilt intresse. I mål hos FÖD skall part själv bära sina rättegångskostnader.[80]

FÖD:s domar skall grundas på vad handlingarna innehåller och på vad som eljest har förekommit. De skall innehålla de skäl på vilka avgörandet grundas. Skiljaktig mening antecknas i protokollet eller fogas vid domstolens dom. FÖD:s domar är utformade på ungefär samma sätt som FR:s domar. Uppgift om namnet på den klagande, motparten, det överklagade avgörandet samt saken inleder domen. En som regel mycket kortfattad redogörelse för yrkandet samt bakgrunden i målet följer därefter. Däremot brukar RFV:s yttrande beskrivas något utförligare liksom den eventuella utredning

RFV företagit. Därefter följer domslutet. FÖD:s domar är som regel betydligt utförligare och mer informativa än FD:s domar var. Huruvida fullföljdsbegränsningen till FÖD lett till utförligare domar är för tidigt att yttra sig om.

3.5 Riksförsäkringsverket (RFV)

RFV är tillsynsmyndighet för fk och sedan 1979 part i mål som rör AFL. RFV:s uppgifter har fastställts i en särskild instruktion.[81] Enligt denna är verket central förvaltningsmyndighet för ärenden om AFL och handhar den verksamhet i övrigt, som åligger verket enligt lag eller annan författning eller särskilda bestämmelser. Allmänna verkstadgan är tillämplig på verket.[82] I instruktionen för RFV framgår att RFV företräder staten inom sitt verksamhetsområde såväl vid som utom domstol om annat inte har föreskrivits särskilt.[83]

RFV är organisatoriskt uppdelat i en styrelse (generaldirektör, överdirektör samt av regeringen förordnade fem ledamöter och två personalföreträdare) och fem avdelningar, nämligen en administrativ avdelning jämte en beredskapsenhet, en tillsynsavdelning, en planeringsavdelning, en arbetsskadeavdelning och en ombudsenhet.

De avdelningar och byråer, som är av intresse vid en kartläggning av regelbildning och regeltillämpning i sp-ärenden, är andra tillsynsbyrån (T 2) och ombudsenheten (OE). Besvärs- och tillsynsfunktionerna kommer jag därför att beskriva nedan.

3.5.1 Besvärsverksamheten

AFL 20:12 lyder:

"Riksförsäkringsverket har att verka för att bestämmelserna om den allmänna försäkringen tillämpas likformigt och rättvist. Verket får, även till förmån för enskild part, föra talan mot försäkringsrätts och allmän försäkringskassas beslut samt begära ändring enligt 10a§.

I mål, där en enskild part hos försäkringsrätten överklagar en allmän försäkringskassas beslut, bestämmer riksförsäkringsverket om verket skall vara part i målet. Även om riksförsäkringsverket beslutat att ej vara part, får försäkringsrätten förelägga verket att svara i målet, om det finns särskilda skäl.

Den omständigheten att riksförsäkringsverket icke varit part i försäkringsrätten hindrar ej verket att överklaga försäkringsrättens beslut. Om en enskild part överklagar försäkringsrättens beslut, är verket alltid motpart."

Besvärsärenden handläggs på OE. En avdelningschef har ansvaret för enhetens hela verksamhet och svarar för ledning, planering och samordning av arbetet inom enheten. Därjämte handlägger avdelningschefen principiellt viktiga ärenden.

Tre socialförsäkringsombud har huvudansvar för var sitt delområde inom socialförsäkringen. Ett delområde utgörs av sjukförsäkringen. Ombudet ansvarar för planering, ärendeurval för specialgranskning, urval av beslut för spridning (praxis), granskning av kungörelser (RFFS) m m och uppföljning av konferenser och inspektioner inom sitt område. Alla övriga arbetsuppgifter - i huvudsak ärendehandläggning - fördelas mellan ombuden oberoende av huvudansvarsområde. Huvudansvarsområden ansluter till sektionsindelningen på T 2.

Sex handläggare fördelas med två till varje ombud så att tre grupper bildas. Skäl härtill är att varje handläggare på detta sätt får en enda chef med klart ansvar för arbetsledning, information m m. Ofta vikarierar handläggare som ombud. Genom att löpande ärenden fördelas mellan grupperna utan hänsyn till ämnesområde får handläggarna också en allsidig erfarenhet av olika ärendetyper. Fördelningen av handläggare mellan de tre ombuden beslutas inom ombudsenheten. Möjlighet finns också att efter viss tid skifta handläggare mellan ombuden. Ärenden, som det råder tveksamhet om beträffande bedömningen, kan tas upp vid beslutssammanträden, där avdelningschefen och samtliga ombud deltar. Vid nämnda sammanträden tas även upp frågor om ärendeurval för specialgranskning. Vid sådan granskning frikopplas (minst) en "ombudsgrupp" från övrig löpande ärendehandläggning för att under viss tid ägna sig åt specialgranskningen. Olika koder finns för beslut av fk insända enligt generell anvisning, insända enligt anvisning om specialgranskning och överlämnade från T 2 eller FR. FR:s beslut har en kod, liksom besvär över FR:s beslut har en annan. De olika avslutningsanledningarna kodas. De är följande: ingen åtgärd, begäran om självrättelse hos fk, beslut att föra talan i FR, svaromål på begäran av FR, beslut att föra talan i FÖD, besvär i FÖD avstyrks utan kommentar, besvär i FÖD avstyrks med kommentar och besvär i FÖD tillstyrks. - När ärendena har inkommit till enheten, fördelas de på handläggare inom ombudsgrupper. Handläggaren förbereder föredragning inklusive förslag till åtgärd. Sedan föredrar handläggaren ärendet för ombudet, och skall ingen åtgärd vidtas, noterar ombudet detta beslut på diarieblanketter. Sedan avförs ärendet ur diariet, och finns det notering om cirkulation inom enheten skall sådan ske. I annat fall går ärendet direkt till arkivering i diarienummerordning. Men andra ärenden kräver att handläggaren rekvirerar handlingar, rådgör med T 2 och utformar skrivelser, t ex begäran om ändring enligt 20:10 a, eller ett beslut att föra talan eller gå i

svaromål. Därefter föredras ärendet för ombudet, som gör eventuella justeringar. Om tveksamhet föreligger kan ytterligare kontakter tas med T 2. Ärendet kan också föredras vid enhetsmöte. Har beslut fattats, går ärendet till kansliet för utskrift, kontrolläsning och underskrift av handläggare och ombud. Kansliet kopierar (för cirkulation), expedierar (till fk, FR och/eller FÖD) och avför ärendet ur diariet. En kopia går alltid till T 2. Ärendet arkiveras sedan i diarienummerordning.

RFV bestämmer självt, när verket skall vara part i mål, där enskild har besvärat sig (20:12 andra stycket första mom). Urvalet av målen går till på följande sätt. OE bestämmer att genom besvär bevaka vissa typer av mål och väljer sedan ut lämpliga mål av denna typ. OE går också in som part i andra mål, t ex av den anledningen att OE genom någon särskild omständighet fått sin uppmärksamhet riktad mot målet. OE kan begära att bli underrättad av fk om de mål som tillhör en ärendetyp som OE vill bevaka. Det kan vara fråga om ny lagstiftning eller att bevaka ärenden som gäller en viss personkategori, t ex egenföretagare eller en viss rättslig fråga.[84] OE kan även begära in avgöranden från en viss kassa för att bevaka likformigheten i rättstillämpningen. FR har också möjlighet att förelägga OE att svara i ett mål, oavsett om OE tidigare har underrättats om besvären eller inte (20:12 andra stycket andra mom). Det anses angeläget för FR att förelägga OE att svara i sådana fall, där praxis i en fråga av FR bedöms som vacklande.

Om enskild besvärat sig i FÖD och prövningstillstånd givits är OE alltid part. OE framhåller, att de mål i vilka verket anför besvär hos FÖD är sådana, som innehåller frågor som inte tidigare har varit föremål för prövning och frågor av principiell betydelse, där prejudikat från högsta instans kan vara av intresse. Även när det gäller FR anser verket sig ha en funktion att fylla i syfte att främja en enhetlig rättstillämpning. Verket anför besvär såväl till förmån för som till nackdel för enskild part.

De ärendekategorier som finns hos OE är, om man delar in dem enligt det sätt på vilket de aktualiseras hos OE, följande: beslut av fk som är insända enligt anvisning av OE, beslut som är överlämnade från T 2, besvär över beslut av fk som är insända enligt anvisning av OE, besvär över beslut av fk som överlämnas av fk, vidare FR:s domar som ju samtliga överlämnas av FR samt besvär över FR:s domar som i samtliga fall då prövningstillstånd beviljats överlämnas av FÖD.

Nedanstående tabell ger en viss bild av OE:s verksamhet under åren 1979 och 1980.[85]

Ärendetyp	*1979*	*1980*
Från fk insända ärenden	3 463	665
Besvär över kassabeslut i FR	265	290
Angivna svaromål i FR	142	304
Yttranden till FR i underställnings- och ex officioärenden, som besvärsavdelningen inte avgjort 1979-01-01	718	22
Antalet domar i FR	7 600	9 469
Infordrade akter i anledning av domar i FR	308	491
Besvär över FR – avgöranden i FÖD	78	142
Avgivna svaromål i FÖD	744	1 558

Enligt vissa uppskattningar har såväl FR som FÖD följt OE:s yrkanden i åtminstone 90 % av de avgjorda ärendena.[86]

I mål där enskild besvärat sig skall fk inom föreskriven tid översända besvärshandlingen och därvid fogade handlingar jämte omprövningsbeslutet (tidigare det egna yttrandet) antingen direkt till FR eller, i de fall då OE skall underrättas om besvären, till OE:s expedition. Kassans ursprungliga beslut samt sådana för frågans bedömning erforderliga handlingar som förvaras hos kassan skall också medsändas. Har omprövning begärts av ett beslut och anför RFV besvär över samma beslut, skall fk sända ärendet till FR utan att företa någon omprövning. Df:s begäran om omprövning anses som en besvärsinlaga i FR.

Om man på OE beslutar, att verket inte skall föra talan i ett mål, som exv verket krävt att bli underrättat om, översänds akten till FR med anteckning om att verket har tagit del av besvären men ej avser att föra talan. Bestämmer sig däremot verket för att föra talan, översänds akten jämte verkets svar på klagandens yrkanden till FR. I båda fallen är OE skyldig att sända handlingarna till FR inom viss tid. Sedan FR erhållit handlingarna, översänder rätten fk:s yttrande och OE:s eventuella svar till klaganden och bereder denne/denna tillfälle att yttra sig.

När ett mål avgjorts i FR, tillställs OE en avskrift av domen eller beslutet för att kunna ta ställning till om det finns anledning att anföra besvär hos FÖD. FR:s dom översänds till OE, oavsett om

RFV uppträtt som part i FR. Då enskild har överklagat FR:s dom, översänder FÖD i de fall prövningstillstånd beviljats besvärsinlagan till RFV med föreläggande att svara.

Huvudparten av den utredning som förekommer i socialförsäkringsmål införskaffas av myndigheten själv. Genom att fk som regel har prövat ärendet två gånger, medverkar de i stor utsträckning till att införskaffa utredning för besvärsmyndigheternas räkning. Fk har som regel tillgång till det material som erfordras.

Det har inte ansetts nödvändigt eller ens önskvärt att etablera ett tvåpartsförfarande i samtliga mål i FR. Man framhåller på RFV, att flertalet av målen är av så enkel och okomplicerad beskaffenhet, att de kan förutsättas bli allsidigt utredda och riktigt avgjorda inom ramen för ett enpartsförfarande. Ett tvåpartsförfarande i alla mål i FR skulle förutsätta en mycket stor OE.[87] Det förhållandet att OE för talan endast i vissa mål innebär, att FR inte skall betrakta OE som part i andra mål än sådana, där OE beslutat att föra talan eller FR själv förelagt verket att svara. Förvaltningsprocesslagens kommunikationsregler behöver således tillämpas gentemot OE endast i dessa mål.

Av OE:s verksamhetsbeskrivning[88] liksom vid samtal med tjänstemän på OE har framkommit, att man inte ser det som OE:s sak att överklaga i det enskilda fallet utan att göra detta främst i syfte att styra rättstillämpningen mot likformighet och enhetlighet.[89] Det betyder, att det inom sp-administrationen finns två förvaltningsorgan med ett uttalat syfte att främja rättsbildningen genom att verka i lagtolkande och normskapande syfte, nämligen RFV som representant för allmänintresset och FÖD som opartisk domstol i högsta instans. Det innebär att tvåpartsförfarandet inte har kommit att medföra, att det i första hand är den enskildes rätt som tillvaratas utan i stället statens (allmänintressets). Givetvis behöver dessa båda intresseinriktningar inte stå i motsatsställning till varandra. Men frågan om att inrätta ett särskilt organ för att tillvarata df:s rätt hade, vilket ovan framkommit, diskuterats i flera motioner under 1970-talet. Utredningen som gjorde översynen av besvärsorganisationen menade, att df, som ansåg sig felbehandlad av t ex fk, kunde vända sig till JO. Man framhöll, att även granskning av JK kunde förekomma.

Man vet av erfarenhet, att de människor som har svårast att hävda sin rätt inte utnyttjar denna möjlighet.[90] Skyddet är också till viss del urholkat, därigenom att muntliga förhandsbesked av fk inte

uppfattats såsom avgivna under myndighetsutövning, varför df inte kan få skadestånd jämlikt skadeståndslagen 3:2 för skada som df tillfogats genom ett sådant muntligt besked.[91]

3.5.2 Tillsynsverksamheten

RFV:s tillsynsuppgift består främst i att verket på olika sätt skall sörja för en riktig och enhetlig tillämpning av lagar och författningar. I andra hand har verket att sörja för att administrationen av de olika förmånssystemen sker så effektivt som möjligt. Med effektivitet avses därvid en lämplig avvägning mellan kraven på god service i en vidare mening och låga förvaltningskostnader. Tillsynen kan alltså sägas ha till syfte att övervaka, hur kassorna uppfyller kraven på rättssäkerhet, service, effektivitet och kostnadsmedvetenhet i sin verksamhet.[92]

Enligt AFL 18:2 utövar verket tillsyn över fk, vilka har att ställa sig verkets anvisningar till efterrättelse. Av denna bestämmelse framgår att fk är skyldiga att tillämpa RFV:s författningar och i övrigt följa anvisningar och cirkulär som RFV utfärdat. Bestämmelsen ger dock inte RFV rätt att ändra fk:s beslut i enskilda fall. RFV kan inte föreskriva för fk, hur lagen skall tolkas i enskilda ärenden, inte heller hur RFV:s egna anvisningar skall tolkas. Däremot kan verket t ex genom hänvisningar till lag, förarbeten och rättspraxis verka för en enhetlig rättstillämpning.

De närmare föreskrifter som är erforderliga för tillämpningen av AFL meddelas av regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, av RFV enligt AFL 20:16. Med stöd av den sistnämnda bestämmelsen och av AFL 20:8 rörande uppgiftsskyldighet av försäkrad ålagd av regeringen eller RFV samt av 39 § i lagen angående införande av AFL stadgas i ett Kungl brev 1962:403, att RFV har rätt att dels utfärda föreskrifter rörande skyldighet för enskild att lämna uppgifter, som är av betydelse för tillämpningen av AFL, dels utfärda tillämpningsföreskrifter till AFL och föreskrifter i samband med införandet av AFL, allt i den mån regeringen (tidigare Kungl. Maj:t) inte förordnat annorlunda eller RFV inte finner föreskrifterna vara av sådan natur att det inte ankommer på verket att meddela dem. Möjligheten till statlig insyn och kontroll av handhavandet av sjukförsäkringen är följaktligen stor.

De författningar och skrifter som verket f n ger ut är följande: författning (benämns kungörelse) i Riksförsäkringsverkets författ-

ningssamling (RFFS), allmänna råd (intas i författningssamlingen), bakgrund till kungörelser, arbetsinstruktioner och meddelanden. RFV handhar också utarbetandet och kompletteringar av den av Försäkringskasseförbundet utgivna handboksserien.

Ovan har framgått att kassorna är skyldiga att ställa sig verkets anvisningar till efterrättelse (AFL 18:2). Däremot finns ingen motsvarande bestämmelse för försäkringsdomstolarna. I och med att RFV har regeringens bemyndigande att utfärda anvisningar, torde det vara befogat att göra gällande att domstolarna följer RFV:s anvisningar (författningar), såvida dessa inte uppfattas såsom stridande mot lagens anda och syfte. FÖD har i likhet med andra överinstanser lagprövningsrätt. Denna har domstolen använt sig av i ett par fall (vid bostadstillägg och vid pension till intagen, då denne avvikit från anstalten).[93] Domstolarna gör sällan hänvisningar till RFV:s författningstext utan hänvisar i stället direkt till lagtexten.

RFV inspekterar genom s k uppföljningsbesök kassorna och syftet härmed är att få en uppfattning om huruvida författningar och av RFV utfärdade anvisningar tillämpas på ett riktigt sätt och att upptäcka problem som bör föranleda ändrad lagstiftning, ändrade anvisningar och ändrade system. Efter genomförd uppföljning sker muntlig genomgång med kassans ledning. Resultatet av uppföljningen meddelas i skriftlig uppföljningsrapport. Dessa uppföljningar har minskat i antal under senare år p g a personal- och tidsbrist hos RFV.

Genom den snabba expansion som skett inom RFV:s och fk:s verksamhetsområde ställs allt större krav på kassorna beträffande information till allmänheten och säkerhet i handläggningen. Detta har i sin tur krävt ökad och bättre utbildning av tjänstemännen. Själva utbildningsverksamheten är i hög grad decentraliserad till kassorna. Men verket skall bedriva s k nyhetsutbildning och följa upp utbildningsverksamheten vid fk. Verket skall också medverka vid och samordna utarbetandet av utbildningsmaterial.[94] Program för central utbildning av kassapersonalen fastställs halvårsvis av verket. Innan program fastställs behandlas det i ett utbildningsråd, vari ingår företrädare för verket, kassorna och kassapersonalen. För fk:s informationsverksamhet till allmänheten finns ett stort antal broschyrer, som berör olika försäkringsområden m m. Verket fastställer sakinnehållet även i dessa informationsbroschyrer.

Fk har för sin tillämpning av försäkringsbestämmelserna ett behov av att snabbt få del av viktiga beslut såväl från FÖD som från FR.

För att fylla detta behov valde T 2 (i samråd med OE) ut domar, som skulle vara vägledande för kassorna. Man framhöll, att detta gällde inte enbart i egentlig mening prejudicerande domar från FÖD utan även andra domar och beslut, som kunde vara vägledande vid tillämpningen av försäkringsbestämmelserna. Det har inte gått att mer konkret få fram skillnaden mellan vad som skulle anses vara prejudicerande och vad som skulle vara vägledande. För rättsbildningens del torde dessa domar ha fått ungefär samma konsekvenser. Nu erhåller centralkontoren samtliga domar från FÖD. Som ovan framkommit väljer FÖD ut vissa av sina domar, vilka bedöms vara av prejudicerande karaktär, och publicerar dem i tidskriften Socialförsäkring. Dessa domar publiceras även i en särskild rättsfallssamling. Dessa är dock mycket få till antalet.

RFV handhar också tillsynen över kassornas ekonomi.[95]

I vissa fall skall kassas beslut - t ex vid överlåtelse av fast egendom - underställas verkets prövning. RFV har i olika anvisningar och arbetsinstruktioner meddelat föreskrifter för kassornas ekonomiska verksamhet. Exempel på områden där sådana föreskrifter meddelats är attestering, handhavandet av likvida medel, registrering och redovisning av inventarier, redovisning och bokföring, budgetering, intern och extern revision. Enligt kungörelse om utbetalning av statsbidrag m m till fk skall statsbidrag och avgifter till sjukförsäkringen m m utbetalas till kassa av verket. Fk har att på sätt och tid som RFV bestämt till verket inge erforderliga uppgifter till ledning för beräkning av statsbidraget. Enligt AFL 18:14 skall fk:s styrelse varje år tillställa RFV en beräkning av kassornas förvaltningskostnader för nästföljande år. Rekommendationer till kassornas styrelser inför fastställandet av budgeten lämnas av verket för varje år. Riktlinjer ges härvid om vilka utgifter som skall budgeteras samt hur budgeteringen kan ske. Kassorna skall vidare i enlighet med bestämmelserna i 18:14 (lag 1981:326) senast den 15 april varje år redovisa förvaltningsberättelse m m för det senast förflutna budgetåret. Avskrift av berättelsen skall tillställas bl a RFV. Med utgångspunkt i dessa förvaltningsberättelser gör verket en slutlig fördelning av kassornas förvaltningsutgifter.

Noter

1 Se SOU 1944:15, s 55 ff.

2 Sjukkassorna kunde inte vidtaga stadgeändringar utan tillsynsmyndighetens medgivande. Tillsynsmyndigheten fastställde avgifter inom kassorna, tillsatte verkställande tjänstemän i centralsjukkassorna samt fastställde löner för verkställande tjänstemän och för förtroendeläkarna i centralsjukkassorna. Tillsynsmyndigheten fastställde formulär att begagnas av sjukkassorna samt meddelade sjukkassorna anvisningar ifråga om sättet för verksamhetens bedrivande. En sanktionsmöjlighet vid frivillig försäkring för tillsynsmyndigheten gentemot en sjukkassa, som inte följde tillsynsmyndighetens anvisningar, var att försätta denna i likvidation. Detta

blev inte möjligt, då den obligatoriska försäkringen infördes, eftersom kassorna måste fortsätta sin verksamhet. Socialvårdskommittén föreslog därför att sjukkassa, som underlät att ställa sig tillsynsmyndighetens anvisningar till efterrättelse, skulle kunna försättas under administration genom av tillsynsmyndigheten utsedda administratorer. Denna sanktionsmöjlighet kom dock aldrig till användning.
Under den frivilliga försäkringens tid skulle tvist mellan medlem av erkänd sjukkassa och kassan avgöras genom skiljedom. I praktiken förekom detta på grund av de med ett sådant förfarande förenade kostnaderna endast sällan. Medlemmarna vände sig i stället till tillsynsmyndigheten, vilken, om den fann att kassan förfarit felaktigt, hade möjlighet att ge kassan anvisning om att företa rättelse. I och med den obligatoriska försäkringen blev tillsynsmyndigheten formellt också besvärsmyndighet och skyldig att verka för en enhetlig tolkning och tillämpning av lagstiftningen på kassanivå. Mot anstaltens beslut kunde besvär anföras hos Kungl. Maj:t i statsrådet, såvida anstalten lämnade tillstånd. Se SOU 1944:15, s 266.

3 Se prop 1961:45.

4 Angående de olika sociala ersättningar som handhas av fk, se exv betänkandet av socialpolitiska samordningsutredningen SOU 1979:94, s 51-65.

5 SOU 1976:53, s 107 f.

6 SOU 1976:53, s 107.

7 Se då gällande AFL 20:10 andra stycket:"Riksförsäkringsverket äger ock eljest, utan att talan föres, till prövning upptaga ärenden som avses i första stycket." Se exv FD 760603 dnr 171/76, FD 770929 dnr 853/76, FD 771004 dnr 1117/76, FD 770308 dnr 1878/76, FD 770111 dnr 1948/76, FD 770118 dnr 1989/76, FD 771103 dnr 2170/76, FD 770331 dnr 2217/76, FD 790123 dnr 2291/77, FD 781229 dnr 913/78.

8 I fråga om underställningsrätten fanns särskilda bestämmelser främst i AFL 20:10. Eftersom första stycket första momentet gällde beslut som fattats i pensionsdelegation, där ordförande eller föredraganden anmält avvikande mening, berörde dessa underställningsfall inte sp-ärenden. Andra bestämmelser om underställning, som ej avsåg sp-ärenden, återfanns i 6 § i kungörelsen (1962:520) angående sättet och tiden för utbetalning av pension enligt AFL samt i AFL 20:11. I de av RFV utfärdade anvisningarna fanns dock regler om underställning som gällde sp-ärenden. Det gällde ärenden, där det ifrågasatts, om fk med retroaktiv verkan skulle ändra beslut om df:s placering i sjukpenningklass eller (efter 1974) beslut om SGI. I RFV:s cirkulär 9/1973 bereddes fk möjlighet att retroaktivt ändra klassplaceringsbeslut (beslut om SGI). Detta cirkulär upphörde att gälla, när AFL 20:10 fick en ny utformning genom lag 1978:30. Enligt cirkuläret skulle fk, som fann att ett beslut om df:s placering i sjukpenningklass var oriktigt, rätta felaktigheten. Detta måste ske genom nytt beslut av kassan. Därvid skulle iakttas bestämmelserna i AFL angående den tidpunkt fr o m vilken ändring av df:s placering i sjukpenningklass fick ske. Fk skulle dock enligt cirkuläret även med retroaktiv verkan ändra beslut om df:s placering i sjukpenningklass, när klassplaceringen blivit uppenbart oriktig antingen på grund av förbiseende av kassan eller till följd av att tidigare verkställd utredning inte varit fullständig och ändringen inte var till men för df. I övriga fall när det gällde att med retroaktiv verkan ändra beslut om df:s placering i sjukpenningklass, skulle beslutet underställas RFV:s prövning. I AFL 20:12 fanns en bestämmelse om att RFV kunde underställa sina beslut FD:s prövning, om det för enhetlig lagtolkning eller rättstillämpning var av synnerlig vikt att saken prövades av FD eller eljest särskilda skäl fanns för prövning.

9 Verket hade också möjlighet att gå utöver framställda yrkanden och ändra fk:s beslut även till nackdel för df. Det sistnämnda förfaringssättet påtalades i en

framställning till JO. Detta föranledde ett JO-uttalande (beslut 721024 dnr 2960/71) om RFV:s handläggningsrutiner beträffande besvärsärenden med utgångspunkt i verkets möjligheter att i samband med besvär använda sin officialprövningsrätt.

10 S 213 f.

11 Se min uppsats i FT 1983 s 155, "Några problem rörande de allmänna försäkringskassornas verksamhet".

12 Ett sådant tvåpartsförfarande skulle enligt departementschefen leda till "att utredningen blir fullständigare och att domstolen får ett säkrare underlag att bygga sina avgöranden på. För det allmänna är det också av vikt, att i socialförsäkringens intresse prejudicerande frågor kan underställas domstolen även av andra än enskilda parter. En särskild partsrepresentant för det allmänna skulle kunna verksamt bidraga till att skapa en tillförlitlig och vägledande praxis på socialförsäkringarnas område."
Se prop 1961:45, s 213.

13 SOU 1976:53, s 67.

14 Vid övergången till den nya besvärsordningen 1979-01-01 fanns hos RFV:s besvärsavdelning 740 ärenden, som fk antingen underställt verkets provning eller verket beslutat att ex officio ta upp till prövning. Enligt övergångsbestämmelserna skulle dessa ärenden överlämnas till prövning i FR med yttrande från verket (se DsS 1981:13, s 128).

15 SOU 1976:53, s 97 ff. Redan i prop 1961:45, s 204 poängterade departementschefen vikten av ett samspel mellan lagstiftning och rättsbildning genom prejudikat.

16 SOU 1976:53, s 102 ff.

17 S 78.

18 Förordning (1982:366) om utbetalning av dagersättningar från de allmänna försäkringskassorna.

19 Se dock Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1978:22) med bestämmelser om ändring av allmän försäkringskassas och lokal skattemyndighets beslut i vissa fall samt om skyldighet att underrätta riksförsäkringsverkets ombudsenhet om vissa beslut m m enligt omtryck 1982:4, 1 §.

20 Försäkringskassornas vidareutbildning = S 3:1 Inkomst- och arbetstagarbegrepp, S 3:2 Fastställande av sjukpenninggrundande inkomst, S 3:3 Hemmamakeförsäkring, S 3:4 Ändring av SGI i samband med pension, S 3:5 Kontroll av SGI, S 3:6 Fastställande av ny SGI, S 4:1 Rätt till sjukpenning, S 4:2 Sjukpenningförmåner.

21 Se BA 20.01 Fördröjd sjukanmälan och ED 20.01 bakgrund till SFS 1979:644 (AFL 3:9).

22 Inskrivning i fk knvts till bosättningen (se kap 2). Ett inskrivningsbeslut är en förutsättning för rätt till sp.

23 Ett flertal olika frågor kan uppkomma som rör tidpunkten för en SGI-ändring (S-handbok AB 40.05). Det kan vara fråga om att förutsättningarna upphör för att vara hemmamakeförsäkrad genom sammanboende med barn under 16 år (AB 60.01) eller till följd av makes dödsfall eller p g a skilsmässa (AB 60.02). Det kan också vara fråga om kontroll av inkommen inkomstuppgift (AB 40.10), som medför ett beslut om ändring av SGI. Men det kan också vara så att inkomstuppgiften inte medför ändring av SGI, därför att arbetet är tillfälligt och inte regelbundet återkommande (AB 60.03 o 60.06), därför att df är arbetslös (gravid eller

har fått barn) och har rätt att behålla tidigare SGI, därför att df:s årinkomst inte beräknas uppgå till 6.000 kr som är den lägsta inkomst som ger rätt till sp (AB 60.03), därför att df studerar och tills vidare (under längst ett år) har rätt att behålla sin tidigare SGI eller därför att df fullgör militärtjänst och inte kan få någon sp under militärtjänsten (AB 60.03). Tjänstemannen måste också besluta om df:s SGI, då df och arbetsgivaren har olika uppfattning om årsinkomstens storlek (AB 60.05) eller då det visar sig att df inte är anställd hos den arbetsgivare som hon/han uppgivit i sin inkomstuppgift (AB 60.04). Kassan måste också fatta beslut om SGI, då df inte lämnat begärd inkomstuppgift och får då grunda beslutet på befintligt material (AB 40.15 och AB 60.07). En av tjänstemännens mera tidskrävande uppgifter är kontroll och bevakning av SGI (AB 41.10).

24 Se betänkande av Allfa-kommittén SOU 1981:24, Socialförsäkringens datorer.

25 S-handbok BA 40.05.

26 S-handbok BA 41.10.

27 S-handbok BA 41.20.

28 Se RFV, Arbetsgruppen för sjukkontroll, Utkast till rapport 810310: Förslag till riktlinjer för sjukkontrollverksamhetens bedrivande.

29 Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1979:16) om kontroll i sjukförsäkrings- och föräldraförsäkringsärenden, 2 § första stycket.

30 RFFS 1979:16, 2 § andra stycket.

31 U-handbok US 43.10.

32 Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1979:1) om rehabiliteringsgrupper m.m. hos allmän försäkringskassa, 4 § andra stycket.

33 En strävan är därvid, att gruppen tillsammans med df skall komma fram till för denne lämpliga åtgärder. Gruppen fattar inte egna formella beslut, utan dess arbete utmynnar i en överenskommelse om behandlingsplan. Den myndighet, under vars ansvarsområde de överenskomna åtgärderna ligger, fattar sedan erforderliga beslut. Fk är sammankallande till sammanträdena. Den som aktualiserar ett ärende till rehagruppen skall i förväg samråda med df. Av den arbetsordning som finns uppgjord i handboken (U-handbok, Samråd och behandlingsplanering US 43.10) framgår, att lokal rehagrupp kan hänskjuta ärenden eller frågor av principiell karaktär till centrala rehagruppen.

34 Lokalkontoren är rekommenderade att upprätta en förteckning över rehabiliteringsansvariga personalmän hos statliga myndigheter inom kontorets verksamhetsområde liksom förteckning över övriga större arbetsgivare inom kontorets verksamhetsområde. Lokalkontoren skall dessutom upprätta förteckning över de företag inom kontorets verksamhetsområde som har anpassningsgrupper samt ange, vilka kontaktmän som finns i dessa grupper. Formerna för kontakt med anpassningsgrupp utarbetas i samråd med länsarbetsnämnden eller arbetsförmedlingens representant i anpassningsgruppen. Om det av handlingarna framgår, att försäkrad, som har anställning i företag där anpassningsgrupp inrättats, bör omplaceras till anpassade arbetsuppgifter, skall ärendet omgående aktualiseras hos anpassningsgruppen, om detta inte skett tidigare.

35 En större mängd beslutstexter finns samlade i S-handböckerna, se exv AB 60.01 - 60.09.

36 Se Trygve Hellners, Förvaltningslagen, s 214 ff.

37 Se Hellners, a.a. 214 ff.

38 Se exv FRS 800910 mål nr 96/80, där FR ändrade fk:s beslut att jämlikt dåv. 20:10 retroaktivt ändra df:s SGI.

39 Uppgifterna är hämtade från DsS 1981:9, s 41.

40 Ang omprövning av fk:s beslut se SOU 1976:53, s 137 ff.

41 RFFS 1978:22, omtryck RFFS 1982:4, 1 § andra stycket.

42 I DsS 1981:9, s 41 framgår, att antalet ändringar enligt då gällande 11 § tredje stycket uppgick under år 1979 till 780 och under år 1980 till 1.143. Detta var klart mindre än de 2.000 ärenden som man räknade med skulle falla bort till följd av införandet av bestämmelsen i 11 § tredje stycket. Den vanligaste orsaken till ändring var, att det hade tillkommit ny utredning, som den klagande åberopat.

43 Se DsS 1981:9, s 1 f och s 39 ff.

44 RFFS 1978:22 enligt omtryck RFFS 1981:4, 1 § första stycket.

45 Se föreg. not, 1 a §.

46 Se föreg. not, 2 §.

47 SOU 1976:53, Försäkringsrätt och försäkringsöverdomstol. Se även DsS 1975:9.

48 Enligt prop 77/78:20, s 132 beräknades dock en total måltillströmning på 12.000 mål beroende på utvidgade möjligheter för fk att ompröva sina beslut.

49 Arbetsordning för FRS fastställd i kollegium den 20 december 1979 samt tillägg till arbetsordning 810403, arbetsordning för FRM fastställd i kollegium den 27 april 1981 samt arbetsordning för FRN fastställd i kollegium den 29 januari 1981 att gälla fr o m den 1 februari 1981.

50 Verksamhetens mål och inriktning finns beskrivna i prop 77/78:20 och Sfu 77/78:15, medan organisationen företrädesvis är reglerad i lag (1978:28) om försäkringsdomstolar.

51 Det ena försäkringsrättsrådet är ordförande på avdelningen och det andra vice ordförande. Avdelningen kan vid behov tilldelas en eller flera extra försäkringsrättsassessorer. Ledamot, som har tilldelats en rotel som referent, skall inneha samma rotel så länge hon eller han tjänstgör i FR, om inte rätten i kollegium av särskilda skäl beslutar annorlunda.

52 På en avdelning tjänstgör normalt tre föredragande. Därutöver kan avdelningen vid behov tilldelas en eller flera extra föredragande. (FRN har en särskilt utformad arbetsordning för föredragande). Föredragande delas i kollegium in för tjänstgöring på avdelning för i allmänhet ett år. Indelningen skall innebära, att föredragande cirkulerar mellan avdelningarna.

53 Ordföranden på avdelningen skall efter samråd med den övriga berörda personalen göra upp ett schema över avdelningens sessioner för föredragning av mål för den närmsta tiden (i FRS två veckor framåt, i FRM fyra veckor framåt och i FRN tre veckor framåt). En session bör inte utan särskilda skäl pågå i mer än fem timmar under en dag, i FRS med tillägget fyra dagar i veckan. FRN har formulerat regeln så att sammanträden inte får utan särskilda skäl planeras för mer än tre dagar i veckan eller mer än fem timmar under en dag.

54 Med förtur behandlas även frågor om läkarundersökning eller andra liknande åtgärder och mål om förhandsprövning enligt tandvårdstaxan.

55 Enligt FRS exv mål om ersättning enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande författningar och enligt FRM exv anstånd med att erlägga arbetsgivaravgift, utbyte av livränta mot engångsbelopp.

56 Se min uppsats om "Havandeskapspenningen i faktisk tillämpning", Arbetslivscentrum (1983).

57 Se lag (1978:28) om försäkringsdomstolar, 7 § andra stycket jfr 3 §.

58 Ang bakgrunden se DsS 1981:9, s 88 ff.

59 Det innebar inte, att varje handläggningsåtgärd måste beslutas av minst tre jurister, se försäkringsrättsinstruktionen (1978:633) 9 §, där det föreskrivs, att rotelinnehavaren med vissa undantag ensam får vidta åtgärder för beredning av mål.

60 Se lag (1978:28) om försäkringsdomstolar, 7 § första stycket.

61 SOU 1976:53, s 73.

62 SOU 1976:53, s 74.

63 SOU 1976:53, s 76.

64 Två experter i utredningen kunde inte acceptera utredningens förslag om ett begränsat lekmannainflytande, SOU 1976:53, s 189. Departementschefen betonade dock, att skälen för en begränsning gällde under uppbyggnadsskedet. Socialförsäkringsutskottet anslöt sig till vad departementschefen hade anfört, men utskottet förutsatte, att man noga följde utvecklingen på området och föreslog de ändringar i bestämmelserna om lekmannarepresentation, som erfarenheterna kunde ge anledning till (SfU 1977/78:15, s 36). En minoritet inom utskottet reserverade sig till förmån för en lekmannamedverkan i samtliga mål. - Försäkringsdomstolskommittén kom litet in på frågan om lekmannamedverkan i sin översyn av domförhetsreglerna i syfte att nedbringa målbalanserna. Man hänvisade till de olika uppfattningar i denna fråga, vilka framkommit under utredningsarbetet och under remissbehandlingen och framhöll, att mot bakgrund härav det måste "finnas mycket starka skäl för att i besparingssyfte begränsa målområdet för lekmannamedverkan. Några sådana skäl har vi inte kunnat finna, varför vi inte har bearbetat det uppslaget ytterligare. Frågan om att utöka målområdet för lekmannamedverkan har vi inte sett som vår uppgift att prova annat än som ett led i strävandena att öka effektiviteten i försäkringsrätterna. Vi har följaktligen inte lagt några principiella aspekter på frågan om tiden nu är mogen för en sådan utökning. Vår utgångspunkt har alltså varit att låta nämndemännen även fortsättningsvis medverka i samma målgrupper som hittills"(Ds S 1981:9, s 97). Man hade ändå ett förslag som innebar, att antalet juristdomare sänktes från tre till två samtidigt som en nämndeman skulle ingå.

65 Lag (1978:28) om försäkringsdomstolar, 14 §.

66 Enligt förvaltningsprocesslagen 29 § ges förvaltningsdomstol viss officialprövningsrätt. Enligt denna paragraf får rättens avgörande i princip inte gå utöver vad som har yrkats i målet. Om det föreligger särskilda skäl, får dock rätten även utan yrkande besluta till det bättre för enskild, när det kan ske utan men för motstående enskilt intresse. Bestämmelsen innebär således ett förbud för FR att på eget initiativ göra ändring till nackdel för enskild part. Finner däremot FR, att en enskild i något hänseende blivit för strängt bedömd i fk:s beslut, kan alltså FR rätta till detta, även om just den frågan inte omfattas av yrkandet. Bestämmelsen innebär inte en skyldighet för rätten att alltid ex officio ompröva ett mål i alla delar men väl en möjlighet att utan yrkande rätta uppenbara fel i mål som kommit under FR:s bedömning. Det förhållandet, att FR utan yrkande kan besluta till förmån för df, innebär också, att rätten - under samma förutsättningar - blir befogad att besluta i överensstämmelse med ett yrkande, som går utöver det som den lägre instansen haft att ta ställning till. Denna möjlighet till officialprövning har enligt vad jag har erfarit vid mina kontakter med försäkringsdomstolarna inte kommit att användas i någon större utsträckning.

67 Se DsS 1981:9, s 83; FRS hade sedan 1980 arbetat med utnyttjande av effektivitetsfrämjande åtgärder. Dessa hade lett till att den genomsnittliga avverkningen per månad ökade från 110 mål till 150 mål, dvs med ca 36 %, utan ökad arbetsbörda för någon personalkategori. Kanslipersonalen hade fått tid att ägna sig åt arbetsuppgifter, som tidigare släpat efter, genom att föredragandena själva fyllde i mallen för hand, som sedan kopierades i erforderligt antal exemplar och användes - ofta tillsammans med fk:s yttranden - vid föredragningen; se FRS:s anslagsframställning för budgetåret 1982/83, 810826 dnr 45/81. En avdelning vid domstolen hade praktiserat en metod som bl a innebar, att reciten väsentligt kortades ned. I ca 75 % av målen hade man kunnat utnyttja en mallsamling, som avdelningen hade arbetat fram. Enligt uppgift från avdelningen skulle denna domskrivning inte ha medfört någon ökad besvärsfrekvens. OE har dock uppgett sig ha svårigheter att fullgöra sin kontrollfunktion, när denna domskrivning tillämpas.

68 Den målbalans, som FRS övertog 1979-01-01, utgjorde 4.132 mål. Redan vid starten hade FRS alltså en balans som - även om man använder propositionens (77/78:20) sätt att räkna - motsvarade mer än ett års väntetid. Man hade tidigare beräknat, att rätten skulle kunna avverka 4.000 mål per år. Utfallet för budgetåret 1980/81 blev 4.551 mål. Beträffande måltillströmningen hade antagits ett årligt antal om 6.000. Den faktiska siffran blev 7.090.

69 Se tabell 8 i DsS 1981:9, s 29; för FRM:s del gäller siffran om man ej räknar med mål rörande arbetsgivaravgift och yrkesskada från RFV. Speciellt kännbar är/var den långa handläggningstiden i sjukförsäkringsmål i FRS, där dessa mål alltså utgör mer än alla de andra måltyperna sammantagna.

70 Försäkringsdomstolskommittén pekade på några negativa konsekvenser, som primärt gällde för rätterna själva, men som i sin tur kunde få negativa återverkningar för df. Man framhöll, att det fanns risk för en sjunkande produktivitet i takt med att de inneliggande målen ökade i antal. En oproportionerligt stor del av arbetstiden måste exempelvis avdelas till en från avverkningssynpunkt ineffektiv "måladministration", dvs skriftväxling och telefonsamtal föranledda just av eftersläpningen i handläggningstiderna. Var vidare målantalet på varje rotel så stort, att rotelinnehavaren inte längre förmådde att ha överblick över målen, kunde hon/han inte driva fram dem så effektivt och rationellt som eljest vore möjligt. Kommittén menade också, att de långa handläggningstiderna i FR fick negativa återverkningar hos fk. Prejudikatbildningen försenades och kassorna tvingades att avgöra ärenden utan tillgång till vägledande avgöranden. Särskilt problematiska var de ärenden, där fråga uppkom om förlängning av rätten till sp. Fk kunde inte sällan tvingas att bedöma ersättningsrätten för en senare tidsperiod, innan FR avgjort, om df hade rätt till ersättning för en tidigare period, se DsS 1981:9, s 34.

71 Se DsS 1981:9, s 35.

72 Se DsS 1981:9, s 28.

73 Se DsS 1981:9, s 109. Uppgiften om ändringsfrekvensen har inhämtats av FÖD. Jfr DsS 1981:13, s 129. Av FÖD:s anslagsframställning för 1983 framgår, att av 654 mål i 26 sessioner domstolen ej beviljat prövningstillstånd i 524 fall, vilket innebär, att prövningstillstånd ej medgivits i 80,12% av fallen.

74 Se DsS 1981:9, s 109 tabell 12.

75 Lag (1978:28) om försäkringsdomstolar, 2 §.

76 Lag (1978:28) om försäkringsdomstolar, 3 §.

77 Lag (1978:28) om försäkringsdomstolar, 3 § första och andra stycket.

78 Lag (1978:28) om försäkringsdomstolar, 3 § tredje stycket.

79 Möjlighet finns dock till muntlig förhandling, när det kan antas vara till fördel för utredningen, men detta har förekommit endast fem till sex gånger alltsedan 1961. Muntligt förhör med part eller annan kan hållas, om domstolen finner det vara erforderligt. Till muntligt förhör skall part kallas. Part får åläggas personlig inställelse. Muntlig förhandling är i princip offentlig och bestämmelserna i 5 kap rättegångsbalken om offentlighet och ordning är tillämpliga.

80 Part, som inställt sig till muntlig handläggning, har dock möjlighet att få ersättning av allmänna medel för kostnad för resa och uppehälle. Även vittne eller sakkunnig har rätt till ersättning av allmänna medel för kostnad för inställelse.

81 Förordning (1965:777) med instruktion för riksförsäkringsverket enligt förordning 1978:568 (omtryck) och särskilt anmärkta senare ändringar.

82 Se 1-2 §§.

83 4 §.

84 OE skall efterhöra T 2:s mening när det gäller att avgöra, vilka slag av ärenden fk skall ha skyldighet att underrätta OE om. Exempel på ärendekategorier, där underrättelseskyldighet har förelegat, är SGI-beräkningen för olika grupper (egenföretagare, arbetslösa och studerande), vidare sp i samband med hälsoresor utomlands och sp vid strejk.

85 Siffrorna är hämtade från DsS 1981:13, s 129.

86 Se DsS 1981:13, s 129. Min avsikt var från början att i siffror kunna presentera i vilka fall och i hur många fall OE besvärat sig till FR respektive till FÖD utan att enskild part besvärat sig och om detta varit till enskild parts förmån eller inte. Vidare hade det varit mycket intressant att få fram i vilka fall och i hur många fall OE beslutat sig för att gå in som part, då enskild överklagat till FR och om OE:s yrkande då varit till fördel eller nackdel för den klagande. När OE beslutar sig för att överklaga ett ärende, läggs det upp ett dagboksblad, som sedan, när ärendet avförs från OE, tillsammans med det överklagade beslutet i kronologisk ordning placeras i pärmar för förvaring. På dagboksbladet kodas även avslutsanteckning. En genomgång av alla dessa dagboksblad för att först få fram sp-ärenden och därefter bilda sig en uppfattning om hur OE:s partsfunktion ser ut skulle tyvärr bli alltför tidsödande för att kunna genomföras inom ramen för detta arbete.

87 SOU 1976:53, s 128.

88 I rapport 19781004, Ombudsprojektet, Organisation av Riksförsäkringsverkets ombudsenhet, framgår OE:s syn på sitt eget arbete: OE skall verka för att vägledande praxis utbildas inom socialförsäkringen, sprida kännedom om praxis till fk, granska beslut fattade av fk och FR samt i anledning därav föra talan i FR och FÖD, varvid talan kan föras till såväl förmån som nackdel för enskild part, söka upptäcka brister i lagstiftning och anvisningar samt i anledning därav ta initiativ till ändring och i övrigt följa tillsynsverksamheten och utvecklingen inom socialförsäkringen.

89 SOU 1976:53, s 119.

90 SOU 1976:53, s 119.

91 Se min uppsats i FT 1983 s 155, Några problem rörande de allmänna försäkringskassornas verksamhet.

92 I DsS 1981:13 föreslogs vissa organisatoriska förändringar vad gäller tillsynsavdelningarna på RFV från nuvarande byråindelning efter funktion till en indelning

efter försäkringsgren. Varje byrå skulle då svara för samtliga funktioner inom respektive område, dvs tillämpning, systemarbete, arbetsinstruktioner och tillsyn, se främst s 250-262. För OE:s del föreslogs inga förändringar, eftersom man menade, att alltför begränsad erfarenhet hittills vunnits av dess verksamhet, s 126-131.

93 Se FÖD 81:5 II (pensionstagare som olovligen avvikit från kriminalvårdsanstalt skall vid tillämpning av AFL 10:2 första stycket anses som alltjämt intagen i anstalten och folkpensionen skall därför utgå med nedsatt belopp under avvikelsen) och FÖD 82:3 V (rätt till allmänt barnbidrag under utlandsvistelse skall bedömas med ledning av det skatterättsliga bosättningsbegreppet (jfr FÖD 82:18 V)).
Håkan Strömberg framhåller, att lagen inget säger om försäkringsdomstolarnas bundenhet av RFV:s anvisningar, se Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform, s 125 f.

94 Se ovan 3.2.1.

95 Sp-försäkringen finansieras genom att arbetsgivaren årligen inbetalar arbetsgivaravgifter, bl a sjukförsäkringsavgift, som med 10,50 % utgår på summan av utbetalda löneförmåner med undantag bl a av den arbetstagares lön, som under året inte uppgått till femhundra kronor, och för lön vid sjukdom till den del lönen motsvarar den sp som arbetsgivaren uppburit jämlikt AFL 3:16. Df skall erlägga egenavgifter, bl a sjukförsäkringsavgift, om df haft inkomst av annat förvärvsarbete enligt AFL 3:2. Detta framgår av lag (1981:691) om socialavgifter. Finansieringen sker till 85 % genom avgifter från arbetsgivare och egenföretagare. För resterande 15 % av kassans utgifter för sp-försäkringen m m och för förvaltning utgår statsbidrag (19:2). Fk:s ekonomiska förvaltning regleras i AFL 18 kap m fl författningar. RFV följer kassornas verksamhet i detta hänseende genom tillsynsfunktionen (första tillsynsbyrån, T 1).

4 Df:s förpliktelser i samband med sjukfallet

Grundläggande förutsättningar för sp är sjukdom och arbetsoförmåga, omständigheter som df normalt inte råder över. Men df har också vissa *förpliktelser* i samband med sjukfallet, förpliktelser som måste uppfyllas, för att df skall få rätt till sp eller bevara sin rätt till sp. Eftersom förpliktelsernas innehåll och följderna av att de inte uppfylls ensidigt fastställs av offentlig myndighet, kan det förhållandet att sp inte utgår eller att sp dras in betraktas som *sanktioner* riktade mot df:s beteende. Df drabbas av något negativt (en ekonomisk förlust) i anledning av ett oönskat beteende. Det är dessa förpliktelser och sanktionerna, när förpliktelserna inte uppfylls, som skall behandlas i detta kapitel.

Som lagtexten är formulerad är endast de bestämmelser, som reglerar df:s avresa till utlandet under pågående sjukfall samt de som reglerar df:s underlåtenhet att följa läkares föreskrifter eller underkasta sig rehabiliterande åtgärder, utformade som uttryckliga sanktionsbestämmelser. Jag hävdar dock, att även andra regler, som leder till att sp dras in eller sätts ned på grund av df:s beteende, trots att de grundläggande förutsättningarna för sp är uppfyllda, kan uppfattas som sanktionsregler. Förlusten av ersättning i dessa situationer innebär inte, att df går miste om en särskild förmån, utan att df inte får den ersättning som df normalt har rätt till. Det normala är nämligen, att den som är sjuk och arbetsoförmögen får sp.

I kapitlet behandlas i tur och ordning df:s skyldighet att göra sjukanmälan till fk (4.1), df:s skyldighet att inkomma med läkarintyg (4.2), df:s skyldighet att av fk begära tillstånd att under pågående sjukperiod vistas utomlands (4.3), df:s skyldighet att följa läkares föreskrifter, att underkasta sig medicinska utredningar och arbetsvårdande åtgärder (4.4) samt slutligen df:s skyldighet att avhålla sig från arbete och andra aktiviteter under pågående sjukfall (4.5).

4.1 Df:s förpliktelse att göra sjukanmälan

Den författningstext som behandlas i detta avsnitt är AFL 3:10 fjärde stycket. Den har följande lydelse:

"Sjukpenning må ej utgivas för tid, innan anmälan om sjukdomsfallet gjorts hos den allmänna försäkringskassan, där ej hinder mött för sådan anmälan eller eljest särskilda skäl föranleda att sjukpenning bör utgå."

4.1.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse, bakgrunden till denna samt fk:s handläggningsrutiner

En förutsättning för rätt till sp vid inträffat sjukdomsfall är att sjukdomsfallet anmälts till fk. Det anses som synnerligen viktigt, att anmälan görs så snart som möjligt efter insjuknandet. Sjukanmälningsdagen räknas som insjuknandedag. Sjukanmälan kan göras till vilken kassa som helst. Vistas df på en ort utanför området för den kassa, där hon/han är inskriven, kan anmälan göras till kassan för vistelseorten med samma verkan som om anmälan gjorts till den egna kassan. Anmälan behöver inte göras av df själv. Sjukanmälan kan göras telefonledes eller genom brev eller vid personligt besök. Alla kassor har installerat telefonsvarare, kombinerad med bandspelare, och telefonanmälan kan i de flesta kassor göras hela dygnet. I många fall har överenskommelse mellan fk och arbetsgivare träffats om att arbetsgivaren skall ombesörja sjukanmälan för dem, som är anställda hos honom. Görs anmälan genom brev, anses anmälan vara gjord den dag brevet poststämplats, oaktat anmälan som regel först senare kommer kassan tillhanda.

I RFV:s kungörelse (RFFS 1979:16) om kontroll i sjukförsäkrings- och föräldraförsäkringsärenden stadgas, att fk skall införskaffa den utredning som i varje särskilt fall kan anses erforderlig för bedömning av rätten till sp genom att bl a infordra *försäkran* för sp (1 §). Då fk mottagit en sjukanmälan, åligger det kassan att snarast möjligt och helst samma dag till df översända upplysningar om vad df skall iakttaga vid sjukskrivning samt en blankett för "Försäkran för sjukpenning" (sjukförsäkran).[1] På denna anges att df skall översända sjukförsäkran till kassan så snart hon/han blivit arbetsför, dock senast viss angiven dag. Den angivna dagen är praktiskt taget alltid den sjunde dagen efter anmälningsdagen. I sin sjukförsäkran skall df ange den tid, under vilken hon/han p g a sjukdom fullständigt respektive till minst hälften har avhållit sig från arbete. Huvud-

regeln är den att kassan i och med denna försäkran anser det vara tillräckligt styrkt, att df varit helt eller minst halvt *arbetsoförmögen* p g a *sjukdom*. Denna s k intygsfria tid torde inte vålla några större problem för fk vad gäller beviskraven för att anse sp-tillstånd föreligga (se vidare härom i kap 5).

Den som insjuknar utomlands är skyldig att omedelbart anmäla sjukdomsfallet till fk.[2] Det hänger samman med det allmänna och grundläggande villkoret för rätt till sp vid inträffat sjukdomsfall, att sjukdomsfallet anmäls till fk. Att göra anmälan direkt efter hemkomsten räcker inte.[3]

Det vanligaste sättet att göra sjukanmälan vid utlandsvistelse är genom brev eller vykort. Man kan då fråga sig vilken dag som skall anses som sjukanmälningsdag. I S-handboken anges,[4] att sjukanmälan som inkommer per post skall ankomststämplas, men att poststämpelns datum gäller som anmälningsdag. Oberoende av att brevet (vykortet) kommer kassan först senare till handa, anses alltså anmälan vara gjord den dag brevet poststämplats.

Kassorna brukar vid sjukanmälan från utlandet i första hand utreda om vederbörande fortfarande kan anses vara bosatt i Sverige. Särskilt ifråga om inskriven försäkrad av utländsk nationalitet förekommer det, att df lämnat landet under sådana omständigheter att bosättning kan ifrågasättas. Finner kassan härvid, att bosättning i Sverige inte längre föreligger, avregistreras df fr o m dagen efter avresedagen. Beslut om avregistrering meddelas df med besvärshänvisning under senast kända adress.

För vissa kassor gäller (gällde)[5], att ärendet som regel skall underställas centralkontorets sjukförsäkringsavdelning. Beslut i dessa ärenden fattas av centralkontoret. Lokalkontoret beslutar dock om sp-rätten, om sjukperioden inte överstiger sju dagar.

Förlängs sjukskrivningen eller friskskrivs df under tiden ärendet handläggs på centralkontoret, skall detta omgående meddelas. Uppsöker df läkare i Sverige snarast efter hemkomsten och sjukskrives han härvid, skall även i detta fall sjukförsäkringsavdelningen underrättas. Sp innehålles i avvaktan på beslut från centralkontoret. Df underrättas om att kassan mottagit nytt läkarintyg men att sp innehålles till dess sp-rätten prövats.

Tjänstemännen på fk har att iaktta vissa arbets- och kontrollrutiner avseende sjukförsäkran för att sedan, beroende på hur utfallet av dessa har blivit, besluta att antingen utge ersättning eller inte utge ersättning. Fk:s sjukkontrollerande verksamhet skall fungera så, att ett så effektivt hinder som möjligt mot missbruk av försäkringen skapas. Vidare hänvisar kassorna till att de jämlikt AFL 3:13 och 2:11 är skyldiga att vidta åtgärder, som är ägnade att förkorta sjuk-

skrivningen framför allt vid de längre sjukfallen (de som varar över 90 dagar). De sjukkontrollerande, rehabiliterande och inte minst de administrativa (data-tekniska) åtgärderna förutsätter, att kassan får kännedom om sjukfallet. Huvudregeln att sp inte utgår före sjukanmälan är således baserad på kontroll- och effektivitetshänsyn. Det är också kontroll- och effektivitetshänsyn, som har lett till att man har lika stränga krav på att sjukanmälan skall göras omedelbart även i de fall, då insjuknandet sker utomlands.

Anmälningsskyldigheten är alltså en förutsättning för att fk skall kunna kontrollera sjukfallet redan från början. Den skall förhindra, att df i efterhand försöker få ut sp för en frånvaro, som i själva verket haft andra orsaker än sjukdom och arbetsoförmåga. Fk hävdar, att sjukanmälan har betydelse för fk:s möjligheter att på ett tidigt stadium föranstalta om rehabiliterande åtgärder och framhåller rehabiliteringsaspekten snarare än kontrollaspekten som den väsentliga.[6]

4.1.2 Tidigare rättstillämpning

Socialförsäkringsutredningen, på vars förslag bestämmelsen i AFL 3:10 fjärde stycket fick sin nuvarande lydelse, uttalade sig på följande sätt:

"Fall kan förekomma, då en sjuk underlåter att anmäla ett sjukdomsfall oaktat hinder för sådan anmälan ej kan anses ha förelegat och det likväl måste anses obilligt, att den sjuke gått miste om sin sjukpenning på grund av försummelsen. Utredningen föreslår därför att sjukpenning skall kunna utgå oaktat anmälan ej skett, om särskilda skäl så föranleder. Sålunda bör försummad anmälan aldrig kunna av sjukkassa åberopas, då den försäkrade vårdas å sjukvårdsanstalt och ej heller då försummelsen eljest måste anses ursäktlig och ej länt kassan till men. Arbetsgivares skyldighet att anmäla yrkesskada skall givetvis inte fritaga den skadade från hans anmälningsplikt."[7]

Då försäkrad vid sjukdomsfallets början intas på sådant sjukhus i Sverige, där sjukhusvården ersätts av kassan, har hon/han inte behövt att göra sjukanmälan. Den saken ombesörjer sjukhuset, som sänder ett besked om inskrivningen till kassan. Fortsätter arbetsoförmågan efter sjukhusvistelsens slut, har inte heller erfordrats någon anmälan. Den genom sjukhusets försorg gjorda anmälan har ansetts gälla för hela sjukskrivningstiden. Att detta varit lagstiftarens mening framgår av citatet ovan. I övrigt ger förarbetena inte mycket vägledning för rättstillämpningen.

Bestämmelsen i 3:10 fjärde stycket har alltifrån sin tillkomst tillämpats restriktivt. "Särskilda skäl" har ansetts kunna föreligga i en del fall då, utan att direkt hinder att göra anmälan förelegat, den sjukes fysiska och psykiska förmåga att verkställa eller föranstalta om anmälan varit nedsatt.

Under 1960-talet gjordes i rättstillämpningssammanhang gällande, att lagstiftaren uppenbarligen inte avsett, att glömska som inte berott på sjukdomstillståndet och okunnighet om anmälningsplikten skulle utgöra särskilda skäl till utgivande av sp före anmälan. Vidare anfördes att olika slag av missförstånd, som åberopats som skäl för försenad eller försummad sjukanmälan, svårligen låter sig uppdelas i ursäktliga och inte ursäktliga. Sålunda godtog man inte fall, då df trott att han inte behövt sjukanmäla sig, t ex därför att han hade läkarintyg eller trott, att anmälan gjorts av sjukhus, där han behandlats, eller av arbetsgivare.

Denna restriktivitet i tillämpningen ansågs påkallad just av det förhållandet, att fk inte kunde utöva sin sjukkontroll, förrän sjukdomsfallet blivit känt för kassan. Kassan hade inte möjlighet att dessförinnan vidta åtgärder av exv sanktionskaraktär (AFL 3:17 och 20:3). Det anfördes också som skäl mot en mildare praxis, att en sådan skulle medföra en besvärlig och grannlaga prövning, som måhända inte alltid skulle leda till helt rättvisa resultat och som skulle medföra risk för en oenhetlig bedömning olika fk emellan. Till förmån för en restriktiv lagtolkning anfördes bl a fördelarna ur administrativ synpunkt. Men en sådan medförde också det som framhållits ovan, nämligen att den, som varit sjuk och uppenbarligen materiellt sett varit berättigad till sp, går miste om förmånen på grund av försummad anmälan. I olika sammanhang förekom det, att sådana fall uppmärksammades och att praxis därvid utsattes för kritik. Bl a ifrågasattes om inte den, som med läkarintyg styrkt sin arbetsoförmåga, borde kunna få sp trots försummad sjukanmälan.

År 1970 tog RFV upp frågan om en mera generös tolkning av begreppet särskilda skäl i en skrivelse som utgjorde ett svar på en anmodan av FD att avge yttrande över vissa anförda besvär.[8] Dessa gällde frågan om sp skulle utges för tid, innan anmälan om sjukdomsfallet hade gjorts till kassan enligt AFL 3:10 fjärde stycket.

Verket menade, att en grundläggande förutsättning för utgivande av sp före sjukanmälan bör vara, att arbetsoförmågan klart dokumenteras. Detta får anses ha skett, då fk finner det av läkarintyg styrkt eller eljest uppenbart, att df lidit av sjukdom som gjort hen-

ne/honom till minst hälften ur stånd att utföra sitt vanliga arbete. Detsamma bör gälla då läkare uttryckligen föreskrivit, att df på grund av sjukdom skall avhålla sig från arbete till minst hälften och omständigheterna inte motsäger, att df följt läkarens föreskrifter. Men RFV ansåg sig dock inte kunna förorda, att sp utges för tid före sjukanmälan enbart på den grund att arbetsoförmågan styrkts. Härutöver skulle även i fortsättningen fordras, att försummelsen framstår som ursäktlig. Huruvida ursäktlig försummelse förelåg måste enligt RFV bedömas från fall till fall under hänsynstagande till samtliga i ärendet föreliggande omständigheter. Verket lämnade dock vissa riktlinjer för utformningen av praxis på området, som innebar en viss uppmjukning i förhållande till tidigare praxis. RFV resonerade på följande sätt:

Att anmälan försummats kan anses ursäktligt, om df trott att anmälan inte erfordras, då läkare intygat nedsättning av arbetsförmågan; en förutsättning bör dock vara att han inte tidigare åberopat samma skäl för försenad sjukanmälan. I övrigt bör okunnighet om anmälningsplikten inte godtas som ursäkt för försummad sjukanmälan annat än undantagsvis, t ex beträffande utlänning där försummelsen uppenbarligen har sin grund i språksvårigheter i förening med bristande information; dylik okunnighet bör aldrig kunna åberopas mer än en gång. I större utsträckning än vad som gällt tidigare bör avseende fästas vid i vad mån sjukdomen bidragit till att sjukanmälan gjorts för sent. Även praktiska svårigheter för df att nå kontakt med kassan bör bli mer beaktade än tidigare. Om hon/han t ex har svårt att lämna bostaden, saknar telefon och inte har någon som kan hjälpa till att kontakta kassan torde underlåtenheten att göra anmälan ofta få anses ursäktlig. Vidare menade RFV, att df i allmänhet inte bör förvägras sp av den anledningen, att anhörig eller annan ansetts kunna ombesörja anmälan. Har df uppdragit åt annan att göra sjukanmälan, bör den omständigheten, att uppdraget ej fullgörs, inte medföra att df går miste om sp. Uppdragstagaren bör dock kunna bekräfta, att han erhållit ett sådant uppdrag.

Frågan för hur lång tid sp skall kunna utgå före sjukanmälan kan lika litet som tidigare berörda frågor besvaras generellt enligt RFV. Det förhållandet att anmälningsförsummelsen inte får lända kassan till men måste dock innebära en viss begränsning. Vid vilken tidpunkt kassan bort företaga åtgärder till förkortande av sjukdomstiden eller eljest till vederbörandes rehabilitering eller dylikt kan givetvis starkt variera från fall till fall. Dessutom kan på grund av växlingar i hälsotillstånd tvivel komma att uppstå, huruvida df varit oavbrutet arbetsoförmögen.

4.1.3 Aktuell rättstillämpning

Först behandlas fall där olika faktiska omständigheter, oftast själva sjukdomen, hindrar eller försvårar för df att göra sjukanmälan (4.1.3.1). Därefter behandlas fall, där df hävdar, att han saknat kännedom om sin skyldighet att göra sjukanmälan (4.1.3.2). Under 4.1.3.3 diskuteras frågan, om df måste göra ny sjukanmälan, då df insjuknar i anslutning till en tidigare sjukperiod. Under 4.1.3.4 slutligen behandlas bevisfrågor rörande tidpunkten för sjukanmälan. Inom detta avsnitt behandlas också de särskilda bevisproblem, som gäller sjukanmälan under utlandsvistelse.

En grupps karakteristika kan även återfinnas i rättsfall tillhöriga en annan grupp om än inte i så uttalad form. Indelningen gör alltså inte anspråk på att vara knivskarp.

4.1.3.1 Omständigheter som hindrar eller försvårar sjukanmälan

Det är relativt sällsynt, att de rättstillämpande myndigheterna finner, att df:s sjukdom eller andra faktiska omständigheter utgjort ett direkt hinder för sjukanmälan. I stället prövas, om de faktiska omständigheterna i sådan grad försvårat sjukanmälan, att de utgör särskilda skäl för att utge sp.

Jag anför dock nedan några rättsavgöranden, där hinderrekvisitet kommit till användning, men även fall, där man kunde ha förväntat sig att hinderrekvisitet skulle ha kommit till användning snarare än särskilda skäl-rekvisitet.

RFV meddelade ett bifallsbeslut (781218 C 4092:78), då df uppgav, att han vid insjuknandet befann sig på fjällvandring i Arjeplogfjällen utan tillgång till telefon. RFV ansåg särskilda skäl-rekvisitet vara uppfyllt och inte, som kanske varit naturligast, att hinder för anmälan förelegat.

FRS fann dock i domen 811201 mål nr 8324/79, att det var ett hinder att göra sjukanmälan, om man som df bodde hos nomadfolk i öknen och bussförbindelser till civilisationen saknades under 14 dagar.

Df, som tidigare varit sjukanmäld hos fk, reste från sitt hem i Luleå till Stordalen, som var beläget i en ödslig fjälltrakt nio mil norr om Kiruna. Eftersom han känt sig bättre till hälsan hade han dessförinnan bett sin hustru att friskanmäla honom hos fk. När han på resdagens kväll efter cirka nio timmars färd anlände till Stordalen, hade han åter känt sig sjuk. Han hade emellertid inte haft tillgång till telefon, så att han kunnat meddela hustrun eller fk om sin situation. Hustrun hade till kassan översänt hans läkarintyg, försett med en för hans räkning gjord friskanmälan. - Av utredningen i målet framgick att telefonerna i bostadsbaracken i Stordalen

kopplades in nästan två veckor efter df:s sjukperiod, att den telefonautomat, som fanns 200 meter från baracken, ofta var trasig och att post sändes till Stordalen en gång per vecka. - FRN biföll ej i dom 790626 mål nr 1722/79 på den grund, att vare sig "hinder" eller "särskilda skäl" var för handen. FÖD ansåg dock, att "särskilda skäl" att utge sp förelåg (FÖD 800709 mål nr 899/79:8).

Sp för dagar före anmälan från utlandet har accepterats, då det varit poststrejk i landet (FRM 800818 mål nr 8996/79) liksom då df telefonledes från Polen vid ett flertal tillfällen sökt göra sjukanmälan till fk utan att få telefonkontakt (FRM 800124 mål nr 4457/79).

FRN fann varken "hinder" eller "särskilda skäl" vara för handen i domen 800908 mål nr 2252/79, då df gjort för sen sjukanmälan på grund av sårskada i foten, avsaknad av egen telefon samt grannars bortovaro. Detta fall kan jämföras med vad RFV rekommenderade 1970 (se ovan).

Df, som varit intagen på sjukhus i Finland, hade angivit, att han trott, att liksom vid intagning på sjukhus i Sverige någon anmälan inte erfordrades av den insjuknade. FR fann (FRN 791219 mål nr 1217/79) med hänsyn till dessa uppgifter och till sjukskrivningsdiagnos (pulsåderbristning), att *hinder* hade mött för anmälan till fk från sjukdomsfallets början. Sådant hinder ansågs dock inte föreligga fr o m tidpunkten för df:s utskrivning från sjukhuset. Rätten fann vidare, att df inte kunde anses ha haft grundad anledning för sitt antagande, att det finska sjukhuset till den svenska fk lämnade uppgift om intagning på sjukhus på samma sätt som sker från svenska sjukhus. Ej heller i övrigt förelåg *särskilda skäl* att utge sp för tid före anmälan i vidare mån än vad som anförts ovan.

Ett anhållande utgör enligt praxis varken hinder för sjukanmälan eller särskilda skäl att trots försummad sjukanmälan ändå utge sp (FRM 810223 mål nr 1248/80).

Df har ibland anfört ett *sjukdomstillstånd* som orsak till att df inte i rätt tid gjort sjukanmälan till fk. Ibland har sjukdomen anförts som ett direkt hinder för att kunna göra anmälan, ibland har df anfört den som en omständighet som försvårat anmälan i rätt tid, trots att hinder i och för sig inte förelåg. Fall då df har lidit av psykisk sjukdom och saknat sjukdomsinsikt har ibland av FR befunnits utgöra *hinder* för sjukanmälan (FRS 791119 mål nr 5762/79; se även FRM 791204 mål nr 3222/79 och FRM 800605 mål nr 5259/79, där FR ej fann skäl att tillämpa hinder- eller särskilda skäl-rekvisitet i 3:10 fjärde stycket; det senare rättsfallet ändrades dock av FÖD i domen 810317 mål nr 1145/80:6; särskilda skäl att utge sp ansågs vara för handen). "Dålig kondition och minnesförlust" har dock inte ansetts vara vare sig hinder eller särskilda skäl (FÖD 800513 mål nr 905/79:5). Att ha skadat sig i huvudet utan att kunna erinra sig hur

skadan har uppkommit har av FR ansetts utgöra hinder för sjukanmälan (FRN 800319 mål nr 1357/79).

Reaktiv depression hos fader vid dödfödsel av tvillingar ansågs utgöra särskilda skäl att utge sp trots försenad sjukanmälan (FRN 800218 mål nr 1799/79). En lindrigare chock efter en trafikolycka ansågs däremot inte utgöra särskilda skäl att utge sp, då df glömt göra sjukanmälan (FRM 790314 mål nr 593/79; se dock FRS 800530 mål nr 2719/79: särskilda skäl men förutom chocken även andra omständigheter).

I två andra rättsfall, i vilka df visserligen inte anfört psykiska besvär eller chocktillstånd som orsak till den sena anmälan men där situationen har präglats av stressmoment, har domstolen i det ena fallet funnit särskilda skäl att utge sp men inte i det andra. I det ena fallet hade df vid sjukskrivningstillfället fått reda på att hon väntade trillingar och detta var "en så personlig upplevelse", att hon glömde göra sjukanmälan (FRN 790320 mål nr 865/79), vilket ansågs utgöra särskilda skäl att utge sp. I det andra fallet hade df glömt att göra sjukanmälan och till kassan lämna det läkarintyg som hon hade, eftersom hon och hennes tre barn (1 - 8 år) var sjuka i samma sjukdom. Hon uppgav situationen i familjen under sjukskrivningstiden vara minst sagt kaotisk med besök nattetid på jourcentralen, apoteksbesök, sömnlösa nätter osv. Rätten ansåg inga särskilda skäl för sp vara för handen (FRM 790712 mål nr 3928/79).

Ett sent läkarbesök (kl 23.00) och starka smärtor ansågs vara särskilda skäl för sp (FRS 800423 mål nr 1853/79) liksom svår maginfluensa med kräkningar och ideliga toalettbesök (22.00 - 24.00) (FRN 800828 mål nr 2135/79).

I FRS:s dom 801112 mål nr 4106/79 insjuknade df på Teneriffa i 41° feber, vilket ansågs vara särskilt skäl att först efter erforderlig vård anmäla sjukdomsfallet till kassan.

I FÖD:s dom 810623 mål nr 1680/80:6 ansågs dock varken df:s uppgift om svåra smärtor eller uppfattningen att läkarstationen skötte sjukanmälan (se nedan), då den låg på annan ort än fk, utgöra särskilda skäl. Att vara "alkoholfall" och på grund av detta inte kunna göra sjukanmälan ansåg FRM 810409 i mål nr 9331/79 ej utgöra särskilda skäl.

Förälder, som vill utnyttja sin rätt till fp för tillfällig vård av barn, skall göra anmälan därom till fk. Som huvudregel gäller enligt AFL 3:10 fjärde stycket jämfört med 4:10, att fp inte utgår för tiden före anmälan om vårdfallet till fk. Fp kan dock utges om hinder mött för anmälan eller om andra särskilda skäl föranleder, att fp bör utgå. De

situationer, då för sent gjord anmälan inte har godtagits, påminner om dem vid för sent gjord sjukanmälan.[9]

4.1.3.2 Bristande kännedom om förpliktelsen

Då df skrivs in på sjukhus för längre tid än en dag sker rutinmässigt sjukanmälan genom sjukhusets försorg. Så är dock inte fallet vid polikliniska operationer, då df läggs in, opereras och skrivs ut från sjukhuset samma dag. Detsamma gäller vid besök på akutmottagningar, jourcentraler och andra läkarstationer. Sjukhuset har alltså åtagit sig att göra sjukanmälan, då patienten är intagen för sluten vård, men inte då hon/han är intagen för öppen vård.

I ett flertal rättsfall har df anfört som skäl, varför sjukanmälan till fk inte skett i rätt tid, att df på ett eller annat sätt bibringats den uppfattningen att annan person, exv sjukskrivande läkare eller annan personal på sjukhus eller läkarstation, ombesörjt anmälan om sjukfallet till fk.

Om det förhåller sig så, att df trott att sjukanmälan skett genom sjukskrivande läkare eller annan sjukvårdspersonal utan att någon påvisbar speciell omständighet pekat i riktning mot ett sådant antagande, har de rättstillämpande organen inte funnit några särskilda skäl för att ändå utge sp.[10] Om df gjort gällande, att någon av sjukvårdspersonalen på förfrågan el dyl kommit med upplysningen att anmälan skett eller brukade ske från sjukvårdsinrättningen, brukar domstolarna som regel gå på df:s linje, trots att uppgifter från den tjänstgörande sjukvårdspersonalen kan tala i motsatt riktning. Man ser det som en missuppfattning, som räknas df till godo.[11]

I ett avgörande av FÖD (801014 mål nr 344/79:9) hade df tidigare varit inlagd på lasarett för vård av en knäskada. Han hade då frågat en av läkarna, om han skulle göra sjukanmälan till fk och därvid fått beskedet, att den saken ombesörjdes av den sjukskrivande läkaren. Df sökte senare samma år för samma skada på en läkarstation och sjukskrevs då med hel arbetsoförmåga. Df hade då utgått från att samma regler gällde om sjukanmälan, som han fått besked om vid det tidigare tillfället. Domstolen fann, att df:s goda tro om att läkarstationen skötte sjukanmälan till fk skulle grunda rätt till sp.

FRS fann i domen 810225 mål nr 5805/79, att df hade särskilt skäl att tro, att sjukanmälan sköttes från lasarettshem (patienthem), där df var inskriven. En kurator hade enligt uppgift sjukanmält henne vid ett tidigare tillfälle, då hon var inne för samma behandling.

Språksvårigheter (finsk läkare), som bidragit till df:s missuppfattning rörande sjukanmälan, medförde, att fk och domstol ansåg särskilda skäl föreligga (FRM 790917 mål nr 2123/79).

I ett FÖD-avgörande (791108 mål nr 2619/78) ansåg domstolen,

att hemresa direkt efter en operation, då patienten varit nedsövd, var särskilt skäl för patienten att tro, att sjukhuset gjorde sjukanmälan. I FRN:s dom 791127 mål nr 1030/79 gällde det också övernattning, varför domstolen fann det klart ursäktligt, att df trott, att sjukhuset gjort sjukanmälan. I domen FRM 791031 mål nr 4697/79 fann domstolen, att dagoperation jämte det faktum att df tidigare själv aldrig sjukanmält sig, utan detta skötts via sjukhus, utgjorde särskilda skäl till sp.

Om df anfört att hon/han trott, att läkarintyg (sjukintyg) var tillfyllest och att df av den anledningen inte behövt göra sjukanmälan, brukar detta inte räknas df tillgodo som ett särskilt skäl.[12] Men om df haft särskild anledning att missuppfatta situationen, t ex df varit sjuk endast korta perioder tidigare utan läkarintyg[13] eller varit med om en liknande situation tidigare[14] eller på annat sätt fått uppfattningen, att läkarintyg är tillfyllest (t ex därför att df endast vid få tillfällen haft kontakt med fk),[15] har domstolarna ansett, att särskilda skäl-villkoret är uppfyllt.

En förklaring från df varför en av henne/honom gjord anmälan har kommit fk för sent till handa, då df insjuknat i utlandet, kan vara av samma karaktär. Df tror att intyg av utländsk läkare är tillräckligt, för att df skall få sp från sjukfallets början. Detta anses dock inte vara ett särskilt skäl för att ändå utge sp (FRS 790925 mål nr 797/79, FRM 790927 mål nr 2163/79 och FRN 801015 mål nr 3161/79).

Det sistnämnda rättsfallet ändrades dock av FÖD i en s k 3-2 dom. Df hade under vistelse på Rhodos skadat armen och där uppsökt läkare samt fått armen gipsad och erhållit läkarintyg. Df anmälde alltså sjukfallet först vid hemkomsten, eftersom han trodde att anmälan inte behövdes på grund av läkarintyget. FÖD ansåg att arten av sjukdomen, behandlingen av densamma samt den fortsatta sjukskrivningen i Sverige utgjorde särskilda skäl att utge sp före anmälan (FÖD 810603 mål nr 1678/80:4; se nedan i avsnittet Slutsatser).

Men df har också kommit med andra förklaringar till att hon/han inte gjort anmälan om sjukfallet i rätt tid till fk, förklaringar som alla har byggt på df:s bristande kunskap om sin förpliktelse i den aktuella situationen. En försäkrad, som trodde att hemmamakeförsäkringen upphörde när hon blev frivilligt försäkrad, fick trots för sen anmälan sp, därför att FR fann hennes missuppfattning ursäktlig.[16] En försenad sjukanmälan som hade sin grund i att df inte visste, att sp kunde utges efter ålderspension respektive tjänstepensionering, ansågs ursäktlig och rekvisitet särskilda skäl var uppfyllt.[17]

I FÖD-avgörandet 800226 mål nr 213/79:4 hade ett missförstånd mellan behandlande läkare och df medfört, att df inte fullgjorde sin skyldighet att göra sjukanmälan. Df, som brutit underarmen och blivit gipsad på lasarettet, blev före hemresan samma dag tillfrågad, om hon arbetade. Hon uppgav därvid, att hon var arbetslös och uppbar arbetslöshetsersättning. Något läkarintyg hade då inte lämnats och df hade därvid fått uppfattningen, att hon inte behövde anmäla sjukdomsfallet till fk. Behandlande läkare uppgav i intyg, att hon orsakat missförståndet. Arbetsförmedlingen hade funnit, att df med sin brutna arm inte kunde anses stå till arbetsmarknadens förfogande, varför hon blev utan arbetslöshetsersättning. FÖD fann i motsats till FR (FRN 790202 mål nr 261/79), att särskilda skäl att utge sp förelåg (en ledamot var skiljaktig).

Särskilda skäl ansågs vara för handen att utge sp då df, som blivit sjuk i Finland, försökt lämna läkarintyg till finsk fk men av denna hänvisats att vänta tills df återkommit till Sverige (FRS 801124 mål nr 6430/79).

Den omständigheten, att df p g a sjukdom inte fick fullgöra militär repetitionsutbildning, ansågs i fallet FRM 810518 mål nr 10228/79 utgöra särskilt skäl att utge sp, trots underlåten sjukanmälan till fk. Df saknade nämligen kunskap om att han måste göra en anmälan till fk om sjukfallet fr o m den dag han fick meddelande om att han inte fick tillgodoräkna sig repetionsutbildningen och därför inte längre behövde inställa sig vid förbandet.

I rättsfallet FRS 810515 mål nr 7508/79 trodde df, att skada som df ådragit sig på arbetsplatsen skulle medföra, att arbetsgivaren gjorde sjukanmälan. Df hade inte tidigare varit sjukskriven med läkarintyg. FRS ansåg särskilda skäl vara för handen.

Men det är inte alltid som df:s bristande kunskap om sina förpliktelser anses ursäktlig.

En skolsköterska gjorde inte sjukanmälan, eftersom hon trodde, att hon inte var berättigad till sp under ferier, då hon uppbar uppehållslön. Hon hade varit i kontakt med skolkontorets biträdespersonal på insjuknandedagen. Särskilda skäl-rekvisitet ansågs uppfyllt av FRM (810430 mål nr 9541/79). FÖD ansåg dock inte särskilda skäl att utge sp vara för handen (820406 mål nr 1169/81:5).

Invändningen att df saknat vetskap om att man kunde sjukanmäla sig även när man har semester tillmättes ingen betydelse (FRS 790709 mål nr 1541/79).

Domstolen ansåg i likhet med fk, att inga särskilda skäl var för handen, då arbetsgivaren (sjukhus) uppgav, att man vid anställning alltid upplyste om att extraanställda själva måste sjukanmäla sig till fk. Personalkontoret ombesörjde endast sjukanmälningar från fast anställd personal och sådana vikarier som "gick på månadslön". Df tillhörde alltså kategorin extraanställd (FRN 790711 mål nr 675/79).

Att ringa arbetsledare i stället för den avdelning inom företaget som skötte sjuk- och friskanmälningar ansågs inte vara särskilt skäl

att ändå utge ersättning (FRN 800522 mål nr 2203/79). FÖD ändrade inte rättens dom (810428 mål nr 1065/80:8).

Df arbetade deltid på lasarett, där arbetsgivaren skötte sjukanmälan. I sitt andra deltidsarbete i statlig tjänst skadades hon i arbetet. Df trodde att det räckte med anmälan till arbetsgivaren, men denne arbetsgivare hade inte åtagit sig att sköta sjukanmälan till kassan. Varken fk eller FR ansåg särskilda skäl vara för handen (FRN 810625 mål nr 1231/80).

Ett tämligen likartat fall avgjorde FÖD några dagar senare (810630 mål nr 1430/80:8). Df hade inte gjort sjukanmälan till kassan. Df hade tidigare varit anställd hos arbetsgivare, som skötte sjukanmälan, vilket den nuvarande arbetsgivaren inte gjorde. Df hade en gång tidigare varit sjuk hos den nye arbetsgivaren och då "för säkerhets skull gjort sjukanmälan till kassan". Ingen av instanserna ansåg, att särskilda skäl var för handen.

Df, som för deltagande i skyddsombudskurs, för vilken han erhöll tim/dagstudiestöd enligt arbetsmarknadskungörelsen, trodde, eftersom han erhöll bidrag som utbetalades av fk, att han skulle "på något sätt automatiskt bli sjukskriven". Att rekvisitet särskilda skäl inte ansågs uppfyllt framstår som förklarligt (FRM 800626 mål nr 6894/79).

Domstolarna har i flera rättsfall behandlat frågan om särskilda skäl varit för handen att utge sp före sjukanmälan, då df uppbär någon form av fp. I rättsfallet FRS 810630 mål nr 6444/79 menade rätten, att det ej var skäl att tro att sjukanmälan inte behövde göras, därför att df uppbar fp i samband med barns födelse och av samma mening var FRS i rättsfallet 810810 mål nr 7621/79, där make gjort anmälan om fp för tillfällig vård av barn och då meddelat fk, att modern = vårdaren var sjuk. Df trodde, att modern blivit sjukanmäld i och med detta. Ett sådant misstag var alltså inte ursäktligt enligt rätten.[18] FÖD ändrade domen och fann att misstaget var ursäktligt (820706 mål nr 1601/81:7).[19] Men i rättsfallet FRS 810916 mål nr 6715/79 ansåg däremot rätten att särskilda skäl förelåg att utge sp före sjukanmälan, därför att df redan avhållit sig från förvärvsarbete p g a vård av sjukt barn och kassan alltså haft möjligheter till kontroll härav. FÖD fann dock, att enbart det förhållandet att df utgått från att det var obehövligt att göra särskild anmälan ej var särskilda skäl att utge ersättning. Domen är publicerad (FÖD 821013 mål nr 1996/81:1, FÖD 82:29).

4.1.3.3 Två sjukperioder

Om df efter ett sjukfall som anmälts till fk återgår i arbete någon eller några dagar för att därefter återigen stanna hemma på grund av sjukdom utan att göra ny sjukanmälan, anses två sjukperioder föreligga och df:s anmälan för den senare sjukperioden ha kommit fk för sent tillhanda. När finns det orsak att anse, att sp av särskilda skäl ska utgå även för den senare sjukperioden? Svaret på denna fråga

har delvis gjorts avhängigt av om df gjort friskanmälan eller inte efter den första sjukperioden. Har df gjort friskanmälan kvarstår inte fk:s möjlighet till sjukkontroll, som är den främsta orsaken till att kravet på sjukanmälan för rätt till sp i praxis upprätthålls på det sätt som sker (se skrivningen i FÖD:s dom 800430 mål nr 579/79:10, se nedan). Rekvisitet särskilda skäl anses då inte uppfyllt (FRM 800118 mål nr 3674/79), om inte någon annan omständighet är för handen, som ändå medför, att sp av särskilda skäl skall utgå, t ex att fk varit otydlig i sin information (FRN 790129 mål nr 1171/79).[20]

I de fall df inte gjort friskanmälan och fk:s kontrollmöjligheter således kvarstår, är rättspraxis på FR-nivå oenhetlig. I de flesta fall har domstolarna funnit rekvisitet särskilda skäl uppfyllt. Så har FRM gjort i flera domar såsom FRM 791123 mål nr 7115/79, FRM 800716 mål nr 8808/79 och FRM 801016 mål nr 6563/79. FRS har dock inte varit av samma mening i FRS 790302 mål nr 1107/79, FRS 790406 mål nr 1611/79, FRS 800429 mål nr 3125/79 och FRS 801027 mål nr 5248/79. En skillnad i tillämpningen av 3:10 fjärde stycket i ifrågavarande avseende tycks alltså föreligga mellan FRS och FRM. OE har överklagat FRS:s domar. FÖD har ändrat i tre fall (FÖD 801209 mål nr 944/80:9 är en ändring av FRS 800429 mål nr 3125/79 (se RFV:s besvär 800625 OE:s dnr 02/1110:80) och FÖD 810715 mål nr 1494/80:2 är en ändring av FRS 801027 mål nr 5248/79 (se RFV:s besvär 801217 OE:s dnr 03/2047:80); FÖD har också ändrat FRS-domen 790406 mål nr 1611/79 i sin dom 800430 mål nr 579/9:10) och menat, att avbrott i sjukperioden skall accepteras utan ny anmälan, då friskanmälan inte skett, eftersom kontrollmöjligheterna kvarstår. Trots dessa FÖD-domar har FRS dock i två fall, där de faktiska omständigheterna var likartade de i FÖD-avgörandena inte ansett särskilda skäl föreligga (FRS 810126 mål nr 4238/79 och 810706 mål nr 8897/79; jfr dock FRS 810325 mål nr 5548/79). Detsamma gällde FRM-domen 810803 mål nr 1202/80. FÖD ändrade dock FRS 810126 mål nr 4238/79 i domen 811110 mål nr 473/81:7. FÖD fann särskilda skäl vara för handen att utge sp, eftersom fk:s kontrollmöjligheter kvarstod. Även FRM-domen 810803 mål nr 1202/80 ändrades av FÖD i domen 820622 mål nr 1703/81:7. Två ledamöter var dock skiljaktiga.

I de fall friskanmälan har gjorts, men df fortfarande varit sjuk, har df i en del fall anfört, att friskanmälan varit gjord av misstag och yrkat, att sp skulle utgå för hela perioden.

I rättsfallen FRS 800926 mål nr 5058/79 och FÖD 810623 mål nr

1635/80:6 hade df enligt egen utsago av misstag påtecknat blanketten S1 (Försäkran för sjukpenning) på den plats där friskanmälan görs. Samma dag beställde hon tid för läkarbesök. FR fäste inget avseende vid df:s förklaring, men RFV överklagade (801119 OE:s dnr 02/1862:80) och menade, att av händelseförloppet framkom, att det inte var df:s mening att göra en friskanmälan, varför denna borde betraktas som en nullitet. FÖD gick dock på FR:s linje.

FÖD ansåg däremot att en friskanmälan, som gjorts av en person med grava alkoholbesvär inte förtjänade tilltro, när vederbörande arbetsgivare åtagit sig att svara för sjuk- och friskanmälningarna (FÖD 791115 dnr 2272/78).

4.1.3.4 Bevisfrågor rörande tidpunkten för sjukanmälan

I de ovan anförda fallen har det stått helt klart, att df inte gjort någon sjukanmälan till fk (i rätt tid). För sin underlåtenhet härvidlag har df anfört olika skäl såsom hinder och bristande kunskap. I de nedan anförda fallen gör df däremot gällande, att hon/han har gjort sjukanmälan vid en viss tidpunkt, vilken avviker från den tidpunkt då fk menar, att sjukanmälan är gjord.

Bevisproblem kan uppstå, när df gör gällande, att hon/han har gjort anmälan till fk om sjukfallet, men fk inte har några noteringar härom. Om df påstår sig ha gjort en anmälan till fk och samtidigt kan ge en detaljerad och noggrann beskrivning av händelseförloppet (ringde, talade med en tjänsteman, samtalet kopplades bort, ringde igen, talade ånyo med en tjänsteman, lämnade uppgifter, tjänstemannen avslutade "Då var det klart") brukar de rättstillämpande myndigheterna finna det rimligt att anta, att sjukanmälan gjorts av df i vederbörlig ordning, trots att någon anmälan inte finns noterad hos fk (se FÖD 790123 dnr 911/78).

Om df:s detaljerade berättelse vinner stöd av vad fk anfört exv om sina anmälningsrutiner och om skäl att ifrågasätta df:s (eller annan uppgiftslämnares) trovärdighet inte finns, tas df:s uppgifter om gjord sjukanmälan för goda (FÖD 800415 mål nr 372/79:2).

I FÖD-domen 800716 mål nr 923/79:8 stod df:s påstående om sjukanmälan mot fk:s konstaterande, att sådan anmälan inte hade registrerats. Df hade uppgivit, att hon vid ifrågavarande tillfälle talat med en finskspråkig tjänsteman hos kassan, som förklarat att det räckte att visa läkarintyget efter en vecka. Av utredningen i målet framgick att det vid ifrågavarande tillfälle funnits en finskspråkig tjänsteman hos kassan. Denne förklarade, att han inte hade något minne av samtalet, men att han med tanke på den tid som förflutit inte kunde vara säker på om han pratat med df eller ej. Ledamöterna i FÖD ansåg, att det i princip får anses åligga df att i fall som

det förevarande styrka sitt påstående om gjord sjukanmälan. Majoriteten biföll inte heller df:s besvär, men två ledamöter var skiljaktiga. Då varken den finska tjänstemannen eller fk bestridit, att df kunde ha samtalat med tjänstemannen ifråga på det sätt som hon beskrivit, fann de, att omständigheterna fick anses ge sådant stöd åt df:s berättelse, att den förtjänade tilltro. De fann därför sannolikt att df per telefon till fk gjort sjukanmälan. FRM hade varit av samma mening som majoriteten och ansett, att det inte var styrkt, att sjukanmälan gjorts vid det ifrågavarande tillfället och inte heller att hinder förelegat att göra sjukanmälan tidigare än som skett eller att eljest särskilda skäl föranledde, att sp borde utgå (FRM 790618 mål nr 1455/79).

I de fall df påstår sig ha talat in sin sjukanmälan på band, men fk inte kan konstatera någon upptagning på bandet, har df:s uppgifter av domstolarna tagits för goda om det funnits några otydliga samtal på banden den ifrågavarande dagen eller s k "tomma samtal" (se FRN 790221 mål nr 639/79) eller tomma mellanrum utan tal (FRM 791127 mål nr 8008/79) eller då ljudbandet för den eller de aktuella dagarna avmagnetiserats (FÖD 790222 dnr 2705/77). Om annan person dessutom har kunnat styrka df:s uppgifter, borde det enligt FR lett till att fk godtagit anmälan såsom gjord i rätt tid (se FRN 790221 mål nr 639/79 och FRM 791127 mål nr 8008/79). I vad mån vittnena eller kvaliteten på bandupptagningen haft avgörande betydelse för målens utgång går ej att utläsa av domarna. Troligtvis kan enbart kvaliteten på bandupptagningen leda till att df får anses ha fullgjort sin bevisskyldighet.

I rättsfallet FRS 810107 mål nr 1421/79 hade df:s arbetsgivare åtagit sig att göra sjukanmälan till kassan men ej gjort så i det aktuella fallet, eftersom arbetsgivaren inte kunde finna, att df gjort anmälan till honom. Df uppgav att han gjort detta, liksom att han kontaktat kassan för att efterhöra, varför han inte erhållit blanketten Försäkran för sp. FR fann det inte sannolikt, att df kontaktat vare sig sin arbetsgivare eller kassan och utgav ej sp.

I rättsfallet FRS 810629 mål nr 2601/80 uppgav df och arbetsgivaren på hennes arbetsplats, i detta fall föreståndaren för en förskola, att föreståndaren hade sjukanmält df genom att med post sända in hennes sjukkort till kassan. Man brukade göra på detta sätt och tidigare hade det alltid fungerat. Kassan uppgav att man varken erhållit sjukanmälan från df eller sjukkort från arbetsgivaren. Det fanns ingen egentlig överenskommelse mellan kassan och df:s arbetsgivare om förfaringssättet vid sjuk- och friskanmälan. Arbetsgivaren sände in sjukkort, som man noterat sjukanmälningsdatum på. Kassan godtog detta som sjukanmälan, om kortet inkom i rätt tid, varvid man betraktade poststämpelns datum som anmälningsdag.

Fk och FR ansåg inte, att df:s och arbetsgivarens samstämmiga uppgifter om gjord anmälan var tillräckliga bevis (se nedan). FR:s dom saknade egentlig motivering härom.

En annan anmälningssituation, vid vilken ungefär samma bevisproblem uppkommer som vid telefonanmälningarna, är de anmälningar som sker från *utlandet* med hjälp av vykort, brev eller telegram.[21] Poststämpelns datum gäller som anmälningsdatum. Men df gör ofta gällande, att hon/han lämnat in vykortet eller brevet för postbefordran långt tidigare än det datum som sedan kortet eller brevet poststämplats med. Df hävdar, att ett tidigare datum skall gälla som anmälningsdatum, medan fk går på poststämpelns datum som anmälningsdatum. Därmed har alltså situationen med en till fk för sent inkommen anmälan uppkommit, och frågan om hinder eller särskilda skäl i 3:10 fjärde stycket är aktuell. Om df på något sätt förmår göra troligt att kortet eller brevet avlämnats för postbefordran vid ett tidigare tillfälle än poststämpelns datum, anses sjukanmälan vara gjord vid detta tidigare tillfälle. I dessa fall har fk (domstolarna) att utgå från detta tidigare tillfälle som sjukanmälningsdatum och någon orsak att beakta rekvisiten hinder eller särskilda skäl finns inte. Dessa aktualiseras ju endast om tillräcklig bevisning för att sjukanmälan har gjorts vid det av df åberopade tidigare tillfället inte har anförts. Som framhållits av RFV (se ovan) är det en första förutsättning för att särskilda skäl-rekvisitet skall vara för handen, att det är styrkt, att df är sjuk och arbetsoförmögen och att det först därefter görs en bedömning av om df:s underlåtenhet är ursäktlig eller inte. I de situationer som aktualiseras i detta avsnitt torde det nog ofta vara så, att fk och domstolarna inte funnit det vara styrkt, att df är sjuk och arbetsoförmögen. I några av de nedan anförda fallen har man ansett särskilda skäl-rekvisitet vara uppfyllt (FRM 790711 mål nr 2129/79, FOD 790913 dnr 1987/78 (i RFV:s yttrande), FRN 790927 mål nr 952/79 (helg, vykortet liggande på hotellet några dagar, hade tunisiskt läkarintyg för ifrågavarande tid), FÖD 791023 dnr 2511/78 (stor anhopning av försändelser från vintersportort), FRN 801013 mål nr 2011/79 (sjukanmälan anses gjord den 23, då kortet lämnades för postbefordran, trots poststämpel den 25; df reste nämligen hem den 24), FRS 810413 mål nr 5818/79 och FRS 810618 mål nr 394/80; jfr dock FRM 800118 mål nr 4241/79 (poststämpel saknades på kuvertet).

Sjukanmälan genom telegram, som inte återfanns, ansågs inte vara särskilt skäl att ändå utge sp (FRS 800430 mål nr 3610/79), inte

heller att följa färdledarens råd att inte med vykort göra sjukanmälan från utlandet, eftersom df enligt uppgift skulle komma hem tidigare än vykortet kom till fk (FRM 800616 mål nr 6897/79). Det sistnämnda fallet ändrades dock av FÖD, som i domen 810421 mål nr 1180/80:7 fann särskilda skäl att utge sp vara för handen främst p g a arten av df:s sjukdom (benbrott). En ledamot var dock skiljaktig.

4.1.4 Slutsatser

Bakgrunden till reglerna om sjukanmälan är fk:s behov av att kunna utöva sjukkontroll. Först när sjukanmälan inkommit, kan fk företa olika styrande och kontrollerande åtgärder såsom föreskrifter om läkarintyg, läkarbesök, specialistvård samt göra hembesök hos df. Ett annat skäl är att det ur praktisk-administrativ synvinkel är viktigt, att sjukanmälan görs omgående. Varje försenad sjukanmälan innebär störningar i fk:s arbetsrutiner och därmed åtskilligt merarbete.

Däremot visar de faktiska omständigheterna i de fall som varit uppe till bedömning, att kravet på tidig sjukanmälan knappast kan motiveras utifrån rehabiliteringssynpunkten.

Rättsfallsmaterialet visar, att fk i samtliga fall har tillämpat huvudregeln, att sp inte utgår före sjukanmälan.[22] Detta innebär givetvis inte att fk alltid använder sig av huvudregeln (df har då ingen anledning att överklaga), men eftersom materialet visar, att överinstanserna ändrat i åtskilliga fall,[23] torde man kunna göra gällande att fk har en större benägenhet än dessa att tillämpa huvudregeln om att sp inte skall utgå före sjukanmälan än undantagsregeln om hinder eller särskilda skäl.

Mot intresset av att genom utebliven sp garantera att df gör sjukanmälan i rätt tid skall vägas hänsynen till df, för vilken utebliven sp kan innebära en kännbar sanktion. Skälet till utgången i FÖD 810603 mål nr 1678/80:4 var troligen, att FÖD bedömde sanktionen som alltför hård i förhållande till den försummelse som df hade gjort sig skyldig till. Frågan är om praxis i allmänhet och då särskilt fk:s praxis innebär en rimlig avvägning mellan de motstående intressena.

4.2. Df:s förpliktelse att förete läkarintyg

Möjligheten för kassan att påfordra läkarintyg är lagfäst i AFL 3:7 tredje stycket. Där stadgas att kassan "må när skäl äro därtill, påfordra att nedsättning av arbetsförmågan styrkes genom intyg av läkare". Ett åläggande för en försäkrad att förete läkarintyg jämlikt nämnda bestämmelse i AFL får som huvudregel gälla tidigast fr o m den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen enligt RFV:s direktiv i Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1979:16) om kontroll i sjukförsäkrings- och föräldraförsäkringsärenden (1 och 2 §§). Alla kassor har tagit fasta på denna bestämmelse och kräver läkarintyg fr o m 8:e dagen.

4.2.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse och bakgrunden till denna

För att komma i ett sp-berättigat tillstånd åligger det df att anföra bevisning om att hon/han är arbetsoförmögen p g a sjukdom och av den orsaken avhåller sig från arbete. Dessa beviskrav är ringa under de sju första dagarna av sjukperioden. Har df gjort vad som åligger henne/honom ifråga om sjukanmälan, nöjer sig fk som regel med df:s intygande på blanketten Försäkran för sjukpenning om att df varit sjuk och arbetsoförmögen. På denna blankett står angivet, att df måste göra en friskanmälan senast den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen. I annat fall måste df på den åttonde dagen fr o m sjukanmälningsdagen inkomma med ett läkarintyg som styrker df:s sjukdom och arbetsoförmåga. Det ankommer på df att ombesörja införskaffandet av ett dylikt intyg.

I syfte att införskaffa utredning för att avgöra om sp-rätt föreligger kan fk av df infordra intyg från behandlande läkare. Skälen för fk att kräva läkarintyg är alltså i första hand att få bevis för att förutsättningarna för rätt till sp är för handen. Ingen som inte är sjuk och arbetsoförmögen skall komma i åtnjutande av ersättningen. Läkaren anses vara den som är bäst skickad att göra bedömningen om df är sjuk och arbetsoförmögen. Till denna bedömning återkommer jag i framför allt kap 5 men även i kap 6 och 7. I andra hand anges som skäl för att kräva läkarintyg att df då varit sjuk så pass länge att för sjukdomens botande det är lämpligt att df undersöks av läkare. Bevis- och rehabiliteringsskäl ligger alltså bakom df:s förpliktelser att förete läkarintyg.

Ett undantag från regeln att läkarintyg krävs först efter en vecka

gäller för df, som under ett år haft mer än sex "korta" sjukfall, dvs uppburit sp vid sammanlagt sex tillfällen för kortare tid än sju dagar i följd och utan att förete läkarintyg.[24] I ett sådant fall kan kassan under ett år framåt ålägga df att vid framtida sjukdomsfall förete läkarintyg fr o m den dag, för vilken sp tidigast kan utgå. Kassan åläggs att samråda med förtroendeläkare, innan ett dylikt beslut fattas (RFFS 1979:16, 2 § andra stycket).

Om nu df av en eller annan anledning inte har företett läkarintyg fr o m den tidpunkt som kassan bestämt, kan kassan ändå utge sp om två förutsättningar är uppfyllda, nämligen att df kan göra *sannolikt* att hon/han lidit av *sjukdom* som avses i AFL 3:7, och att hon/han gjort vad som *skäligen* kan begäras för att erhålla ett läkarintyg (RFFS 1979:16, 3 §). Vad avser det första villkoret har RFV föreskrivet att bevisgraden "sannolikhet" räcker, för att sjukdom enligt 3:7 skall anses styrkt. Den rimliga tolkningen av sannolikhetskravet är, att det inte får framkomma omständigheter, som talar mot riktigheten av df:s uppgifter. Men som den följande rättstillämpningsanalysen kommer att visa, räcker det inte att "göra sannolikt". Ett högre beviskrav döljs bakom orden "göra sannolikt".

Det andra villkoret för att erhålla sp trots att läkarintyg ej företetts är, att df kan ange godtagbara skäl för att läkarintyg inte kunnat företes från den berörda tidpunkten, eller som författningstexten uttrycker det, df gjort vad som skäligen kan begäras av henne/honom för att få intyg. Kassan måste alltså i denna del göra en skälighetsbedömning.

Angående fk:s handläggningsrutiner avseende läkarintygen hänvisas till 5.2.2.

4.2.2 Rättstillämpningen

Jag inleder med att redogöra för rättsfall där df:s aktivitetsgrad för erhållande av läkarintyg varit den primära frågan. I avsnittet behandlas även den situationen, att df inte inom den intygsfria tiden kunnat få besökstid hos läkare (4.2.2.1). Därefter behandlas frågan om retroaktiv sjukskrivning som ibland förekommer, då df ej i tid inkommit med läkarintyg till fk (4.2.2.2). I 4.2.2.3 behandlas beviskravet på df och i 4.2.2.4 läkarintygsföreläggande från första dagen.

4.2.2.1 Df:s aktivitetsgrad

FD har i ett publicerat avgörande från 700616 (FD 1970 ref 24) behandlat frågan om rätt till sp för df, då denne inte företett av fk begärt läkarintyg.

Df sjukanmäldes den 3 i viss månad. I försäkran för erhållande av sp angav kassan att den fordrade läkarintyg fr o m den 10 samma månad. Den 9 inkom ifrågavarande försäkran till kassan. Df uppgav däri, att han på grund av vattkoppor fullständigt avhållit sig från arbete från och med den 3 samma månad och att han fortfarande var sjuk när försäkran utskrevs. Den 17 samma månad inkom till fk ett samma dag av läkare utfärdat intyg, vari df bedömdes böra avhålla sig helt från arbete till och med den 22 samma månad. Under särskilda upplysningar å intyget hade angivits, att df "Varit hemma sedan 3 samma månad". Läkaren upplyste vid förfrågan av kassan, att han ansåg, att df varit sjuk från den 3 och att df inte borde "komma i kläm" därför, att läkarintyget utfärdats för retroaktiv tid. Df uppgav, att han själv konstaterat, att han hade vattkoppor och att han på grund av smittorisken besökt läkare först den 17 samma månad.

Kassan och RFV ville inte utge sp för de dagar, som inte omfattades av läkarintyget, men FD fann, att df fick anses ha haft godtagbara skäl för att läkarintyg inte företetts redan från och med den 10. På grund härav och då df genom vad i målet förekommit måste anses ha tillförlitligen styrkt, att hans arbetsförmåga även för tiden 10-16 till följd av sjukdom varit fullständig nedsatt ansåg domstolen honom berättigad till sp.

I vissa fall är alltså läget sådant, att en mycket låg aktivitetsgrad accepteras. Df har i detta fall överhuvud inte gjort något försök att erhålla läkarintyg i rätt tid. De skäl som df anfört för sin underlåtenhet härvidlag har godtagits.

De skäl som df anförde i följande fall för sin underlåtenhet att införskaffa läkarintyg godtogs dock ej.

En kvinna sjukanmälde sig den 7 viss månad och fick av kassan upplysningen att läkarintyg fordrades fr o m den 14. Kvinnan återinträdde den 8 i tjänsten men anmälde inte detta till fk på grund av att hon måste vidtaga förberedelser för att resa till sin mor, som blivit svårt sjuk och intagits på sjukhus i Uppsala. Hennes influensa förvärrades under vistelsen i Uppsala och hon var sjukledig 12-14. Hon anförde, att eftersom hon endast varit sjuk i fyra dagar (den 7 och den 12-14) förelåg ingen skyldighet för henne att förete läkarintyg. Hon ansåg vidare, att vid bedömandet av hennes rätt till sp hänsyn borde tagas till den speciella situation, i vilken hon befunnit sig. FD fann, att den omständigheten att hon före den 14 återgått i tjänst och därefter insjuknat inte kunde utgöra godtagbart skäl att

underlåta att inkomma med läkarintyg. Inte heller de speciella omständigheterna i hennes fall var skäl att efterge kravet på läkarintyg.[25]

I flera avgöranden har dock prövats, om df varit *tillräckligt* aktiv att införskaffa läkarintyg. I dessa fall har df vänt sig till läkare inom den intygsfria tiden för att få en tid för ett läkarbesök men inte erhållit någon sådan för att i rätt tid kunna lämna in ett eventuellt läkarintyg till fk utan erhållit en besökstid, som ligger en bit fram i tiden räknat från den dag df senast skulle förete ett intyg från kassan.

I FRS-domen 790220 mål nr 23/79 hade df för sent företett ett läkarintyg innehållande en retroaktiv sjukskrivning. Intyget var utfärdat av en psykiatriker, som väl kände df från tidigare sjukfall. Df hade två gånger under den intygsfria tiden försökt att få kontakt med just denna läkare men misslyckats. Först vid en tredje kontakt med ifrågavarande psykiatriska klinik fick hon tid för läkarbesök hos den önskade läkaren. Kristianstads läns allmänna försäkringskassa beslöt 771114 att inte utge sp och FRS gick sedan på samma linje. Rätten motiverade sitt ställningstagande med att hon inte gjort något försök att få tid hos någon annan läkare och att hon inte heller tagit kontakt med fk före den intygsfria tidens utgång och informerat kassan om anledningen till att hon inte kom in med intyg i "rätt" tid. En ledamot var skiljaktig och fann i ett utförligt votum, att hennes sjukdom och arbetsoförmåga var styrkt (det hade även majoriteten funnit) och att df:s underlåtenhet inte varit culpös.[26]

FRN visade i dom 790412 mål nr 1086/79, att den hade en annan inställning till kravet att df skäligen måste ha gjort vad som på honom ankommer. Bakgrundssituationerna var mycket likartade i de båda avgörandena, men rätten ansåg i detta fall, att df skäligen gjort vad som ankom på honom, när han kontaktat en läkare han tidigare haft och av denne erhållit en retroaktiv sjukskrivning, trots att han inte fick tid hos denne förrän efter 10 dagar räknat från den intygsfria tidens sista dag.

I en dom två år senare intog FRM en restriktivare hållning i denna fråga. I domen 810525 mål nr 7580/79 anförde df fyra dagar efter den intygsfria tidens utgång, att han under den intygsfria tiden varit i kontakt med såväl jourhavande läkare som andra läkare, men att han inte fått någon tid för besök. Tre dagar senare fick han tid hos läkare och blev sjukskriven från den tidpunkten. Df erhöll ingen sp för den tid som inte omfattades av läkarintyg, eftersom han enligt rätten inte gjort vad som skäligen kunde krävas av honom för att få läkarintyg. FÖD var av samma mening i denna del, när den prövade målet (820223 mål nr 1130/81:9).

Som synes är rätterna tämligen ojämna i bedömningen av om df gjort vad som skäligen kan krävas av henne/honom vid införskaffan-

det av läkarintyg. Rätterna har inte använt sig av en regel som i och för sig skulle ligga nära till hands, nämligen att om df inom den intygsfria tiden vänder sig till läkare för tidsbeställning men får en tid som ligger senare än denna och det inte heller finns något som talar mot att df:s uppgifter om tidsbeställning o dyl är riktiga, utge sp till df. Givetvis måste också krävas att sjukskrivande läkare genom en retroaktiv sjukskrivning eller på kassans förfrågan framhåller, att det får anses vara styrkt att df lidit av samma sjukdom även under denna tid eller df på annat sätt kan styrka sin sjukdom och arbetsoförmåga.

Följande FÖD-dom från början av 1980 följer denna linje.

Df sjukanmäldes den 8 juni. På blanketten Försäkran för sjukpenning angavs, att df för att få sp fr o m den 15 juni skulle förete läkarintyg. I försäkran dagtecknad den 30 juni uppgav df, att han på grund av ryggvärk fullständigt avhållit sig från förvärvsarbete från och med den 9 juni. Den 5 juli inkom df till kassan med läkarintyg utfärdat samma dag, enligt vilket han på grund av lumbago ischias sjukskrivits med hel arbetsoförmåga för tiden 5 - 25 juli med föreskrift om sängläge under en vecka. Under rubriken särskilda upplysningar i intyget uppgavs, att df beställt tid på läkarmottagningen redan den 9 juni. Kassan utgav sp för tid till och med den 14 juni och från och med den 6 juli men inte för tiden 15 juni - 5 juli 1978. Över fk:s beslut anförde df besvär hos RFV och yrkade sp även för tiden 15 juni - 5 juli. I yttrande till RFV förklarade kassan, att df gjort vad på honom ankommit för att skaffa ett läkarintyg, då han den 9 juni beställde tid hos hälsovårdscentralen. Kassan fann det också styrkt, att hans arbetsförmåga p g a sjukdom varit nedsatt under tiden 15 juni - 5 juli. Med hänvisning till det anförda samt handlingarna i ärendet hemställde fk om ändring av kassans beslut såtillvida, att sp skulle utbetalas för tiden 15 juni - 5 juli. Hos verket anförde df, att fk tidigare godtagit en anteckning om när tid beställts hos läkaren i fall då denne inte kunnat ta emot inom en vecka från sjukanmälningsdagen och betalt ut sp även för dagar, som legat i tiden före besöket hos läkaren. RFV fann dock, att df inte kunde anses ha gjort vad som skäligen kunde begäras av honom för att med läkarintyg styrka, att han varit arbetsoförmögen under tiden 15 juni - 4 juli. På grund därav och då det inte heller eljest var tillförlitligen styrkt, att df:s arbetsförmåga under denna tid varit nedsatt med minst hälften på grund av sjukdom, fann verket inte skäl att ändra fk:s beslut. - FÖD inhämtade från fk, att df vid två tidigare sjukfall beställt tid för läkarbesök inom sju dagar från insjuknandedagen men inte erhållit tid förrän upp till fjorton dagar efter den tidpunkt då läkarintyg egentligen skulle ha inkommit och ändå erhållit sp för ifrågavarande "mellantid". FÖD ansåg, att df gjort vad på honom ankommit för att skaffa läkarintyg och fann att det fick anses tillförlitligen styrkt att df:s arbetsförmåga på grund av sjukdom var full-

ständigt nedsatt även för tiden 15 juni - 4 juli (800304 dnr 2666/78).
En ledamot var i fråga om motiveringen av skiljaktig mening och gjorde gällande, att eftersom fk tydligen tidigare förfarit på sätt som varit ägnat att bibringa df uppfattningen att vad han i förevarande fall gjort var tillräckligt för rätt till sp, han inte heller borde vägras denna.

Kassan ansåg hela tiden, att det var tillförlitligen styrkt, att df varit arbetsoförmögen p g a sjukdom men gav uttryck för olika meningar om df:s rätt till ersättning, när nu läkarintyg saknades för viss tid. I sitt avslagsbeslut fann kassan, att avsaknaden av läkarintyg var tillräckligt skäl att inte utge sp, men ändrade sig i sitt yttrande till RFV och ville utge sp på den grund, att df inte gjort sig skyldig till culpös underlåtenhet vad gällde förpliktelsen att införskaffa läkarintyg. RFV var dock inte av samma mening utan fann, att df inte varit tillräckligt aktiv. Därefter gjorde RFV ytterligare en bedömning, nämligen att det inte var tillförlitligen styrkt, att df haft nedsatt arbetsförmåga.
FÖD fann att df varit tillräckligt aktiv för införskaffande av läkarintyg i och med att han beställde tid på läkarmottagningen under insjuknandeperiodens första dag. Något krav att df borde ha varit mer idog i sina ansträngningar och inte givit upp, förrän han erhållit besökstid hos någon annan läkare inom den intygsfria tiden uppställdes aldrig.[27]

En något högre aktivitetsgrad hade df i ett avgörande från slutet av 1979 (FÖD 791220 dnr 2364/78), där FÖD biföll yrkandet om sp under tre dagar, under vilken tid df inte styrkt sin sjukdom och arbetsoförmåga med läkarintyg. Det till kassan ingivna läkarintyget avsåg tiden fr o m den fjärde dagen. FÖD fann, att oaktat df inte företett läkarintyg för de ifrågavarande dagarna var det genom vad som framkommit i målet styrkt, att df:s arbetsförmåga varit till följd av sjukdom fullständigt nedsatt även under denna tid. Även om domstolen inte nämner något härom tycks den ha utgått från att df gjort vad som skäligen kunnat begäras av henne. Tidigare utredning hade givit vid handen, att df under sjukanmälningsdagen per telefon hade kontaktat sin personalläkare, varvid hon hade upplysts om att denne var sjuk. Hon hade uppmanats att söka en annan läkare. Df hade inte velat söka annan läkare, eftersom personalläkaren hade känt till hennes halsbesvär. Df hade härefter ånyo kontaktat personalläkarmottagningen några gånger. Då hon den andra av de tre aktuella dagarna hade varit i kontakt med mottagningen, hade personalläkaren tillfrisknat, men då han inte hade någon möjlighet att ta emot df, hade hon uppmanats att kontakta läkarstationen vid N:s lasarett. Eftersom hon hade varit sängliggande och hennes man hade haft svårt att skjutsa henne tidigare, hade hon inte kontaktat

läkarstationen förrän påföljande dag. Hon hade därvid fått besökstid till den fjärde dagen.

Ibland har frågan uppkommit om man ska uppfatta "glapp" på några dagar mellan den intygsfria tiden och tiden då df blivit sjukskriven fr o m besöksdatum och framåt (dvs ej retroaktivt) på så sätt, att det är fråga om två sjukperioder med tillämpning av reglerna om insjuknandedag och fridagar som följd. Glappet kan också inträda under en pågående sjukperiod, då df behöver få intyget förlängt. För att man skall uppfatta det såsom en sjukperiod krävs, att sjukdomstillståndet och arbetsoförmågan måste vara styrkta även för den tid som inte omfattas av läkarintyg samt att df skäligen gjort vad som ankommer på henne/honom för att erhålla intyg. Är df sjukskriven av samma läkare eller poliklinik såväl före som efter ett kortare "glapp" och behandlande läkare vitsordar arbetsoförmåga för tid då intyg saknas, brukar sp i de flesta fall beviljas. Avgörande är för hur lång tid intyg saknas och vilka möjligheter df haft att tidigare få komma till annan vårdgivare, dvs hur pass aktiv df varit att införskaffa intyg. I övrigt är man restriktiv vid bedömning av sp-rätt för tid då intyg saknas.[28]

Df måste enligt Stockholms läns allmänna försäkringskassas beslut 781017 uppvisa intyg från viss läkare för att få sp. Sådant intyg hade df inte företett, och varken kassan eller FRM (800201 mål nr 4855/79) fann, att df visat, att hans arbetsförmåga var nedsatt p g a sjukdom under den uppkomna "glapp"-perioden. I några avgöranden från 1981 har FR dock uppfattat det som en sjukperiod, varför df erhållit sp även under "glapp"-perioden.[29]

Om intyg vägrats av den orsaken, att df inte ställer upp på föreskriven behandling (t ex vid alkoholpoliklinik), utges sp som regel inte för den intygslösa tiden.

Om en dag från och med vilken kassan fordrar läkarintyg för fortsatt rätt till sp infaller på en helgdag har FD i en dom[30] fastslagit, att df får anses ha tillförlitligen styrkt att hennes/hans arbetsförmåga även denna dag (i rättsfallet var det fråga om Trettondag Jul) varit fullständigt nedsatt på grund av sjukdom, om vederbörande när helgen är över skyndsamt införskaffar läkarintyg (i detta fallet dagen efter), som utvisar sjukdomen och arbetsnedsättningen. Det torde dock vara osäkert, om man av detta rättsfall kan sluta sig till att utgången hade blivit densamma, om det varit fråga om en långhelg, dvs flera helgdagar i rad efter varandra och intyget skulle ha förelegat i början av helgperioden.

Besluten eller domsluten att sp inte skall utgå, då df inte i rätt tid inkommit med läkarintyg till fk, har motiverats på olika sätt. Ofta motiveras på det sätt som gjorts i FD-avgörandet 761230 dnr 1337/76, nämligen med att df:s arbetsförmåga p g a sjukdom inte varit nedsatt med minst hälften. Fk och RFV hade funnit. att df varit försumlig med införskaffande av läkarintyg. I ett annat fall, FD 781128 dnr 792/78, uppgav df, att han varit så sjuk, att han inte kunnat skaffa läkarintyg, vilket inte godtogs. I ett tredje fall, FÖD 790329 dnr 1538/78, inkom ett läkarintyg utvisande retroaktiv sjukskrivning. Domstolen fann dels att df varit försumlig, dels att läkarintyget inte tillräckligt styrkte arbetsoförmågan. Avgörandena om att sp inte skall utgå då läkarintyg för sent inlämnats till fk har alltså omväxlande motiverats med att de grundläggande villkoren för sp-rätt inte har bevisats vara uppfyllda, med att df inte varit förhindrad att inkomma med läkarintyg i rätt tid, med att df inte varit tillräckligt aktiv att införskaffa läkarintyg samt en kombination av dessa motiveringar.

4.2.2.2 Retroaktiv sjukskrivning

En omständighet, som flera gånger ovan har nämnts i samband med frågan om till fk för sent inkommet läkarintyg, är den *retroaktiva* sjukskrivningen.

I flera av de ovan anförda rättsfallen har framkommit, att det läkarintyg df lämnar till kassan innehåller en retroaktiv sjukskrivning. Är den retroaktiva intygsperioden en förlängning av tidigare sjukskrivning av samma läkare/poliklinik, brukar intyget normalt godkännas som underlag för sp-utbetalning. I övriga fall är kassorna restriktiva vid bedömningen av sp-rätten vid retroaktiv sjukskrivning. Sp kan utgå om läkarens bedömning av arbetsoförmågan grundar sig på medicinska fynd, som styrker nedsättning av arbetsförmågan, och df har godtagbara skäl för att inte ha kommit till läkare tidigare.

En person, som besökt läkare samma dag läkarintyg skulle uppvisas för att fortsatt sp skulle utges, blev inte sjukskriven men fick tid för röntgenundersökning. Denna visade objektiva fynd, som gjorde att ifrågavarande läkare ansåg det befogat att sjukskriva retroaktivt. Detta intyg jämte ett intyg om att df fullständigt avhållit sig från arbete styrkte enligt FD:s mening df:s sjukdom och arbetsoförmåga.[31]

En försäkrad gjorde framställning om sp och företedde läkarintyg som retroaktivt angav, att df varit helt arbetsoförmögen på grund av

sjukdom. Kassan godtog inte intyget som bevis på sjukdom och arbetsnedsättning. Den sjukskrivande läkaren, som tidigare vid flera tillfällen behandlat df för en speciell handåkomma (df var musiker), hade inte kunnat ta emot df vid den aktuella tidpunkten men ansåg skäl föreligga att sjukskriva df retroaktivt, dels med hänsyn till df:s egna uppgifter, dels med hänsyn till sin egen kännedom om df från tidigare undersökningstillfällen. FD biföll inte yrkanden om sp, dels på den grund att df inte gjort vad som skäligen kunde begäras av honom för att få läkarintyg i rätt tid ("Om R funnit det icke vara möjligt att efterkomma detta krav eller ansett skäl föreligga för kassans eftergivande av kravet, borde R ofördröjligen ha anmält detta till kassan"), dels på den grund att läkarintyget inte kunde anses styrka df:s sjukdom och arbetsnedsättning, därför att det grundades på df:s egna uppgifter. - En skiljaktig menade dock att i och med att df inlämnat läkarintyget, han hade efterkommit kassans begäran (det var utrett, att df ringt den aktuella läkarens mottagning för att få ett läkarintyg i rätt tid men inte kunnat få någon tid förrän vid den tidpunkt då läkarintyget sedan utfärdades),[32] och läkarintyget bevisade sjukdomen och arbetsnedsättningen.[33]

Ett läkarintyg, som innehåller en retroaktiv sjukskrivning, bedöms alltså annorlunda än ett läkarintyg, som inte innehåller en retroaktiv sjukskrivning.[34] Ett intygande av att df är sjuk och arbetsoförmögen vid undersökningstillfället samt att hon/han kommer att vara sjuk och arbetsoförmögen under en viss tid framöver brukar som regel godtas av fk, medan ett intygande av att df *varit* sjuk och arbetsoförmögen under en viss tid, är sjuk och arbetsoförmögen samt kommer att vara det en viss tid framöver inte alltid godtas. För att ett läkarintyg skall kunna styrka sjukdom och arbetsoförmåga i förfluten tid krävs, att det finns objektivt påvisbara kriterier för ett sjukdomstillstånd, som allmänt sett leder till arbetsoförmåga. Att man alltså ställer annorlunda beviskrav vid en retroaktiv sjukskrivning än vid en "vanlig" sjukskrivning torde inte bero på att det i och för sig skulle vara svårare att styrka en arbetsoförmåga p g a sjukdom i förfluten tid än att styrka arbetsoförmåga p g a sjukdom i framtiden. Jag utgår då givetvis från att df vid sjukskrivningstillfället fortfarande är sjuk och arbetsoförmögen. I stället är det fk:s krav på insyn och kontroll, som inte kan tillgodoses vid retroaktiv sjukskrivning och som motiverar, att man då ställer högre krav på bevisningen.

4.2.2.3 Bevisfrågor rörande företeendet av läkarintyg

Liksom df har bevisbördan för att i rätt tid ha gjort sjukanmälan, har df bevisbördan för att hon/han i rätt tid uppfyllt kravet på läkarintyg. Men kan det av olika omständigheter i målet framgå, att df varit i god tro avseende att ha fullgjort sin skyldighet att inlämna läkarintyg till kassan i rätt tid och sjukdomen och arbetsoförmågan styrks på annat sätt, kan sp ändå utbetalas. Situationen är analog med den som uppstår, då df påstår att hon/han i rätt tid gjort sjukanmälan men fk inte har någon notering härom. Frågan om omfattningen av df:s bevisbörda och fk:s utredningsansvar avgjordes i ett pleniavgörande från FD:s första verksamhetsår.[35]

Domstolen fann att något läkarintyg inte ingivits till kassan "såvitt kunnat utrönas". Df gjorde nämligen gällande att han lämnat in ett läkarintyg, medan kassan å sin sida påstod att den aldrig erhållit något sådant intyg men väl ett läkarvårdskvitto och menade, att df möjligen blandat ihop dessa båda handlingar. FD fann dock, att df inte försökt undandra sig kassans begäran att inkomma med ett läkarintyg utan varit av den uppfattningen att han givit kassan ett sådant. Eftersom sjukdomen och arbetsoförmågan tillförlitligen styrkts på annat sätt, fick df ersättning även för tid då det saknades läkarintyg.

4.2.2.4 Läkarintygsföreläggande

Det vore rimligt att anta, att de rättstillämpande myndigheterna ställer samma beviskrav rörande sjukdoms- och arbetsoförmågerekvisiten och samma krav, att df skall ha gjort vad som skäligen kan begäras av henne/honom, också i de fall, då df erhållit ett s k *läkarintygsföreläggande*, dvs ett föreläggande om läkarintyg redan från första sp-dagen. Det förhållandevis ringa antalet fall av detta slag, som jag kommit i kontakt med på kassanivå, visar emellertid, att kassan som regel inte utger sp, trots att det senare inkomna läkarintyget ger vid handen, att sjukdoms- och arbetsoförmågerekvisiten varit uppfyllda. Domarna FRM 790803 mål nr 6998/79, FRM 800813 mål nr 7416/79 och FÖD 810630 mål nr 1337/80:8 biföll inte heller df:s yrkande om sp från sjukfallets början. Detsamma gällde FRN-domen 810126 mål nr 2726/79:

Df hade genom ett åläggande i nov 1975 om läkarintyg från första dagen avkrävts ett sådant vid två sjukfall, ett i dec 1978 och ett i jan 1979. Enligt RFV:s då gällande cirkulär nr 19/1966 skulle omprövning av dylika ålägganden göras en gång om året. Detta krav finns också i nu gällande RFFS 1979:16, 2 § tredje stycket. RFV över-

klagade (dnr 03/559:81) FRN:s dom och FÖD fann, att df var berättigad till sp under ifrågavarande sjukfall (820323 mål nr 532/81:6). (Jfr FRM 791011 mål nr 3216/79, där fk:s krav på sjukhusläkarintyg inte "godkändes" av rätten).

Huruvida bedömningen i dessa fall med för sent inkomna läkarintyg skulle innebära, att man kräver mer, när det gäller att avgöra, om df gjort vad som skäligen kan begäras av henne/honom, än vad man gör vid de "vanliga" fallen av för sent inkomna läkarintyg, vågar jag dock inte uttala mig om på grund av rättsfallsmaterialets ringa omfång. Att så skulle vara fallet förefaller dock troligt, eftersom kravet på insyn och kontroll i just dessa fall torde tillmätas större betydelse än i övriga fall av för sent inkomna läkarintyg.[36]

Ett föreläggande om läkarintyg redan från första sp-dagen är dock inte ovanligt. Av RFV:s statistik framgår att 820908 hade 20.587 försäkrade ett dylikt föreläggande. Detta innebär, att 4,40 läkarintygsförelägganden ges på 1000 sp-försäkrade, som är berättigade till sp.[37]

4.2.3 Slutsatser

Df:s underlåtenhet att uppfylla sin förpliktelse att inge läkarintyg i rätt tid medför som huvudregel, att sp inte utgår för den tid, som inte är täckt av ett i rätt tid ingivet läkarintyg. Rättsföljden motiveras omväxlande med att sjukdom/arbetsoförmåga inte är styrkt genom det för sent ingivna läkarintyget och att df varit försumlig vid uppfyllandet av sin förpliktelse att inge läkarintyg. Ibland kombineras dessa motiveringar.

Det är tydligt att det förhållandet att läkarintyget inges för sent leder till en skärpning av beviskravet för sjukdom/arbetsoförmåga, en skärpning som i praxis går längre än vad som följer av RFV:s tillämpningsföreskrifter. Samma skärpning av beviskravet gäller vid läkarintyg, som innefattar retroaktiv sjukskrivning, och troligen också vid läkarintyg på grund av läkarintygsföreläggande från första dagen. I de fall där det rättstillämpande organet öppet företar en culpabedömning av df:s underlåtenhet att inge läkarintyg är denna tämligen sträng mot df.

Bakgrunden till förlust av sp-rätten i dessa fall är att garantera att läkarintygen inkommer i rätt tid och att därmed ge fk möjlighet att kontrollera sjukskrivningarna. Den stora mängden ärenden gör det nödvändigt att upprätthålla enhetliga administrativa rutiner. Läkarintyget som en förutsättning för rehabiliteringsåtgärder kan däremot

inte motivera den stränga rättstillämpningen. De tidsperioder, som inte är täckta av ett i rätt tid ingivet läkarintyg, är i regel korta. För sjukdomens botande har det inte spelat någon roll, att läkarbehandlingen satts in några dagar senare. Kravet på läkarintyg vid en viss tidpunkt kan snarare leda till att df inte får den lämpligaste behandlingen, utan t ex tvingas vända sig till en läkare, som inte känner hennes/hans fall, men som kan ta emot henne/honom inom den föreskrivna tiden.

4.3 Df:s förpliktelse att ansöka om tillstånd att uppbära sp under utlandsresa

AFL 3:17 första stycket b) lyder: Sjukpenning må indragas eller skäligen nedsättas, om försäkrad under sjukdom ... avreser till utlandet, där ej kassan medgivit att sjukpenning må utgå under vistelse därstädes.[38]

Någon annan bestämmelse, som direkt gäller utlandsresa[39] under pågående sjukskrivning finns inte.

4.3.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse, bakgrunden till denna samt fk:s handläggningsrutiner

Regeln i 3:17 är formulerad som en sanktionsregel för det fall då df under pågående sjukskrivning reser utomlands utan tillstånd från fk. Av regeln framgår indirekt att df är förpliktad att begära sådant tillstånd och att avvakta kassans beslut i frågan, men ingenting närmare om när och hur tillstånd skall begäras. Av regeln framgår inte heller på vilka grunder kassan skall fatta sitt beslut att medge eller inte medge, att sp utgår under utlandsresan.

När lokalkontoret genom anmälan från df eller på annat sätt får veta, att df ämnar resa utomlands, skall kassan pröva, om medgivande skall lämnas till att sp utgår under utlandsvistelsen.[40] Kassan skall därvid pröva, om arbetsförmågan kan anses vara nedsatt med minst hälften. Även om det inte framgår av lagtexten, företas alltså en förnyad 3:7-prövning. Därefter skall kassan ta ställning till om det med hänsyn till sjukdomen kan anses lämpligt, att df företar resan eller om resan menligt påverkar tillfrisknandet. Även om inget härom framgår av lagtexten, brukar detta uppfattas som en 3:17-prövning. Dessutom är fk "ålagda" att uppmärksamma risken för försäkringsmissbruk.[41] Risk för försäkringsmissbruk anses före-

ligga vid sjukskrivning några dagar före eller fr o m avresedagen, sjukskrivning i "förväg" huvudsakligen gällande tiden för utlandsvistelsen, sjukskrivning i samband med semester, regelbundet återkommande sjukskrivningar under utlandsvistelser, sjukskrivning i samband med helger samt övergång från halv till hel sjukskrivning i anslutning till utlandsvistelse etc.

Slutligen skall fk beakta, om df följt/följer läkares föreskrifter (exempelvis genomgått föreskriven röntgen- eller specialistundersökning, sjukgymnastisk behandling) samt resultatet av undersökningen/behandlingen.

Av Malmöhus allmänna försäkringskassas cirkulär S40/1980 framgår, att om df avser att under sjukskrivning vistas utomlands kortare tid än fyra veckor och lokalkontoret inte har tillgång till förtroendeläkare, ärendet kan insändas till centralkontorets sjukförsäkringsavdelning för medicinsk bedömning. Det är dock lokalkontoret som fattar beslut. Avser df att under sjukperioden vistas utomlands fyra veckor eller längre tid, skall ärendet underställas centralkontorets sjukförsäkringsavdelning. Centralkontoret fattar beslut i dessa ärenden. Sp medges inte för längre tids utlandsvistelse än t o m den dag arbetsoförmågan kan anses styrkt. Df blir upplyst om att, ifall hon/han gör anspråk på sp för ytterligare tid, hon/han skall förete intyg från i Sverige verksam läkare. Se dock RFFS 1982:12.

Om lokalkontoret får kännedom om att sjukskriven försäkrad rest utomlands utan att ha fått kassans medgivande härtill, skall anteckning härom göras i df:s sjukakt. Datum då utlandsvistelsen kom till kontorets kännedom samt på vad sätt lokalkontoret fått uppgiften anges. Från df infordras "Framställning om sjukpenning under utlandsvistelse", och om så anses erforderligt skall medicinsk utredning verkställas, t ex förfrågan hos läkare eller läkarintyg vid vistelse utom Sverige. Sedan begärda handlingar inkommit, skall fk i första hand bedöma, om medgivande skulle ha lämnats, ifall framställning gjorts före avresan. Om kassan finner att medgivande skulle ha lämnats, anses försummelsen i regel böra medföra påföljd enligt AFL 3:17 första stycket b).

Bakgrunden till regeln i 3:17 är alltså dels att utlandsresor kan inverka menligt på df:s hälsotillstånd, dels risken för försäkringsmissbruk.[42] Utlandsresor är något som de flesta uppfattar som ett välkommet avbrott i det vanliga bundna livet och det kan finnas en risk, att människor ser till att bli sjukskrivna för att få möjlighet att företa utlandsresan.

Det är i huvudsak invandrare, som berörs av regeln i 3:17. Nästan

alla fall i mitt rättsfallsmaterial avser personer, som inte är födda och uppvuxna i Sverige och den planerade resan gäller oftast en resa till det gamla hemlandet.[43]

Prövning enligt 3:17 sönderfaller i själva verket i två delar, en tillståndsdel, som avser de materiella förutsättningarna för att df skall få tillstånd att uppbära sp under utlandsresan, och en sanktionsdel för det fall att df bryter mot föreskrifterna. Tillståndsprövningen behandlas under 4.3.2.1 och sanktionsprövningen under 4.3.2.2. 4.3.3 innehåller slutsatser.

4.3.2 Rättstillämpningen

4.3.2.1 Tillståndsprövning

4.3.2.1.1 Prövning jämlikt AFL 3:7

När kassan fått in ansökan om tillstånd för utlandsresa under pågående sjukskrivning, företar kassan först en prövning jämlikt AFL 3:7 om rätten till sp fortfarande finns för df. Denna prövning leder i åtskilliga fall till att kassan (domstolarna) finner, att sp-berättigat tillstånd inte längre föreligger och sp dras in, inte bara för den tid som utlandsresan skall pågå utan för framtiden. Ett avslag på df:s begäran om sp under utlandsvistelse brukar då motiveras med att kassan (domstolarna) inte längre finner det vara styrkt, att df:s arbetsförmåga är nedsatt med minst hälften. Läkarintyget anses inte längre utgöra tillräcklig bevisning för att df p g a sjukdom varit arbetsoförmögen med minst hälften. Vad är det för omständigheter som talar emot att df:s arbetsförmåga skulle vara nedsatt så att sp-rätt föreligger?

I en del fall har fk sökt fastställa, huruvida arbetsoförmåga förelåg hos df genom att inhämta kompletterande upplysningar angående df:s hälsotillstånd. Dessa medicinska upplysningar, som kan härröra från exv förtroendeläkaren eller den sjukskrivande läkaren, kan medföra att sp-rätt inte längre anses vara styrkt (se exv FÖD 790626 dnr 1614/78 och FÖD 791004 dnr 2288/78).

Sp-rätt anses inte alltid föreligga, om df blir sjukskriven några dagar före eller fr o m avresedagen eller om sjukskrivningen huvudsakligen gäller tiden för utlandsvistelsen (se exv Hallands läns allmänna försäkringskassa 780209 i domen FÖD 791115 dnr 2566/78; RFV och FÖD ansåg dock 3:7-tillstånd föreligga).

Om sjukskrivning sker i samband med semester är detta en om-

ständighet som kan leda till att sp-rätt inte anses föreligga. För många invandrare, där sjukskrivningsdiagnosen är psykiska besvär av olika slag, anges i läkarintyget, att möjligheten att besöka hemlandet för att träffa släkt och vänner kan vara positiv för df. I flera dylika fall har kassa eller domstolar ansett, att arbetsoförmåga inte är styrkt (exv FD 770616 dnr 2568/76, FD 770503 dnr 315/77, FD 771124 dnr 1180/77).

Om df redan tidigare är halvt sjukskriven men blir helt sjukskriven "lagom" till utlandsresan torde detta leda till att kassorna och de andra instanserna är mycket försiktiga, innan de finner rekvisitet hel arbetsoförmåga vara uppfyllt.

En långvarigt sjukskriven person, som sedan ett par månader tillbaka uppburit halv sp, begärde hos kassan hel sp under en sommarmånad, under vilken vederbörande avsåg att resa till Grekland. Enär någon försämring av hälsotillståndet inte inträtt, bifölls inte ansökan (FD 770322 dnr 2363/76).

I åtskilliga fall har fk ansett, att läkarintygets *diagnos, anledningen till utlandsvistelsen* samt *färdsättet* medfört, att (fortsatt) sp-grundande arbetsnedsättning inte varit för handen.

I FÖD 790417 dnr 719/78 var df sjukskriven under diagnosen astenia (blodbrist), och anledningen till utlandsvistelsen angavs vara medicinsk behandling och semester. Kassan biföll ej ansökan om sp under utlandsresa. Överinstanserna var av samma uppfattning.

Framför allt färdsättet hade betydelse i följande mål: Df var sjukskriven i anledning av nack- och ryggbesvär och gjorde framställning om sp under planerad utlandsvistelse (Jugoslavien). Som färdmedel angavs bil. Malmö allmänna försäkringskassa ansåg i beslut 780629 att "en lång bilresa är mycket ansträngande för ryggen. Då Ni emellertid uppgivit att Ni utan hinder av sjukdomen kan företaga resan, anser kassan det inte osannolikt att Ni även skulle kunna utföra Ert förvärvsarbete. Kassan anser det således inte längre styrkt att Er arbetsförmåga är nedsatt med minst hälften på grund av sjukdom. Sjukpenning kommer därför inte att utbetalas". Även df:s hustru som var sjukskriven för bl a sinusit gjorde framställning om sp under jugoslavienvistelsen, men kassan fann efter samråd med förtroendeläkaren det inte längre vara styrkt, att df var arbetsoförmögen (helt eller delvis). FRS ansåg i det första fallet, att de omständigheter fk åberopat inte utgjort skäl att frångå den av läkare gjorda bedömningen av df:s arbetsförmåga. Df var därför enligt AFL 3:7 berättigad till sp (FRS 791106 mål nr 1903/79). Även i det andra fallet ansåg FRS, att de omständigheter fk åberopat inte utgjort skäl att frångå den av läkare gjorda bedömningen av hustruns arbetsförmåga (FRS 791106 mål nr 1902/79).

När diagnosen var rygginsufficiens och färdsättet bil till Grekland

samt anledningen till resan angavs vara klimatombyte bifölls inte ansökan, eftersom arbetsoförmåga inte ansågs vara styrkt (FD 770125 dnr 517/76).

I åtskilliga fall har fk i samband med en begäran om sp under utlandsvistelse endast tagit ställning till om df:s arbetsförmåga under den aktuella tiden kan anses ha varit nedsatt med minst hälften (se ovan). Kassans prövning har således avsett endast AFL 3:7. Något hinder för högre instanser att även göra en prövning enligt 3:17 första stycket b) har inte ansetts föreligga. Det framgår av majoritetens mening i FÖD 820706 mål nr 1462/81:9. En ledamot var dock skiljaktig och anförde att, om i ett och samma ärende prövning enligt såväl 3:7 som 3:17 första stycket b) aktualiseras redan hos fk, överinstanserna hade frihet att välja avslagsgrund. Df har då redan i första instans fått klarhet i att argumentationen i målet bör avse båda frågorna. Om fk däremot begränsar sin bedömning till enbart 3:7, talar instansordningsprincipen mot att en högre instans efter talan av df går in på prövning av 3:17 första stycket b). För att så skall kunna ske bör rimligen krävas, att OE blivit part hos FR och framställt yrkande om prövning enligt sistnämnda lagrum eller - i vart fall - att FR låtit komma till df:s kännedom att prövningen i andra instans skall komma att omfatta också en fråga, som inte berörts av fk, samt berett df tillfälle att yttra sig över denna fråga. Den skiljaktige ledamoten hänvisade också till plenimålet FÖD 800410 mål nr 1901/78 (referat FÖD 80:15 II; målet behandlade AFL 4:8 andra stycket) samt - vad gällde uppfattningen att prövning enligt 3:17 första stycket b) i detta sammanhang bör anses som ett självständigt ärende - till domstolens domar 810714 och 810929 i målen nr 1836/80:6 och 227/81:5. FR borde inte gå in i en prövning av frågan om nedsättning enligt 3:17 första stycket b) utan i stället visa målet åter till kassan för sådan prövning. Fick FÖD målet om hand borde FÖD undanröja rättens dom i den delen och visa målet åter till kassan.

Då df, som var invandrad grek, begärde sp under greklandsvistelse, fann fk, att det inte kunde anses styrkt, att df:s arbetsförmåga var nedsatt med minst hälften. Eftersom df avrest utan att invänta kassans besked, lämnade RFV besvären utan bifall jämlikt 3:17 första stycket b). FÖD fann av utredningen i målet framgå, att df varken hos fk eller av besökande tjänsteman erhållit besked om att sp inte skulle komma att utgå under utlandsvistelsen. Med hänsyn härtill och med beaktande av att df även efter hemkomsten blivit fortsatt helt sjukskriven, fann domstolen att df skulle erhålla hel sp (FÖD 790403 dnr 1127/78).

4.3.2.1.2 Prövning jämlikt AFL 3:17 första stycket b)

Om kassan kommer fram till att 3:7-tillstånd fortfarande föreligger, företas en tillståndsprövning jämlikt AFL 3:17 första stycket b). Som framhållits ovan framgår inte av regeln på vilka grunder kassan skall besluta att medge eller inte medge att sp utgår under utlandsresan. Jag avser att nedan beskriva grunderna för tillståndsprövningen såsom dessa kommit till uttryck i rättstillämpningen. Eftersom mitt material utgörs av ärenden som blivit föremål för domstolarnas överprövning beskrivs inte endast kassornas tillståndsprövning utan även (och framförallt) domstolarnas tillståndsprövning. Har df avvaktat utgången av fk:s beslut och är detta ett bifall av df:s framställning, har df inte och i regel inte heller RFV något intresse av att överklaga detta till överinstanserna. Några sådana fall finns inte i mitt material. Ibland har df fått bifall på begäran om sp under utlandsvistelse för viss tid samtidigt med ett åläggande att inkomma med läkarintyg från svensk läkare om sp skall utgå efter denna tid (se 5.3.3).

Om df avrest till utlandet utan att ha begärt kassans medgivande att sp må utgå eller ej avvaktat kassans beslut härom, måste ändå en materiell tillståndsprövning företas. Även om de nedan anförda rättsfallen huvudsakligen är fall, där df inte avvaktat kassans beslut angående begäran om sp under utlandsvistelse, illustrerar de ändå tillståndsprövningen. Den indragning av sp som skett i dessa fall kan betraktas som en indragning jämlikt den underförstådda regeln i 3:17 om att tillstånd till sp inte skall lämnas, om resan kan antas menligt påverka tillfrisknandet.

Det materiella innehållet i tillståndsprövningen består främst i en bedömning av utlandsvistelsens lämplighet ur medicinsk synvinkel. Den *diagnos* under vilken df är sjukskriven har betydelse för lämplighetsbedömningen.

Df var sjukskriven en månad under diagnosen "Emesis gravidarum. Df, som var gravid i tredje månaden, hade tungt städarbete omkring nio timmar per dag. På läkarintyget fanns angivet, att df, som var från Turkiet, fick lov att resa dit under sjukskrivningsperioden. Df gjorde framställning om sp under utlandsvistelse men meddelades av fk, att beslut i ärendet skulle lämnas senare. Df reste till Turkiet. Samma dag beslöt fk att dra in hennes sp, eftersom utlandsvistelsen inte kunde anses lämplig ur hälsosynpunkt. Tre läkarintyg från Turkiet gav vid handen, att df led av bl a vattensamling i livmodern och klent foster. Efter hemkomsten blev hon fortsatt sjukskriven av svensk läkare. - Till FR framhöll df, att förra gången

hon var gravid, födde hon ett dött barn p g a den sjukdom hon lider av. Hon hoppades bli bättre av utlandsvistelsen men försämrades i stället. FRM (800115 mål nr 2708/79) drog in df:s sp och det gjorde också FÖD utan någon egen motivering (FÖD 801022 mål nr 290/80:4).

Försämring av hälsotillståndet var FR:s motivering till indragning av sp i FRM:s dom 810708 mål nr 675/80. Df led av magbesvär, hypertoni, huvudvärk, yrsel och instabilt blodtryck. Fk hade väntat med sitt avslagsbeslut till dagen före den beräknade hemkomsten, men df stannade borta ytterligare 9 dagar. Huruvida indragning skulle gälla även dessa dagar tog rätten inte ställning till, eftersom fk inte fattat något överklagbart beslut rörande de dagarna.

Om färdsättet varit olämpligt eller om avbrott har skett i pågående medicinsk behandling eller om fk planerar att göra en utredning angående df:s rätt till sp för pågående sjukperiod torde hel indragning av sp vara den normala påföljden i alla instanser.[44] Detsamma gäller om kassan hindrats att vidtaga 2:11-åtgärd.

Df hade samma dag som avresan ägt rum fått fk:s avslagsbeslut att sp ej skulle utges under utlandsvistelse. Detta var grundat på att ytterligare utredning behövdes. Hon reste ändå. Med hänsyn härtill (och till df:s hälsotillstånd) ansåg FR henne inte berättigad till sp jämlikt 3:17 första stycket b) (FRS 801112 mål nr 3947/79). Ett tämligen likartat fall är FRM 810330 mål nr 11066/79.

Fk medgav inte sp under utlandsvistelse, då detta hindrade kassan att vidta 2:11-åtgärd. FR gav sp för tid efter det att df meddelat, att hon skulle återvända till Sverige, så snart det blev klart med 2:11-åtgärden (FRS 810331 mål nr 4861/79).

Även om diagnosen och färdsättet talar mot att tillstånd skall ges för df att uppbära sp under utlandsresa, kan positiva effekter av resan medföra, att rätt till sp anses föreligga.

I FÖD-domen 791011 dnr 1924/78 framkom, att kassan var mycket restriktiv i fråga om sp under utlandsvistelse till försäkrade med ryggsjukdomar, speciellt vid sådana resor där man inte under en längre tid vistades på samma ort (i detta fall rundresa med buss i Israel). FÖD betonade det terapeutiska värdet av resan och utgav hel sp. Troligen har det terapeutiska värdet även påverkat FD:s bifall i domen 760504 dnr 1834/75, även om detta inte uttryckligen framkommer.

FD konstaterade i domen 781121 dnr 2904/77, att df:s färdsätt visserligen kunde bedömas som mindre lämpligt för hans ryggbesvär. Han skulle dock få särskild behandling i Jugoslavien för sina besvär. Detta hade rekommenderats av den behandlande och sjukskrivande läkaren. Det hade också av förtroendeläkaren ansetts som i och för sig lämpligt. På grundval av vad som förekommit utgick domstolen från att viss sådan behandling också kommit till stånd.

Vidare beaktade domstolen, att df ansökt om sp under utlandsvistelse redan 12 dagar innan resan skulle påbörjas men inte före avresan fått något beslut från fk. Med hänsyn till detta fann domstolen, att df:s förfarande att resa, innan besked kommit från fk, var ursäktligt och att indragning eller nedsättning av df:s sp inte skulle ske.

Tillståndsprövningen gav alltså till resultat att df skulle erhålla sp under utlandsvistelsen och någon anledning att använda sanktionsmöjligheten i 3:17 första stycket b) fann domstolen inte vara för handen.

Men det är främst färdsättets eventuellt negativa följder för df:s medicinska status som kan få betydelse för avgörandet av om tillstånd till sp under utlandsresan skall ges eller inte.

FÖD fann, att df avrest till utlandet utan att avvakta slutligt besked från fk i anledning av hans 8 dagar tidigare gjorda framställning om sp under utlandsvistelsen. Emellertid ansåg domstolen, med hänsyn bl a till att behandlande läkare och fk:s förtroendeläkare inte haft någon erinran från medicinsk synpunkt mot utlandsvistelsen och till att frågan om df:s färdsätt vid resan (bil) tagits upp först i efterhand, att tillräckliga skäl inte förelegat att dra in eller nedsätta den sp som df anhöll om (FÖD 790508 dnr 1400/78).

Att senare inträffade faktiska omständigheter inte ska påverka de rättstillämpande myndigheterna vid avgörandet om eventuell indragning, framgår av FRS:s domskäl i domen 790925 mål nr 253/79.

Rätten framhöll att i varje fall den omständigheten, att df drabbats av annan sjukdom inte påverkar bedömningen, huruvida indragning ska ske. Rätten drog in df:s sp och FÖD var av samma mening (810303 mål nr 1132/79:6).

Detta fall kan jämföras med följande fall:

Fk hade indragit df:s sp jämlikt 3:17 första stycket b). När df var utomlands sjukanmälde hon sig därifrån. Fk fann att 3:7-tillstånd inte förelåg och utgav inte sp. Men FR ansåg att 3:7-tillstånd var för handen och att indragning av sp skulle ske, eftersom det inte var något nytt sjukfall. Eftersom 3:17 första stycket b) var tillämpligt på fk:s ursprungsbeslut skulle det också gälla för den fortsatta rätten till sp (FRS 810313 mål nr 6568/79). Rätten ansåg att utlandsresan var olämplig med hänsyn till df:s sjukdom. Detta ansåg också FÖD (811209 mål nr 564/81:3).[45]

Ofta anför fk att sent eller för sent inkomna ansökningar om sp under utlandsvistelse medför, att kassan inte kan föranstalta om exv kompletterande medicinska undersökningar av df, som skulle un-

derlätta för kassan att avgöra, vilken grad av arbetsnedsättning som df hade (angående kompletterande undersökningar se FÖD 790517 dnr 1525/78) och i vilken utsträckning en utlandsresa skulle förbättra eller försämra hälsotillståndet (se FD 781121 dnr 413/78). Sådana avgöranden är också FD 781114 dnr 787/78, FD 780516 dnr 2756/77 (ansökan kom in på avresedagen), FÖD 790508 dnr 1523/78 (ansökan kom in 3 dagar efter avresedagen) och FÖD 790717 dnr 1988/78 (ansökan kom in c:a 1 månad efter avresedagen). Det finns också fall, där df i god tid inkommit till fk med ansökan, men fk har dröjt med att fatta beslut, varför df har rest till utlandet utan att ha erhållit besked av fk (se exv FD 781121 dnr 2904/77 och FÖD 790508 dnr 1400/78). FD/FÖD har inte i dessa fall ändrat kassans avslagsbeslut.

4.3.2.2 Sanktionsprövning jämlikt AFL 3:17 första stycket b)

Om tillståndsprövning företagits och lett till att tillstånd ej lämnats eller inte skulle ha lämnats, utgår ej sp. I dessa fall finns inget behov av att tillämpa sanktionsdelen av 3:17, eftersom det redan av tillståndsprövningen framgår, att sp inte skall utgå. Sanktionsprövningen enligt 3:17 första stycket b) rör de fall då tillstånd skulle ha givits, men df avrest till utlandet utan att invänta besked rörande kassans tillståndsprövning eller då df överhuvud inte begärt tillstånd att uppbära sp.

Lagtexten i 3:17 första stycket b) ger de rättstillämpande myndigheterna stora möjligheter att själva närmare utforma, hur sanktionsreglerna rörande indragning och nedsättning skall användas. Praxis kom att utvecklas så, att i de fall, då df avrest till utlandet utan fk:s medgivande, sp schablonmässigt drogs in eller nedsattes under tio dagar, när sjukperioden översteg detta antal dagar.

Som ett illustrativt exempel kan rättsfallet FD 780704 dnr 2891/77 anföras. I målet har det stått helt klart, att df:s arbetsförmåga varit fullständigt nedsatt, varför principiell rätt till hel sp har förelegat. Tillståndsprövningen ledde till att sp skulle utgå under utlandsresan. Vidare torde det culpösa momentet, bestående i att ha avrest till utlandet utan att ha fått klartecken från kassan, i detta fall bedömts som tämligen ringa. Regeln om nedsättning av sp med en fjärdedel under tio dagar var då den schablonmässiga påföljd som skulle inträda.[46]

Denna schablonregel undgick dock inte att bli föremål för invändningar. Man gjorde gällande, att med hänsyn till spförsäkringens syfte att skydda mot inkomstbortfall under sjukdom,

indragnings- eller nedsättningsmöjligheten borde användas restriktivt och med stort hänsynstagande till omständigheterna i varje särskilt fall. - I förevarande mål var en ledamot av FD skiljaktig och riktade kritik mot användningen av schablonregeln. Han framhöll följande omständigheter som relevanta:

I egenskap av försäkrad hade df under årens lopp haft minimal kontakt med fk. I det ifrågavarande sjukdomsfallet hade df sökt sjukskrivande läkare och av denne sjukskrivits för tiden 7 - 27 mars och rekommenderats att resa utomlands under sjukskrivningstiden. Utan att dessförinnan ha inhämtat kassans medgivande till resan avreste df den 7 mars. Läkarintyget sändes av läkaren direkt till df:s arbetsgivare, som vidarebefordrade det till fk, dit det ankom den 8 mars. Efter notering hos kassan tillställdes intyget df med posten och kom henne till handa först efter hennes hemkomst den 21 mars. Till intyget fanns fogat ett meddelande från fk med följande lydelse: "Av bifogade intyg framgår att Er läkare tillstyrkt vistelse på annan ort. I anledning därav vill vi fästa Er uppmärksamhet på att vid ändrad vistelseort i god tid anmäla detta till försäkringskassan." (Df syntes ha missförstått detta meddelande och trott, att det härrörde från sjukskrivande läkare.) - Vid fk:s utredning uppgav sjukskrivande läkare, att han i samband med sjukskrivningen sagt till df att anmäla utlandsvistelsen till kassan, medan df förnekade, att hon fått något sådant besked och gjorde gällande, att hon trott det var tillräckligt med läkarens notering på läkarintyget. Oavsett vad som i den delen förekommit, var det enligt dissidentens mening med hänsyn till arten av de besvär för vilka df sökte läkare förklarligt, om en sådan tillsägelse förbigått henne eller fallit henne ur minnet. - Vidare framhöll dissidenten, att det från fk:s sida inte ens påståtts, att det skulle ha funnits anledning att vägra df medgivande till resan, som den behandlade läkaren rekommenderat i - "såvitt man kan förstå" - terapeutiskt syfte. - Df:s underlåtenhet att inhämta fk:s medgivande till sin utlandsresa fick alltså enligt dissidenten anses ursäktlig och inte böra föranleda nedsättning av sp.

FR:s syn på användandet av 3:17 första stycket b) speglas i ett stort antal avgöranden alltifrån rätternas tillkomst till skrivande stund. Åtskilliga av de avgöranden, där df överklagat till FR med yrkande om ändring av ett indragningsbeslut av fk, har bifallits helt[47] eller delvis[48] av FR.

Vilka konsekvenser en schablontillämpning av 3:17 första stycket b) kan få framgår av rättsfallet FÖD 810630 mål nr 940/80:5.

Df, som var sjukskriven för ryggbesvär, ingav till Göteborgs allmänna försäkringskassa framställning om sp under utlandsvistelse. Med anledning av diagnos, färdsätt och fk:s planering rörande arbetsvård beslutade fk att inte utbetala sp till df under tid då han

vistades utomlands. Fk fick alltså avslag på sin ansökan att med bibehållen sp företa utlandsresan. Kassan, som inhämtade att df avrest till Jugoslavien några dagar senare och återkommit till Sverige den 10 september, utgav i enlighet med sitt tidigare beslut inte sp till df för den ifrågavarande tiden. FR fann i sin dom (FRS 800429 mål nr 2336/79), att den omständigheten, att df avrest utan att fk medgivit att sp skulle få utgå under ifrågavarande vistelse, skäligen inte bort medföra strängare påföljd enligt 3:17 första stycket b) än att df för nämnda tid eljest tillkommande hel sp nedsattes med en fjärdedel. Enligt FR:s förmenande skulle df ha varit berättigad till sp under utlandsvistelsen, men i och med att df ändå rest trots kassans avslag, skulle sanktionen nedsättning inträda. RFV överklagade (800617 OE:s dnr 02/892:80) och yrkade, att df skulle ha hel sp under hela utlandsvistelsen. RFV framhöll, att, om df eller RFV anför besvär och högre instans finner, att framställningen inte skulle ha avslagits, sp inte skall sättas ned, därför att df reste, trots att kassan avslagit hans framställning om sp utomlands. Om sp sätts ned i sådana fall, kan df aldrig få hel, oreducerad sp genom att överklaga ett beslut, i vilket framställning om sp under utlandsvistelse avslås. Verket ansåg därför, att sp, i fall där df:s eller verkets besvär vinner bifall, skulle betalas ut med fullt belopp. - FÖD fann, att kassan haft fog för sitt beslut att dra in df:s sp men att den på sätt RFV bestämt sin talan inte kunde ändra FR:s dom utan lämnade besvären utan bifall.

Eftersom FÖD delade kassans mening om att skäl för indragning förelåg,[49] tog FÖD alltså inte ställning till RFV:s påpekande om att besvärsrätten skulle bli delvis illusorisk, därigenom att besvärsinstansens prövning knappast i något fall kan tänkas ske i sådan tid att df kan avvakta utgången, om hon/han vill fullfölja sina planer.

Att en tillståndsprövning jämlikt 3:17 alltid måste föregå ett eventuellt sanktionsbeslut enligt 3:17 har framgått ovan. Om df reser utan att ha fått tillstånd måste kassan, innan den tar ställning till sanktionsfrågan, pröva om tillstånd skulle ha lämnats. I många fall har dock tillståndsprövningen och sanktionsprövningen kommit att sammanfalla. Motivet för nedsättning eller indragning av sp har då inte enbart varit en bestraffning av df för att df har underlåtit att inhämta eller avvakta kassans tillstånd utan även en bestraffning för att ha förfarit vårdslöst med sig själv ur medicinsk synvinkel.

Eftersom tillståndsprövning är detsamma som en bedömning av resans lämplighet ur medicinsk synvinkel, kan enligt mitt förmenande en sådan endast ge till resultat att antingen får df lov att uppbära den sp som redan tidigare är beslutad för df:s del eller får df inte lov att uppbära någon sp alls. Någon nedsättning av df:s sp kan inte bli följden av tillståndsprövningen.

I FÖD 790628 mål nr 1831/78 hade enligt fk och RFV tillståndsprövningen givit till resultat att sp inte skulle utgå med hänsyn till att en utlandsresa var olämplig med hänsyn till df:s sjukdom och kunde fördröja tillfrisknandet. FÖD däremot fann att den omständigheten att df avrest till utlandet utan att fk medgivit att sp skulle få utgå under utlandsvistelsen skäligen inte bort medföra strängare påföljd än nedsättning med hälften.

Man kan göra två tolkningar av FÖD:s domslut. Trots att domstolen inte nämner något härom, kan den ha gjort en tillståndsprövning som lett fram till att domstolen funnit, att df skulle ha fått uppbära sp under utlandsresan, dvs FÖD skulle inte ha funnit att några medicinska hinder legat i vägen härför. Nedsättningen av df:s sp är då en schablonsanktion för att df inte avvaktat fk:s beslut. Men eftersom FÖD inte nämner något om att den företagit en tillståndsprövning, kan denna ha integrerats i sanktionsprövningen så, att FÖD med beaktande av samtliga föreliggande omständigheter (df:s färdsätt utbyttes från bil till flyg och df:s medicinska status var något förbättrad) fann, att halv sp var den ersättning som ur skälighetssynvinkel var lämpligast att utge.

Som exempel på en dom där FÖD däremot på ett tydligt sätt har redovisat det materiella innehållet i tillståndsprövningen, resultatet av denna samt den från denna prövning helt åtskilda sanktionsprövningen kan FÖD 790503 dnr 1056/78 och 1057/78 nämnas.[50]

I FD-domen 780112 dnr 1552/77 fann domstolen, att "med hänsyn till vad som i målet förevarit" df hade rätt till hel sp, trots att fk och RFV (se dock RFV:s yttrande till FD) till följd av tillståndsprövningen funnit, att, eftersom resan inte var lämplig ur medicinsk synvinkel, sp inte skulle utgå. FD framhöll inte uttryckligen, att den frångick denna bedömning. Troligen är FD:s dom grundad på en helhetsbedömning, där df:s åtgärd att resa utan tillstånd vägts samman med innehållet i journalen och det faktum att df tillerkänts att uppbära halvt sjukbidrag (se även FRS 790710 mål nr 520/79 som torde bygga på en av skälighetshänsyn baserad gemensam tillstånds- och sanktionsprövning).

4.3.3 Slutsatser

Df:s förpliktelser jämlikt AFL 3:17 första stycket b) innebär, att df måste begära fk:s tillstånd att uppbära sp under utlandsresa innan sådan resa företas samt avvakta kassans avgörande härom. Paragrafen är utformad som en sanktionsregel för den situation att df inte iakttagit nämnda handlingsmönster. Dessa finns alltså inte beskrivna i lagtexten. Grunderna för prövningen framgår dock av

rättstillämpningen. Tillståndsprövningen sönderfaller i dels en 3:7-prövning, dels en 3:17-prövning. Vid 3:7-prövningen kan kompletterande medicinska uppgifter medföra att df inte längre kan anses vara arbetsoförmögen på sådant sätt som vanligtvis krävs för att sp-rätt skall föreligga. Troligtvis höjs beviskraven för sjukdom och arbetsoförmåga, då df begär att uppbära sp under utlandsresa, åtminstone när det gäller vissa situationer, där risk för försäkringsmissbruk generellt anses föreligga. Enbart den omständigheten att df genom sin ansökan om sp under utlandsresa visar, att df är i stånd att företa resan, bör enligt mitt förmenande inte leda till att rekvisitet arbetsoförmåga inte anses uppfyllt. Att kräva faktisk arbetsoförmåga i dessa fall torde inte vara riktigt, när profylaktisk arbetsoförmåga är det som vanligtvis krävs för rätt till sp.

Tillståndsprövningen enligt 3:17 präglas framför allt av frågan om utlandsvistelsens lämplighet ur medicinsk synvinkel. Resan får inte negativt påverka df:s rehabilitering. Även sådana omständigheter som behov av ytterligare utredning av df:s hälsotillstånd, möjligheterna att vidta rehabiliterande åtgärder samt möjligheterna att skaffa fram underlag för själva tillståndsprövningen kan påverka utgången av denna.

Sanktionsprövningen enligt 3:17 rör de fall då tillstånd skulle ha givits men df rest till utlandet utan att invänta besked rörande kassans tillståndsprövning eller då df inte begärt tillstånd. Nedsättningen eller indragningen av sp är då en sanktion för att df underlåtit att iaktta sin förpliktelse enligt paragrafen.

Om df har ansökt om rätt att få uppbära sp under utlandsresa och avvaktat fk:s beslut härom och det visar sig att detta beslut är ett avslag på df:s begäran om sp under utlandsvistelse, kan sanktionsbestämmelsen i 3:17 första stycket b) få konsekvenser för df, som är diskutabla ur rättssäkerhetssynvinkel. Låt oss anta att df inte är nöjd med detta avslagsbeslut utan reser utomlands, samtidigt som hon/han överklagar fk:s beslut. Om då högre instans finner att sp borde ha utgått under utlandsvistelsen, kvarstår den omständigheten, att df avrest till utlandet i strid mot fk:s avslagsbeslut som då fortfarande gällde. Trots att detta beslut senare ändrats i högre instans, kan sanktionen indragning eller nedsättning av sp ändå inträda. Det innebär, att df i ett sådant fall aldrig kan få full ersättning, även om det beslut, som df inte iakttagit, ändrats vid en överprövning.[51] Enligt min uppfattning bör domstolarna i denna fråga följa den linje som RFV drev i FÖD 810630 mål nr 940/80:5.

I en del avgöranden förefaller tillståndsprövningen och sanktionsprövningen ha sammanfallit. De kännetecknas av skälighetsöverväganden, där faktorer som brukar beaktas vid tillståndsprövningen kommit att påverka omfattningen av sanktionen.

4.4 Df:s förpliktelse att underkasta sig undersökningar och rehabiliterande åtgärder

AFL 20:3 handlar om indragning eller nedsättning av ersättning från olika socialförsäkringar inom AFL. Lagtexten beskriver olika situationer, då en sådan indragning kan bli aktuell, nämligen då df

" a) uppsåtligen åsamkat sig sjukdom eller skada, som orsakat den utgift eller nedsättning av arbetsförmågan, för vilket ersättning begäres;
b) ådragit sig sjukdomen eller skadan vid förövande av handling, för vilken ansvar genom lagakraftägande dom ådömts honom;
c) vägrar att underkasta sig undersökning av läkare eller att följa läkares föreskrifter eller eljest gör sig skyldig till grov ovarsamhet ur hälsosynpunkt;
d) medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktig eller vilseledande uppgift angående förhållande, som är av betydelse för rätten till ersättning."

"Vägrar försäkrad utan giltig anledning att underkasta sig åtgärd av beskaffenhet som avses i 2 kap. 11 §, må sjukpenning eller förtidspension helt eller delvis tills vidare förvägras honom, under förutsättning att han erinrats om denna påföljd."

4.4.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse och bakgrunden till denna

Bestämmelser av ungefär motsvarande innehåll som i AFL 20:3[52] återfanns i förordningen den 26 juni 1931 (nr 280) om erkända sjukkassor samt i socialvårdskommitténs förslag till lag om allmän försäkring,[53] som trädde i kraft 1955. Att inte utge sp i den situationen att df avsiktligt har tillfogat sig skadan eller sjukdomen, är en mer eller mindre självklar inskränkning av rätten till ersättning i en privatförsäkring och har uppfattats på samma sätt inom ett obligatoriskt försäkringssystem. Socialvårdskommittén fann det dock vara väl strängt att inte utge sp i de sjukfall, då df ådragit sig skadan eller sjukdomen vid förövande av handling, för vilken df ådömts ansvar. I

socialvårdskommitténs förslag fanns ingen motsvarighet till stadgandet i 20:3 första stycket d) om grov vårdslöshet. Där var det endast fråga om medvetet oriktiga eller vilseledande uppgifter.

Socialvårdskommittén föreslog också (24 § 5 mom), att om df utan giltig anledning vägrade att underkasta sig sådan sjukvård eller yrkesutbildning för förebyggande eller hävande av arbetsoförmåga, vartill bidrag erbjudits av allmänna medel, och om *goda utsikter* ansågs förefinnas att genom dylik åtgärd förebygga inträdandet av varaktig eller långvarig oförmåga till arbete eller häva redan inträdd sådan, sp kunde helt eller delvis tills vidare förvägras honom under förutsättning, att han gjorts uppmärksam på denna påföljd.

Denna bestämmelse motiverades med att den långa sjukhjälpstiden och de stora försäkringsförmånerna kunde medföra, att en kassa åsamkades mycket betydande utgifter p g a ett enda sjukfall och att det därför låg i försäkringens intresse, att åtgärder vidtogs för att förebygga sådan allvarlig sjukdom eller att den av sjukdomen orsakade arbetsoförmågan snarast möjligt blev hävd. Förebild för bestämmelsen hade man i folkpensioneringslagen 9 § sista stycket. Man ville på detta sätt också skapa ett band mellan folkpensioneringen, särskilt då den del härav som rörde invalidpensioneringen, och sjukförsäkringen.

Bakgrunden till df:s förpliktelser, av vilka jag nedan skall beskriva skyldigheten att underkasta sig medicinska undersökningar samt rehabiliterande åtgärder av medicinsk och yrkesinriktad beskaffenhet, är en kombination av fk:s intresse av insyn, kontroll, effektiv handläggning, ekonomisk planering samt i anslutning härtill ett lämpligt utnyttjande av de rehabiliterande åtgärder som samhället har att erbjuda.

4.4.2 Indragning av sp jämlikt 20:3 första stycket c)

Indragning av sp jämlikt 20:3 första stycket a), b) och d) har jag inte påträffat i mitt rättsfallsmaterial, varför jag lämnar dessa tydligen sällan förekommande indragningssituationer därhän.[54]

Om df vägrar att underkasta sig undersökning av läkare (se FD 1966 ref 8 och FD 1971 ref 3) eller att följa läkares föreskrifter eller eljest gör sig skyldig till grov ovarsamhet ur hälsosynpunkt, kan fk (domstolarna) dra in eller nedsätta df:s sp jämlikt 20:3 c). De flesta fall där df vägrat att underkasta sig medicinsk undersökning bedöms dock jämlikt 20:3 sista stycket. Fk:s föreskrifter att df skall låta

undersöka sig av viss läkare vid viss poliklinik eller efter remiss hos specialist av visst slag, uppfattas ofta som 2:11 - åtgärder, varför vid eventuell indragning eller nedsättning av sp sista stycket blir aktuellt.

20:3 c) aktualiseras i de flesta fall av den anledningen att df inte har följt läkares föreskrifter.[55]

Underlåtenhet att följa läkares föreskrift att göra dagliga besök för medicinering på alkoholpoliklinik motiverade enligt alla instanser en indragning av sp jämlikt 20:3 c) (FD 780919 dnr 888/77). Av samma skäl drog Örebro allmänna försäkringskassa i beslut 791213 och FRM i dom 820108 mål nr 11004/79 in df:s sp. Kopparbergs läns allmänna försäkringskassa drog 790411 in df:s sp, då df avvikit från alkoholistanstalt. FRN lämnade besvären utan bifall (800916 mål nr 2174/79).

Alla instanserna drog in df:s sp jämlikt 20:3 c), därför att df vägrat att underkasta sig föreskriven undersökning inför kommande arbetsprövning (FÖD 790619 dnr 2267/78).

Df, som insjuknade under vistelse i Polen, erhöll ett av polsk läkare 780801 utfärdat intyg, i vilket angavs, att hon "är under tiden 1-14 augusti 1978 sängliggande på grund av hö bartholimitis". Df reste dock tillbaka till Sverige den 5 augusti, besökte svensk läkarmottagning den 7 augusti och fick tid för läkarbesök den 9 augusti. Malmö allmänna försäkringskassa beslöt 780912 att inte utge sp under tiden 5-14 augusti, därför att df brutit mot föreskrifterna om sängläge i och med att hon rest hem till Sverige. - FRS åberopade 20:3 c) som skäl att inte ändra fk:s beslut (800331 mål nr 2540/79). - RFV yrkade att df skulle erhålla sp även under den ifrågavarande tiden, och motiverade detta med att verkets rådgivande läkare uttalat, att hemresan inte kunde anses ha menligt påverkat sjukdomstillståndet. Även med hänsyn till övriga i målet föreliggande omständigheter fanns enligt verket inte anledning att nedsätta df:s sp. - FÖD fann på de skäl verket anfört, att ingen anledning förelegat att nedsätta df:s sp för tiden 5-14 augusti (810113 mål nr 750/80:10).

Df, som varit sjukskriven i över två år p g a inflammation i höger axelled och under diagnosen gravt invalidiserande axeltillstånd och axelsmärtor, var p g a sin etisk-religiösa uppfattning negativt inställd till varje behandling, som innebar ingrepp i kroppen. 1978 hade ett kirurgiskt ingrepp möjligtvis kunnat leda till förbättring av sjukdomstillståndet. Ett år senare var utgången av ett ingrepp än mer osäker p g a df:s förvärrade sjukdomstillstånd. Bohusläns allmänna försäkringskassa fann 810331 under hänvisning till 20:3 c), att df inte hade rätt till vare sig sp eller förtidspension/sjukbidrag, därför att df inte följt läkares föreskrifter. - FRS fann dock i dom 811028 mål nr 3460/81, att df:s vägran att underkasta sig av läkare förordad kirurgisk terapi, med hänsyn främst till den tid som förflutit mellan nämnda vägran och fk:s indragningsbeslut, skäligen

inte kunnat åberopas som grund för indragning av df:s sp, varför domstolen upphävde kassans beslut.

Rättens dom i det närmast ovan nämnda målet bygger alltså på skälighetsavvägningar. I princip kan dock en vägran att genomgå en operation vara skäl att indraga df:s sp. Uppsala läns allmänna försäkringskassa beslöt 810611 att dra in df:s sp jämlikt 20:3 c), därför att kassan ansåg, att df utan giltigt skäl vägrat att genomgå operation vid ortopedkirurgisk klinik. Df begärde inhibition av fk:s beslut att dra in sp med stöd av 20:3. FRM beslöt 811126 mål nr 5954/81 att med stöd av förvaltningsprocesslagen 28 § i avvaktan på rättens slutliga avgörande av målet förordna, att df:s underlåtenhet att underkasta sig operation inte borde medföra annan påföljd än att hennes sp tills vidare sattes ned med hälften. Målet fanns i april -83 hos FÖD.

FRS ansåg att skäl förelåg för indragning av sp jämlikt 20:3 c), eftersom företagsläkare hade meddelat df, att utlandsresa "absolut inte kunde rekommenderas under pågående sjuskrivning". Df hade då friskanmält sig, rest till Jugoslavien, som var df:s ursprungliga hemland, och därifrån sedan sjukanmält sig igen. Malmöhus allmänna försäkringskassa fann i beslut 790110, att df inte följt behandlande läkares föreskrifter och drog in df:s sp jämlikt 20:3 c). FRS var alltså av samma mening i dom 810515 mål nr 6648/79 och 6649/79.

Jönköpings läns allmänna försäkringskassa beslöt 790608 att dra in df:s sp jämlikt 20:3 c), därför att df inte återvänt till Sverige från Grekland i tid för att påbörja arbetsträning. Df uppvisade ett läkarintyg från en grekisk läkare utvisande hel arbetsoförmåga. FRS ansåg 820128 mål nr 8023/79, att fk haft fog för att inte utge sp under tid, då df skulle ha varit föremål för arbetsträning och hänvisade till 20:3 c).

I FRS dom 820510 mål nr 3878/80 och 5545/80 led df av psykiska besvär och menade, att hans sjukdomstillstånd omöjliggjorde en vistelse som dagpatient på psykiatrisk klinik. Malmöhus allmänna försäkringskassa drog 800626 in df:s sp jämlikt 20:3 c) och FRS ändrade inte kassans beslut.

4.4.3 Indragning av sp jämlikt 20:3 sista stycket

4.4.3.1 Fk:s handläggningsrutiner

Indragning av sp kan enligt 20:3 sista stycket ske, om df utan giltigt skäl vägrat att underkasta sig 2:11-åtgärd. Dessa indragningsfall är vanligare än de enligt 20:3 första stycket. Vad är då en 2:11 -åtgärd?

I AFL 2:11 stadgas att, så snart till en försäkrad utgivits sjukvårdsersättning för 90 dagar i följd eller eljest skälig anledning föreligger, fk skall undersöka om skäl föreligger att vidta rehabiliteringsåtgärd.

Befinns sådan åtgärd erforderlig, skall kassan se till att den vidtas. I 3:13 första stycket stadgas, att bestämmelserna i 2:11 äger motsvarande tillämpning i fråga om sp.

Kassorna är alltså jämlikt AFL 2:11 ålagda att undersöka, om rehabiliterande åtgärder av något eller några slag skall vidtas. Kassan skall skaffa sig kännedom om de fall, där sådana åtgärder är motiverade, genom att företa löpande granskning av ärenden rörande försäkrade som uppbär sp. Det åligger fk att göra en sjukfallsutredning, som bl a syftar till att, i de fall df visar sig vara i behov av rehabiliterande åtgärder av olika slag, sådana skall vidtas. Rehabiliteringsåtgärder skall vidtas, om åtgärderna *kan antas* leda till ett resultat, som med hänsyn främst till df:s medicinska arbetshinder, ålder, bosättning och sysselsättningsförhållanden framstår som väsentligt.[56] Vad som närmare menas med att resultatet skall framstå som *väsentligt* framgår inte av handläggningsföreskrifterna. Man skall också beakta möjligheterna att förebygga en ytterligare nedsättning av df:s arbetsförmåga. Kassan skall undersöka orsaken till nedsättningen av df:s fysiska eller psykiska prestationsförmåga och försöka i samråd med andra samhällsorgan utreda behovet av och möjligheterna till df:s rehabilitering, allt i syfte att lämpliga rehabiliterande åtgärder kommer till stånd utan onödigt dröjsmål.

Jag har ovan i kap. 3 redogjort för förekomsten av rehagrupper hos kassorna. I RFV:s kungörelse (RFFS 1979:1) om rehabiliteringsgrupper m m hos allmän försäkringskassa finns bestämmelser rörande centrala och lokala grupper och om deras sammansättning och i U-handboken finns bestämmelser om samråd och behandlingsplanering.[57] De centrala och lokala rehagrupperna åläggs att samråda med andra samhällsorgan i ärenden och frågor av mer komplicerad natur som gäller rehabilitering[58]

Vad menas då med rehabilitering? I lagtexten används inte ordet rehabilitering utan där talas om "åtgärd som är *ägnad* att förkorta sjukdomstiden eller att eljest helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga". Dessa åtgärder kan vara yrkesbetonade insatser av olika slag (arbetsvård) eller medicinska undersöknings- och behandlingsformer av varierande inriktning och beskaffenhet utöver den egentliga sjukvården. Olika insatser av social karaktär, då df:s handikapp är av främst socialmedicinsk art, kan också komma ifråga. Till rehabiliterande åtgärder hänförs även en rad åtgärder av utredande karaktär (se nedan kap. 7).

Innan fk beslutar att rehabiliteringsåtgärd skall vidtas, skall tjänstemannen noggrant informera df om den föreslagna åtgärden. Om df inte vill medverka till åtgärdens genomförande och fk finner att df inte har någon giltig anledning att vägra, skall tjänstemannen muntligen informera om att df:s sp i så fall kommer att dras in. Om df fortsätter att vägra medverka till åtgärdens genomförande, skall df skriftligen informeras om innebörden av 20:3 sista stycket. Om df fortfarande vägrar att medverka till rehabiliteringsåtgärdens vidtagande, sänds ärendet till centralkontoret för prövning av rätt till fortsatt sp.

4.4.3.2 Indragning av sp vid krav på medicinsk rehabilitering

4.4.3.2.1 Specialistremiss

Medicinsk rehabilitering omfattar i vidsträckt bemärkelse alla de åtgärder, som kan vidtagas i syfte att återställa den fysiska och psykiska funktionsförmågan hos sjuka och skadade människor eller för att hjälpa dem att övervinna kvarstående invaliditet och i görlig mån bli oberoende och självförsörjande medborgare i samhället.[59] Utöver den egentliga sjukvården räknas till den medicinska rehabiliteringen olika undersöknings- och behandlingsformer såsom sjukgymnastik, sysselsättnings- och arbetsterapi, tillhandahållande av ortopediska hjälpmedel samt social rådgivning, sociala stödåtgärder och funktionsprövning. Flera typer av arbetsträning kan inte endast beskrivas som yrkesinriktad rehabilitering utan även som funktionsträning av närmast medicinsk natur. Syftet är oberoende av arten av rehabilitering att underlätta för df att få och behålla ett arbete trots sjukdomen.

Vid handläggning av sjukfall (såväl korta som långa) kan fråga uppstå om df fortsättningsvis skall förete läkarintyg från annan läkare än den som för närvarande sjukskriver henne/honom. Uppställer kassan ett dylikt krav är det att betrakta som en åtgärd enligt AFL 2:11 (se dock not 55). Man vidtar denna åtgärd främst i sådana ärenden, där kassan är osäker om huruvida 3:7-tillstånd föreligger.

Fk:s syfte med att hänvisa df till viss läkare/poliklinik är att ge kassan ett medicinskt underlag, som kan utgöra grund för en korrekt försäkringsmässig bedömning samt att skapa förutsättningar att häva nedsättningen av df:s arbetsförmåga.

Orsaker till att kassan ifrågasätter lämpligheten av att df går hos viss läkare, kan bl a vara att behandlande läkare inte medverkar till att kassan får kännedom om de medicinska uppgifter som den anser

sig behöva, eller att den behandling som läkaren ger df inte bedöms vara korrekt eller tillräcklig med hänsyn till den sjukdom df har. Men det kan också vara så, att kassan finner att specialistvård är nödvändig,[60] trots att allmänläkare ofta är kompetenta att klara flertalet bedömningar. Df kan vara missbrukare och bör därför behandlas vid alkoholpoliklinik. Att df byter läkare under pågående sjukfall kan enligt kassans uppfattning leda till en försämrad behandling och därmed försämrade förutsättningar att häva df:s arbetsoförmåga. Ibland är orsaken till att kassan ifrågasätter att df går hos viss läkare, att df är sjukskriven med diffusa diagnoser av läkare, som tillämpar en generös praxis vad gäller utfärdande av läkarintyg.[61]

Fk ser specialistremisserna som viktiga medicinska rehabiliteringsåtgärder. Till remissen skall fogas kopior av handlingar som är av betydelse i ärendet såsom tidigare inkomna läkarutlåtanden, socialutlåtanden, socialutredning, behandlingsplan. Den som handlägger ärendet skall följa upp, att df infinner sig till undersökningen samt att kassan får utlåtande angående resultatet. Kostnader för undersökningen ersätts i sin helhet av fk. Samråd med df skall alltid ske innan beslut fattas, och df skall informeras om innebörden av och syftet med undersökningen. När beslut om remiss till specialist fattats, skall df och behandlande läkare skriftligen underrättas om detta.

Innan kassan beslutar, att df skall överföras till annan läkare/poliklinik, skall samråd också ske med förtroendeläkare,[62] som kontaktar behandlande läkare och i förekommande fall försöker rätta till de felaktigheter/brister, som kassan anser föreligga. Vid denna kontakt skall behandlande läkare informeras om att kassan kan komma att kräva läkarintyg från annan läkare, om han inte samarbetar, alternativt vidtar erforderliga åtgärder. Leder inte kontakten till något resultat, skall kassan fatta beslut i frågan. Kravet att förtroendeläkaren skall rådfrågas innebär, att endast de lokalkontor, som har tillgång till förtroendeläkare, självständigt kan fatta beslut om sådan remiss. Övriga lokalkontor skall sända sina ärenden till lokalkontor, som förfogar över förtroendeläkare eller till centralkontor för bedömning.

Innan beslut fattas, skall telefonkontakt tas med den läkare/poliklinik, som kassan har för avsikt att hänvisa df till för att efterhöra, om df kan tas emot och, om så är fallet, vid vilken tidpunkt.

Fk är ålagda att till RFV sända in statistiska uppgifter av olika

slag, när det gäller sjukfall, som varat minst 180 dagar. RFV sammanställer denna statistik, som kassorna skall använda i sitt planerings- och uppföljningsarbete. Nedanstående tabell gäller de sjukfall som varat längre tid än 180 dagar när de avslutades någon gång mellan 810101 och 810630.[63] Att det är i ett relativt fåtal fall som specialistremisser kommer till användning, framgår av siffrorna, som rör antal specialistremisser fördelade efter tiden för översändandet av remissen till ifrågavarande läkare/sjukhus räknat från sjukanmälningsdagen.

Tid						
<3 mån	3-6 mån	7-12 mån	13-24 mån	<24 mån	finns ej	summa
76	141	308	256	92	18.488	19.411

Underlåter df, utan att kassan finner df:s skäl för underlåtenhet godtagbara, att vända sig till anvisad läkare/poliklinik, fattar fk beslut om indragning/nedsättning av sp med stöd av AFL 20:3 sista stycket.

Df led av ryggbesvär men borde enligt sjukskrivande läkare även underkastas en psykiatrisk undersökning. Df vägrade att medverka vid en psykiatrisk bedömning, varför hennes sp drogs in jämlikt 20:3. Df överklagade kassans beslut och anförde, att hon av läkare fått reda på att hon hade kotförskjutning i ryggen. Ena benet var kortare än det andra och hon led av ledgångsreumatism. Hon hade aldrig varit hos psykiater, och om hon blev friskskriven av läkare, kom hon själv att skaffa sig arbete. Hon menade, att psykiatrikerbedömning inte kunde anses som rehabiliterande åtgärd, när det gällde reumatiska besvär. - FR (FRN 790426 mål nr 208/79) och FÖD (800313 mål nr 527/79:3) ändrade inte kassans beslut.

4.4.3.2.2 Remiss till RFV:s sjukhus

Df kan även av kassan anvisas till RFV:s sjukhus för att där underkastas de undersökningar och den behandling eller vård som befinnes erforderlig.[64] AFL 20:3 sista stycket kan användas för att dra in df:s sp, om df inte genomgår de av kassan önskade undersökningarna och behandlingarna.

RFV driver två sjukhus, ett i Nynäshamn och ett i Tranås. Verksamheten där består i utredning av ärenden enligt AFL 2:11 men också utredning, då fråga om förtidspension uppkommit enligt AFL 16:2. Vid sjukhusen bedrivs också sjukvård efter remiss från den läkare som behandlat df. Ordningen härför föreskrivs av df:s hemortslandsting.

I de fall kassan önskar en samlad medicinsk bedömning i kombination med viss arbetsprövning, kan begäran om sådan utredning göras hos något av RFV:s sjukhus. Kassan gör vid remiss till RFV:s sjukhus en sammanfattning av ärendet. Där preciseras anledningen till remissen samt vilket lagrum som åberopas. Till remissen fogas kopior av de handlingar, som är av betydelse i ärendet såsom socialutredning, läkarutlåtande, behandlingsplan. Kassan brukar samråda med förtroendeläkare innan remiss utfärdas till RFV:s sjukhus.

Överläkare vid sjukhuset fattar beslut om intagning, varvid sjukhuset underrättar df om tidpunkt för intagningen. Utredning enligt AFL 16:2 omfattar högst 30 dagar, om inte annat överenskommes med df. Vid utredning enligt AFL 2:11 finns ingen motsvarande tidsbegränsning. Df skall noga underrättas om syftet med utredningen samt hur lång tid utredningen kan ta i anspråk. Den som handlägger ärendet skall följa upp, att df inställer sig vid sjukhuset samt att kassan får utlåtande från sjukhuset efter utskrivning. Resekostnadsersättning utges vid intagning respektive utskrivning från sjukhuset utan avdrag för karensbelopp.[65]

Vid Åre sjukhus bedrivs en likartad verksamhet som den vid RFV:s sjukhus. Handläggning av ärendena sker på samma sätt som i Nynäshamn och Tranås.

Kostnaden för vård vid sjukhuset efter remiss från kassorna debiteras respektive kassa.[66]

Vid sjukhuset i Nynäshamn remitteras utredningsfall (2:11 och 16:2) jämte vårdfall, som av överläkaren anses vara i behov av arbetsmässig rehabilitering till sjukhusets rehabiliteringsavdelning.[67] Ärendet handläggs först av en samrådsgrupp, bestående av rehabiliteringsläkare, psykologer, kuratorer och rehabiliteringskonsulent. Läkaren svarar för medicinska fakta och utövar den medicinska tillsynen i rehabiliteringssituationen.

Rehabiliteringsavdelningen förfogar över fem arbetsprövningsenheter. Vid varje enhet finns en arbetsledare, som har till uppgift att leda och fördela arbetet och som kan observera och dra slutsatser av vad hon/han ser, när patienten är i arbete. Med arbetsprövningen vill man kartlägga df:s intressen och anlag samt fysiska, psykiska och sociala funktions- och arbetsförmåga i förhållande till kraven och utvecklingen på arbetsmarknaden. Under gruppsammanträden och veckokonferenser samlas de olika delresultaten till en total bedömning av df:s medicinska status, förutsättningar, prestationer och framsteg. Detta görs i ett skriftligt utlåtande, som utmynnar i ett förslag till vidare åtgärder och ev alternativ.

Följande tabeller härrör från verksamhetsåret 1979 vid rehabiliteringsavdelningen i Nynäshamn.

	män	kvinnor	totalt
vård	10	17	27
2:11	144	181	325
16:2	13	17	30
Summa	167	215	382

Övergick från 1978 till 1979: 64
Övergick från 1979 till 1980: 49

Df tillhöriga 2:11-gruppen var alltså 325 till antalet. Det är denna grupp som har intresse i detta sammanhang. 144 av gruppen var män, medan 181 var kvinnor, vilket betyder en viss överrepresentation av kvinnor. I åldersgruppen tjugo till trettio år var 7 män och 13 kvinnor, i åldersgruppen trettio till fyrtio var 29 män och 37 kvinnor, i åldersgruppen fyrtio till femtio, som var den största gruppen, var 63 män och 75 kvinnor samt i åldersgruppen femtio till sextio var 45 män och 56 kvinnor. Ingen i gruppen var över sextio år.

Av de 325 undersökta försäkrade utgjordes en stor andel av invandrare, 57 män och 54 kvinnor dvs sammanlagt 111, vilket innebär en stark överrepresentation för invandrare.

Den genomsnittliga inskrivningstiden på rehabiliteringsavdelningen var för kvinnorna 53 dagar och för männen 51 dagar. Den sammanhängande sjukskrivningstiden omedelbart före intagningen var upp till ett år för 67 män och 73 kvinnor, mellan ett och två år för 51 män och 76 kvinnor, mellan två och tre år för 15 män och 20 kvinnor. Endast ett mindre antal hade längre sjukskrivningstid, sammanlagt 23.

De åtgärder som vidtogs för de 325 försäkrade 2:11-fallen framgår av nedanstående tabell:

Åtgärd	män	kv	S:a	%
Prövning i arbetsliknande situationer	84	121	205	63
Socialutredning	122	157	279	86
Psykologisk undersökning och samtalsterapi	45	73	118	36
Arbetsvårdskonsult	16	14	30	9
Ingen utredning	1	–	1	0

Huvuddiagnos vid utskrivningen för de ifrågavarande 144 männen och 181 kvinnorna var i det stora flertalet fall sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, nämligen 123 män och 129 kvinnor, 13 män och 26 kvinnor hade mentala rubbningar, 9 kvinnor hade sjukdomar i endokrina systemet, nutritionsrubbningar och äm-

nesomsättningssjukdomar, medan endast 2 män led av någon av dessa sjukdomar. 4 kvinnor och 1 man led av cirkulationsorganens sjukdomar. 7 kvinnor och 1 man hade symptom eller en ofullständigt preciserad sjukdomsbild.

Arbetsprövningens slutförande mynnade ut i rekommendationer från rehabiliteringsavdelningen. Dessa fördelade sig på följande sätt:

Rekommendation		2:11	
		män	kv
1	Återgång till tidigare arbete	8	11
2	Placering i annat lämpligare arbete hos tidigare arbetsgivare	20	34
3	Direktplacering i annat arbete	5	4
4	Utbildning- omskolning	3	2
5	Fortsatt prövning/träning	6	10
6	Skyddad sysselsättning	6	7
7	Näringshjälp	–	–
8	Fortsatt medicinsk vård eller utredning	11	11
9	Fortsatt utredning genom hemortens arbetsvårdsorgan	29	21
10	Förtidspension ifrågasatt	40	48
11	Annan åtgärd	11	23
12	Ingen åtgärd föreslagen	5	16
0	Prövningen ej fullföljd	9	3
Summa		153	190
Dubbel		9	9

4.4.3.2.3 Rättstillämpningen

Är df alltid skyldig att underkasta sig de rehabiliteringsåtgärder, som fk i förening med andra samhällsorgan föreslår? I den knapphändiga litteraturen på området (se ovan) sägs, att det alltid måste ske en noggrann prövning, huruvida df med hänsyn såväl till den tilltänkta rehabiliteringsåtgärdens art och varaktighet som till det beräkneliga resultatet av densamma har rimlig anledning att vägra att underkasta sig åtgärden. Enligt socialvårdskommittén (SOU 1944:15, 24 § 5 mom) skulle goda utsikter finnas att genom rehabiliteringsåtgärder häva eller förebygga en långvarig arbetsför-

måga för att en vägran av df att underkasta sig rehabiliteringen skulle kunna leda till indragning eller nedsättning av sp. I U-handboken (40.10) har angivits att det förväntade resultatet av rehabiliteringsåtgärden framstår som väsentligt. Vad detta närmare innebär framgår endast av rättstillämpningen. En absolut förutsättning för tillämpning av denna bestämmelse är dock att df fått klart besked, om vilken risk han löper genom en vägran.[68] Spörsmålet angående i vilken omfattning en försäkrad skall vara skyldig att underkasta sig rehabiliteringsåtgärd är enligt fk att bedöma med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet. Är det fråga om omskolning beaktas i första hand, om det nya yrket är lämpligt med hänsyn till den medicinska orsaken till nedsättningen av arbetsförmågan. Vidare sägs att hänsyn tas till vederbörandes ålder, kön, bostadsförhållanden, familjeförhållanden m m. Ju långvarigare yrkesutbildning eller annan arbetsvårdsåtgärd som krävs, desto svårare anser man det vara att ställa oeftergivliga krav på att vederbörande underkastar sig dylika åtgärder.[69]

Stämmer denna bild med hur rättstillämpningen egentligen ser ut? Tar man hänsyn exv till familjeförhållanden i skälig utsträckning?

En kvinna från Norrland, som varit långvarigt sjukskriven för ledbesvär och besvär från halsryggraden, hade genomgått arbetsprövning under 1 månad. Under tiden uppbar hon hel sp och efter arbetsvårdens slut halv sp. Kassans förtroendeläkare menade, att det för en mera kontinuerlig bedömning av df:s hälsotillstånd var erforderligt med undersökning vid RFV:s sjukhus i Tranås. I skrivelse erinrade kassan df om att hennes fortsatta rätt till sp omgående skulle komma att omprövas, om hon inte inställde sig vid sjukhuset ifråga. Df meddelade kassan, att hon inte tänkte inställa sig för undersökning, varvid hon underrättades om att sp skulle indragas från ett visst datum, vilket den också gjorde. Df besvärade sig och framhöll, att det av starka familjeskäl (df hade flera småbarn och svårigheter att ordna barnpassning) var synnerligen svårt för henne att resa till Tranås och anhöll, att hon skulle tillerkännas rätt till sp. RFV infordrade yttrande från en av sina läkare, som menade, att hon förverkat sin rätt till fortsatt sp. RFV biföll ej besvären jämlikt 3:7 på den grund att arbetsoförmåga med minst hälften inte var styrkt. FD fann dock, att arbetsförmågan var nedsatt i sådan utsträckning som krävs för rätt till halv sp och fann inte skäl att tillämpa 20:3 (FD 760617 dnr 577/76).

Västmanlands läns allmänna försäkringskassa drog 790313 in df:s sp, därför att df enligt kassans mening utan giltigt skäl avbrutit behandling på RFV:s sjukhus i Nynäshamn. Df hade vid två tillfällen (via tolk) erhållit besked om fk:s önskan att hon undersöktes på sjukhuset i Nynäshamn. Vid båda tillfällena hade hon framfört

oro över tillsynen av sina två barn, 14 och 15 år, för vilka hon var ensam vårdnadshavare. Vid båda tillfällena hade hon erinrats om indragningsmöjligheten i AFL 20:3. Hon hade då förklarat sig villig att underkasta sig ifrågavarande undersökning men avböjt kassans erbjudande om att barnen med kommunens hjälp placerades i fosterhem. - I stället hade hon försökt ordna för barnen med hjälp av en grannfru. Df vistades på sjukhuset under en vecka men skrevs sedan ut p g a sociala skäl. Hon hade blivit orolig för barnen, då hon fått meddelande om att sonen skolkade från skolan. Barnen hade dessutom insjuknat i influensa. FRM fann i dom 810122 mål nr 7048/79, att df haft giltig anledning att avbryta undersökningen.

Även Norrbottens läns allmänna försäkringskassa beslöt 820209 (U 208/82) att dra in df:s sp, därför att df vägrat medverka vid utredning och behandling vid Tranås sjukhus. Df uppgav att hennes döttrar tio och två år gamla, skulle få problem under hennes sjukhusvistelse samt att hon var gravid. FRN lämnade hennes besvär utan bifall (820707 mål nr 640/82). Målet är överklagat till FÖD men ej avgjort i april 1983.

Underlåtenhet att underkasta sig behandling på sjukhuset i Åre, därför att en avsides liggande fastighet (risk för frostskador) samt djur krävde df:s omvårdnad, ledde till indragning av df:s sp. Df hade framställt önskemål om att få bli undersökt vid något annat sjukhus som inte låg så långt borta. Df hade också förklarat sig villig att åka till Åre under annan tid på året (Gävleborgs läns allmänna försäkringskassa 791017). Df kom att helt sakna inkomster och blev ett "socialfall". Df överklagade men varken FRN (800616 mål nr 3788/79) eller FÖD (820202 mål nr 1030/80:8) biföll df:s besvär. Två skiljaktiga framhöll, att det torde vara en allmängiltig förvaltningsrättslig grundsats att myndighets åtgärd gentemot en medborgare inte får vara mera ingripande än vad som kan anses erforderligt för att ändamålet med åtgärden skall vinnas. De sjukvårdande resurserna inom det sjukvårdsområde df tillhörde kunde inte anses uttömda. Det hade enligt deras mening varit både möjligt och tillräckligt för att få till stånd den undersökning som fk eftersträvade att remittera df till specialistläkare vid sjukhus inom hans eget sjukvårdsområde. Med hänsyn härtill förelåg enligt deras mening inte tillräckliga skäl för att dra in df:s sp.

I fallet FD 770510 dnr 140/77 ville inte df underkasta sig undersökning vid RFV:s sjukhus i Tranås, eftersom hon inte kunde resa hem till sin familj dagligen. Hennes sp drogs in jämlikt 20:3 sista stycket. Vid en ny sjukskrivning ansågs det inte vara styrkt, att arbetsförmågan var nedsatt med minst hälften. Df överklagade de båda beslut-en, men RFV fann i båda fallen, att det inte var styrkt, att arbetsförmågan var nedsatt med minst hälften jämlikt 3:7. FD ändrade inte dessa beslut.

I ett annat fall (FD 780601 dnr 508/77) meddelade df rehabiliteringsklinik, där han fått tid för utredning, att han inte orkade inställa sig för undersökning samt att han med hänsyn till sin 85-åri-

ga moders ohälsa och en med honom sammanboende sjuk inte kunde vara med om inläggning vid kliniken i fråga. Kassan drog in df:s sp. Beslutet ändrades inte av RFV (20:3) och FD (3:7).

Inte heller ansåg kassan, att någon giltig anledning till vägran att undergå undersökning vid RFV:s sjukhus i Tranås framkommit, då df gjort gällande, att han inte motsatte sig att genomgå undersökning vare sig på lasarett eller på sjukhuset i Tranås, men att han inte ville gå med på att läggas in på sjukhus, eftersom han vid ett tidigare vårdtillfälle på sjukhuset i Tranås blivit försämrad och måst avbryta vistelsen där (FD 780706 dnr 825/77). RFV ansåg arbetsoförmågan ej styrkt. FD ansåg, att df var arbetsoförmögen men att förutsättningarna för tillämpning av 20:3 var för handen. Två ledamöter var skiljaktiga och fann i belysning av tre läkarutlåtanden, att df:s ovilja mot att låta lägga in sig på sjukhus måste ses som ett utslag av hans neuroasteniska läggning. Om fortsatta läkarundersökningar av df var behövliga, borde dessa ske polikliniskt. De fann, att df hade giltig anledning att vägra låta lägga in sig på sjukhuset i Tranås.

Df blev i målet FD 770426 dnr 2136/76 remitterad till rehabiliteringsklinik för inläggning men förklarade, att han inte avsåg att inställa sig, eftersom han ansåg, att han skulle bli "psykiskt knäckt" av sjukhusmiljön och inte räknade med att behandlingen där (s k ryggskola) skulle göra honom frisk i ryggen. Samtidigt började df arbeta i hemmet 2-4 tim/dag som telefonförsäljare mot ersättning i form av provision. Han uppbar fr o m då halv sp. Men kassan drog några dagar senare in hans sp, eftersom den inte ansåg det vara styrkt, att hans arbetsförmåga var nedsatt med mer än hälften. Sedan df överklagat till RFV anförde kassan i yttrande till RFV, att eftersom df inte infann sig till undersökningen vid rehabiliteringskliniken och inte heller angav något enligt kassans bedömning giltigt skäl för att utebli, kassan beslutade att inte utge halv sp, eftersom det inte var styrkt, att arbetsförmågan var nedsatt med minst hälften. RFV gick på samma linje. FD däremot ansåg, att det inte förebragts sådan utredning rörande df:s hälsotillstånd vid tiden för kassans beslut, att tillräckliga skäl kunde anses ha förelegat att frångå sjukskrivande läkares bedömning av hans arbetsförmåga. Df:s arbetsförmåga skulle alltså fortfarande anses vara nedsatt med minst hälften och halv sp utgå. FD använde inte indragningsmöjligheten jämlikt 20:3. Att som kassan motivera avsaknaden av sp-grundande arbetsoförmåga med att df ej iakttagit en förelagd förpliktelse, får för df samma rättsverkningar som en direkt tillämpning av 20:3. FD:s dom innebär att för den händelse indragning av sp uppfattas som befogad i ett fall som detta, den bör motiveras med 20:3. I fallet FD 781214 dnr 836/78 angavs aldrig anledningen till att df två gånger uteblev från undersökning vid RFV:s sjukhus, vilket ledde till att sp drogs in jämlikt 20:3 sista stycket.

Df, som blivit ålagd undersökning på RFV:s sjukhus i Tranås,

inställde sig inte utan anförde att han inte orkade med någon sjukhusvistelse p g a nervbesvär, vilka han fått till följd av alla undersökningar och utredningar han genomgått de senaste sju åren. Både fk (Örebro läns allmänna försäkringskassa 810428) och FRM (820826 mål nr 3196/81) fann skäl för indragning föreligga.

Hälsoskäl var inget giltigt skäl att inte inställa sig för undersökning vid Åre sjukhus (Norrbottens läns allmänna försäkringskassa 801127 (4368/80) och 810317 (U 135/81) samt FRN 820310 mål nr 195/81 och 714/81) (se not 68).

Df, som blivit ålagd att infinna sig vid sjukhuset i Åre men inte gjort detta, därför att hans nervbesvär var av den karaktären att han upplevde det som en omöjlighet (kunde inte vistas i slutna rum, kunde inte äta tillsammans med andra m m), fick sin sp indragen (Kopparbergs läns allmänna försäkringskassa 800619 och FRN 811006 mål nr 1493/80). RFV överklagade (OE dnr 01/180:82) och menade, att df:s vägran att inställa sig till ifrågavarande undersökning var ett sjukdomssymptom, som denne inte kunde bemästra. FÖD fann också att df:s uraktlåtenhet att underkasta sig vård vid sjukhuset i Åre inte skulle bedömas som sådan vägran utan giltig anledning som enligt 20:3 kunnat föranleda att sp förvägrades df (FÖD 821110 mål nr 2047/81:4).

Bland indragningsfallen jämlikt 20:3 sista stycket torde fall av den ovan redovisade typen vara vanligt förekommande. Undersökningarna vid RFV:s sjukhus, vilka innebär, att df tvingas vara från hemmet i nära två månader och under den tiden bli föremål för en rad undersökningar, kan alltså av df upplevas som omöjliga att underkasta sig. Df har som framkommit anfört flera olika skäl till detta, såsom familjeskäl (577/76, 140/77 och 508/77) och sjukdomsskäl (825/77 och 2136/76.) Av domarna framgår ofta att df tidigare varit föremål för andra rehabiliterande åtgärder. Eftersom dessa tydligen inte givit det resultat man hoppats på, har df:s benägenhet att ställa sig solidarisk med fk:s krav minskat. I flera fall kan frågan ställas om resultatet av rehabiliteringsåtgärden verkligen kunde förväntas bli "väsentligt" eller om det funnits "goda utsikter" att df:s arbetsförmåga skulle bli bättre genom åtgärden.

4.4.3.3 Indragning av sp vid krav på yrkesinriktad rehabilitering

4.4.3.3.1 Remiss till arbetsvårdsorgan

Remissärenden enligt AFL 2:11 kan förutom förordnande om medicinsk undersökning av specialist samt utredning vid RFV:s sjukhus i Tranås eller Nynäshamn och vid Åre sjukhus även gälla förordnande till arbetsvårdsorgan/arbetsförmedling. Arbetsvården, som är en del av arbetsförmedlingen, handhar den yrkesbetonade rehabili-

teringen. Inom ramen för samhällets arbetsmarknadspolitik innefattar denna selektiva åtgärder riktade till människor med handikapp. De syftar till att möjliggöra deras integrering i arbetslivet. Inom arbetsmarknadsstyrelsen, AMS, som är central statlig myndighet för arbetsmarknadsfrågor, finns inom avdelningen för arbetsmarknadsservice en arbetsvårdsenhet. I en rådgivande arbetsvårdsdelegation ingår representanter för andra myndigheter med uppgifter inom rehabiliteringen, för arbetsmarknadens parter och för handikapporganisationer. I varje län finns en länsarbetsnämnd som bl a samordnar arbetet med arbetsförmedling, yrkesvägledning och arbetsvård.

Arbetsvårdens metoder är flera. De av kartläggande natur är medicinsk utredning, grundad på intyg från behandlande läkare och arbetspsykologisk konsultation, som kan vara mer eller mindre omfattande. Arbetsprövning/träning innebär en omfattande prövning av funktions- och arbetsförmågan i varierande arbetssituationer under observation från medicinsk, psykologisk och social synpunkt. Under tiden för vistelse på arbetsmarknadsinstitut, AMI, och praktik på arbetsplats utgår utbildningsbidrag. Omställning och träning är av förberedande och utredande karaktär och var tidigare förlagda till vissa centra för arbetsmarknadsutbildning (AMU) men fr o m 1980 inordnade i AMI.

Försäkrad som på fk:s initiativ blir föremål för arbetsvårdande åtgärder har rätt att få behålla sp vid vissa typer av rehabiliterande åtgärder. De arbetsvårdande åtgärder, under vilka sp enligt AFL 3:8 andra stycket kan utgå, är arbetsmarknadsutbildning, arbetsprövning/träning vid arbetsvårdsinstitut och träning i reell miljö.[70] Det är då fråga om sp jämlikt 3:8 andra stycket. Beslut om sådan sp fattas av centralkontoret.[71]

Nedanstående tabell[72] rör försäkrade som varit sjukskrivna i minst 180 dagar, då sjukfallet avslutades mellan 810101-810630 och visar antal fall, där arbetsvårdsåtgärder vidtagits fördelade efter ålder och tiden från sjukanmälningsdagen. Av tabellen framgår att arbetsvårdsåtgärder har vidtagits i 9,8 % av totala antalet utredningsärenden. För fall i åldersgrupperna 16-39 år är siffran ca 20 %. Merparten av redovisade arbetsvårdsåtgärder har vidtagits då sjukfallet pågått mellan 7 och 12 månader.

Ålder	Tid <3 mån		3-6 mån		7-12 mån		13-24 mån		<24 mån		Ej vidtagen		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
16-19	8	3.9	9	4.4	19	9.4	6	2.9		0.0	160	79.2	202	100
20-29	84	4.3	95	4.9	151	7.8	80	4.1	25	1.3	1480	77.2	1915	100
30-39	79	2.7	115	3.9	166	5.7	142	4.9	47	1.6	2344	81.0	2893	100
40-49	48	1.3	96	2.6	140	3.8	153	4.1	68	1.8	3176	86.2	3681	100
50-59	29	0.4	74	1.0	116	1.6	112	1.5	27	0.3	6796	94.9	7154	100
60-64	1	0.0	2	0.0	7	0.1	2	0.0		0.0	3554	99.6	3566	100
Summa	249	1.2	391	2.0	599	3.0	495	2.5	167	0.8	17510	90.2	19411	100

Antalet utredningsfall som avslutats under den ifrågavarande tiden var 19.411 (se tabellen ovan). Av dessa fall hade 656 fall avslutats genom indragning av df:s sp (indragning p g a att kassan trots läkarintyg inte längre fann det vara styrkt, att df var sjuk och arbetsoförmögen samt indragning jämlikt 3:17 och 20:3). Tyvärr har det inte gått att få fram i hur många av de 656 fallen som indragningen skedde jämlikt 20:3.[73] I 400 av dessa indragningsfall hade antingen kontakt med arbetsgivare/anpassningsgrupp, remiss till arbetsförmedlingen, arbetsvårdsåtgärd, specialistremiss, social rehabilitering eller träning i reell miljö vidtagits. Även läkarutlåtande med anledning av remiss och anmälan till socialbyrå räknades in här. I rättsfallen ovan hade df tidigare i flera fall varit föremål för rehabiliterande åtgärder. Eftersom alla indragningsfallen har bearbetats tillsammans går det inte att utläsa, i hur många fall df inte lytt kassans krav på att underkasta sig olika utredande, tränande osv 2:11-åtgärder av de 256 indragningsfall, där rehabiliterande åtgärder inte finns noterade såsom vidtagna.

Vidare kan framhållas att av de 656 indragningsfallen var 333 män och 323 kvinnor. Före indragningen hade sjukfallen i genomsnitt varat längre för kvinnorna än för männen. Av de 333 männen hade 171 varit sjuka mellan 6-12 månader, 114 mellan 13-24 månader, 32 mellan 25-36 månader och 16 i mer än 36 månader. Av kvinnorna hade 131 varit sjuka mellan 6-12 månader, 226 mellan 13-24 månader, 44 mellan 25-36 månader och 22 i mer än 36 månader.[74]

4.4.3.3.2 Rättstillämpningen

I följande fall har indragning av sp skett, då df inte åtlytt fk:s krav på anlagstestning, skyddat arbete, arbetsträning, gymnasieutbildning och språkträning.

Df led av astmabesvär. Besvären hade uppkommit i samband med hennes arbete vid ett företag. Allergitest hade visat, att hon var överkänslig för bland annat bostadsdamm och hästepitel, och hon behandlades med allpyralinjektioner var sjätte vecka vid läkarstation. Sedan df blivit kallad till en anlagstestning vid länsarbetsnämnd men inte infunnit sig, kallades hon på nytt till sådan testning. Hon underrättades om att kassan övervägde att indraga hennes sp

jämlikt 20:3 sista stycket, då hon inte medverkade till att föreslagen arbetsvård kom till stånd. Df meddelade, att hon ämnade vänta på anvisning till ett lämpligt arbete, när hennes sjukdomstid var över. Sedan tid ytterligare en gång reserverats för df hos arbetsvården och hon inte infunnit sig, beslöt kassan att inte utge sp. RFV fann, att df utan giltig anledning vägrat underkasta sig arbetsvårdande åtgärder. Verket lämnade därför enligt 20:3 sista stycket besvären utan bifall. Hos FD anförde df, att hon sedan mer än ett år tillbaka sökt arbete genom arbetsförmedlingen, och då hennes sjukdom medförde, att hon kände sig rädd för att bo långt hemifrån hade hon strävat efter att få arbete i hemorten eller dess närhet. FD ändrade inte RFV:s beslut (FD 771013 dnr 573/77).

Df:s vägran att inställa sig hos arbetsvården därför att hon uppgivit sig vara alltför sjuk för alla arbetsvårdande åtgärder ledde till att kassan drog in hennes sp. Trots att hon blev fortsatt sjukskriven av flera läkare, fann överinstanserna utan närmare motivering, att 3:7-tillstånd inte förelåg, dvs man använde sig inte av 20:3 sista stycket för indragning av sp (FÖD 790619 dnr 1/79:3).

En invändning från df att df p g a sjukdom inte orkar utföra ett arbete utanför hemmet och en hemställan om ytterligare medicinsk utredning är inte någon "giltig anledning att undandra sig medverkan i arbetsvårdande åtgärder" (FD 761230 dnr 212/76, FD 780822 dnr 3037/77, FD 780629 dnr 955/78). Samma invändning gjorde df i rättsfallet FD 770503 dnr 408/77 när df, som led av ryggbesvär, erbjöds ett arbete vid skyddad verkstad på LKAB i Kiruna. Som skäl för vägran anförde df, att han inte ville ha gruvarbete under jord, som arbetsförmedlingen erbjudit. Indragningen stod dock kvar (jämlikt 3:7).

I ett annat fall (FÖD 791113 dnr 2344/78) drog kassan in sp jämlikt 20:3 på den grund, att df under tre veckors arbetsträning varit omotiverad för träning, varvid man konstaterade, att träningen inte fungerande alls och att rehabiliteringen borde avbrytas. RFV motiverade sin vägran att bifalla besvären med att df:s arbetsförmåga inte p g a sjukdom var nedsatt med minst hälften jämlikt 3:7. Verket fann vidare, att beträffande ifrågavarande tid inte heller förelegat förutsättning att utge sp enligt 3:8 andra stycket. FÖD fann inte skäl föreligga att ändra RFV:s beslut.

Om df först vägrar att medverka till arbetsvårdande åtgärder och därför får sin sp indragen jämlikt 20:3 och sedan förklarar sig villig att påbörja arbetsträning/prövning o dyl, kan df enligt domarna FD 780926 dnr 16/78 och FD 781026 dnr 390/78 inte få retroaktiv sp för tiden mellan indragningen av sp och påbörjandet av arbetsvården.

Df fick sin sp indragen (Malmö allmänna försäkringskassa 781020), därför att han inte fullföljt föreskriven arbetsprövning/träning vid Malmö Arbetsvårdsinstitut. FRS ändrade inte kassans beslut (810112 mål nr 2660/79). FÖD meddelade dom 810915 (mål nr 176/81:7). Domstolen fann även att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften.

Df ansåg i motsats till undersökande läkare, att han var för dålig för någon form av arbetsvårdsåtgärd och vägrade ställa upp. Denna vägran ledde till indragning av df:s sp (Västernorrlands läns allmänna försäkringskassa 800327 och FRN 811214 mål nr 1086/80).

Df, som var föreskriven arbetsförsök vid en större industri ansågs inte ha haft fog för sin vägran att inställa sig till detta. Df hade anfört bl a ryggvärk samt att han vid ett flertal tidigare tillfällen återgått till arbete men inte klarat av det då arbetet varit hårt och ansträngande (Gävleborgs läns allmänna försäkringskassa 801013 (U 199/80), FRN 810408 mål nr 2314/80 och FÖD 811103 mål nr 806/81:5).

Att inte klara träning i reell miljö därför att de arbetsuppgifter som ålagts df i rehabiliteringsprogrammet av df upplevts som mycket svåra och betungande, har inte ansetts som giltigt skäl för att undgå indragning av sp (Göteborgs allmänna försäkringskassa 791029 (dnr 756/79) och FRS 811123 mål nr 8770/79; se även Malmöhus allmänna försäkringskassa 800908 och FRS 811230 mål nr 2274/80).

Df, som påbörjat en 40 veckors gymnasieutbildning och erhållit sp under studietiden, avbröt efter en termin utbildningen och gjorde gällande, att hans ryggbesvär omöjliggjorde studier. Läkare framhöll, att df:s intensiva subjektiva besvär kontrasterades mot de mycket blygsamma objektiva fynden och att medicinska hinder inte förelåg för df att fullgöra sin påbörjade utbildning för att därigenom beredas ett ryggvänligare arbete inom den öppna arbetsmarknaden. Kassan, RFV och FD ansåg att giltig anledning inte förelåg för df att avbryta utbildningen utan drog in sp jämlikt 20:3 sista stycket (FÖD 790920 dnr 2786/77).

I nedan anförda rättsfall har 20:3 inte tillämpats, men eftersom det har vissa likheter med 20:3-fallen, anser jag det vara berättigat att anföra det i detta sammanhang.

Df, som var arbetslös, sökte arbete på arbetsförmedlingen samtidigt som hon uppbar ersättning från arbetslöshetskassa. Hon blev senare erbjuden utbildning i svenska språket, eftersom bristande språkkunskaper ansågs ha bidragit till hennes arbetslöshet. Df antog inte erbjudandet, eftersom hon ansåg, att hon inte kunde försörja sig och sina barn på utbildningsbidrag. Kassan beslöt, att df endast skulle vara hemmamakeförsäkrad. Detta beslut överklagade df, men RFV och FD fann, att besvären inte kunde bifallas, eftersom hon vägrat anta erbjudande om arbetsvård, som skulle ha underlättat för henne att erhålla arbete (FD 761230 dnr 1319/76).

Rättsfallet visar, att sanktionen inte behöver bestå i indragning eller nedsättning av sp i sig utan kan bestå i en ändring av SGI:n eller en utförsäkring från den sp-försäkring som är baserad på inkomst av förvärvsarbete till att gälla enbart sjukvårdsförmåner eller hemmamakeförsäkring.

4.4.4 Slutsatser

Bakgrunden till df:s förpliktelser att underkasta sig medicinska undersökningar och rehabiliterande åtgärder av olika slag är som ovan framhållits en kombination av kontroll- och effektivitetshänsyn samt önskemål om ett lämpligt utnyttjande av tillbuds stående rehabiliterande åtgärder. Förpliktelserna är av ingripande karaktär för df och påföljden drabbar df hårt. Indragning av sp kan beröva df möjligheten till normal social existens.

I de flesta rättsliga och sociala sammanhang brukar det föreligga en viss överensstämmelse mellan krav och motkrav. Om nu kraven mot df är av genomgripande natur, borde df ha rätt att ställa vissa motkrav. Ett sådant krav är rättssäkerhetskravet.

Förutsättningarna för indragning eller nedsättning jämlikt AFL 20:3 är att df vägrar att acceptera den föreskrivna åtgärden "utan giltig anledning" och att åtgärden skall vara "ägnad" att förkorta sjukdomstiden. Påföljden är inte tidsbegränsad utan kan ske under en helt obestämd tidsrymd. Inom straffrätten, där rättssäkerhetsintresset alltid tillmätts största vikt, finns inga sanktionsregler av så allmän karaktär och med så opreciserat innehåll, som AFL 20:3. Detsamma gäller skatterätten. Även inom socialrätten finns högt preciserade regler, såsom reglerna om tvångsvård av drogmissbrukare och mentalsjuka. Syftet med dessa regler är mycket likartat det i AFL 20:3, nämligen att få människor att underkasta sig den vård och behandling som statliga myndigheter anser lämpliga.[75]

Sammanfattningsvis kan sägas att df:s krav på rättssäkerhet generellt sett är dåligt tillgodosedda vid tillämpning av AFL 20:3, vilket kan få de mot df riktade förpliktelserna kombinerade med sanktionshotet att framstå som oproportionellt tunga.

4.5 Df:s förpliktelse att avhålla sig från arbete och andra aktiviteter under pågående sjukfall

4.5.1 Allmän beskrivning av df:s förpliktelse, bakgrunden till denna och fk:s handläggningsrutiner

Alla förpliktelser som df har att iakttaga under pågående sjukfall finns inte beskrivna i lagtext utan framgår indirekt av begreppet arbetsoförmåga och dess tillämpning i praxis. Df har en förpliktelse att under pågående sjukfall avhålla sig från arbete och vissa andra

aktiviteter. Av särskild betydelse är arbete, för vilket ersättning utgår.

Till förpliktelsen att avhålla sig från arbete hör en annan förpliktelse, som delvis är bakgrunden till förpliktelsen att avhålla sig från arbete, nämligen förpliktelsen att inte handla på ett sätt som menligt påverkar tillfrisknandet. Ovan har framkommit att df inte får vara grovt culpös ur hälsosynpunkt (20:3 första stycket c)). Någon uttrycklig regel om förbud mot vanlig enkel culpa i detta hänseende finns däremot inte. Men i själva verket finns en sådan regel inbyggd i begreppet arbetsoförmåga och dess tillämpning.

Begreppet arbetsoförmåga har, som ovan angivits i kap 2, två betydelser, nämligen faktisk arbetsoförmåga och profylaktisk arbetsoförmåga. Arbetsoförmåga betyder alltså antingen en faktisk omöjlighet att arbeta eller att det för sjukdomens botande är lämpligt att df underlåter att arbeta.

Är ett beslut att sp inte skall utgå eller att sp skall indragas, när det framkommit att df utfört arbete, enbart en följd av att arbetet utvisar att den arbetsoförmåga man trott vara för handen i själva verket inte förelegat eller har upphört, eller kan det ligga ett sanktionsmoment inbyggt i beslutet, att sp ej skall utgå? Sanktionen skulle i så fall vara en följd av att df brutit mot förpliktelsen att avhålla sig från arbete under pågående sjukskrivning.

Sp-ersättningen är uppbyggd enligt principen om kompensation för inkomstbortfall (se ovan kap 2). Det finns ingen uttrycklig regel, som förbjuder df att under pågående sjukfall uppbära ekonomisk ersättning för utfört arbete. I vissa fall kan arbete, för vilket ersättning utgår, utvisa att df i själva verket inte är arbetsoförmögen. Men i åtskilliga fall har en indragning av sp på grund av arbete, för vilket ekonomisk ersättning utgått, inte så mycket att göra med arbetsoförmåga i sedvanlig bemärkelse utan hänger i stället samman med inkomstbortfallsprincipen.

Fk har inga handläggningsrutiner, som är direkt anpassade till dessa förpliktelser. Bevakningen av att df uppfyller dessa förpliktelser ingår i den externa och interna kontroll, som fk utövar i pågående sjukfall. En sjukkontrollant kan vid hembesök upptäcka att df utför arbete. Tjänstemannen på kassan kan t ex vid samtal med arbetsgivaren få veta, att df arbetar. I Försäkran för sjukpenning skall df intyga, att han avhållit sig från arbete. En oriktig försäkran kan leda till straff för försäkringsbedrägeri.

Jag behandlar först olika fall som rör förvärvsarbetandes arbetsin-

sats under pågående sjukfall, däribland egenföretagarnas arbetsinsats och därefter de hemarbetandes arbetsinsats. Inom ramen härför berörs det speciella problem, som uppkommer vid vård av fosterbarn och/eller då ersättning för fosterbarn utgår under pågående sjukfall.

4.5.2 Förvärvsarbetandes arbetsinsats

Jag inleder med att beskriva den huvudregel som här gäller jämte vissa modifikationer i denna. Därefter beskriver jag vad som gäller då df har ägnat sig åt vissa typer av aktiviteter under pågående sjukskrivning, såsom sammanträden, hemsysslor, studier, fritidsaktiviteter. Jag avslutar avsnittet med att behandla frågan om den arbetsinsats som en företagare får lov att göra under pågående sjukfall.

4.5.2.1 Huvudregel jämte modifikationer

Df som uppbär hel sp får inte utföra *förvärvsarbete i anställning*. Detta är en självklarhet vad gäller det arbete en anställd försäkrad brukar utföra, då hon/han är frisk. En fullständig arbetsoförmåga relaterad till just detta arbete är själva grunden för ett sp-berättigat tillstånd. Även om df:s arbetsoförmåga är styrkt med sedvanliga kriterier, bortfaller rätten till sp, om df utför arbete.

Om de ordinarie arbetsuppgifter en sjukskriven försäkrad utför under pågående sjukperiod endast är av smärre *omfattning* och inte menligt påverkar tillfrisknandet är det emellertid möjligt att sp utgår.

Det är den faktiska arbetsinsatsen, som är av betydelse[76] för rätten till sp, inte vad man härav kan utläsa om df:s arbetsoförmåga. I de allra flesta situationer torde dock detta innebära, att de moment som df får lov att utföra i sitt förvärvsarbete om df vill uppbära hel sp, är få och av mycket liten omfattning.

En person uppbar hel sp och var av läkare sjukskriven för ryggbesvär med angivande av hel arbetsoförmåga. Han innehade befattningen som kyrkovaktmästare, skolvaktmästare och badstugeföreståndare. Kyrkovaktmästarbefattningen upprätthölls under hans sjukdom av annan. De andra befattningarna upprätthölls av df:s hustru, som uppbar ersättningen för dessa sysslor. Han hjälpte emellertid hustrun med vissa saker t ex att låsa upp och stänga skolan och tvättstugan, beställa olja och byta proppar. Kassan beslöt att endast utge halv sp, eftersom df ansågs kunna utföra vissa delar

av sitt ordinarie arbete. Df besvärade sig och anförde att han inte kunde utföra några av de tyngre arbetsuppgifterna som han tidigare utförde t ex smörjning eller reparationer. RFV ändrade inte kassans beslut, men FD ansåg att df:s arbetsförmåga var fullständigt nedsatt, varför hel sp skulle utbetalas till df.[77]

Omfattningen av den faktiska arbetsinsatsen har också stor betydelse vid avgörandet av om partiell arbetsoförmåga är för handen. För att df skall kunna uppbära halv sp, får df inte utföra arbete i sådan omfattning, att den överstiger halva den normala arbetsinsatsen.

Df var anställd dels som biträde i skolbespisning, dels som skolstäderska. Arbetet i bespisningen omfattade en arbetstid om fem timmar per dag och städarbetet, som var ackordsavlönat, en beräknad arbetstid om fyra timmar femtio minuter per dag. Df sjukskrevs med halv arbetsoförmåga under diagnosen "Observatio gastritis, Myalgia nuchae (nackvärk), Spondylosis def. (förslitning av kotpelaren)". Under sjukskrivningstiden uppbar hon halv sp. Hon avhöll sig därvid från städarbetet men fortsatte med arbetet som bespisningsbiträde. Fk förklarade, att eftersom df visat att hon kunde arbeta fem timmar om dagen, hennes arbetsförmåga inte kunde sägas vara nedsatt med minst hälften, vilket var en förutsättning för att sp skulle kunna utgå. Kassan beslöt att dra in df:s sp. Varken RFV eller FD ändrade kassans beslut (FD 771004 dnr 230/77).

Df hade först varit helt sjukskriven på grund av handeksem en längre tid. Sedan började df att arbeta halvtid och var då sjukskriven till hälften. Hos kassan uppgav df bland annat att på grund av handeksemet hennes händer inte tålde våtarbete, varför hon arbetade endast på nätterna. Hon arbetade därvid - sedan hon fått en fast tjänst med arbete tio nätter per månad - antingen på lasarettets intensivvårdsavdelning eller extra på någon vårdavdelning. På varje avdelning fanns ett nattbiträde, vilket innebar att df som extrahjälp slapp "allt blötgörat". Det var endast om hon arbetade på intensivvårdsavdelningen, som hon måste tvätta sin patient, men då använde hon operationshandskar. Kassan fann att hon arbetade i så stor omfattning att hennes arbetsförmåga inte kunde anses nedsatt med minst hälften. Kassan beslöt därför med åberopande av AFL 3:7 att ej längre utge sp. RFV och FD ändrade inte kassans beslut (FD 771208 dnr 1124/77).

I FRM 820512 mål nr 5836/80 godtog dock domstolen arbete med 3-årigt dagbarn 9 tim/dag för halv sp. Kassan hade dragit in df:s halva sp (Östergötlands läns allmänna försäkringskassa 800905).

Df får inte heller utföra förvärvsarbete som är *jämförbart* med hennes/hans vanliga.[78] Man är också restriktiv med att godta, att df

utför någon annan typ av arbete under sjukskrivningen, även om detta arbete inte är så betungande, som det hon/han i vanliga fall brukar utföra. Som exempel kan nämnas att en tjänstledig sjukgymnast, som deltog i en pedagogisk kurs inte ansågs arbetsoförmögen, då hon trots sjukdomen kunde delta i utbildningen (FRM 821014 mål nr 1104/81).

Som allmän regel brukar anges att arbete, som inte har nämnvärd *ekonomisk betydelse* och som inte menligt påverkar tillfrisknandet, inte utgör hinder för rätt till hel sp.[79] Så snart df erhåller en mer betydande ekonomisk ersättning för det arbete hon/han utför, föreligger inte längre rätt till sp. Det hänger givetvis samman med det syfte, som sp-ersättningen är tänkt att tjäna, nämligen att vara en kompensation för ett inkomstbortfall och därmed möjliggöra fortsatt försörjning, trots att df insjuknat. Skulle df kunna möjliggöra sin försörjning inom ett annat yrkesområde och samtidigt uppbära sp, därför att hon/han var arbetsoförmögen i sitt vanliga yrke, skulle syftet med sp-försäkringen gå om intet. Men syftet med försäkringen går inte förlorat, om df har visst ekonomiskt utbyte av det arbete hon/han utför under sjukperioden, om detta är alldeles för litet för att utgöra ett försörjningsalternativ.

I ett rättsfall från FRN (801110 mål nr 2609/79) hade df insjuknat vid lunchtid ena dagen och fullständigt avhållit sig från sitt ordinarie arbete dagen därpå. På kvällen hade hon dock känt sig bra och utfört fyra timmar extraarbete som lärare. Vare sig kassan eller rätten ville utbetala någon sp för denna dag, eftersom man inte fann det styrkt, att arbetsförmågan varit nedsatt med minst hälften. I detta fall ansåg man, att df inte var berättigad till sp troligen beroende dels på att arbetet medförde inkomst för df dels på omfånget av extraarbetet.

4.5.2.2 Sammanträden

Jag inleder med ett publicerat avgörande rörande bedömningen av df:s rätt till sp, då df under pågående sjukskrivning deltagit i kommunala sammanträden.

Df, som hade anställning som maskinförman vid en möbelfabrik, uppbar sp under viss tid på grund av genom olycksfall i arbetet ådragen skada i högra handen. Df var alltså tvivelsutan helt arbetsoförmögen i sitt vanliga arbete. Vid tre tillfällen under sjukperioden fullgjorde han kommunala förtroendeuppdrag i kommunens skolstyrelse samt i kommunens kommunalnämnd. Kassan fann på grund härav df:s arbetsförmåga inte vara fullständigt nedsatt under ifrågavarande tre dagar och utgav därför endast halv sp. Df besvärade sig

och framhöll, att två av sammanträdena börjat kl 15.00 och det tredje kl 16.00. För varje sammanträde hade arvode till honom utgått med 25 kr. - RFV ändrade inte kassans beslut. I besvär hos FD framhöll df, att det inte var fråga om sammanträden, som pågått under avsevärd dagtid. De hade varit av kortvarig natur och fick närmast anses ha hållits på kvällstid. I yttrande till FD tillstyrkte RFV bifall till besvären och åberopade omfattningen av det arbete df haft under de ifrågavarande tre dagarna. FD fann, att det förhållandet, att df deltagit i kommunala sammanträden vid tre tillfällen, inte utgjorde hinder för hans rätt till hel sp under dessa dagar.[80]

FD gav inte någon egentlig motivering till att besvären bifölls. RFV däremot menade, att en bifallande dom borde ha sin grund i omfattningen av det arbete som utförts under sjuktiden. RFV torde i högre grad ha menat den tidsmässiga än den ekonomiska omfattningen av arbetet. Det är troligt, att samma skäl har legat till grund för FD:s dom.

Sjukpenningrätten vid deltagande i sammanträden har i cirkulär[81] behandlats av Malmöhus allmänna försäkringskassa,[82] som fastställt vissa riktlinjer härför:

Vid kommunal/landstingskommunal förtroendemans deltagande i sammanträden skall sp-rätten bedömas i förhållande till sammanträdestiden: sammanträdestid om högst två timmar medför ingen reduktion på sp; sammanträdestid över två timmar men högst 4 timmar medför att halv sp utbetalas för sammanträdesdagen, och sammanträdestid över 4 timmar medför att ingen sp utbetalas för sammanträdesdagen. Det är endast tidsfaktorn som beaktas inte arvodets storlek. Avgörande för tillämpningen är verklig sammanträdestid och inte förberedelse- och inställelsetid.

Är df:s SGI till största delen grundad på uppdragsinkomster, skall fk ta ställning till om df genom bevistande av sammanträden utför en del av sitt vanliga arbete och i vilken utsträckning arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom.

Vid deltagande i ideella föreningars sammanträden bedöms df:s sp-rätt med beaktande av sjukdom, yrke/sysselsättning och arbetshinder.

Nedsättningen av arbetsförmågan hos en sjukskriven invandrare, som deltar i språkundervisning under sjukfallet, har också varit föremål för ett flertal kassaavgöranden. Malmöhus allmänna försäkringskassa har i cirkulär[83] behandlat denna fråga.[84] Invandrares rätt till ledighet och lön vid deltagande i svenskundervisning regleras i särskild lag.[85] Enligt denna har här i landet bosatt utländsk arbetstagare, som deltar i undervisningen som avses i lagen, rätt till lön från arbetsgivaren under högst 240 lektionstimmar. Lönen för varje lektionstimme får inte understiga den lön som skulle ha utgått, om arbetstagaren under motsvarande tid utfört arbete för arbetsgivarens räkning under ordinarie arbetstid. Vid beräkning av lönen räknas en lektionstimme som en arbetstimme.

Undervisningen genomförs antingen på arbetstagarens fritid eller på hans arbetstid. Undervisning på fritid meddelas under varierande antal lektionstimmar per dag och vecka. Undervisning på arbetstid sker 1 - 2 dagar per vecka med i regel 4 lektionstimmar per dag eller i form av intensivundervisning 5 dagar per vecka med sammanlagt 20 eller 30 lektionstimmar per vecka.

Om sjukskriven försäkrad deltar i ovannämnda undervisning på fritid, påverkar detta inte hans rätt till sp, om han har läkares tillstånd att under sjukskrivningstiden delta i undervisningen. Vid studier på arbetstid 1 - 2 dagar per vecka erhåller df halv sp för dagar, då han deltar i undervisningen under förutsättning att antalet lektionstimmar och arbetstimmar ifrågavarande dag motsvarar högst hälften av det antal timmar, som han skulle ha arbetat och/ eller deltagit i språkundervisning, om han inte var sjuk. För övriga dagar utges sp enligt läkarintyg/försäkran. Vid intensivstudier på arbetstid erhåller df halv sp, om antalet lektionstimmar och eventuella arbetstimmar är högst 20 per vecka och inte överstiger hälften av det antal timmar, som han skulle ha arbetat och/eller deltagit i språkundervisning om han inte varit sjuk. Om antalet lektionstimmar och eventuella arbetstimmar överstiger 20 per vecka föreligger i regel inte rätt till sp. För rätt till sp under deltagande i undervisning på arbetstid erfordras, att df inte bryter mot läkarens föreskrifter genom att delta i undervisningen.

4.5.2.3 Hemsysslor

En inte helt ovanlig fråga är, i vad mån en person, som är arbetsoförmögen i sitt vanliga förvärvsarbete på grund av sjukdom, äger rätt att utföra *hemsysslor* utan att sp dras in.

Df, som var föreståndare för ett konfektionsföretags strykavdelning, led av multipelschleros och uppbar hel sp på grund av försämrat hälsotillstånd. Df hade vid utredning befunnits utföra arbete i hemmet i sådan omfattning, att enligt kassans förmenande rätt till hel sp inte kunde föreligga. I stället beslöt kassan att utge endast halv sp. RFV ändrade inte kassans beslut men ansåg i yttrande till FD, att "vid bedömning av arbetsförmågan för förvärvsarbetande försäkrad, som på grund av sjukdom är urståndsatt att utföra sitt förvärvsarbete, hänsyn skulle tas till hemsysslor endast om dessa utförs i ökad omfattning under sjukskrivning". Det befanns att df helt avhållit sig från förvärvsarbete samt inte utfört hemsysslor i större utsträckning än före sjukskrivningen, varför FD fann hel arbetsoförmåga med rätt till hel sp för df föreligga.[86]

Det går inte att utläsa av rättsfallet huruvida bakom RFV:s och FD:s resonemang har legat uppfattningen att det arbete df utförde inte var av sådan ekonomisk betydelse för df eller för df:s familj (sammanboende), att rätt till sp av den orsaken inte längre förelåg,

eller uppfattningen, att hemsysslorna inte inverkade menligt på df:s möjligheter att tillfriskna. Df:s arbetsförmåga relaterades till df:s ordinarie förvärvsarbete, och arbetsinsatsen i hemmet ansågs helt enkelt inte relevant vid bedömningen av arbetsoförmågan.

När det gäller den ekonomiska vinning[87] man kan ha av att utföra visst arbete, ser man inte endast på i vad mån lön, arvode och andra ersättningar har utgivits till df. Arbetet kan vara av ekonomisk betydelse ändå för df, för närstående till df eller för annan. Som exempel har i doktrinen anförts, att en sjukskriven, som använder sin lediga tid till att utföra ett inte alltför obetydligt arbete i hemmet, t ex reparationsarbeten på den egna villan, inte kan få hel sp.[88] Huvudprincipen är även i detta fall, att df inte får utföra mer arbete hemma, än hon/han vanligtvis brukar utföra.

4.5.2.4 Studier

Frågan om *studier* är en sådan aktivitet som df inte får ägna sig åt under pågående sjukskrivning utan att förlora rätten till sp aktualiseras ofta i rättstillämpningen, då df är studerande och har en SGI baserad på feriearbete och sjukdomen är av den art, att df kan studera men är arbetsoförmögen i sitt feriearbete.

En studerande på heltid med SGI grundad på feriearbeten var sjukskriven med hel arbetsoförmåga under diagnosen "haematuria" från 17 dec ett år till 15 mars nästa år. Kassan inhämtade, att df haft sedvanligt jullov samt under större delen av sjukskrivningstiden deltagit i undervisningen vid skolan. Kassan fann, att df:s arbetsförmåga inte varit nedsatt i sådan omfattning att sp kunde utgå för de dagar då df varit närvarande i skolan. Df besvärade sig och framhöll att hänsyn borde tagas till hans förmåga att utföra det arbete som sp baserade sig på, dvs sommararbetet. Varken RFV eller FD biföll besvären (FD 781114 dnr 671/78).

Av rättsfallet framgår inte om FD har relaterat arbetsförmågan till feriearbetet, som i och för sig ligger till grund för SGI:n eller till skolarbetet (studiearbetet). En rimlig tolkning torde vara, att relateringen sker till feriearbetet, men att ett deltagande i skolarbetet leder till att det inte kan anses vara styrkt, att hel (halv) arbetsoförmåga föreligger i förhållande till feriearbetet. Efter denna FD-dom kom några avgöranden, som pekade i en annan riktning. Jag refererar två mellaninstansavgöranden, där fk följt FD:s linje, medan FR hade ett annat synsätt:

Kopparbergs läns allmänna försäkringskassa beslöt 781006 att inte utge sp, eftersom df var oförhindrad att studera, vilket enligt kassan

medförde att hans arbetsförmåga inte kunde anses så nedsatt, att rätt till sp förelåg. FRN däremot fann, att df:s arbetsförmåga - trots att han kunnat deltaga i teoretiska studier - varit helt nedsatt på grund av sjukdom (FRN 790918 mål nr 891/79).

Gävleborgs län allmänna försäkringskassa fattade 790223 ett beslut av samma innehåll som kopparbergskassan och utifrån samma faktiska omständigheter. Kassan tillstyrkte sedan bifall till besvären och framhöll, att df, som var studerande, hade en SGI om 5.000 kr grundad på extra arbete som lokalvårdare. I läkarintyget anmärktes, att df fick gå i skola men inte utföra något kroppsarbete. FRN fann, att df - trots att hon kunnat deltaga i teoretiska studier - varit helt ur stånd att utföra sitt arbete som lokalvårdare (FRN 801014 mål nr 2207/79).

Båda dessa domar leder till antagandet, att om SGI:n är baserad på feriearbete och df är på grund av sjukdom arbetsoförmögen i detta feriearbete sp skall utgå, trots att df kan bedriva teoretiska studier. FRS kom 810831 med en dom som motsade detta antagande:

Df hade en årsinkomst om 12 300 kr grundad på inkomst av anställning som affärsbiträde hos Domus, där hon arbetade alla lördagar samt skollov. Under den aktuella sjukskrivningstiden hade hon inte kunnat arbeta på Domus. I läkarintyget, som uppgav diagnosen "Op hallux valgus" (snedställd stortå), angavs att hon fick lov att gå i skola. Kristianstads läns allmänna försäkringskassa beslöt 791217 att inte utge sp, vilket inte heller FRS gjorde med motiveringen att hennes arbetsförmåga inte var nedsatt i sådan omfattning, att sp kunde utgå för de dagar hon studerat (FRS 810831 mål nr 1662/80). T 2 S har i ett meddelande 810923 till OE framhållit, att då df:s SGI var direkt grundad på hennes feriearbete, hennes arbetsförmåga skall anses fullständigt nedsatt på grund av oförmåga att utföra sagda feriearbete. Enligt uppgift från FRS har domen dock ej överklagats.

I två andra domar, den ena från FRS, som fortsatt på den inslagna vägen (820510 mål nr 1171/80), och den andra från FRN, som frångått sin tidigare inställning (820513 mål nr 687/81), har 3:7-tillstånd inte ansetts föreligga, då df varit tjänstledig för studier inom eget yrkesområde och därför haft en SGI baserad på tidigare förvärvsarbete, och sjukdomen gjort df arbetsoförmögen i detta förvärvsarbete men inte hindrat df från att fullgöra studierna fullt ut.

4.5.2.5 Fritidsaktiviteter

I vad mån kan andra aktiviteter, som df deltagit i under en sjukperiod, inverka på rätten till sp? [89] Det kan vara fråga om aktiviteter av roande och avkopplande karaktär såsom idrottsutövningar av olika slag, resor,[90] *fritidssysselsättningar* såsom bio, dans m m, kort

sagt allehanda aktiviteter, som inte har något samband med förvärvsarbete och hemarbete. Fem avgöranden får illustrera den skiftande bedömningen. Även om df velat se aktiviteten som en fritidssysselsättning är sambandet med förvärvsarbete påtagligt i två av fallen.

Df, busschaufför till yrket, var enligt läkarintyg sjukskriven med hel arbetsoförmåga p g a ryggsmärtor under tiden 9 - 30 viss månad. Sjukskrivningstiden förlängdes sedan en månad. En dag under denna tid deltog df i en bilorienteringstävling. Sedan detta kommit till kassans kännedom, fann kassan, att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften och utbetalade inte sp fr o m den dag han deltagit i orienteringstävlingen. Df besvärade sig och anförde yttrande från kirurgspecialist, i vilket framkom att df hade besvär med ventrikel och bukspottskörtel: "Detta är snarast att uppfatta som stressfaktorer ifrån patientens arbete. Att patienten, som enligt intyget tillåts vistas ute, har deltagit i någon form av orienteringstävling har väl knappast påverkat hans sjukdom negativt". RFV och FD ansåg, att eftersom df kunnat deltaga i en bilorientering hans arbetsförmåga fr o m den dagen inte kunde anses nedsatt med minst hälften. Två ledamöter i FD var skiljaktiga och menade att mot bakgrund av vad som framkommit om df:s sjukdom - dess orsaker, karaktär och varaktighet - df:s deltagande i bilorienteringen inte utgjorde bevis för att hans arbetsförmåga i yrket som bussförare inte skulle vara nedsatt på grund av sjukdom på sätt som framkommit i läkarintyg. De menade följaktligen, att besvären borde bifallas (FD 781229 dnr 1385/78).

Df, som var helt sjukskriven på grund av ryggbesvär, hade av sjukkontrollör anträffats i ett garage tillsammans med en kamrat. Df förnekade, att han utfört något arbete och uppgav, att han vistats i garaget för att fördriva tiden och hålla kamraten sällskap. Kopparbergs läns allmänna försäkringskassa beslöt 780417 att endast utge en halv sp med motivering, att df arbetat i så stor utsträckning, att han inte var berättigad till hel sp. FR däremot fann efter att ha tagit del av olika handlingar rörande df:s medicinska status, att df fortfarande var berättigad till hel sp (FRN 791008 mål nr 346/79).

Df var sjukskriven för utredning av hjärtbesvär under några veckor. Under denna tid hade df vid två tillfällen spelat dragspel på en restaurang. Den sjukskrivande läkaren fann, att df genom sitt handlande brutit mot givna föreskrifter. Västmanlands läns allmänna försäkringskassa fann i beslut 780904 att df utfört förvärvsarbete i sådan utsträckning att han inte hade rätt till sp och att han inte följt läkares föreskrifter. Kassan hänvisade både till AFL 3:7 och 20:3. FR fann att df:s arbetsoförmåga inte var styrkt (FRM 800208 mål nr 2357/79). Även om df inte i vanliga fall arbetade som musiker utan såg spelandet som en trevlig avkoppling uppbar han ersättning härför, varför df egentligen utförde förvärvsarbete under sjukskrivningsperioden.

Ett likartat fast mer uppenbart fall avgjorde FRN i dom 800624 mål nr 2001/79. Detta är egentligen ett fall av förvärvsarbete under sjukskrivningsperiod, men jag anför det ändå i detta sammanhang p g a arbetets karaktär. Df var anställd som musiker i en dansorkester. Han deltog i orkesterns framträdanden och hade därutöver till uppgift att ha kontakt med arrangörer. Inkomsten av hans arbete som musiker beräknades till 86.000 kr per år. Df arbetade dessutom extra som taxichaufför. Av sistnämnda arbete beräknades en inkomst om 10.000 kr per år. Under något mer än två veckor hade df medverkat i orkesterns framträdanden på skilda platser i landet vid nio tillfällen. Df anförde, att han varit med orkestern och spelat men inte hela kvällen. Han hade inte varit med vid packningarna och inte orkat med något kontorsarbete på grund av värk. Under sjuktiden hade han inte kört buss eller taxi. FRN fann, att han inte var berättigad till sp och krävde återbetalning. Df fullföljde talan till FÖD. RFV yrkade att besvären skulle lämnas utan bifall, vilket FÖD också gjorde utan någon egen motivering (FÖD 810623 mål nr 1210/80:9).

Df, som varit långvarigt sjukskriven och tillerkänts halvt sjukbidrag för viss tid, var efter pensionsbeviljandet alltjämt helt sjukskriven p g a halsryggbesvär och tillerkändes fortsatt hel sp. Vid av kassan företagen utredning uppgav df, att hon inte kunde återgå i arbete. Största hindret var resorna mellan hemmet och arbetsplatsen. Avståndet mellan hemmet och arbetsplatsen var cirka tre mil. Kassan, som hade kännedom om att df hade företagit en semesterresa med bil och husvagn till England, fick av df under utredningen upplysning om att hon inte själv kört bil under semesterresan. Familjen hade kört små sträckor - 20 mil per dag. Hon hade ofta vilat i bilen och resan hade gått bra utan smärtor. Fk:s förtroendeläkare ansåg, att df helt klart borde kunna begagna buss som fortskaffningsmedel mellan bostaden och arbetsplatsen samt att hon ej borde vara förhindrad att utföra sitt förvärvsarbete som receptionist. Df anförde å sin sida ett läkarutlåtande, varav bl a framgick, att df opererats i halsryggen år 1972 och att hon inte blivit bättre i nacken. Df besvärades av värk i nacken, huvudvärk och värk som strålade ut mot axlar och armar. Dessa besvär accentuerades, när hon satt stilla i samma ställning. Hon klarade inte att sitta och skriva, handarbeta eller köra bil. Hon orkade inte lyfta eller ta i någonting. Hon hade även svårigheter att vrida huvudet i olika lägen. Hon klarade inte utan stor svårighet de enklare sysslorna hemma. Inte heller klarade hon tvätt, disk och tyngre städning. Hon tyckte också hon klart försämrades, då hon satt och åkte buss och skakade mot hårt underlag. Hon hade provat att arbeta halvtid vid kommunens reception. Detta arbete var ur ryggsynpunkt mycket lämpligt. Det var ett lätt rörligt arbete utan påfrestningar. Periodvis hade hon klarat detta arbete på halvtid men periodvis försämrats. Slutligen hade påfrestningarna blivit för stora för nacken och hon hade ej orkat längre, varför hon hade helt sjukskrivits och rekommenderats helt

sjukbidrag. Df:s besvär var av sådan art, att hon hade svårigheter att orka med heltidsarbete. Englandsresans betydelse gick inte att bedöma. - Förtroendeläkaren vidhöll sin uppfattning och anförde bland annat, att en daglig bussresa tur och retur var av ojämförligt lägre ansträngningsgrad för ryggen än resa med bil och husvagn. Semesterresan hade inneburit flera hundra mils resande inom loppet av tre veckor. Skakningarna i ett husvagnsekipage vid igångsättning och inbromsning samt vid vindkastningar i sidled var inte att jämföra med bekvämligheten vid resa med modern buss under kort tidsperiod dagligen till och från arbetet. Fk beslöt att inte utge sp, eftersom det inte kunde anses styrkt, att df:s arbetsförmåga på grund av sjukdom var nedsatt med minst hälften. RFV ändrade inte kassans beslut, medan FD fann att df:s arbetsförmåga varit fullständigt nedsatt under den ifrågavarande tiden och fann henne berättigad till hel sp (FD 790522 dnr 1681/78).

I samtliga fem fall har den av df utförda aktiviteten påverkat fk:s bedömning av df:s arbetsförmåga. Utförandet av aktiviteten har ansetts vara bevisning nog, att df inte är arbetsoförmögen. Annan bevisning som i vanliga fall brukar tillmätas högt bevisvärde såsom läkarintyg har inte ansetts kunna styrka arbetsoförmåga med undantag av ett par överinstansavgöranden. I ett par av fallen torde den utförda aktiviteten inte ha kunnat vara av någon större betydelse sett i förhållande till den medicinska bedömningen och till det arbete som arbetsförmågan enligt lag skall relateras (se nedan 5.6 och 5.7). Det har varit aktiviteten som sådan, inte vad man kan utläsa av denna om df:s arbetsoförmåga, som varit avgörande för om df fått rätt till ersättning. I några andra fall har dock aktiviteten stridit mot det profylaktiska momentet i rätten till sp, dvs df har inte iakttagit vad df bort iakttaga för sjukdomens botande.

4.5.2.6 Företagares arbetsinsats

I rättstillämpningen framkommer att svårigheter många gånger föreligger att bedöma graden av arbetsförmågans nedsättning hos en *företagare*. Arbetets natur kan vara av mycket skiftande karaktär. Arbetet kan exempelvis bestå i att leda eller utöva tillsyn över verksamheten och sådana uppgifter kan df ibland utföra, trots att hon/han är sjuk. Om rörelseidkaren i stort sett utför sitt vanliga arbete, anses hon/han inte berättigad till sp, eftersom arbetsförmågan, som relateras till det arbete df vanligtvis brukar utföra, inte är nedsatt med minst hälften. Om däremot endast vissa arbetsmoment regelbundet utförs under sjukperioden och dessa kan anses motsvara högst hälften av df:s vanliga arbete, kan halv sp utgå.[91]

FD tog i en dom från 770607 ställning till huruvida arbetsoförmåga förelåg hos en egenföretagare, som under vissa dagar under sjukskrivningstiden utfört arbete i sin rörelse. FD ändrade inte RFV:s beslut, som innebar, att df erhöll halv sp de dagar df arbetat mellan 4 och 5 timmar per dag, hel sp de dagar df fullständigt avhållit sig från förvärvsarbete och ingen sp de dagar df arbetat heltid (dnr 2200/76).

Df var helt sjukskriven av läkare med diagnos "psykisk insufficiens". Som föreskrift hade i läkarintyget bl a angetts: "får sysselsätta sig med trädgårdsarbete". Vid fk:s utredning av df:s rätt till sp framkom, att df, som vid sidan av sin heltidsanställning vid ett stålföretag bedrev trädgårdsrörelse, skött trädgårdsrörelsen i normal omfattning under sjukskrivningstiden. Fk fann att df:s arbetsförmåga inte var helt nedsatt och utgav endast halv sp. I FRN anförde df, att det arbete han utfört i sin trädgårdsrörelse endast bestått i vattning och vädring av drivbänkar och att han av läkare haft tillstånd att utföra dessa sysslor. Vidare ansåg han det anmärkningsvärt, att han erhållit endast halv sp, eftersom han helt avhållit sig från arbetet vid sin ordinarie arbetsplats och att, om någon del av sp skulle ha bortfallit, det hade varit logiskt att den sp, som svarade mot inkomsten från trädgårdsrörelsen, 7 kr per dag, bortfallit. Både FRN (790423 mål nr 615/79) och FÖD (800422 mål nr 703/79:7) delade kassans bedömning och biföll inte besvären. (Jfr även FRS 810227 mål nr 3753/79).

FRS avgjorde 810227 ett mål (nr 5662/79), som gällde en p g a magbesvär helt sjukskriven byggmästare, som under sin sjukskrivning vid olika tillfällen besökt sitt kontor för att öppna post och gå igenom handlingar av brådskande natur. FRS ändrade inte Malmöhus allmänna försäkringskassas beslut 790320, som gick ut på, att, eftersom df utförde arbete, hans arbetsförmåga inte var fullständigt nedsatt men dock nedsatt med minst hälften, varför df var berättigad till halv sp. FÖD ändrade inte rättens dom (811215 mål nr 608/81:5; se även FÖD 821020 mål nr 1762/81:1).

Knappt ett år tidigare hade rätten avgjort ett liknande ärende. Det gällde en egenföretagare, som under sjukskrivningsperiod (gastrit och hiatusbråck) undertecknat mottagande av någon eller några rekommenderade försändelser och undertecknat någon eller några checkar samt ett bankgirouppdrag för företagets räkning. Vid några korta telefonsamtal hade även företaget berörts. Bohusläns allmänna försäkringskassa hade beslutat 790501 att endast utge halv sp. Df hade hos FR anfört bl a: "Skulle åtgärder av nu ifrågavarande slag anses innefatta arbete som reducerat sjukpenningen skulle detta innebära, att personer i ansvarig ställning icke har möjlighet att vid sjukdom erhålla full sjukpenning. En person i ansvarig ställning har nära nog aldrig möjlighet att direkt klippa av alla arbetsmoment och låta dessa vila, till dess sjukdomen är överstånden. Det kan ej vara i enlighet med lagstiftarens intentioner, att en sjukskriven person, som i egenskap av firmatecknare för ett företag gör så enkla åtgär-

der som att skriva på mottagningskvitto på rekommenderade skrivelser och check för att härigenom möjliggöra, att hans medarbetare kan fullgöra de uppgifter företaget åtagit sig och få lön för sitt arbete, därigenom skulle fråntagas halva den sjukpenning han eljest skulle vara berättigad till". FRS fann också, att det inte i målet visats, att df utfört arbete i sådan omfattning som motiverade utgivande av endast halv sp (FRS 800429 mål nr 6868/79). - RFV anförde besvär (800630 0E:s dnr 02/918:80) och yrkade, att kassans beslut skulle fastställas och menade, att, med hänsyn till formuleringen i AFL 3:7 (fullständig nedsättning), han endast var berättigad till halv sp under perioden. FÖD fann sedan på de skäl RRV anfört, att df endast var berättigad till halv sp (FÖD 801119 mål nr 956/80:4).

FÖD har alltså gjort en bokstavlig tolkning av kravet på "fullständig nedsättning av arbetsförmågan" med den innebörden, att något utförande överhuvud av arbetsuppgifter av vad slag det vara må, som ingår i det vanliga förvärvsarbetet, inte kan utföras utan att påverka rätten till sp. Det profylaktiska arbetsoförmågebegreppet synes här ha fått tämligen litet utrymme. Istället har tyngdvikten lagts vid df:s förpliktelse att avhålla sig från arbete överhuvud under pågående sjukfall. Att även en ringa arbetsinsats är en avvikelse från nämnda förpliktelse i dessa fall torde hänga samman med de för fk större svårigheterna till kontroll av denna yrkeskategori.

Rättsutvecklingen torde också ha skärpts något under de senaste åren. Detta framgår vid en jämförelse mellan FD-domen från 1977 med FÖD-domen från 1980. Med nuvarande praxis skulle df troligen inte ha erhållit någon sp alls i det förra fallet. Numera tycks det vara tillräckligt för att arbetsförmågan inte skall anses fullständigt nedsatt, att df utfört en smärre arbetsuppgift vid några enstaka tillfällen.

För en egenföretagare som också har anställning kan svårigheter uppstå för de rättstillämpande myndigheterna att avgöra graden av arbetsnedsättning, om df är arbetsför i anställningsarbetet men inte i det egna företaget. I rättstillämpningen finns exempel på att man låtit inkomstens storlek avgöra om arbetsoförmåga varit för handen och inte omfånget av arbetsinsatsen. Om df arbetat lika mycket i båda sysselsättningarna men har högre SGI för det ena arbetet än för det andra, anses arbetsförmågan inte nedsatt med minst hälften, trots att arbetsinsatsen varit reducerad med hälften (se exv det publicerade avgörandet FD 1968 ref 30 och FÖD 800930 mål nr 5/80:7).

4.5.3 Hemarbetandes arbetsinsats.

4.5.3.1 Hemmamakeförsäkrade

En försäkrad med en sp grundad på förvärvsarbete har som ovan angivits[92] rätt att med bibehållen sp utföra hemsysslor. Problemet blir ett annat, om det är en *hemarbetande* som uppbär sp. Prövningen görs i förhållande till df:s faktiska möjligheter att utföra sedvanliga hemsysslor. Det är den faktiska oförmågan att utföra dessa som tillmäts relevans vid avgörandet om sp-rätt är för handen. Det profylaktiska momentet i sp-rätten har för de hemmamakeförsäkrade mindre betydelse. Om en hemmamakeförsäkrad ägnar sig åt hemsysslor om än i liten utsträckning, torde hon i likhet med egenföretagarna förlora rätten till sp.[93] Om en hemmamakeförsäkrad gör gällande, att hon/han normalt aldrig eller endast i ringa omfattning ägnar sig åt hushållsarbete, anses detta inte påverka sp-rätten. I stället skall utrönas med ledning av "Försäkran för sjukpenning" (i förekommande fall kompletterad med läkarintyg), vad df med hänsyn till sin sjukdom ändå skulle kunna utföra av hemsysslor om så erfordrades.[94]

Då df vid dessa sjukdomsfall inte har någon inkomstförlust som ledning vid bedömande av nedsättningen av arbetsförmågan, förekommer inte halv sp.[95]

I socialvårdskommitténs betänkande framhölls, att erfarenhetsmässigt är handhavandet av bestämmelsen om nedsatt (halv) sp förenad med vissa svårigheter. Socialvårdskommittén ansåg det dock mycket önskvärt, att nedsatt sp kunde utges i vissa fall. Kommittén föreslog, att halv sp skulle utges, försåvitt sjukdomen förorsakade nedsättning av såväl arbetsförmågan som inkomsten av förvärvsarbete med minst hälften och förutsättningarna för utgivande av hel sp inte förelåg. Halv sp skulle dock inte kunna utges till familjeförsäkrad hustru. "Det torde nämligen vara omöjligt att beträffande dessa försäkrade, vilka i regel sakna inkomst av förvärvsarbete, med någon större säkerhet fastställa storleken av arbetsförmågans nedsättning."[96]

Svårigheten att kartlägga omfattningen av en hemmamakeförsäkrads arbetsinsats innebär enligt RFV, att sp i regel endast bör utges "när det på ett övertygande sätt kan anses styrkt att förlust av arbetsförmågan föreligger".[97] Det har kommit att betyda, att fk ställer högre beviskrav på att arbetsförmågan är fullständigt nedsatt p g a sjukdom, när en hemmamakeförsäkrad sjukanmäler sig än när en förvärvsarbetande gör det.

4.5.3.2 Fosterföräldrar

I detta avsnitt skall jag behandla sp-rätten för dem som vårdar *fosterbarn*[98] och uppbär fosterbarnersättning, eftersom flera av dem inte har något förvärvsarbete (i övrigt) eller om så är fallet, detta som regel endast är av tämligen ringa omfattning (se dock FD 760615 dnr 2115/75). Det vanliga synsättet är, att man i och för sig inte uppfattar fosterbarnvård som ett förvärvsarbete, vilket leder till att df överhuvud inte kan erhålla sp. Men frågan är om ett aktivt deltagande i den faktiska fosterbarnvården kan leda till att df inte anses arbetsoförmögen och därmed förlorar rätt till sp. Jag inleder med några äldre avgöranden, där frågan om handhavandet av fosterbarn påverkat arbetsoförmågebedömningen och därmed rätten till sp har aktualiserats.

Df hade en SGI på 36.000 kronor av anställning och 7.200 kronor av annat förvärvsarbete. Df:s SGI av annat förvärvsarbete än anställning avsåg fosterlön för en fosterson. I anledning av ett sjukdomsfall utgav kassan hel sp till df beräknad efter ovannämnda inkomster. Efter viss utredning, varvid framkom att df även under sjukskrivningen utövade tillsynen av fostersonen, beslöt kassan att utge endast halv sp med hänsyn till omfattningen av det arbete df utförde åt sin fosterson. Över fk:s beslut anförde df besvär hos RFV. Hon yrkade därvid att utfå sp med avstående från den del av sp, som belöpte på fosterlönen. RFV fann, att df:s arbetsförmåga varit nedsatt med minst hälften men inte fullständigt nedsatt. Vid sådant förhållande skulle enligt AFL 3:7 andra stycket halv sp utgå. Df:s yrkande om en större sp än hälften av hel sp kunde därför inte lagligen bifallas. FD ändrade inte detta beslut (FD 760615 dnr 2115/75).

I fallen FD 771129 dnr 1425 och 1426/76 rörande samma df hade df under båda sjukperioderna uppburit full fosterlön. Vid det första sjukdomsfallet hade df p g a bihåleinflammation varit sängliggande de första dagarna med 40 graders feber. Vid det andra sjukfallet skulle df vila enligt föreskrift i läkarintyg. Hon hade haft någon feber de första dagarna, då hon legat till sängs. RFV och FD fann, att df:s arbetsförmåga varit fullständigt nedsatt de första dagarna av den första sjukperioden och därefter nedsatt med minst hälften. Rörande den andra sjukperioden befanns arbetsförmågan inte fullständigt nedsatt men väl nedsatt med minst hälften.

För df hade fastställts en SGI av anställning omfattande 7.300 kronor, utgörande lön för df:s arbete som fosterförälder. I anledning av inträffat sjukdomsfall uppvisade df läkarintyg enligt vilket hon skulle helt avhålla sig från arbete på grund av "Tonsillitis acuta". Df hade ett 9-årigt eget barn samt ett 4-årigt fosterbarn. Fosterbarnet hade hela sjukdomstiden vistats i hemmet och full fosterlön hade utgivits ifrågavarande tid. Under sjukdomstiden hade

df:s make förkortat sin arbetstid för att kunna hjälpa till med barnens skötsel. Han hade därvid fått avdrag på sin lön. Fk beslöt, att, då df:s SGI var baserad på inkomst av fosterlön och då hon även under den tid hon varit sjuk erhållit fosterlön, ej utge sp för sjukdomsfallet i fråga. Eftersom kassan fann, att df under sjukperioden varit oförmögen till arbete enligt AFL 3:7, överlämnade kassan ärendet till RFV för prövning. RFV fann med hänsyn till den vård df under ifrågavarande sjukdomstid ägnat sitt fosterbarn, att hennes arbetsförmåga inte kunde anses fullständigt nedsatt. Emellertid fann verket, att hennes arbetsförmåga fick anses nedsatt med minst hälften och att halv sp skulle utgå, trots att df under sjukdomstiden uppburit full fosterlön. FD fastställde RFV:s underställda beslut (FD 770303 dnr 2513/76, FD 1977 ref 22).

För df hade på grundval av inkomst av fosterbarnsvård fastställts en SGI av 6.700 kronor. Enligt till kassan inkommet inskrivningsbesked hade df intagits på konvalecenthem. Hon hade vårdats där under hela sjukskrivningstiden. Fk förklarade i beslut, att sp inte kunde utgå för sjukdomsfallet i fråga, eftersom fosterlön utgått under sjukdomstiden. Över fk:s beslut anförde df besvär hos RFV. Hon anförde därvid bl a, att hennes make under sjukskrivningstiden med lejd hjälp och med hjälp från anhöriga skött hemmet. RFV fann, att df under ifrågavarande sjukperiod haft sin arbetsförmåga fullständigt nedsatt och att hon därunder inte utövat någon fosterbarnsvård. På grund därav - och oaktat att df under sjukdomstiden uppburit full fosterlön från sin hemkommun - förordnade verket, att hel sp skulle utgå till df vid sjukdomsfallet. FD fastställde RFV:s beslut (FD 770303 dnr 2514/76, FD 1977 ref 22).

Df hade en SGI på 7.800 kronor av anställning (fosterlön). Df sjukanmälde sig hos fk på grund av skada på höger hands långfinger (droppfinger). Enligt läkarintyg var df helt sjukskriven under tiden 2 juli - 31 augusti. Av den utredning som kassan företog med anledning härav framkom att df i sin vård hade en fosterson och ett eget barn. Båda barnen vistades under sjukdomstiden i hemmet och df uppbar hel fosterlön. Kassan beslöt att inte utge sp för ifrågavarande sjukdomsfall, eftersom df under sjukdomstiden uppbar fosterlön. Över fk:s beslut anförde df besvär hos RFV. Hon uppgav därvid, att fostersonen var så gammal (16 år), att han i stort sett kunde sköta sig själv, att han tagit ledigt från sitt sommararbete för att hjälpa henne i hemmet samt att hon ersatte honom för det arbete han utförde i hemmet. Df yrkade att i varje fall få sp såsom hemmamake. Verket lämnade besvären utan bifall. Hos FD vidhöll df sitt yrkande om sp såsom hemmamake. Hon hade haft handen i bandage största delen av sjukskrivningen. Hon hade under ifrågavarande tid haft hjälp med alla göromål utom dukning och sängbäddning. - FD fann - oaktat df under sjukdomstiden uppburit hel fosterlön - att hennes arbetsförmåga vid ifrågavarande sjukdomsfall varit nedsatt med minst hälften men inte fullständigt (FD 770621 dnr 1009/77). Hon var följaktligen berättigad till halv sp för nämnda tid (jfr FD 771129 dnr 1237/77).

I fallet FD 780509 dnr 2221/77 hade df under sjukperioden (en vecka) legat till sängs i halsfluss och hög feber. Hon hade även sökt läkare, som skrivit ut pencillin. Hon hade två fosterbarn, två respektive fem år gamla. Hon hade dessutom två egna barn, tio respektive åtta år gamla. En grannfru hade tagit hand om fosterbarnen, passat dem ute och givit dem mat antingen i grannfruns hem eller i df:s hem. RFV fann, att df måste ha ägnat sina fosterbarn en viss vård, varför hennes arbetsförmåga inte kunde anses ha varit fullständigt nedsatt men nedsatt med minst hälften. FD däremot fann, att df:s arbetsförmåga var fullständigt nedsatt.

Df var i fallet FD 780622 dnr 2528/77 sjukskriven med hel arbetsoförmåga p g a besvär i vänster axel. Sedermera fick hon besvär även från höger armbåge. Hon var arvodesanställd som fosterbarnvårdare och uppbar fosterlön under sjukdomstiden. Fosterbarnet var 10 år gammalt. I familjen fanns även make och 14-årig dotter, som tillsammans med fosterbarnet hjälpte till med hushållsarbetet. Vidare fick df hjälp i hushållsarbetet av en syster och en svägerska, vilka erhöll ersättning härför. Dessa båda jämte make handhade vården av fosterbarnet. RFV och FD fann, att df hade rätt till halv sp, eftersom arbetsförmågan var nedsatt med minst hälften men ej helt.

Som synes av de anförda avgörandena har aktivitetsgraden vad gäller deltagandet i fosterbarnvården haft betydelse för avgörandet av om fullständig, minst halv eller mindre än halv arbetsförmåga ansågs vara för handen.

Den nu gällande lydelsen av AFL 3:12 kom i lag 1976:279, som trädde i kraft 770101. Enligt lagen skulle bestämmelserna i 3:12 äga motsvarande tillämpning i fråga om sp för tid fr o m 760701.

AFL 3:12 lyder:

"Vårdar försäkrad annans barn under aderton år i hemmet som fosterbarn eller under därmed jämförliga förhållanden och utgår ersättning för vården för tid, då sjukpenning kommer i fråga, bedöms rätten till sjukpenning med bortseende från ersättningen. Sjukpenningens storlek fastställes därvid på grundval av en sjukpenninggrundande inkomst, som ej omfattar sådan ersättning."[99]

Fosterförälders vård av fosterbarn medför i och för sig inte, att sp inte kan utgå för samma tid till föräldern. Fosterföräldern kan fortsätta vården av fosterbarnet med bibehållen fosterlön samtidigt som sp utgår. Fosterförälders SGI delas i stället upp i en del som avser fosterlönen och en del som avser annan förvärvsinkomst. Sp beräknas på den senare delen för ett sjukfall, då df vårdar fosterbarnet samt uppbär fosterbarnersättning.

Regeln har tillkommit för att förhindra att den som uppbär fosterbarnlön går miste om sp baserad på annan SGI än foster-

barnlönen, dvs på annat förvärvsarbete som df inte kan utföra p g a sjukdomen. Om df inte har något förvärvsarbete, skall df:s möjlighet att erhålla sp bedömas utan avseende på den uppburna fosterbarnlönen, [100] vilket framkommit i de ovan anförda rättsfallen.

Principen i AFL 3:12 tycks vara väl i överensstämmelse med inkomstbortfallskompensationsprincipen. Df skall endast erhålla sp i den mån df gjort en inkomstförlust, som sp skall kompensera. Visserligen förekommer undantag från denna princip, som ju som ovan framhållits inte finns uttryckligen lagstadgad. Ett sådant undantag utgör den sp hemmamakarna erhåller. Ofta har inte heller den sp egenföretagarna erhåller någon motsvarighet i en gjord inkomstförlust. Principen framträder tydligast för dem, som har en SGI baserad på anställningsinkomst. Fosterbarnersättning räknas som anställningsinkomst (jfr dock 760615 dnr 2115/75 ovan). Om nu df uppbär denna anställningsinkomst under hela sjukperioden, har df inte tillfogats något inkomstbortfall i denna del som kan kompenseras, varför lagens bestämmelse om att sp ej skall beräknas på SGI:n från fosterbarnlönen förefaller rimlig.

Sker det alltid en avräkning på sp-beloppet av den SGI, som baseras på fosterbarnersättning, då df har SGI baserad även på annat förvärvsarbete?

Df sjukanmäldes den 2 dec 1977 hos fk och var enligt läkarintyg helt sjukskriven för tiden 8 dec 1977 - 7 febr 1978 på grund av gynekologisk sjukdom. Df var intagen på sjukhus tiden 2 - 8 dec 1977 och 5 - 6 jan 1978. Hon vistades i Tyskland under tiden 16 - 30 jan 1978 för behandling. Vid av fk företagen utredning framkom att df till följd av sjukdom inte fick lyfta. En svägerska till df hjälpte till ca tre timmar per dag med förekommande sysslor i hemmet. Df:s make hjälpte även till. Df uppbar ersättning för vård av ett fosterbarn, som var femton år gammalt. Ersättning utgick även under sjukdomsperioden. Malmöhus allmänna försäkringskassa fann 780203 att sp, som var baserad även på fosterbarnlönen, kunde utbetalas till df under de perioder hon var på sjukhus och då hon fick behandling utomlands. I övrigt erhöll hon ingen sp som var baserad på fosterbarnlönen. Hon hade dock annan SGI. Df överklagade och yrkade sp baserad på fosterbarnlönen även för de tider hon inte varit på sjukhus och utomlands. FRS fann att df:s förmåga att vårda fosterbarn var nedsatt med minst hälften men inte fullständigt under den ifrågavarande tiden, varför df var berättigad till halv sp baserad på fosterbarnlönen (FRS 800208 mål nr 94/79).

FÖD prövade ett likartat ärende 801104 (mål nr 149/80:9). Stockholms läns allmänna försäkringskassa hade fr o m tillkomsten av AFL 3:12 till df utgivit sp med bortseende från inkomst av fosterlön. För tid då df var intagen på sjukhus, utgavs sp på grundval av hela

SGI:n, däremot inte för övrig sjukskrivningstid. Df överklagade, och FRM fann att fk:s beslut i princip var riktigt (rätten gjorde en smärre ändring se FRM 791220 mål nr 1368/79). Df fullföljde till FÖD, som inte ändrade FRM:s dom. RFV hade dock medgivit, att df skulle få rätt till halv sp baserad på fosterbarnlönen (OE dnr 01/341:80).

Df, som var sjukskriven hemma för bronkit, erhöll ingen sp baserad på den fosterbarnlön hon uppbar under sjukfallet (se Kristianstads läns allmänna försäkringskassa 790214). Df överklagade och gjorde gällande, att hon varit oförmögen att ta någon aktiv del av vården av fosterbarnet. Hennes make var hemma under dagarna och skötte hushållet och hjälpte det tolvåriga fosterbarnet med de dagliga bestyren. FRS fann att sjukdomen inte kunde anses ha hindrat df att vårda fosterbarnet under ifrågavarande tid och att df inte var berättigad till sp på grundval av ersättningen för fosterbarnvården (FRS 811028 mål nr 4894/79).

Df:s oförmåga att vårda barnet framstår som odiskutabel, när df är på sjukhus eller utomlands. Då bortser man från att df samtidigt med sp baserad på fosterbarnlönen också erhåller denna lön. Det gör man däremot inte, när df är hemma och det inte kan anses uteslutet, att df tar del i barnets vård.

4.5.4 Slutsatser

Rättsfallsgenomgången i avsnitten ovan visar, att kassan och domstolarna formulerar de föreliggande problemen som frågor om huruvida arbetsoförmåga föreligger eller ej. Men i själva verket handlar det om en rättslig prövning av df:s förpliktelse att avhålla sig från arbete och andra aktiviteter under pågående sjukfall. I regel är det fråga om en rent försäkringsrättslig bedömning, som inte har mycket med medicinska överväganden att göra.

Huvudprincipen är att df skall avhålla sig från det arbete, som ligger till grund för sp. Skillnaden i bedömningen av arbetsoförmåga hos hemmamakar och hos andra försäkrade är ett uttryck för denna huvudprincip. Man ställer över huvud inte frågan om det hemarbete en förvärvsarbetande försäkrad utför är lämpligt för hennes hälsa eller inte.

Vidare är bedömningen av fritidsaktiviteter sträng. Inte heller här torde skälen vara av övervägande medicinsk natur, utan bakgrunden är snarare risken för försäkringsmissbruk, om sjukskrivning kan komma att framstå som mer behaglig än det normala förvärvsarbetet.

Stränga krav på *faktisk* arbetsoförmåga gäller för vissa svårkontrollerade grupper, hemmamakar, egenföretagare och även fosterföräldrar vad angår deras vård av fosterbarnen. Begreppet arbetsoförmåga är här relaterat till svårigheten att kontrollera att dessa försäkrade inte utför sina vanliga arbetsuppgifter under sjukskrivningstiden.

Den ekonomiska ersättning som utgått för arbete under sjukskrivningstid har också betydelse vid bedömningen av arbetsoförmågan. I vissa fall har man i rättspraxis dock accepterat att utge sp, trots att df inte gjort någon ekonomisk förlust genom sjukfallet.

Noter

1 Se Lundberg-Malm, a.a. s 129 och S-handbok BA 40.05. I 40.45 bilaga 1 lämnas en beskrivning över blanketten Försäkran för sjukpenning FKF 2219.

2 Lundberg-Malm, a.a. s 121.

3 Lundberg-Malm, a. a. s 128.

4 S-handbok BA 40.05.

5 Se cirkulär (S 40/1980) från Malmöhus allmänna försäkringskassa. S-handbok BA 90.40. Se dock nu RFFS 1982:12.

6 Lundberg-Malm, a.a. s 131

7 SOU 1952:39, s 307.

8 BA 20.01, RFFS, bakgrund till RFFS samt andra myndigheters föreskrifter. Här finns det i det följande anförda utdraget ur "skrivelse till Kungl Försäkringsdomstolen". Följande refererade rättsfall är från tiden före och närmast efter RFV:s skrivelse: FD 1963 ref 2, FD 1963 ref 12, FD 1964 ref 8, FD 1965 ref 34, FD 1968 ref 9, FD 1969 ref 19, FD 1970 ref 18, FD 1971 ref 23 och FD 1972 ref 40.

9 Misstaget att tro att anmälan inte behövt göras med en gång, när det gällt sjukt barn, har inte ansetts ursäktligt i FD 770324 dnr 1914/76. I FRN-domen 810120 mål nr 2099/79 krävdes, att df skulle göra förnyad anmälan av ett och samma vårdfall som kom att löpa över ett årsskifte i och med att antalet dagar för det ena året förbrukats några dagar före årsskiftet. FÖD ansåg dock att det var ursäktligt att ej göra någon ny anmälan i en dylik situation och fann särskilda skäl vara för handen att utge ersättning (811230 mål nr 464/81:8). - Det finns också fall, där glömska har ansetts ursäktlig (FRM 801028 mål nr 7333/79): Df:s dotter hade akutintagits på sjukhus för misstänkt tumör. Df hade tillbringat natten och påföljande dag på sjukhuset och närvarit vid ett flertal provtagningar. Oron och bekymren för dottern hade gjort, att hon glömt att meddela fk. - Felräkning rörande antalet resterande dagar, som ersätts av arbetsgivaren, ansågs inte vara ett ursäktligt misstag av fk, däremot av FRM (800522 mål nr 6027/79), men inte av RFV som överklagade (OE:s besvär 800716 dnr 02/1173:80) FRM:s dom till FÖD, som dömde i enlighet med RFV:s yrkande (FÖD 810513 mål nr 1096/80:3). Andra fall, då glömska inte ansetts ursäktlig, är FD 781128 dnr 1410/78, FÖD 800226 mål nr 733/79:10, FRM 800707 mål nr 7515/79 (att vara stressig nybliven far är inte godtagbart skäl till försenad anmälan), FÖD 800708 mål nr 138/80:7 och FÖD 810303 mål nr 691/80:6.

10 Se FRM 790313 mål nr 4617/79 (FÖD ändrade dock denna dom 800124 i mål nr 301/79:6), FRN 791008 mål nr 1884/79, FRS 800102 mål nr 1093/79

(FÖD ändrade inte FRS:s dom (801125 mål nr 344/80:8)), FRS 800530 mål nr 2719/79, FRS 800627 mål nr 2349/79, FRS 810331 mål nr 8181/79 (FÖD ändrade dock denna dom på besvär av såväl RFV som df (811117 mål nr 925/81:5). Df hade under de två senaste åren vid två tillfällen uppsökt lasarett, varvid lasarettet gjort sjukanmälan. Df trodde, att lasarettet gjorde sjukanmälan även vid det ifrågavarande tillfället, eftersom han inte kände till att sjukbesök, som inte leder till inläggning, inte anmäls av sjukhusen), FRS 810410 mål nr 7966/79 (trots läkares intyg från första dagen; FÖD ändrade inte denna dom (820323 mål nr 889/81:8)).

11 FRS 790618 mål nr 2538/79 (vilken dom dock FÖD ändrade i sin dom 800624 mål nr 932/79:8), FRM 791218 mål nr 6792/79, FRM 810120 mål nr 7482/79; dock ej i FÖD-domen 810623 mål nr 1717/80:7, där domstolen inte ändrade FRS:s dom 801130 mål nr 6508/79 (dvs ingen instans fann att hinder eller särskilda skäl förelåg).

12 Se FRM 790928 mål nr 4401/79 (FÖD fann dock särskilda skäl vara för handen (800708 mål nr 1324/79:6)), FRM 791004 mål nr 5266/79; se även FRN 810317 mål nr 3051/79, där df efter några dagars sjukdom lämnade läkarintyg till granne som arbetade på kassan. Denna dag räknades som anmälningdag.

13 FRS 800331 mål nr 2704/79 och FRN 800422 mål nr 1709/79.

14 FÖD 800708 mål nr 1324/79:6.

15 FRM 800111 mål nr 4649/79, FÖD 800124 mål nr 301/79:6, FRS 810522 mål nr 6727/79 och FÖD 810203 mål nr 431/80:5 (ändring av FRM 800123 mål nr 3414/79).

16 FRN 790320 mål nr 835/79.

17 FRS 791010 mål nr 3249/79 och FRM 791115 mål nr 3829/79.

18 Df opererades polikliniskt på sjukhus och var övertygad om att sjukhuset gjorde sjukanmälan. Malmöhus allmänna försäkringskassa ansåg ej hinder eller särskilda skäl vara för handen att göra anmälan (790111), vilket inte heller FRS (810130 mål nr 5220/79) och FÖD (820512 mål nr 405/81:2) ansåg. RFV hade överklagat och yrkat särskilda skäl (810306 OE:s dnr 02/344:81).

19 I FD-domen 781229 dnr 1126/78 trodde df på felaktiga grunder, att arbetsgivaren gjort anmälan, vilket inte utgjorde särskilda skäl för rätt till ersättning. Detta gäller överhuvud fall, då df inte kände till att hon/han skulle göra anmälan (FÖD 800304 mål nr 330/79:10, (ett undantag är FRS 800604 mål nr 1140/79: df hade aldrig tidigare uppburit 4:8-ersättning), FÖD 800702 mål nr 1411/79:4 och FÖD 801105 mål nr 1094/79:4). På kassanivå har gjorts gällande att försäkrade, som genom arbetsgivarinträde eller överenskommelse om sjukanmälan normalt endast anmäler sjukfall till arbetsgivaren, ofta underlåter att göra egen anmälan om tillfällig vård av barn till kassan. Det finns i detta sammanhang en tämligen välavgränsad grupp av rättsfall, där domstolarna anser, att rekvisitet särskilda skäl är uppfyllt. I FD-domarna 770118 dnr 2321/75 och 781128 dnr 2045/77 fann domstolen detta vara fallet, då oklarhet förelåg, huruvida information om arbetsgivarens (landstingets) rutiner, avseende att df själv skulle göra anmälan till fk, gått ut till de anställda. - Även i följande fall ansågs rekvisitet "särskilda skäl" vara uppfyllt, då A-inträde förelåg och det inte kunnat bevisas, att df nåtts av någon information från arbetsgivaren om att df själv måste göra anmälan om vårdfallet till kassan: FÖD 790619 dnr 1775/78, FÖD 800212 mål nr 337/79:4 (RFV hade i besvär (OE:s besvär 790411 dnr 2045:79) yrkat att FR:s dom (FRN 790228 mål nr 971/79) skulle upphävas och att Jämtlands läns allmänna försäkringskassas beslut 780918 skulle fastställas, vilket FÖD alltså inte gjorde), FRN 791127 mål nr

1693/79, FRS 800529 mål nr 5512/79, FOD 800716 mål nr 1138/79:3 (domstolen fann det sannolikt, att df ej informerats om anmälningsskyldigheten) och FRN 800930 mål nr 572/80. - Men om domstolarna finner, att df inte är ursäktad i sin brist på kunskap om sin egen skyldighet att göra anmälan, föreligger inga särskilda skäl jämlikt 3:10 fjärde stycket. Så var fallet i FÖD-domen 801015 mål nr 133/80:2, där samtliga anställda fått tydlig skriftlig information, om vilka anmälningsrutiner som förelåg liksom i FÖD-domen 801022 mål nr 376/80:2, där df vid två tidigare vårdtillfällen själv gjort anmälan till kassan. Hon hade också tidigare beviljats fp för tillfällig vård av barn trots för sen anmälan. I båda målen hade fk, FR och RFV varit av samma mening som FÖD. – Se även FRN 790328 mål nr 801/79 (särskilda skäl), FRS 790427 mål nr 1008/79 (särskilda skäl), FRM 800107 mål nr 10157/79 (särskilda skäl), FRN 800118 mål nr 1842/79 (ej särskilda skäl), FRS 810210 mål nr 6175/79 (ej särskilda skäl), vilken dom FÖD ändrade och fann särskilda skäl vara för handen (811117 mål nr 615/81:5), liksom FD 770512 dnr 2046/76 (särskilda skäl).

20 Samma resonemang för domstolarna som regel, när det gäller fp för tillfällig vård av barn (se FÖD 800924 mål nr 1386/79:2 och FRS 810630 mål nr 6704/79). - I rättsfallet FRM 800813 mål nr 6056/79 fann FR, att df inte behövde göra en ny anmälan till fk, då df gjort en anmälan den 1:e i en månad om att hon skulle avstå från arbete för vård av barn fr o m den 4:e men avstod från arbete först fr o m den 8:e, därför att vårdfrågan lösts på annat sätt under mellantiden. - Föräldrarna har inte alltid uppfattat, att ny anmälan har måst ske, så snart de växlar i vården av barnet eller ordnar annan tillsyn under exempelvis en dag. De har därför gått miste om ersättning p g a att ny anmälan inte gjorts (se exv FRS 810706 mål nr 2908/80).

21 Se cirkulär S15/1980 från Malmöhus allmänna försäkringskassa, S-handbok BA 90.40.

22 Även i överinstansavgörandena har dock i många fall särskilda skäl inte ansetts vara för handen (ett par fall rör fp för tillfällig vård av barn), se angående kvinnlig försäkrad: FD 760518 dnr 2367/75, FD 760511 dnr 340/76, FD 760617 dnr 469/76, FD 760617 dnr 809/76, FD 761230 dnr 1553/76, FD 770120 dnr 1658/76, FD 761125 dnr 1659/76, FD 770125 dnr 1683/76, FD 761202 dnr 1739/76, FD 770222 dnr 1740/76, FD 770222 dnr 1786/76, FD 770426 dnr 2019/76, FD 770315 dnr 2125/76, FD 770201 dnr 2384/76, FD 770315 dnr 88/77 och 89/77, FD 770405 dnr 208/77, FD 770526 dnr 484/77, FD 770419 dnr 556/77, FD 771006 dnr 963/77, FD 771110 dnr 1036/77, FD 771108 dnr 1290/77, FD 780413 dnr 1442/77, FD 780321 dnr 1683/77, FD 780309 dnr 1852/77, FD 780202 dnr 1909/77, 780214 dnr 1910/77, FD 780418 dnr 2112/77, FD 771117 dnr 2314/77, FD 780620 dnr 2418/77, FD 780511 dnr 2616/77, FD 780613 dnr 2959/77, FD 780627 dnr 2986/77, FD 781114 dnr 151/78, FD 781019 dnr 162/78, FD 781109 dnr 356/78, FD 780704 dnr 477/78, FD 781107 dnr 501/78, FÖD 790405 dnr 589/78, FD 780613 dnr 653/78, FD 781214 dnr 861/78, FD 781207 dnr 888/78, FD 781229 dnr 927/78, FD 780822 dnr 1180/78, FÖD 790510 dnr 1448/78, FÖD 791016 dnr 1665/78, FÖD 790308 dnr 1712/78, FÖD 790626 dnr 1884/78, FÖD 790515 dnr 1908/78, FÖD 800129 dnr 2712/78, FÖD 800410 dnr 2768/78, FÖD 800221 dnr 2787/78, FÖD 800129 mål nr 181/79:4, FÖD 800219 mål nr 299/79:3, FÖD 800212 mål nr 326/79:6, FÖD 800318 mål nr 423/79:10, FÖD 800318 mål nr 889/79:7, FÖD 800513 mål nr 905/79:5, FÖD 800422 mål nr 1088/79:7; se angående en manlig försäkrad: FD 750429 dnr 856/74 (FD 1975 ref 35), FD 770125 dnr 937/76, FD 761130 dnr 1049/76, FD 761230 dnr 1174/76, FD 761130 dnr 1206/76, FD 761230 dnr 1311/76, FD 770301 dnr 1779/76, FD 770512 dnr 1823/76, FD 770222 dnr 1890/76, FD 770329 dnr 1905/76, FD 761130 dnr 2020/76, FD 770310 dnr 2054/76, FD 770322 dnr 2084/76, FD 770322

dnr 2145/76, FD 770426 dnr 2202/76, FD 770201 dnr 2515/76, FD 770517 dnr 2452/76, FD 770310 dnr 2539/76, FD 770203 dnr 2584/76, FD 770222 dnr 62/77, FD 770222 dnr 93/77, FD 770222 dnr 124/77, FD 770331 dnr 118/77, FD 770614 dnr 120/77, FD 770505 dnr 160/77, FD 770503 dnr 210/77, FD 770705 dnr 225/77, FD 770621 dnr 539/77, FD 770621 dnr 553/77, FD 770607 dnr 641/77, FD 770512 dnr 781/77, FD 771122 dnr 907/77, FD 771110 dnr 958/77, FD 771124 dnr 982/77, FD 771129 dnr 1037/77, FD 770621 dnr 1083/77, FD 771110 dnr 1084/77, FD 771213 dnr 1125/77, FD 780202 dnr 1135/77, FD 770621 dnr 1152/77, FD 771025 dnr 1219/77, FD 771230 dnr 1444/77, FD 771222 dnr 1458/77, FD 780824 dnr 1677/77, FD 780110 dnr 1917/77, FD 780525 dnr 1918/77, FD 780214 dnr 1995/77, FD 780518 dnr 2085/77, FD 780418 dnr 2130/77, FD 780523 dnr 2419/77, FD 780523 dnr 2437/77, FD 780523 dnr 2525/77, FD 780112 dnr 2543/77, FD 780613 dnr 2605/77, FD 780530 dnr 2644/77, FD 781012 dnr 2693/77, FD 780613 dnr 2695/77, FD 780518 dnr 2784/77, FD 780314 dnr 2862/77, FD 780615 dnr 2974/77, FD 780627 dnr 3041/77, FD 781114 dnr 150/78, FD 781121 dnr 159/78, FD 781026 dnr 257/78, FD 781107 dnr 309/78, FD 781128 dnr 379/78, FD 780926 dnr 382/78, FD 781229 dnr 479/78, FD 780928 dnr 422/78, FD 781229 dnr 499/78, FD 781109 dnr 516/78, FD 781017 dnr 694/78, FÖD 790419 dnr 810/78, FD 781229 dnr 811/78, FD 790125 dnr 832/78, FD 780511 dnr 884/78, FD 781229 dnr 904/78, FD 781128 dnr 1055/78, FD 781128 dnr 1058/78, FD 781130 dnr 1130/78, FÖD 790208 dnr 1169/78, FÖD 790208 dnr 1233/78, FD 781229 dnr 1234/78, FÖD 790130 dnr 1237/78, FÖD 790405 dnr 1351/78, FÖD 790705 dnr 1535/78, FÖD 790531 dnr 1536/78, FÖD 790220 dnr 1647/78, FÖD 790913 dnr 2040/78, FÖD 791002 dnr 2192/78, FÖD 800122 mål nr 192/79:10, FÖD 800311 mål nr 236/79:8, FÖD 800210 mål nr 242/79:5, FÖD 800318 mål nr 245/79:8, FÖD 800219 mål nr 317/79:4, FÖD 800226 mål nr 580/79:2, FÖD 800513 mål nr 860/79:5, FÖD 800506 mål nr 1038/79:6.

23 Förutom de i den löpande texten anförda fallen har särskilda skäl-rekvisitet befunnits vara för handen i följande fall rörande kvinnlig försäkrad: FD 760622 dnr 1538/74, FD 760914 dnr 625/76, FD 761005 dnr 1180/76, FD 770414 dnr 1639/76, FD 770526 dnr 590/77, FD 780207 dnr 786/77, FD 780629 dnr 2078/77, FÖD 800527 mål nr 295/79:7; rörande en manlig försäkrad: FD 770217 dnr 945/75, FD 760504 dnr 418/76 (FD 1976 ref 25), FD 761109 dnr 676/76 (FD 1977 ref 5), FD 761230 dnr 1536/76 (FD 1977 ref 8), FD 770322 dnr 1889/76, FD 770607 dnr 139/77, FD 780221 dnr 396/77, FD 770616 dnr 624/77, FD 780411 dnr 1311/77, FÖD 790412 dnr 1544/77, FD 780411 dnr 2335/77, FD 781123 dnr 217/78, FD 781114 dnr 218/78, FD 781114 dnr 592/78 (FD 1978 ref 29), FD 781221 dnr 335/78, FD 781212 dnr 476/78, FÖD 790508 dnr 1038/78, FÖD 790503 dnr 1133/78, FÖD 790821 dnr 2063/78, FÖD 800124 mål nr 216/79:7.

24 Sof 1981 nr 11, s 6 f, Bo Mikaelsson, Läkarintyg första dagen.

25 FD 1970 ref 20, II.

26 Jfr även FRS:s icke-bifallande dom 800919 mål nr 4974/79.

27 Även i fallet FD 790607 dnr 1972/78 hade df en låg aktivitetsgrad. Df hade till fk för sent inkommit med läkarintyg, som styrkte sjukdom och arbetsoförmåga, på grund av att df brukade konsultera en viss läkare, hos vilken han inte fick tid förrän efter fjorton dagar. Kontakt med denne läkare togs dock under den tid, då kassan ännu inte fordrade läkarintyg, för att sp skulle utges. Läkarintyget utvisade, att df varit helt arbetsoförmögen under den ifrågavarande tiden på grund av en höftskada, för vilken df sedan var sjukskriven en tid framöver. FD fann med hänsyn till i målet föreliggande omständigheter, att df var berättigad till sp även under den tid läkarintyg saknades.

28 FD 1970 ref 24. Jfr dock exv FD 760617 dnr 2212/75, där arbetsoförmågan ej ansågs styrkt under en mellanperiod med läkarintyg före och efter denna utvisande samma sjukdom och arbetsoförmåga.

29 FRS 810112 mål nr 6820/79, FRN 810521 mål nr 3627/79 och FRM 810706 mål nr 2166/80.

30 FD 1970 ref 20, I.

31 FD 1962 ref 30.

32 Jfr vad som sagts härom ovan.

33 FD 1973 ref 1.

34 Se även FD 770927 dnr 2166/76. – Ofta uppkommer i samband med en retroaktiv sjukskrivning dels frågan om man skall räkna med två sjukperioder för df med påföljd att reglerna rörande insjuknandedag och fridagar kan aktualiseras, dels frågan om den betydelse en friskanmälan kan få om denna senare visar sig vara felaktig. Regeln i 3:10 fjärde stycket blir då aktuell. Problemställningarna aktualiserades i följande något speciella fall: Df sjukanmälde sig den 28 i viss månad och fick av kassan besked om att vid fortsatt sjukdom inkomma med läkarintyg fr o m den 5 påföljande månad. Df friskanmälde sig den 6 samma månad och fick sp för tiden 29 - 4. Därefter avslutades sjukfallet. Mellan fk och df:s arbetsgivare var överenskommet, att arbetsgivaren skulle göra friskanmälan för sina anställda. Då sådan inte inkommit till kassan, kontaktade kassan en knapp månad senare arbetsgivaren och fick då beskedet, att df inte arbetat sedan sjukanmälningsdatum. En läkare sjukskrev df retroaktivt från sjukanmälningsdagen. FD fann i beaktande av avtalet mellan fk och df:s arbetsgivare om sjuk- och friskanmälan, att kassan inte bort lägga df:s egen friskförklaring till grund för avslutande av sjukfallet, innan friskanmälan inkommit från arbetsgivaren. Med hänsyn härtill och då df:s arbetsoförmåga under ifrågavarande tid styrkts med läkarintyg, erhöll df sp även för tiden efter den 5 (FD 791115 dnr 2272/78; rättsfallet anmärkt även i 4.1.).
Det är dock vanskligt att uttala sig om hur pass allmänt vägledande detta avgörande är, eftersom df var alkoholist och under den aktuella tiden drev omkring utan att kunna ta vara på sig själv.

35 FD 1962 ref 9.

36 I rättstillämpningen har frågan om överklagbarhet hos beslut om föreläggande av läkarintyg från första dagen varit föremål för flera avgöranden: FRS 800926 mål nr 2023/80, som ej ändrades av FÖD 820406 mål nr 1394/80:8, FRM 801217 mål nr 10342/79, FÖD 810129 mål nr 1473/78, FÖD 820112 mål nr 1381/81:6. Om denna frågas rättsliga betydelse för df hänvisas till min uppsats i FT 1983 s 155, Några problem rörande de allmänna försäkringskassornas verksamhet. Se även det publicerade avgörandet FÖD 821027 mål nr 914/82:1 (FÖD 82:30).

37 Se Bo Michaelsson, Förstadagsintyg och sjukskrivningsbeteende. En 3-årsuppföljning, Socialmedicinsk Tidskrift 4/1983.

38 I ifrågavarande avsnitt behandlas endast 3:17 första stycket b), ej a) och c), som sällan aktualiseras i rättstillämpningen (se dock FRS 801215 mål nr 2367/79, där FR menade, att vägran att låta fk-kontrollör undersöka df:s medicin inte var skäl att indraga sp jämlikt 3:17 första stycket a)). Se även FD 1973 ref 10 som gällde frågan om nedsättning av sp vid försummelse att anmäla inkomständring.

39 Då df är (blir) sjuk och samtidigt vistas utomlands, kan flera försäkringsrättsliga problem uppstå. Dessa skiljer sig åt beroende på vilken rättslig situation det är fråga om. Om df vistas utomlands och där blir sjuk krävs, att df skall göra

sjukanmälan från utlandet. Det betyder, att frågan om försenad anmälan kan uppkomma. Denna fråga har jag behandlat ovan i 4.1.3.4. I 5.3.3 avser jag att behandla vad kassor och domstolar kräver, för att sjukdom och arbetsförmåga skall anses vara styrkta, när df kan uppvisa läkarintyg från utländsk läkare. Ett annat ofta uppkommande rättsligt problem är, om sp skall utgå, då df är föremål för rehabiliterande åtgärder eller har behov därav och vården sker utomlands (utlandsvård eller klimatresor). De rättsfrågor som kan uppkomma i samband härmed, kommer jag att behandla i 7.4.

40 Jag har låtit cirkulär (S40/80) för Malmöhus allmänna försäkringskassa i S-handbok BA 90.40 bilda underlag för beskrivningen av fk:s handläggningsrutiner.

41 Se exv cirkulär S 40/80 (se noten ovan).

42 I socialvårdskommitténs betänkande (SOU 1944:15) fanns i 24 § 4 mom en bestämmelse, vilken motsvarade stadgandet i 24 § andra stycket i 1931 års sjukkasseförordning. Enligt denna bestämmelse måste df hos sjukkassan begära medgivande, att ersättning skulle kunna utges under utlandsvistelsen. Kassan skulle i samband med lämnandet av sådant medgivande uppställa de villkor, som var erforderliga ur kontrollsynpunkt. Medgivande skulle endast lämnas, om framställning gjorts inom skälig tid före avresan (SOU 1944:15, s 319). Bestämmelsen tillkom vid en tidpunkt, då obligatorisk sjukförsäkring ännu inte fanns utan sjukförsäkringen vilade på frivillig basis. Detta hade till följd, att reglerna rörande sjukförsäkringen kom att likna ett privat försäkringsavtal. Kontroll och sanktionsmöjligheter spelade följaktligen en stor roll. Men frågan kan ställas, om en uttrycklig sanktionsbestämmelse som denna har samma berättigande i dag inom ramen för en obligatorisk försäkringsform.

43 Se även i 5.3.3 de fall där df uppvisar utländskt läkarintyg fastän df för fortsatt rätt till sp är ålagd att uppvisa svenskt läkarintyg.

44 Se följande FD- och FÖD-domar: FD 761230 dnr 1225/76, FD 771027 dnr 1725/77, FD 780613 dnr 272/78, FD 781109 dnr 556/78, FÖD 790201 dnr 673/78, FÖD 800325 mål nr 501/79:5, FÖD 810527 mål nr 939/80:3; jfr även FD 770310 dnr 2137/76, FD 770609 dnr 507/77, FD 771103 dnr 571/77, FÖD 800226 mål nr 315/79:2 (ingen mer motivering till indragningen av sp än att kassans medgivande till sp skulle ha inhämtats; återkrav av redan utbetald sp restes ej) samt FÖD 800506 mål nr 578/79:9 (trots att en medicinsk förbättring skett enligt df och sjukskrivande läkare, var orsaken till indragningen, att resan var olämplig ur medicinsk synvinkel). Se även FD 790123 dnr 1865/77 (speciellt fall rörande gravt alkoholiserad man som avvikit från sluten vård och flugit till Spanien; företrädesvis en fråga om sjukvården i Spanien skulle ersättas eller ej). Se även följande FR-domar: FRS 810112 mål nr 1496/80, FRS 810225 mål nr 5147/79 och FRS 810226 mål nr 4028/79. Den sistnämnda domen överklagades men ändrades ej av FÖD i domen 811110 mål nr 429/81:9.

45 Gränsdragningsproblemet mellan 3:7 och 3:17 första stycket b) har aktualiserats exv i rättsfallen FRS 800331 mål nr 1489/79, FÖD 801008 mål nr 25/80:2, FÖD 801125 mål nr 1234/79:10 (FRM 791109 mål nr 4248/79), FRS 810113 mål nr 3963/79 och FÖD 810714 mål nr 1836/80:6 (FRS 801021 mål nr 3110/79).

46 Se även FÖD 791115 dnr 2566/78 (nedsättningen med 1/4 gällde tiden för utlandsvistelsen (13 dagar) avrese- och hemresedagarna oräknade) och FÖD 790213 dnr 1199/78 (nedsättningen med 1/4 gällde här endast under en vecka). Se även FÖD 800124 mål nr 141/79:6 (nedsättning med hälften), FOD 820706 mål nr 1462/81:9 och FÖD 820706 mål nr 1650/81:9 (nedsättning med 1/4).

47 Se FRS 790709 mål nr 1897/79, FRS 790710 mål nr 520/79 (dottern svårt skadad i det land hon reste till), FRS 800331 mål nr 1489/79 (lång handläggningstid hos fk (10 dgr)), FRS 800915 mål nr 3742/79 (också lång handläggningstid hos fk (10 dgr)), FRS 810216 mål nr 8221/79, FRM 810216 mål nr 1282/79, FRS 810227 mål nr 5625/79 (fk menade, att df var aktuell för fortsatt utredning, vilket enligt FRS inte var skäl att indraga eller nedsätta sp), FRS 810618 mål nr 1266/80, FRS 810625 mål nr 7346/79, FRS 810626 mål nr 7044/79, FRM 810629 mål nr 981/80 (FR menade, att fk borde motiverat sitt beslut med 3:17 första stycket b) och inte med att 3:7 – tillstånd inte förelåg) och FRM 810706 mål nr 10632/79.

48 Se FRS 800422 mål nr 1429/79 (fk hade dragit in sp, medan FR nedsatte sp med 1/4 under en vecka), FRS 800429 mål nr 2336/79 (fk hade dragit in sp, medan FR nedsatte sp med 1/4 under hela utlandsvistelsen (över sju veckor); FÖD prövade målet i domen 810630 mål nr 940/80:5, se s 110 f, 113), FRS 800918 mål nr 7430/79 (fk hade dragit in sp, men FR nedsatte sp med hälften under en vecka (en dissident ansåg, att det överklagade beslutet var ett förhandsbesked och att FR inte bort uppta besvären till prövning)), FRS 801022 mål nr 850/80 (fk hade dragit in sp, men FR nedsatte sp med 1/4 under hela utlandsvistelsen), FRS 801125 mål nr 1607/79 (fk hade dragit in sp, men FR nedsatte sp med 1/4 under tio dagar), FRS 810330 mål nr 5538/79 (fk hade dragit in sp, men FR nedsatte sp med hälften under elva dagar) och FRS 810629 mål nr 2810/80 (df hade glömt att anmäla utlandsresa till fk p g a genom MS-sjukdom nedsatta psyk- och minnesfunktioner; fk hade dragit in sp och FR nedsatte sp med 1/4 under en vecka). – I FRS 810604 mål nr 7595/79 nedsatte fk och FR df:s sp med 1/4, eftersom 3:17 första stycket b) ansågs tillämplig även då df underlåter att meddela fk, att df redan från sjukfallets början vistas på annan adress än sin bostadsadress.

49 En ledamot var skiljaktig och anförde, att det föreföll högst osannolikt, att df, som varit sjukskriven för ryggbesvär mer än ett år när resan aktualiserades, skulle riskera någon mera påtaglig försämring under en flygresa, som kunde beräknas ta ca tre timmar. Detta utgjorde enligt hans mening inte tillräckligt skäl för kassan, som såvitt handlingarna utvisade inte hört någon förtroendeläkare i frågan, att vägra df sp under utlandsvistelsen. Vidare framhöll han, att han delade verkets uppfattning, att, om högre instans efter överklagande finner att framställningen inte skulle ha avslagits av fk, sp inte skall nedsättas, därför att df rest trots kassans avslag.

50 FÖD fann, att hinder ej förelegat ur vare sig medicinsk synpunkt eller arbetsvårdssynpunkt till utlandsvistelsen samt att läkarens rekommendation var värd beaktande.

51 Dessutom är det diskutabelt vad df egentligen bestraffas för. Man använder sanktionsbestämmelsen, därför att df inte följt det handlingsmönster som outtalat har kopplats till sanktionen. Den på df beteendepåverkande effekt, som man avsett att ett beslut att ej utge sp under utlandsvistelse skall ha, är att df stannar hemma och fortfar att uppbära sp och blir föremål för fk:s kontrollåtgärder av olika slag. När nu den effekten inte inträder, bestraffas df. Men i och med att högre instans funnit, att tillstånd skall ges, kan en bestraffning inte ske för att den önskade effekten av ett (sedermera konstaterat) felaktigt beslut inte inträder.

52 Paragrafen fick den nu gällande utformningen i lag 1976:279, som trädde i kraft 770101.

53 SOU 1944:15, s 24 f och 317 ff. Även AFL 3:17 återfanns i tidigare författningsreglering.

54 Jag behandlar inte heller indragning/nedsättning av sp jämlikt AFL 3:13 sista stycket. Återbetalningsskyldighet jämlikt AFL 20:4 är inte så sällan förekomman-

de, se FD 1966 ref 23, FD 770215 dnr 1214/76, FD 771220 dnr 1742/76, FD 780112 dnr 1503/77, FD 781031 dnr 2761/77, FÖD 790628 dnr 1362/78, FÖD 791204 dnr 2785/78, FÖD 800527 mål nr 79/79:8, FÖD 791101 mål nr 312/79:8.

55 Frågan om fk:s rätt att uppställa villkor om undersökning av viss/vissa läkare för att ersättning skall utgå har behandlats i rättstillämpningen. Ibland har indragning jämlikt 20:3 aktualiserats i dessa fall, trots att dylika villkor inte enligt paragrafens ordalydelse ger rätt till indragning. – Frågan, om df gjort sig skyldig till försumlig underlåtenhet, när han i stället för att följa kassans tidigare uppställda krav att vid kommande sjukfall vända sig till företagsläkare vid det företag där han var anställd, eller sjukhusläkare eller läkare som han därifrån hänvisades till vänt sig till en privatpraktiserande läkare, avgjordes i fallet FD 770621 dnr 467/77. FD drog in df:s sp med stöd av 20:3, medan RFV inte fann förutsättningarna för sp jämlikt 3:7 vara uppfyllda. FD fann det vara styrkt, att df:s arbetsförmåga p g a sjukdom var fullständigt nedsatt under den ifrågavarande tiden. "Med hänsyn härtill och till övriga i målet föreliggande omständigheter finner domstolen df:s underlåtenhet att i förevarande fall efterkomma försäkringskassans föreskrift om intyg från viss angiven läkare skäligen icke böra föranleda att sjukpenning förvägras df." Inte heller i ett FRM-avgörande från 791011 mål nr 3216/79 "godkändes" fk:s krav på ett sjukhusläkarintyg av rätten.
JO har i ärende 801217 dnr 1330/79 och ärende 801217 dnr 1290/80 behandlat fk:s rätt att uppställa villkor för rätt till sp av det innehåll att kassan för rätt till sp vid eventuellt framtida sjukfall fordrar läkarintyg från viss eller vissa läkare eller undersökning vid viss eller vissa polikliniker e dyl. I båda ärendena har JO hänvisat till yttrande av RFV, som ansett att det varken i AFL eller i RFV:s tillämpningsföreskrifter finns något stöd för ett krav på intyg från speciellt angiven läkare eller institution för eventuellt kommande sjukdomsfall. JO har delat verkets uppfattning.

56 Tidigare gällde RFV:s cirkulärskrivelse nr 5/1975. Nu finns arbetsuppgifterna beskrivna i U-handbok US 40.10. Se även förordningen (1979:518) om arbetshandikappade i statligt reglerad anställning, m m samt U-handbok US 20.70: Statens arbetsmarknadsnämnds (SAMN) föreskrifter till förordningen (1979:518) om arbetshandikappade i statligt reglerad anställning m m (SAVFS 1979:1).

57 US 43.10.

58 Fk är sammankallande. Den som önskar aktualisera ärende till rehagruppen, skall anmäla detta vid senaste tidpunkt, som fastställs i arbetsordningen. Det bör eftersträvas, att de handlingar, som är av betydelse i ärendet, tillställs fk i god tid före sammanträdet för vidarebefordran till övriga berörda myndigheter. Den som aktualiserar ärende till rehagruppen, skall i förväg samråda med fk. Kassan skall vid tidpunkt som anges i den lokala arbetsordningen, sända föredragningslista och kopior av ev övriga handlingar till berörda. Vid sammanträdet bör eftersträvas att en behandlingsplan rörande df upprättas, om sådan inte tidigare finns. Representant från fk skall föra minnesanteckningar över beslutade åtgärder vid sammanträdet. Av minnesanteckningarna skall framgå vem som aktualiserat ärendet. Kopia av minnesanteckningarna skall sändas till berörda samhällsorgan senast en vecka efter sammanträdet. Den som aktualiserat ärendet, skall informera berörd person om vad som beslutas vid sammanträdet. Varje sammanträde bör inledas med en uppföljning av de ärenden, som behandlas vid det föregående sammanträdet, om särskild uppföljningstidpunkt inte angivits för respektive ärende.

59 Lundberg-Malm, a.a. s 151 f.

60 Se U-handbok US 41.30.

61 Se nedan 5.3.

62 Se U-handbok US 41.30.

63 Ang 180-dagarsstatistiken se mera härom i 6.3.2. och 7.2.3. Se även nedan i detta kap.

64 Se exv FD 781123 dnr 1297/78, FD 781229 dnr 973/78 och FÖD 790405 dnr 1970/78.

65 U-handbok US 41.30.

66 U-handbok US 41.30.

67 Se Rehabiliteringsverksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn. Redogörelse för verksamheten 1979. Nedanstående tabeller och siffror är hämtade från denna redogörelse.

68 Lundberg-Malm, a.a. s 369. Att sp inte får innehållas för tid före gjord kommunicering, se exv FRS 820504 mål nr 4174/80 och 4669/80 (Malmö allmänna försäkringskassa 800702 (dnr 148 U/80) och 800805 (dnr 200 U/80). Jfr även FRS 810113 mål nr 3963/79. - FRN ansåg i domen 820310 mål nr 195/81 och 714/81, att två dagars rådrum för df mellan det att df av fk upplysts om indragningsmöjligheten jämlikt 20:3 och df:s inställelse vid Åre sjukhus (se Norrbottens läns allmänna försäkringskassa 801127 (dnr U 368/80 och U 135/81)) var tillräckligt. Domen är överklagad till FÖD men var ej klar i april -83.

69 Lundberg-Malm, a.a. s 242. Se även SOU 1961:29, s 161 f.

70 U-handbok US 44.

71 Se nedan kap 7. Angående innehållet i arbetsvården och den organisatoriska uppbyggnaden härav kan hänvisas till ett rikhaltigt informationsmaterial som AMS givit ut och som jag delvis använt mig av som grund för redogörelsen ovan.

72 Tabell 12 i Statistikmeddelande från RFV 1982-02-12, 1982:3 U.

73 Tabell 2 A i Statistikmeddelande 1982:3 U.

74 Tabell 4 a i Statistikmeddelande 1982:3 U.

75 Se vidare härom Anna Christensen, Rättssäkerheten i socialförsäkringen, s 30 ff.

76 Se exv FÖD 790213 dnr 1168/78, där kassan och följande instanser konstaterade, att df "trots sin sjukdom skötte så många av sina vanliga sysslor att hon inte längre kunde anses vara helt arbetsoförmögen".

77 FD 1970 ref 26. Se även FRS 810731 mål nr 7977/79.

78 Jfr AFL 3:8 första stycket.

79 Lundberg-Malm, a.a. s 119.

80 FD 1966 ref 18.

81 Nr S25/1977 och nr S17/1979.

82 S-handbok BA 90.43.

83 Nr S 33/1975.

84 S-handbok BA 90.43.

85 Lag (1972:650) om rätt till ledighet och lön vid deltagande i svenskundervisning för invandrare jämte senare ändringar.

86 FD 1972 ref 22.

87 Angående arbetsoförmåga som juridisk-tekniskt begrepp, se nedan 5.7.3.

88 Lundberg-Malm, a.a. s 119.

89 Får man lov att säga upp sig från sin gamla anställning och söka nytt arbete under tid, då man är sjukskriven med hel arbetsoförmåga och uppbär hel sp? Denna fråga aktualiserades i två rättsfall år 1977 (FD 770512 dnr 1166/76 och FD 770614 dnr 1167/76). Två män, kusiner, hade på en måndag sökt upp sin arbetsplats, S:s gruvor, för att säga upp sina anställningar där. De hade därvid inte nämnt, att de dagen dessförinnan sjukanmält sig hos fk. Samma dag sökte de anställning vid en annan gruva. Två dagar senare uppsökte de läkare, varvid den ene blev sjukskriven under diagnosen lumbago, den andre under diagnosen gastrit under nästan tre veckor. Sjukskrivningarna förlängdes sedan ytterligare två veckor. Kassan fann i båda fallen det inte vara styrkt, att df:s arbetsförmåga varit nedsatt med minst hälften och betalade inte ut någon sp.- De båda försäkrade besvärade sig, men RFV lämnade besvären utan bifall. - FD däremot fann i båda fallen, att df:s arbetsförmåga under den i målet aktuella tiden fick anses p g a sjukdom ha varit fullständigt nedsatt, varför de båda var berättigade till hel sp. Jfr även det något speciella avgörandet FÖD 790313 dnr 1645/78, där df under pågående sjukskrivning utfört förmögenhetsbrott.

90 Jag har ovan kommit in på frågan om utlandsresas påverkan på bedömningen av df:s arbetsförmåga i 4.3 och kommer nedan att återkomma till frågan i 7.4. Jag anför dock i detta sammanhang ett rättsfall rörande utlandsresa, vilket jag funnit vara av intresse (FÖD 790522 dnr 1681/78).

91 Lundberg-Malm, a.a. s 120. Se dock FRS 801006 mål nr 4905/79, där frågan kom att gälla återbetalningsskyldighet med avseende på för högt uppburet sp-belopp. Målet överklagades men gällde då fråga om FR bort avvisa talan om sp för viss tid (FÖD:s beslut 810526 mål nr 1728/80:7).

92 FD 1972 ref 22.

93 Försäkringskassornas vidareutbildning S 4:1 Rätt till sjukpenning, s 2, studiehandledning utarbetad av RFV 79.01.

94 Se Försäkringskassornas vidareutbildning, s 2.

95 Se Försäkringskassornas vidareutbildning, s 3.

96 SOU 1944:15, s 196.

97 Se Försäkringskassornas vidareutbildning s 3. Angående bedömningen av rekvisitet arbetsoförmåga då df är hemarbetande, se 6.4.3.3. Rättsfallen rörande hemarbetande är få till antalet. Jag har inte funnit fall, där frågan om hemarbetandes arbetsinsats har aktualiserats annat än då varaktigheten av sjukfallet också är en faktor av betydelse för rätten till sp. Jag hänvisar alltså dit.

98 Se lag (1960:97) om samhällsvård av barn och ungdom, 46 §, som gällde t o m 811231. Se nu Socialtjänstlag (1980:620) 22-24 §§; se även p. 11 efter 76 §; Socialtjänstförordning (1981:750) 35 § ff.

99 I rättstillämpningen har denna rättsfråga aktualiserats som en fråga om SGI-beräkningen för en fosterbarnsförälder (en kvinna), som erhåller eget barn, för vilket fp i samband med barns födelse skall utgå. Df och de rättstillämpande myndigheterna kan därvid ha olika uppfattningar, huruvida df faktiskt har vårdat fosterbarnet eller inte. Hur man besvarar den frågan inverkar på beräkningen av fp-förmånen. I FRS 800229 mål nr 5882/79 framgick, att df ombesörjt den huvud-

sakliga vården av två fosterbarn före den 1 september 1978. För ett sådant förhållande talade bl a de omständigheterna, att df uppburit hela fosterbarnersättningen och hennes make förvärvsarbetat heltid utanför hemmet. Även om fosterbarnersättningen sedermera utbetalats till df:s make, hade i övrigt inte inträffat någon förändring, som medförde, att maken kunde anses ha övertagit vården av fosterbarnen. Maken hade fortfarit med sitt heltidsarbete, och df hade handhaft omvårdnaden om fosterbarnet. Till följd härav ansågs den utbetalda fosterbarnersättningen ha tillkommit df. FR fann att fk:s beslut att nedsätta df:s fp till tre kr per dag var riktigt. FÖD ändrade inte FRS:s dom, såvitt den överklagats (FÖD 810630 mål nr 407/80:8). - I FRM 800707 mål nr 2150/79 var rättsfrågan densamma, men FR var av den meningen, att omvårdnaden om fosterbarnet övergått från df till df:s make, varför hon hade rätt till hel fp med garantinivåbeloppet. - Fk hade i ett annat ärende funnit, att fp inte kunde utgå till df på grund av att hennes sp per dag - vilken helt avsåg ersättning för vård av fosterbarn - översteg garantinivå (då 25 kronor för dag) för fp. Kassan avslog därför df:s framställning. RFV var av samma mening. FD fann att df, trots att hon uppburit fosterlön för ifrågavarande tider ändå var berättigad till hel fp, därför att andra (tonåriga döttrar, hemsyster, make) hjälpt till med fosterbarnvården (FD 781229 dnr 1713/77; se även FÖD 791120 dnr 2522/78).

100 Prop 1975/76:133, s 51 f. Se Rune Lavin, Rätten till sjukpenning, 1983, s 28 f.

5 Sjukdom och arbetsoförmåga

Den grundläggande bestämmelsen i AFL rörande sjukdom och arbetsoförmåga finns i 3:7. Bestämmelsens första och andra stycken lyder:

"Sjukpenning utgår vid sjukdom, som förorsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften. Såsom sjukdom anses jämväl tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som förorsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgivits och som alltjämt kvarstår efter sjukdomens upphörande.

Vid fullständig nedsättning av arbetsförmågan utgives hel sjukpenning. I annat fall utgår halv sjukpenning."

5.1 Innehåll och disposition

I detta kapitel behandlas de grundläggande villkoren för rätt till sp, sjukdom och arbetsoförmåga. Bedömningen av dessa villkor bygger på läkarintygssystemet. Utan ett läkarintyg kan df inte få sp efter den första veckan. I det stora flertalet fall godtar försäkringsadministrationen läkarens bedömning av rekvisiten sjukdom och arbetsoförmåga, men det är fk som fattar beslutet om sp skall utgå eller ej, och läkarintyget är endast ett bevismedel.

De fall där läkaren intygar sjukdom och arbetsoförmåga och fk utan vidare godtar denna bedömning ingår inte i mitt material, eftersom anledning till överklagande saknats i denna del, och kan därför inte utgöra underlag för min analys av begreppen sjukdom och arbetsoförmåga. Undersökningen är koncentrerad till de fall där fk inte godtar den intygsskrivande läkarens bedömning. Det är dessa fall som kan belysa det försäkringsrättsliga innehållet i rekvisiten sjukdom och arbetsoförmåga.

Att läkarintyget inte godtas kan bero dels på omständigheter som generellt minskar intygets bevisvärde, dels på innehållet i läkarintyget.

Under 5.2 behandlas läkarintygssystemet i allmänhet samt fk:s handläggningsrutiner. Under 5.3 behandlas bl a omständigheter, som generellt minskar läkarintygets bevisvärde. Härefter företas en

uppdelning mellan sjukdomsrekvisitet och arbetsoförmågerekvisitet. Under 5.4 behandlas det medicinska sjukdomsbegreppet och under 5.5 det socialförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet i olika situationer, t ex vid medfödda kroppsfel och störningar under graviditet. I 5.6 beskrivs läkarens bedömning av arbetsoförmåga och i 5.7, slutligen, begreppet arbetsoförmåga i rättstillämpningen.

5.2 Allmänt om läkarintyget och handläggningsrutinerna

5.2.1 Det fria läkarintygssystemet

Någon generell skyldighet för läkare att utfärda olika typer av läkarintyg finns f n inte (allmän läkarinstruktion (1963:341) 3 § 4 mom). Tillgodoseendet av försäkringsadministrationens stora behov av läkarintyg för bedömande av rätten till sp har alltifrån sp-försäkringens tillkomst[1] byggt på läkarnas fria medverkan. Företeendet av ett läkarintyg är dock enligt lagtexten inte ett absolut krav för att sp-ersättning skall utbetalas. AFL 3:7 stadgar endast, att läkarintyg *må* infordras för att bedöma sp-rätten.[2] Socialvårdskommittén framhöll på 1940-talet att läkarintyget inte utgjorde någon ovillkorlig förutsättning för att förlust eller nedsättning av arbetsförmågan skulle anses styrkt.[3] Praxis i fråga om krav på läkarintyg varierade mycket mellan de erkända sjukkassorna.[4] Kommittén menade, att läkarintyg endast torde påfordras, där sjukkontroll var svår att utöva och i fråga om försäkrade, som inte var löneanställda.[5] Kommittén framhöll också det tvångsmoment, som låg i kravet på läkarintyg inom en obligatorisk sjukförsäkring.[6] Utvecklingen under de senaste decennierna har gått i den riktningen, att kravet på att förete läkarintyg successivt har förstärkts för att nu i det närmaste ha karaktären av ett formkrav. I praktiken är nu läkarintyget obligatoriskt.

Ett skäl till läkarnas medverkan i sjukförsäkringen är naturligtvis, att läkarnas medicinska sakkunskap är relevant för de kriterier som skall vara avgörande för rätten till sp. Men läkarnas medverkan i systemet har också en annan funktion. Myndighetsbesluten i sp-ärenden är av ingripande betydelse för den enskilde. Om besluten skall accepteras måste de kunna *legitimeras* på något sätt.[7] Allmänheten har i stort sett förtroende för läkarkåren. Troligen accepteras de försäkringsrättsliga besluten lättare, om de kan relateras till läkarkårens bedömningar.[8] Läkarkårens medverkan legitimerar myndighetsutövningen.[9] Det ligger i fk:s intresse att kunna hänvisa

till att consensus råder mellan fk och intygsskrivande läkare, eftersom myndighetsutövningen annars framstår som mindre trovärdig. Därför får fk:s bedömningar inte alltför ofta avvika från den bedömning sjukskrivande läkare gör.

För att den legitimerande effekten skall uppnås, måste läkarkåren framstå som fri i förhållande till försäkringsadministrationen.

Men i och med att försäkringsadministrationen har stora ekonomiska intressen liksom administrativa effektivitetsintressen att bevaka, har intygsskrivandet inte lämnats helt fritt. Genom föreskrifter om avfattande av intyg, genom utformningen av intygsformulär, genom förslag om regler om generell skyldighet att utfärda intyg och genom utbildning kan en viss påverkan ske på läkarnas intygsskrivande.

Socialstyrelsen har utfärdat *föreskrifter* för hälso- och sjukvårdspersonal om avfattande av intyg m m (SOSFS (M) 1981:25).[10] Denna författning har ersatt bl a medicinalstyrelsens cirkulär (MF 1964:34) angående utfärdande av läkarintyg.[11] Bl a föreskrivs att hälso- och sjukvårdspersonalen skall beakta, att ett intyg kan få avgörande betydelse i såväl offentliga som enskilda rättsförhållanden. Därför skall den noga se till att den endast uttalar sig om förhållanden, som den har tillräcklig kännedom om. För detta krävs som regel en personlig undersökning av eller kontakt med berörd person. Intygsutfärdaren skall ta reda på ändamålet med intyget. Om intyget är avsett att åberopas vid en domstol eller hos en annan myndighet, skall detta anges i intyget. Intyget skall innehålla noggranna uppgifter om det material, som ligger till grund för intyget, t ex om personlig undersökning vid ett eller flera tillfällen, datum för undersökningen, uppgift om mångårig vård eller bekantskap samt hänvisning till journaler, remissvar eller annat skriftligt material. Om ett intyg grundas enbart på annat än personlig undersökning, t ex skriftligt material eller upplysningar från andra personer, skall detta anges i intyget.

Intygsutfärdaren skall vara objektiv, då hon/han samlar in det material, som hon/han grundar intyget på. Hon/han bör sträva efter att endast avge sådana intyg, som innebär en opartisk bedömning. Uttalandena i ett intyg skall vara så fullständiga och otvetydiga som möjligt och göra det möjligt för mottagaren att själv bilda sig en uppfattning om förhållandena. I intyg, som riktar sig till personer som inte kan förväntas vara insatta i medicinskt fackspråk, skall svenska termer så långt möjligt användas.

Tillkomsten av SOSFS 1981:25 hängde delvis samman med den kritik som riktats mot framför allt *utformningen av läkarintyget* och mot den bedömning läkaren gör, när han utfärdar intyg. Det har hävdats från fk-håll, att intygets utformning gör(gjorde), att läkaren inte i tillräcklig utsträckning tar ställning till den sjukes arbetsoförmåga och arbetsförhållanden. Det kan förekomma, att den sjuke bara söker läkare för att få sjukskrivningen förlängd och att läkaren endast utökar sjukskrivningstiden. Intyget ger inget underlag för fk att göra någon bedömning av rehabiliteringsmöjligheterna, utan intyget utgör endast ett besked till kassan, att sjukersättning i och för sig kan utbetalas. Den sjuke torde i många fall uppleva intyget som ett bevis på rätt till sp och fk:s funktion endast som utbetalande inrättning.

Genom utformningen av läkarintyget och genom påverkan på läkaren, hur hon/han skall göra bedömningen av om sjukdom och arbetsoförmåga är för handen, kan försäkringsadministrationen utan att göra alltför stort intrång i det fria intygssystemet ändå styra intygandet i riktning mot ytterligare consensus mellan fk (domstolar) och intygsutfärdaren. RFV har i detta syfte i samråd med socialstyrelsen fastställt formulär till ett nytt läkarintyg[12] för fk:s bedömning av rätt till sp. Företrädare för Sveriges läkarförbund, Landstingsförbundet och fk har medverkat i arbetet med utarbetningen av det nya intygsformuläret.

Det nya intyget ersätter alla tidigare motsvarande intygsvarianter och tillhandahålls kostnadsfritt genom fk. Blanketten är anpassad till SOSFS (M) 1981:25. Intyget har introducerats i Göteborgs kommun och Skaraborgs län i november 1982. I ett informationsmaterial till läkare, sjukvårdsanställda och fk-anställda[13] framhålls, att det nya intyget skall ge fk bättre underlag för att kunna bedöma rätten till sp, skapa förutsättningar för att tidigt kunna bedöma behov av eventuell rehabilitering, förenkla samarbetet mellan läkare och fk samt förebygga oegentligheter. Till skillnad från det läkarintyg som använts under hela 70-talet och under början av 80-talet kan sjukskrivningsperioden förlängas högst två gånger med användande av ett och samma formulär. Även vid förlängning skall uppgift om diagnosen anges på intyget. Även patientens arbetsuppgifter skall anges. Vid första påskriften skall läkaren fråga om patienten har varit sjukskriven av annan läkare under den senaste månaden samt göra en notering härom på intyget. Hur patientens identitet har styrkts skall anges i intyget. Antingen styrks identiteten genom

personlig kännedom eller genom fotolegitimation. Diagnos(er) skall anges enligt socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar antingen i klartext eller med kodnummer. Diagnos skall om möjligt anges på svenska. Om någon sjukdomsdiagnos inte kan fastställas, kan en symptomdiagnos godtas för begränsad tid. Att tiden i dessa fall är begränsad, framgår inte av själva läkarintyget utan av informationsfoldern.[14] I läkarintyget finns under rubriken "Bedömning av arbetsförmåga mm" respektive "Bedömning av arbetsförmåga m m - förlängning" utrymme för angivande av "Diagnoser (om möjligt på svenska) eller symptom som förorsakar arbetsoförmåga" och "Föreskrifter, planerade åtgärder m m". Texten "Jag bedömer att sjukdomen hindrar patienten att utföra nuvarande arbetsuppgifter helt, inte helt men till minst hälften" är ny och tar mer konkret sikte på ett intygande av faktisk arbetsoförmåga. Det "gamla" intyget hade rubikerna "Diagnos" och "Sjukskrivning". Under den senare rubriken fanns ett utrymme med texten "bedöms böra avhålla sig från arbete fr o m t o m helt/halvt".

I det nya intyget har inte endast kraven på vad läkaren skall intyga förstärkts, utan även innehållet i vad som skall intygas förändrats. Det är inte samma sak att intyga, att någon bör avhålla sig från arbete och att intyga, att en sjukdom förhindrar någon att utföra sina nuvarande arbetsuppgifter.[15]

Som tidigare framkommit föreligger ingen lagreglerad generell skyldighet att utfärda läkarintyg. Regeringen har nu uppdragit åt socialstyrelsen att göra en översyn av de regler, som gäller *läkares skyldighet att utfärda läkarintyg*.[16] Översynen syftar bl a till att en lagstadgad skyldighet bör införas för läkare att på den enskildes begäran utfärda läkarintyg. Översynen sker i samråd med RFV, Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund. RRV anser att översynen även bör omfatta frågan om en lagstadgad skyldighet för läkare att på myndighets begäran utfärda läkarintyg.[17]

RRV har även i sin revisionsrapport rörande RFV:s tillsyn av fk:s arbete med långa sjukfall förordat en hårdare styrning från fk:s sida vad gäller läkarintygen. Fk bör enligt verkets mening inte godta ett medicinskt underlag, som inte verifierar sjukdom eller visar, att medicinska undersökningar skett eller planerats i syfte att få fram bakomliggande orsaker till symptomen.[18] Vidare anser verket, att läkarna bör lägga större vikt vid avgöranden om sjukskrivning skall ske. Det är också viktigt, att de förser fk med ett fullständigt medicinskt underlag inom rimlig tidpunkt från sjukskrivningstidens början som underlag för fk:s bedömning av sjukpenningrätten. I detta

bör anges vilka undersökningsfynd som gjorts, vilka undersökningar och behandlingar som planeras samt prognosen för sjukdomen.[19]

I revisionsrapporten framhålles också, att läkaren bättre bör känna till, vilka krav som ställs på individen för att utföra en viss arbetsuppgift. Det ingår inte i läkarutbildningen eller som ett naturligt led i den praktiska utövningen av läkaryrket, förutom för företagsläkare, att erhålla kunskaper om arbetsplatser och arbetsmarknad. Det medför i vissa fall svårigheter för läkarna att göra en korrekt bedömning. RRV anser därför, att större vikt bör läggas vid socialförsäkringsfrågor i läkarnas *grundutbildning* liksom i den *fortbildning* som läkarna erhåller.[20] Redan nu ingår dock i läkarnas grundutbildning viss undervisning rörande socialförsäkringsfrågor inom ramen för kursen i socialmedicin.

Hur ser då läkarna på läkarintygssystemet? Från läkarhåll har framhållits[21] att en effekt av efterkrigstidens successiva utbyggnad av det sociala trygghetssystemet är att kravet på medborgarna att förete läkarintyg för bestyrkande av medicinsk och social ohälsa har ökat starkt. Detta har för läkarkårens del inneburit dels en ökad arbetsbelastning, dels ett tvång att göra bedömningar och ställningstaganden, som inte alltid kan grundas på objektiva fakta, trots att så är föreskrivet. Tendensen från myndigheternas sida att begära läkarintyg i allt fler situationer har kritiserats upprepade gånger i den offentliga debatten under senare år.[22] En del läkare har därför förordat en förlängning av den intygsfria tiden. Dessa läkare uppfattar läkarintyget som ett ineffektivt och dyrt instrument, som kunde slopas åtminstone de första 2 - 3 frånvaroveckorna. Man framhåller att det skulle underlätta för vårdsökande patienter att snabbare få vård.[23] Andra läkare har påpekat, att kravet på läkarintyg leder till att patienten kommer till läkare inom en vecka. Detta kan förhindra att sjukdomen förvärras eller att komplikationer uppträder. Ofta är också utskrivning av receptbelagda läkemedel motiverade.[24]

5.2.2 Fk:s läkarintygshandläggning

Fk:s handläggning av läkarintygen ses som en av de viktigaste arbetsuppgifterna rörande sp-rätten. Den är också tidskrävande, varför rutinerna rörande läkarintygshanteringen alltid varit föremål för RFV:s och fk:s intresse.[25]

För att få en uppfattning om i hur många fall läkarintyget tjänar som bevisunderlag i ett sp-ärende kan hänvisas till vissa statistiska

uppgifter som RFV tagit fram. Syftet har varit att bättre kunna bedöma hur tidsåtgången skulle påverkas vid en övergång till det nya intygsformulär som beskrivits ovan. Uppgifterna har dock stort intresse genom att de ger en bild rent allmänt av läkarintygsfrekvensen.

Undersökningen[26] är begränsad till Göteborg. Kommunen har jämfört med övriga landet stor sjukfrånvaro både med avseende på frekvens och fallens varaktighet. En stor läkartäthet kan också medföra en relativt hög besöksfrekvens och kortare perioder mellan återbesöken.

Den undersökta gruppen var alla i Göteborg under 1979 avslutade sjukfall med läkarintyg. Urvalet gjordes så att man tog alla i gruppen ingående fall där df fyllde år den första dagen i en månad. Urvalet kan betraktas som slumpmässigt och utgör ca 3 % av gruppen. Detta 3-procentiga urval omfattande 5.232 sjukfall med läkarintyg. Detta ger totalt ca 159.000 sjukfall med läkarintyg i Göteborg under ett år.

Tabell 1. Sjukfallen fördelade efter antal påskrifter på intygen

Antal påskrifter	Procent av fallen
1	49,1
2	24,6
3	10,8
4	5,0
5	2,5
6	2,3
7	1,2
8	0,9
9	0,5
10	3,1
Totalt	100,0

I genomsnitt fanns det 2,5 påskrifter per sjukfall.

Av tabell 2 framgår hur många intygsblanketter som funnits i varje sjukfall. I genomsnitt förekommer det 1,2 blanketter per sjukfall. Uppräknat utifrån stickprovsdata finner man, att läkarna i de 159.000 sjukfallen utfärdat 395.000 intyg (påskrifter) på 184.000 blanketter. 184.000 eller 47 % av alla intygspåskrifter görs alltså på en ny blankett, antingen som en första påskrift i fallet eller som en förlängningspåskrift på en ny blankett. Således utgör ca 53 % en förlängd sjukskrivning på en redan delvis ifylld blankett.

Tabell 2. Sjukfallen fördelade efter antal intygsblanketter

Antal blanketter	Procent av fallen
1	90,0
2	7,1
3	1,6
4	0,6
<5	50,7
Totalt	100,0

Under 1981 utbetalade fk c:a 12.831 milj kr i sp, varav c:a 10.900 milj kr med läkarintyg som betalningsunderlag enligt RFV:s statistik.[27]

Den stora mängden av läkarintyg har lett till att speciella arbetsrutiner (jag refererar nedan till de som gäller för det "gamla" läkarintyget, eftersom det nya inte kommer i bruk vid alla kassor förrän under 1984) har utvecklats vid fk angående läkarintygshandläggningen. Denna kan gälla kontroll och komplettering av läkarintyget. Diagnos samt bedömning av arbetsförmågan erfordras alltid. Komplettering av diagnosen skall därför i princip ske skriftligen av behandlande läkare. Diagnosuppgift överförs från läkarintyget till sjukkortet. Diagnos som inte är allmänt känd översätts. Nummerdiagnos brukar inte översättas.

Uppgift om yrke eller sysselsättning erfordras endast om det på läkarintyget finns speciell ruta för detta. Finns utrymme för yrke/sysselsättning men detta inte är ifyllt, skall komplettering ske enbart i de fall, där diagnosen inte ger underlag för bedömning av rätten till sp. Komplettering kan ske antingen per telefon eller skriftligen.

I samband med att diagnosen antecknas på sjukkortet gör tjänstemannen en bedömning av diagnosen, arbetssituationen och sjukskrivningstiden. Om det finns flera diagnoser på samma intyg sker bedömningen utifrån uppgiven huvuddiagnos. Vid bedömningen skall övervägas om den diagnos som angivits kan antas medföra nedsättning av arbetsförmågan i den omfattning (sjukskrivningstidens längd samt grad av arbetsoförmåga) som anges på intyget.

Som hjälplitteratur brukar boken "Medicinsk vägledning" (se nedan) användas. I denna anges normala sjukskrivningstider för olika diagnoser. Om dessa sjukskrivningstider överskrids, brukar fk undersöka anledningen till detta. Vid behov skall förtroendeläkarens medicinska bedömning inhämtas. Exempel på övrig hjälplitteratur

som används av fk är "Medicinsk miniordbok" och "Medicinsk terminologi".

Om fk inte anser sig kunna godta läkarintyget som underlag för utredning om rätt till sp, skall fk utreda ärendet i syfte att få fram underlag till en förnyad prövning. Om kassan finner det skäligt, kan under den tid utredningen genomförs sp stoppas eller begränsas till hälften. Åtgärden får inte vidtas utan att kassan har vad som brukar betecknas som "underlag som talar mot fortsatt sjukpenningrätt". Vad detta närmare innebär får rättsfallsgenomgången utvisa. I de fall kassan har för avsikt att stoppa eller begränsa utbetalningen av sp, skall df omgående underrättas om kontorets åtgärder samt orsaken till dem. Med hänsyn till de ekonomiska konsekvenser en sådan åtgärd medför för df, skall "utredningen genomföras utan dröjsmål",[28] så att beslut snarast kan fattas i ärendet. Beslutet om att stoppa eller begränsa utbetalningen av sp fattas av lägst sektionschef eller motsvarande.

I de fall utredningen drar ut på tiden och medför att beslut inte kan fattas inom en vecka, räknat från den dag försäkran eller läkarintyget inkom till kassan, skall df underrättas om kontorets åtgärder samt orsaken till dem, t ex att kassan för närvarande inte finner df:s rätt till sp styrkt, att utredning pågår, att kassan tills vidare anser sig förhindrad att betala ut sp eller endast kan betala ut halv sp och att kassan snarast kommer att lämna besked antingen genom ett skriftligt beslut eller genom utbetalning av sp.

5.3 De intygsskrivande läkarna

Såvitt gäller läkarintyg utfärdade i Sverige godtar fk i princip endast intyg utfärdade av läkare, som har behörighet att här utöva läkaryrket. I lag (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket framgår att sådan behörighet tillkommer den som är legitimerad[29] liksom den som är förordnad av socialstyrelsen eller efter socialstyrelsens bemyndigande annan myndighet.[30] Viss begränsad behörighet att utöva läkaryrket kan också meddelas av regeringen eller socialstyrelsen.[31] Endast den som har legitimation har rätt att yrkesmässigt bedriva enskild läkarverksamhet.[32] Det finns särskilda bestämmelser om legitimation av den som har utländsk utbildning (lag 1982:176). I den allmänna läkarinstruktionen (1963:341) anges att en läkare är i sin yrkesutövning ställd under socialstyrelsens inseende och att hon/han vid utfärdande av intyg eller utlåtande skall

iakttaga synnerlig omsorg och samvetsgrannhet samt ställa sig till efterrättelse de anvisningar, som socialstyrelsen meddelar (jfr SOSFS 1981:25).[33] För att läkarintyg skall tillmätas sedvanligt bevisvärde bör det alltså vara utfärdat av person som har behörighet att utöva läkaryrket och som ställt sig socialstyrelsens anvisningar till efterrättelse. Det innebär att läkaren helst bör vara i Sverige verksam läkare med svensk legitimation. Följande rättsfall visar den vikt som lagts vid svensk legitimation (jfr lag 1982:176).

Den sjukskrivande läkaren var utländsk medicine doktor, som en tid efter det aktuella sjukfallet erhöll svensk legitimation. Kassan (Malmöhus allmänna försäkringskassas beslut 780103) ville inte utbetala sp ens för tiden (10 dagar) innan den meddelat df, att den krävde intyg av annan läkare. FRS godtog i och för sig fk:s resonemang men fann, att df först sedan halva sjukskrivningstiden gått och kort före julen fått kännedom om, att fk inte godtog den utländske läkarens bedömning av nedsättningen av arbetsförmågan. Hon hade inte heller dessförinnan haft anledning att själv ifrågasätta bedömningen, varför hon enligt FRS hade fortsatt rätt till sp (FRS 800421 mål nr 1602/79).

Kassans beslut torde vara ett avsteg från kommuniceringskravet i förvaltningslagen. Df:s rätt till sp fram till den dag df fick vetskap av kassan, att den inte godtog intyget, synes uppenbar. Men FR fann, att df var berättigad till sp även under de sju dagar, som förflöt, innan df blev helt sjukskriven av ny läkare. Denna tid kan ju jämföras med tid, då föreskrivet läkarintyg saknas. FR har tydligen ansett, att df har gjort vad som skäligen kunde ankomma på henne, när hon inkom med ett läkarintyg sju dagar senare. Att julhelgen infallit under dessa dagar torde ha påverkat rättens bedömning.

5.3.1 Specialisterna

Även om distriktsläkarna i de allra flesta fall är kompetenta att ställa diagnos, kan kassan ibland finna att en undersökning och ett intygande av en *specialist* är att förorda. Den situationen kan uppkomma, när det blir fråga om fortsatt sjukskrivning. Ovan i 4.4 har under rubriken Specialistremisser framkommit den stora vikt som läggs vis specialistintygen. Att underlåta att iaktta ett dylikt föreläggande medför risk för indragning av sp (20:3). Jag hänvisar till vad som där sagts.

5.3.2 Läkarbyten

Fk godtar ofta inte *läkarbyte* under pågående sjukperiod. Om df under ett och samma sjukfall inkommer med nytt läkarintyg som förlänger sjukskrivningsperioden, utfärdat av annan läkare än den läkare som tidigare sjukskrivit df, är kassorna av RFV ålagda restriktivitet i sin bedömning av rätten till sp. Har läkarbyte skett inom samma sjukvårdsinrättning eller är förlängningsperioden utfärdad av specialist inom uppgiven diagnosgrupp, godtar kassorna som regel bytet utan särskild utredning.

I övriga fall av läkarbyte brukar kassorna utreda anledningen till bytet. Under utredningstiden är det vanligt att sp innehålles. I första hand tillfrågar man df om anledningen till läkarbytet. Om df inte enligt kassans mening kan lämna någon tillfredsställande förklaring, tar tjänstemannen kontakt med tidigare läkare för att få uppgifter om dennes bedömning av tidigare sjukskrivningsperiod. Beroende på vad som framkommer vid utredningen avgör man sedan, om kontakt skall tas även med den läkare som utfärdat det aktuella intyget. I samband med denna kontakt delges läkaren de medicinska uppgifter, som kan ha betydelse för denna bedömning. Även förtroendeläkarens medicinska bedömning brukar inhämtas.

Genom beslut av Östergötlands läns allmänna försäkringskassa fattat 781115 indrogs df:s sp på den grund, att det inte längre kunde anses tillräckligt styrkt, att df:s arbetsförmåga var nedsatt med minst hälften, efter det att df bytt läkare under pågående sjukperiod. Den först sjukskrivande läkaren hade inte velat förlänga sjukskrivningen, varför df, som själv inte ansåg sig frisk, vände sig till en annan läkare, som sjukskrev honom. I det överklagade kassabeslutet framhöll df, att kassans förtroendeläkare, som funnit att hans arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften, aldrig hade träffat honom och gjort någon undersökning och att den senast sjukskrivande läkaren hade stor kännedom om hans sjukdom, varför man borde gå på hans linje. FR konstaterade endast, att arbetsförmågan inte var nedsatt på grund av sjukdom och gav ingen motivering till denna ståndpunkt (FRM 790919 mål nr 5547/79).

5.3.3 De utländska läkarna

Ett stort antal rättsfall visar, att intyg från en i utlandet verksam läkare värderas på ett annat sätt än svensk läkares intyg.

Ovan (4.3) har den situationen behandlats att df under pågående sjukskrivning i Sverige ansöker om att få uppbära sp under en utlandsresa. Fk brukar i beslut om bifall på begäran om sp under

sådan utlandsvistelse uttala, att eventuella anspråk på sp för tid efter det sista datumet i den beviljade tidsperioden skall styrkas med intyg från behandlande läkare i Sverige. De bevis som av df anförts för att styrka fortsatt arbetsoförmåga har ändå i åtskilliga fall varit intyg från utländsk läkare. I en del fall har både två och tre utländska läkarintyg styrkande arbetsoförmåga varit föremål för kassans och överinstansernas bedömning. Dessa har inte tillmätts något större bevisvärde. De rättstillämpande organen har kort och gott konstaterat, att arbetsoförmåga inte är styrkt. I inget av de undersökta FD- eller FÖD-fallen har yrkande om fortsatt sp under utlandsvistelse bifallits.[34] Även i de fall, där fk inte uttryckligen gjort ett uttalande i enlighet med det ovan anförda, är samtliga FD eller FÖD-avgöranden avslag på framställda yrkanden om ytterligare sp under utlandsvistelse.[35]

Men den situation då fk oftast får ta ställning till utländska läkarintyg är, då df insjuknar i utlandet och efter hemkomsten styrker sjukfallet med intyg från utländsk läkare.

Jag har undersökt 141 avgöranden av FD/FÖD från åren 1976 - 1980 rörande utländska läkarintyg. I 24 av dessa fall har FD/FÖD bifallit yrkandet om sp.[36] Nedan följer korta referat av de bifallande domarna.

I FD 770215 dnr 244/76 hade df drabbats av svår svampförgiftning med inflammatoriska symptom av gallblåsan och gallgångarna, vilket krävt noggrann medicinsk uppsikt (exv 3 sprutor per dag). Detta styrktes av hälsointyg från behandlande utländsk läkare.

I FD 760930 dnr 629/76 var df sjukskriven för äggstocksinflammation, vilket styrktes av läkarintyg samt kompletterande intyg.

I FD 770616 dnr 1781/76 var det säkerligen den allvarliga sjukdomsbild av df, som visade sig efter df:s hemkomst, som medförde, att df erhöll sp för tid som omfattades av det utländska läkarintyget. Diagnosen under den aktuella sjukskrivningsperioden i utlandet var kronisk gastrit och spondylarthrit.

I FD 771115 dnr 2511/76 hade df under utlandsresan råkat ut för en trafikolycka och blev som en följd av den sjukskriven. Besvären var dock närmast av psykisk natur. Hon led också av blodbrist (järnbrist), och för denna åkomma blev hon sjukskriven vid hemkomsten till Sverige. Tiden för vilken hon begärde sp under utlandsvistelse var 2 veckor.

I FD 770503 dnr 91/77 var diagnosen "ångestartad neuros med depressiva symptom p g a klimakteria". I Sverige hade hon varit sjukskriven för detta flera månader i följd under ifrågavarande år. Orsaken till att hon ej uppsökt läkare i Sverige före utlandsresan hade varit rädsla för att ej få resa utomlands under pågående sjuk-

domsperiod. När hon kommit utomlands hade hon varit tvungen att uppsöka läkare för sina tidigare besvär.

I FD 771013 dnr 105/77 angavs av den utländska sjukskrivande läkaren, som var gynekolog, att df behandlats för hotande missfall, "abortus imminens", att hon inte kunde återvända till Sverige och att hon var arbetsoförmögen. Som medicinska fynd angavs underlivsblödningar - smärtor och som föreskrift sängläge och hormonbehandling. Df hade tre år tidigare haft en för tidig nedkomst, varvid barnet dött efter två dagar (jfr vad som nedan sägs om dessa sjukdomstillstånd).

I FD 780620 dnr 1547/77 inhämtade FD medicinskt sakkunnigutlåtande, i vilket framgick, att det ur medicinsk synvinkel inte var orimligt att en kvinna sjukskrevs 4 veckor under diagnosen adnexit (inflammation i äggstock och äggledare), psykoneuros och lumbago.

I FD 780627 dnr 2507/77 hade df allahanda besvär i bröst- och andningsregionen. I läkarutlåtande angavs att kliniska fynd, patologiska laboratorieresultat samt röntgenundersökning av lungor bekräftade diagnosen och arbetsoförmågan. Df hade varit sjuk i samma sjukdom både före och efter utlandsvistelsen.

I FÖD 790426 dnr 974/78 var diagnosen hotande abort i 7:e månaden och sp under 30 dagar ansågs i svenskt expertutlåtande vara rimligt.

I FD 781130 dnr 1071/78 var diagnosen njur- och urinvägssjukdom (akut pyelonefrit) och en sjukskrivning på två månader (df hade varit sjuk och krävt behandling i 7 veckor) ansågs i svenskt expertutlåtande vara rimlig.

I FÖD 790419 dnr 2162/78 hade df haft smärtor i midjan (ryggsidan) och lilla bäckenet samt feberfrossa och uttalade smärtor vid vattenkastning (cystopyelitis chr. exac.). Hon bedömdes av den utländska läkaren vara arbetsoförmögen i tre veckor, men FÖD fann att arbetsoförmågan förelåg endast under 6 dagar.

I FÖD 791228 dnr 2428/78 var diagnosen gallblåseinflammation med en sjukskrivningstid från 8 april - 15 maj, vilket bedömdes vara en fullt rimlig sjukskrivningstid av svensk medicinsk sakkunnig.

I FD 770609 dnr 350/76 var diagnosen kärlkramp och ischias. Sedan FD begärt yttrande från RFV företogs ytterligare utredning, som ledde till att besvären bifölls. Vad denna utredning bestod av framgår ej av domen.

I FD 770308 dnr 2056/76 var diagnosen tandinflammation, som enligt intyget krävde behandling i sexton dagar. Df erhöll sp under 7 dagar.

I FD 770303 dnr 2312/76 var diagnosen inflammation i blödande hemorrojder. Df (busschaufför) hade under tidigare sjukperioder varit sjukskriven för samma besvär.

I FD 771027 dnr 30/77 var diagnosen ledgångsreumatism som nedsatte arbetsförmågan i ca tre veckor. Df hade vårdats på infektionsklinik i Sverige, därför att han led av kronisk malaria och av sjukdomen fick värk i armar och ben.

I FD 780321 dnr 977/77 hade df vrickat foten och läkarintyg och kopia av röntgenjournal styrkte detta. Df blev fortsatt sjukskriven i Sverige (lumbago ischias). Han erhöll halv sp för den aktuella tiden.

I FD 780525 dnr 1293/77 hade df varit sjukskriven vid ett flertal tillfällen för samma besvär som det ifrågavarande (misstänkt peptiskt magsår). Enligt FD:s medicinska expert borde ifrågavarande sjukskrivning inte behandlas annorlunda än om df blivit sjukskriven av svensk läkare.

I FD 780202 dnr 1542/77 led df av en kraftig njurinfektion, och det inhämtade sakkunnigutlåtandet rörande df:s sjukdomsbild låg till grund för FD:s bifall.

I FD 780926 dnr 2899/77 var diagnosen bl a tuberkulos. Kassan biföll sp för tid som yrkats i en första omgång men ej för tid som begärts då sjukperioden blivit längre. Df erhöll dock sp även för den perioden hos FD. Df hade en tid efter hemkomsten insjuknat i lungtuberkulos, vilket styrktes genom journaler från lungmedicinsk klinik.

I FÖD 790403 dnr 475/78 var df arbetsoförmögen p g a magtarmkatarr och depressiv neuros. Sedan FD tagit del av utlåtande från en av de sjukskrivande läkarna, biföll FD besvären.

I FÖD 790130 dnr 971/78 hade df blivit opererad för högersidig medial meniskskada och bristning av korsbanden i Sverige. Han ådrog sig sedan följdbesvär härav under en utlandsvistelse (posttraumatisk ostecarthrit), vilket FD med ledning av läkarintyg fann ge upphov till arbetsoförmåga i 4 veckor.

I FÖD 790315 dnr 1183/78 hade df drabbats av muskelreumatism i nacken (torticollis) under en flygresa p g a drag. Df blev fortsatt sjukskriven i Sverige.

I FÖD 800129 dnr 2464/78 blev df sjukskriven för bl a sinusit (bihåleinflammation). FD inhämtade yttrande från sakkunnig på yrkesaudiologen som klart gav vid handen att df led av kronisk rhinit (snuva), vilket motiverade en sjukskrivningstid på fyra veckor.

Gemensamt för flertalet av dessa bifallande FD-domar är, att df antingen varit sjukskriven i Sverige med samma diagnos eller blivit fortsatt sjukskriven av svensk läkare efter hemkomsten, att sjukdomsbilden med åtföljande arbetsoförmåga varit av påtaglig och objektiv karaktär, vilken framkommit genom operation, laboratorieresultat, röntgensvar o dyl eller därigenom att svensk medicinsk expertis givit utlåtande. Några av domarna saknar dock dessa kännetecken. Att peka på något speciellt som legat till grund för de bifallande domsluten i dessa fall låter sig inte göras.

Att ur de icke-bifallande domsluten[37] få fram något för dem gemensamt, som skiljer dem från de nu redovisade bifallande domsluten, är vanskligt. Många gånger ställer man sig frågande, varför domstolen inte har funnit arbetsoförmåga vara styrkt, efter-

som de bevis som åberopas många gånger förefaller lika starka som i de bifallande domsluten.

Många av de icke-bifallande rättsfallen visar, att man värderat de utländska läkarintygen lågt i bevishänseende. FR har dock alltifrån sin tillkomst gjort en mer nyanserad bedömning av de utländska läkarintygen än den som RFV gjorde då RFV fungerade som mellaninstans. RFV fann i regel oberoende av anförd bevisning rörande sjukdomsbild och arbetsförmåga att rätt till sp ej förelåg. Utländska läkares intyg tillmäts numera alltså ett högre bevisvärde än tidigare. Visserligen söker man ofta förstärka bevisningen genom att låta svensk läkare värdera det utländska läkarintyget. Man gör också oftare utredning om df:s medicinska status före och efter sjukfallet, än vad som är brukligt vid ett sjukfall då df befinner sig i Sverige. Men ger en sådan utredning till resultat, att det inte finns något som talar mot att df p g a sjukdom är minst halvt arbetsoförmögen, brukar detta med FR:s rättstillämpning vara tillräckligt för att df skall erhålla sp.[38] RFV torde ha accepterat FR:s beviskrav, eftersom OE inte i någon större utsträckning överklagat de bifallande domsluten på FR-nivå i för df negativ riktning. FÖD har också i flera mål accepterat det mildare beviskravet och låtit enbart de utländska läkarintygen ligga till grund för sp-rätt, såsom FÖD 811215 mål nr 1057/81:7, FÖD 820720 mål nr 1515/81:5 och FÖD 820623 mål nr 1769/81:4. FÖD-domen 800715 mål nr 369/79:8 är ett bra exempel på att man inte krävt onormalt mycket i bevishänseende för att ett i utlandet inträffat sjukfall skall ge rätt till sp. I FÖD-domen 800701 mål nr 2148/78 däremot har domstolen trots bifall tydligtvis sett på den utländska läkarens intyg med viss skepsis ("i betraktande av att df tidigare besvärats av urinvägsinfektioner av varierande omfattning den polske läkarens sjukskrivning av henne inte kan lämnas utan avseende"). Sjukperiodens längd godtogs efter kontakt med medicinskt sakkunnig. Givetvis kan det förekomma utländska läkarintyg som är uppenbart dåliga och oanvändbara som intyg, såsom i FÖD 820525 mål nr 148/81:6 liksom i FRM 820129 mål nr 6154/80.

I avsnitt 4.3 framhölls att försäkrade som berörs av sanktionsregeln i 3:17 första stycket b) nästan uteslutande är invandrare. Försäkrade som för fk uppvisar ett utländskt läkarintyg är inte endast invandrare utan också infödda svenskar, som har insjuknat utomlands under semestervistelse o dyl.

5.3.4 Läkare med "generös" sjukskrivningspraxis

Det finns också fall då fk inte godtagit läkarintyg av den orsaken, att den sjukskrivande läkaren enligt fk tillämpat en alltför generös praxis vid sitt intygsskrivande. Detta kan jag inte belägga på sedvanligt sätt, men jag vet från flera källor, att det förhåller sig så. En del av de fall, där fk och domstolarna utan närmare motivering funnit, att arbetsoförmåga p g a sjukdom inte är styrkt, kan alltså vara fall, där den intygsskrivande läkaren enligt fk:s uppfattning har en alltför generös sjukskrivningspraxis.[39]

5.4 Det medicinska sjukdomsbegreppet

Under 1960- och 1970-talen skedde en viss förändring av läkarnas synsätt på det medicinska sjukdomsbegreppet. Det tidigare synsättet kännetecknades av begränsningen till ett enda sjukdomsbegrepp, som skulle kunna användas i alla sammanhang inom sjukvården och därmed indirekt även inom socialförsäkringsområdet. Detta betyder inte, att man utgick från ett från början givet sjukdomsbegrepp, som med apriorisk giltighet skulle vara oföränderligt detsamma under alla tider och i alla sammanhang. Att begreppet var föränderligt och att dess gränser var avhängiga av den för tillfället aktuella medicinska kunskapen liksom av sjukvårdens resurser, var man helt på det klara med. Men man var vid begränsade kunskaper och resurser tvungen att prioritera, vilka som skulle åtnjuta "sjukdomsförklaringens privilegier". Här blev det "rejält påvisbara somatiska sjukdomstillstånd som fick den största tyngden".[40] Det var dessa tillstånd som räknades som sjukdomstillstånd.

Under de senaste decennierna har den snabba utvecklingen både beträffande medicinska insikter om vårdbehovets komplicerade bakgrund och den starkt ökade tillgången på vårdresurser och socialpolitiska resurser påverkat det medicinska sjukdomsbegreppet.

Det är givetvis av stor vikt att klarlägga olika betydelser av ordet sjukdom, när läkarna använder detta för att beskriva och förklara verkligheten. Detta är ingen lätt uppgift, därför att det bland läkarna själva har förekommit en rad angrepp mot förmenta missbruk av sjukdomsbegreppet. Det har gällt påståenden om utbredd "okynnessjukskrivning" liksom påståenden om sjukdomsförklaringar som en osund metod att gömma sociala problem bakom mer välsedda medicinska etiketter. Vissa har upplevt tillämpningen av sjukdomsbegreppet som alltför snäv, såsom när tidigare exv arbetsoförmögna

med kroniska neuroser och alkoholister inte har betraktats som i medicinsk mening sjuka. Andra har upplevt sjukdomsbegreppet som alltför utvidgat, som på glid eller som en metod för omyndighetsförklaring eller utstötning.[41]

Att man inte längre kan tala om ett enhetligt medicinskt sjukdomsbegrepp torde stå klart. Man talar om sjukdomsbegreppet inom exv psykiatrin och epidemiologin, liksom man talar om somatikerns syn på sjukdomsbegreppet. Frågan är då om man kan spåra några kriterier som är gemensamma för dem alla. Är möjligen den omständigheten att det ifrågavarande tillståndet i högre eller lägre grad kan påverkas genom *medicinsk behandling* ett sådant kriterium?

"Begreppet sjukdom innebär viktiga konsekvenser av social-psykologisk natur för individens förhållningssätt till sitt tillstånd och sin behandling. Att vara "sjuk" innebär social-psykologiskt ett rolltagande, som innefattar en upplevelse av att vara drabbad (genom egen förskyllan eller helt utan egen förskyllan) av något som i princip endast kan åtgärdas av en medicinskt utbildad expert. Behandling och ev bot sker oavsett om patienten har insikter i sjukdomens natur eller inte men fordrar kooperation med läkaren. Dennes åtgärder är företrädesvis av manipulativ teknisk natur men förväntas ske med humanitet och vänlighet."[42]

Med denna syn på människan och med denna syn på botandet bör man tala om sjukdom i de fall, där medicinsk-naturvetenskapliga förklarings- och behandlingsmodeller spelar en avgörande roll i vården. Sjukdomsbegreppet är okontroversiellt i många kliniska situationer. Patienten och läkaren är överens om symtom, diagnos och behandling. Vid undersökningar upptäcks ibland avvikelser, där individen själv inte upplever sig vara sjuk. En del av dessa avvikelser kan behandlas, andra bara konstateras. Vilka avvikelser skall betraktas som sjukdom och åtgärdas, även om individen själv inte känner sig sjuk? För läkaren inom hälsovården torde sjukdomsbegreppet ha en operationell och prognostisk innebörd: sjukdom är somatiska eller psykiska avvikelser, som behöver åtgärdas. Åtgärden skall vidtagas för att förhindra framtida men för individen.

Av vilken karaktär skall åtgärden som vidtas vara? Skall det endast vara traditionellt medicinska åtgärder som är relevanta vid behandlingen? Vid exv psykiska sjukdomstillstånd kan detta vålla problem. Medicinsk behandling är aktuell exempelvis vid akuta förgiftningstillstånd, vissa beroendetillstånd, liksom vid organiska hjärnsyndrom av olika genes. Men vid det övervägande flertalet fall

i psykiatrisk praxis är inte den medicinska modellen tillämplig, eftersom psykologisk-sociala förståelsemodeller av problem och konflikter mellan och inom människor är av avgörande betydelse och individens egen aktiva medverkan krävs för att situationen skall påverkas. Detta gäller oavsett om farmaka eller andra icke-psykologiska behandlingsmetoder kan komma till användning.

Att behandlingsmetoden torde ha en viss betydelse för gränsdragningen psykisk sjukdom - inte psykisk sjukdom torde stå klart. Man skiljer inom psykiatrin mellan olika "klasser" av sjukdomsbegrepp från distinkta sjukdomar med klarlagd etiologi, t ex paralysie generale, över kliniskt väl avgränsbara enheter som t ex "typiska endogena depressioner" till en tredje grupp omfattande majoriteten av psykiska sjukdomstillstånd, t ex ångestneuroser, neurotiska depressioner och reaktiva depressioner. Att de båda förstnämnda tillstånden är sjukdomstillstånd torde man vara helt enig om. Hur är det då med den tredje gruppen?

Är det verkligen en endogen depression eller är det en neurotisk depression sammanhängande med omedvetna konflikter? Är den neurotiska eller reaktiva depressionen en sjukdom? Här blir det fråga om gränsdragning gentemot normala reaktioner hos en individ, som utsätts för stora påfrestningar. En sorgereaktion är ingen sjukdom, men om individen inte lyckas komma över sin sorg utan fastnar i en reaktiv depression, brukar den räknas som sjukdom.

Det torde vara befogat att göra gällande, att man inom psykiatrin åtminstone i viss utsträckning drar en gräns mellan de olika behandlingsmetoderna och att de tillstånd som är lämpade för en traditionell medicinsk behandling uppfattas som sjukdomar, medan så inte är fallet i samma utsträckning med de tillstånd, som enbart är påverkbara genom psyko-sociala åtgärder. I många fall torde båda behandlingsmetoderna vara lämpade, den ena i mer, den andra i mindre utsträckning. Detta kan bidra till att delade meningar uppstår, huruvida sjukdomstillstånd föreligger eller inte.[43]

Sammanfattningsvis kan man så här långt påpeka, att det medicinska sjukdomsbegreppet kan skifta inte endast mellan olika medicinska discipliner utan även inom dessa beroende på olika uppfattningar om adekvat behandling.

Det *medicinska diagnostiserandet* är ett annat kriterium, som man kan förvänta skall ha stor betydelse vid avgörandet av vilka tillstånd som skall betraktas som sjukdomstillstånd respektive inte sjukdomstillstånd. Att kunna ställa (rätt) diagnos är en förutsättning för

vilken behandlingsmetod som skall komma till användning. Givetvis kan vikten av diagnostiserandet poängteras på olika sätt. Företrädare finns för den åsikten, att sjukvårdens uppgift är att diagnostisera och behandla "verkliga" sjukdomar (diseases).[44] För sjukdomsdiagnos fordras inte endast subjektiva symptom utan även objektivt påvisbara tecken på sjukdom. Synsättet brukar kallas "apparatsfelsmodellen" och sjukdomsbegreppet för det biologiska sjukdomsbegreppet.[45] Företrädare för det biologiska sjukdomsbegreppet vänder sig mot en integrering i sjukdomsbegreppet av den "vårdideologi", som poängterar en helhetsbild inte endast ur medicinsk utan även ur psyko-social synvinkel av patienten. En utvidgning av sjukdomsbegreppet till att gälla även tillstånd med stort inslag av social funktionsvikt uppfattas som otillfredställande. Detta anses i hög grad gälla patienter med symptombesvär av olika slag exv ryggbesvär, där de enda bevisen för besvären är patientens egna subjektiva upplevelser av symptomen, vilka alltså inte kunnat fastställas objektivt, eller de fynd man kunnat fastställa uppfattas som ett alltför svagt underlag för att "bevisa" sjukdom bakom de subjektiva symptomen. För att kunna ställa en diagnos, för att kunna inleda en behandling och för att kunna göra en prognos måste det alltså enligt företrädarna för denna "apparatsfelsmodell" finnas objektivt påvisbara tecken på sjukdom.

Mot det biologiska sjukdomsbegreppet kan det socialmedicinska sjukdomsbegreppet ställas.[46] Företrädarna för det senare eftersträvar att i begreppet integrera en helhetssyn på människan. Patientens subjektiva upplevelse av sin situation skall tillmätas stor betydelse. En patient är sjuk, som känner sig sjuk. Det innebär, att inte endast de tillstånd där påvisbara tecken på sjukdom objektivt har kunnat konstateras räknas som sjukdomar, utan att även symptomtillstånden är att betrakta som sjukdomstillstånd. Vidare betonas vikten av att utreda de sociala faktorernas inverkan på sjukdomens uppkomst och förlopp. Man gör gällande, att ett samtidigt beaktande av sociala och psykologisk-psykiatriska aspekter på sjukdomens uppkomst och behandling är nödvändiga för en komplett diagnos och ett fullgott behandlingsresultat. Hittar man ett sjukdomstillstånd, som förklarar en arbetsoförmåga hos patienten, skall enligt företrädarna för detta medicinska sjukdomsbegrepp ersättning utgå från sjukförsäkringen oavsett sjukdomens orsak, t ex att det finns sociala faktorer i bakgrunden. Men om det inte finns något medicinskt mellanled, en sjukdom, mellan de sociala faktorer-

na och arbetsoförmågan, är sp inte den adekvata ersättningsformen. Sociala faktorer som bakgrund till sjukdom är lika betydelsefulla vid sjukdomar, där en organisk förändring ingår i symptomatologin, som vid andra sjukdomar. Orsaksfaktorerna ensamma ger inte någon användbar indelningsgrund för sjukdomar. De kan inte användas för att skilja sjukskrivningsberättigade tillstånd från icke-sjukskrivningsberättigade tillstånd. Det är symptomens karaktär, intensitet och konstans, som avgör om en person kan arbeta eller inte vid ett visst tillfälle. Accepterandet av diffusa symptom som uttryck för sjukdom innebär i och för sig inte en utvidgning av sjukdomsbegreppet. Det är viktigt att bättre evaluera betydelsen av arbetssituationen vid olika sjukdomstillstånd, såväl de där organiska förändringar finns som de övriga.[47]

5.5 Det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet

Man kan inte utgå ifrån att det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet har exakt samma innehåll som det medicinska. Om fk inte utbetalar sp trots läkarintyg, som anger sjukdom, kan detta bero på att fk bygger på ett annat sjukdomsbegrepp.

Mitt syfte med den följande framställningen är att beskriva det sjukdomsbegrepp, som kassor och domstolar använder för att avgöra, om df är berättigad till sp och att undersöka om detta försäkringsrättsliga sjukdomsbegrepp sammanfaller med det medicinska sjukdomsbegreppet.

5.5.1 Medfödda kroppsfel m m

Som varje onormalt kropps- eller själstillstånd som inte sammanhänger med den normala livsprocessen beskrivs det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomstillståndet i 1944 års förslag till lag om obligatorisk sjukpenningförsäkring.[48] Vad som tillhör den normala livsprocessen utvecklas inte närmare. Genom att använda uttrycket livsprocess intar man ett dynamiskt perspektiv. Detta torde då föra med sig, att sjukdomen för att berättiga till ersättning skall konstituera sig som en *sjukdomsprocess* och leda till att medfödda onormala tillstånd av fysisk eller psykisk karaktär inte ersätts. Gäller detta i alla situationer? Finns det inga medfödda kroppsfel som i rättstillämpningen uppfattas som sjukdomar?

Frågan om medfödda kroppsfel är att betrakta som sjukdom eller

inte kan ibland aktualiseras i samband med *förlust av protes* eller annat hjälpmedel. För att frågan om sp skall uppkomma krävs också, att förlusten av protesen medför arbetsoförmåga för df. Några rättsfall gäller förlust av df:s glasögon eller kontaktlins. Jag inleder med ett publicerat rättsfall.[49]

En kvinna sjukanmäldes hos fk för ögonbesvär. Av kassans och länsarbetsnämndens förtroendeläkare sjukskrevs hon för tiden 19 jan - 15 febr under diagnosen "Tillstånd efter grå starr". Under Föreskrifter angavs "Väntan på kontaktlins". Kassan beslöt att inte utge sp och motiverade sitt beslut med att df:s arbetsförmåga inte kunde anses nedsatt med minst hälften p g a sjukdom. Kassan beslöt tillika att överlämna ärendet till RFV för prövning. I utlåtande av RFV:s medicinskt sakkunnige framkom, att det var uppenbart att orsaken till df:s behov av korrektionsglas (vanliga starrglas eller kontaktlinser) var medfödd grå starr, som efter operation medfört, att ett kraftigt brytningsfel uppstått. Det var också uppenbart att utan korrektionsglas (ena linsen var spräckt och det var minst en månads leveranstid för en ny dylik lins) synförmågan för df var nedsatt i sådan grad, att oförmåga att följa aktuell undervisning måste anses föreligga. Sjukdomen, den medfödda gråa starren, var i och med den utförda operationen botad, men den hade efterlämnat ett handikapp genom att ett kraftigt brytningsfel uppstod. Detta var dock i princip att jämföra med vanliga brytningsfel och kunde ej anses utgöra en sjukdom. RFV fann i det underställda beslutet, att eftersom nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga berott på förhållande, som hänförde sig till skadan på hennes protes (kontaktlins) förutsättning för rätt till sp enligt AFL 3:7 inte förelåg. - FD fann dock, att *lagens ordalydelse* och *lagmotiven* gav vid handen, att df:s nedsatta arbetsförmåga skulle betraktas som förorsakad av (en tidigare) sjukdom (770127 dnr 1265/76).

Som framgår av rättsfallet har man i rättstillämpningen inte funnit sjukdomsrekvisitet vara uppfyllt, om df haft ett vanligt brytningsfel.[50] Detta betraktas såsom ett handikapp utan samband med någon sjukdomsprocess. Grava fall av synnedsättning ger rätt till handikappersättning.

Av rättsfallet framgår också att skada på protes inte ansågs kunna ge rätt till sp. RFV var dock villig att ändra denna praxis, dels i överensstämmelse med socialförsäkringsutskottets mening, att hinder inte förelåg att utge sp vid förlust av arbetsförmåga i samband med att df är frånvarande från arbetet för att erhålla, utprova eller reparera tekniska hjälpmedel, dels i överensstämmelse med uppmaningen i förarbetena att beakta skälighetssynpunkter vid bestämmande av sjukdomsbegreppet. FD:s hänvisning till lagens ordalydelse innefattade en hänvisning till AFL 3:7 första stycket andra

mom. FD menade, att df:s tillstånd efter förlusten av protesen var ett följdtillstånd av ett tidigare sjukdomstillstånd (gråstarr) och, trots att sjukdomen upphört genom operationen kvarstod ett tillstånd, som i vissa situationer (som denna) kunde ge upphov till arbetsoförmåga. Enligt lagen skall ett sådant tillstånd uppfattas som ett sjukdomstillstånd ("såsom sjukdom anses jämväl"), fastän tillståndet egentligen inte innefattar någon sjukdom utan i stället endast arbetsoförmåga. FD hänvisade också till lagmotiven bakom den nu anförda lagregeln och fann, att kravet, att sp måste ha utgivits för den nu upphörda sjukdomen, i detta fall kunde efterges.

Två skiljaktiga ledamöter ansåg, att arbetsoförmåga till följd av skada eller förslitning av protes inte, med det sjukdomsbegrepp som enligt deras tolkning 3:7 stod för, kunde vara sp-grundande. En sådan situation var i stället ett fall för lagstiftaren, även om protesen avsåg att kompensera sådan nedsättning av arbetsoförmågan, som förorsakats av sjukdom för vilken sp utgivits och som alltjämt kvarstod efter sjukdomens upphörande. Att just i detta fall sp tidigare inte utgivits talade ytterligare för att situationen inte var sp-grundande. Minoriteten påpekade också, att df inte bort skänka bort sina tidigare använda glasögon utan i stället "som varit rimligt" behålla dem som reservglas. I detta ligger en culpabedömning, innefattande att df själv (delvis) varit skuld till sin arbetsoförmåga.

I ett tidigare avgörande[51] som också rörde frågan om rätt till sp under tid för reparation av glasögon hade konstaterats, att df, en kvinnlig kallsågare, var arbetsoförmögen p g a att hon slagit sönder sina glasögon, som hon använde för ständigt bruk, men att hennes arbetsoförmåga inte berodde på sjukdom. RFV:s medicinskt sakkunnige uttalade bl a, att df med hänsyn till arbetets art varit helt arbetsoförmögen utan korrektionsglas samt att det brytningsfel som df led av "enligt gängse läkarevetenskaplig uppfattning icke betraktades såsom sjukdom". FD fann inte skäl till ändring i detta beslut.

I ett ärende hos Stockholms läns allmänna försäkringskassa, som sedan gick upp till FÖD, begärde df sp, därför att han slagit sönder sina glasögon. Df:s syn uppgick till endast 20 % av normal syn och han var helt beroende av glasögon för att kunna arbeta. Hans glasögon var trasiga under tiden 21 februari - 18 mars 1979, varför läkaren - mot bakgrund av hans dåliga syn - sjukskrev honom för nämnda tid. Kassan beslöt 790329 att inte utge sp, därför att arbetsoförmåga på grund av sjukdom inte var för handen. FRM var av samma åsikt (791218 mål nr 7491/79). Df besvärade sig och RFV yrkade bifall till besvären. Verket ansåg att en synnedsättning, som är så grav som df:s (synskärpa med glas 0,1 resp 0,2) skall anses som sjukdom och att en försäkrad som normalt förbättrar sin syn med

glasögon och som är beroende av dem i sitt förvärvsarbete, skall anses arbetsoförmögen p g a sjukdom under den tid då hon/han saknar glasögon. Verket ansåg därför, att sp skulle betalas ut för den tid, då df var arbetsoförmögen på grund av avsaknad av glasögon. FÖD ändrade dock inte FRM:s domslut. Någon motivering till domen lämnades inte (FÖD 810304 mål nr 45/80:3).

RFV:s åsikt i detta ärende är intressant. Verket menar, att en grav synnedsättning (sådan som df:s) skall betraktas som ett sjukdomstillstånd. Av läkarintyget framgår att df led av höggradig närsynthet och astigmatism. Astigmatism är ett brytningsfel, som innebär, att en lins eller ett linssystem avbildar en punkt som en eller två linjer och beror på att hornhinnans yta inte har helt sfärisk form, vilket medför, att bildskärpan för vågräta linjer inte sammanfaller med skärpan för lodräta linjer. RFV har följaktligen ändrat åsikt i förhållande till rättsfallen FD 1975 ref 44 och FD 1977 ref 15, där verket åtminstone synbarligen har accepterat den uppfattning som verkets medicinskt sakkunnige framförde, nämligen att brytningsfel inte är sjukdom. Jag ställer mig tveksam till en sådan uppfattning. Även om man i förarbetena vid bedömning av frågan om sjukdom föreligger hänvisar till gängse läkarvetenskaplig uppfattning om vad som är att betrakta som sjukdom, måste även denna uppfattning kunna underkastas kritik. Att anse sjukdomstillstånd föreligga, då ögats lins är "grumlig" (grå starr), men inte anse sjukdomstillstånd föreligga då linsens yta är "ojämn", förefaller svårt att acceptera. Båda tillstånden måste betraktas som onormala. Enligt sammanställningen "Klassifikation av sjukdomar" från 1968,[52] vilken innehåller en av socialstyrelsen gjord systematisk förteckning över samtliga kända sjukdomstillstånd, är astigmatism liksom andra brytningsfel (närsynthet) att betrakta som sjukdomar. Om en sådan sjukdom medför arbetsoförmåga, bör sp utgå.

Malmöhus allmänna försäkringskassa beslöt 790802 (dnr 509/79) att inte utge sp till df, eftersom kassan inte fann det tillräckligt styrkt, att den sjukdom df krävt sp för (huvudvärk på grund av förlorade glasögon) medfört arbetsoförmåga. Df hade uppgivit, att han fullständigt avhållit sig från förvärvsarbete på grund av huvudvärk och totalt nedsatt arbetsförmåga med anledning av att han tappat sina glasögon. Han hade inte kunnat arbeta, förrän han fått nya glasögon, eftersom han, om han gjorde det, fick huvudvärk. Hans arbete innebar, att han var tvungen att anstränga sin syn, bl a måste han köra bil i samband med arbetet.

Kassans beslut är teoretiskt oantastligt men samtidigt intetsägande. Kassan gör gällande att arbetsoförmågerekvisitet inte är till-

fredsställande styrkt och behöver då inte gå närmare in på sjukdomsrekvisitet. FR däremot fann, att df:s nedsatta arbetsförmåga inte var förorsakad av sjukdom (FRS 810521 mål nr 8318/79). Rätten har utgått från att df:s arbetsförmåga var nedsatt, men sedan den inhämtat, att df:s synnedsättning inte var föranledd av sjukdom, fann den sjukdomsrekvisitet inte vara uppfyllt. Rätten fann inte huvudvärken i sig vara ett sjukdomstillstånd. FÖD ändrade inte domen utan menade att närsyntheten "enligt allmän läkarvetenskaplig bedömning inte är att anse som sjukdom utan som ett s k byggnadsfel" (FÖD 820713 mål nr 1393/81:5).

Socialvårdskommittén menade, att om en person söker läkare och denne med hänsyn till föreliggande omständigheter har skäl att anta att vederbörande är sjuk, skall ersättning för läkarvården kunna utges, även om läkaren inte kan konstatera förhandenvaron av viss sjukdom. Kommittén framhöll även, att enligt "tillämpad praxis ersätta de erkända sjukkassorna i vissa fall sådan läkar- och sjukhusvård, som föranledes av medfödda kroppsfel och genom vilken arbetsoförmågan hos den vårdade kan höjas, dock icke då fråga är om åtgärder, vilka helt eller huvudsakligen äro betingade av önskan att förbättra utseendet".[53] Kommittén menade, att denna praxis skulle tillämpas även i fortsättningen. Detta innebär, att operationer för t ex harmynthet eller skelögdhet har ansetts medföra rätt till ersättning. Man uppställer alltså ytterligare krav förutom kroppsfelet och den av kroppsfelet orsakade arbetsoförmågan, nämligen att df skall vara föremål för läkar- och/eller sjukhusvård och att vården skall ha till syfte att förbättra df:s arbetsförmåga.

Ett medfött kroppsfel behöver i och för sig inte inverka på arbetsförmågan. Men om df vill exv genom ett operativt ingrepp, avlägsna kroppsfelet, medför detta som regel en kortare eller längre tids arbetsoförmåga. Men från vilken tidpunkt anses df vara sjuk? Är det från födseln eller är det i och med operationen? Om jag anför ett exempel från förarbetena, nämligen skelögdhet, betraktar man knappast i vardagsspråket en skelögd person som sjuk. Det förefaller däremot inte språkligt stötande, att betrakta df som sjuk i och med att df blir föremål för läkar- och/eller sjukhusvård, framför allt i samband med en operation. Det betyder att man kan hämta en viss ledning från vardagsspråket, när det gäller att avgöra vad som är sjukdom och vad som inte är sjukdom. Förarbetena vill också göra gällande, att vardagsspråket är en kunskapskälla. I förarbetena sägs inget om att skelögdhet och harmynthet i sig är sjukdomar, utan

endast att df skall ha rätt till ersättning vid operation av dessa kroppsfel, om operationen medför en förbättring av tidigare arbetsförmåga. Det betyder, att man inte i första hand ser dessa operationer som kosmetiska utan arbetsförmågebefrämjande. Att arbetsförmågan förbättras genom att operera harmynthet torde vara ganska klart, eftersom df i de allra flesta yrken i högre eller lägre grad är betjänt av att tala så tydligt som möjligt och en sådan operation medför förbättringar härvidlag. Problemet är väl inte lika aktuellt som tidigare, eftersom de flesta harmynta personer opereras redan som mycket små. Däremot kan följdoperationer av närmast kosmetisk natur bli aktuella. Arbetsförmågan kan förbättras också vid operation av skelögdhet. Om man använder det resonemang som förordas i förarbetena betyder det, att skelögdhetsoperationer, där man inte kan påvisa att arbetsförmågan förbättras, inte skall vara sp-grundande liksom inte heller korrigeringsoperationer av en tidigare harmynthet.

I förarbetena görs alltså gällande att operation av fysiska defekter, som leder till förbättrad arbetsförmåga är sp-grundande. Sjukdomsvillkoret anses då uppfyllt.

I förarbetena framhålles vidare att i alla tveksamma fall sjukvårdsersättning skall utgå, om den lämnade vården är att betrakta som sjukvård enligt läkare.[54] Är df föremål för sjukvård torde en presumtion föreligga, för att även villkoren för rätt till sp är uppfyllda, dvs df är arbetsoförmögen och sjuk.[55] Visserligen definieras både läkarvård och sjukhusvård som sådan vård som är erforderlig p g a sjukdom, varför det ovan nämnda konstaterandet inte säger så mycket.[56] Man torde kunna utgå ifrån att sjukdomsbegreppet har samma innehåll i både 2 och 3 kap i AFL. Som framkommit ovan sägs också i förarbetena, att operativa ingrepp (eller annan läkar- eller sjukhusvård) avseende medfödda kroppsfel skall vara sp-berättigande, om arbetsförmågan härigenom ökas. Detta tas som intäkt för att sp inte skall utges vid "åtgärder som helt eller huvudsakligen är betingade av önskan att förbättra utseendet."[57] Vad gäller *operationer av kosmetisk natur* framgår dock av rättstillämpningen, att om de bakomliggande orsakerna inte främst är att förbättra utseendet utan att förbättra df:s psykiska konstitution df har rätt till ersättning.[58] Det betyder att operationer av harmynthet och skelögdhet, som inte medför förbättring av arbetsförmågan ändå kan bli sp-grundande, därför att df har psykiska besvär av sitt kroppsfel. (Har man psykiska besvär av något kan ju dessa också

påverka arbetsförmågan.) I rättstillämpningen görs alltså gällande att operation av fysiska defekter (i vidsträckt bemärkelse), som leder till förbättring av psykiska besvär hos df är sp-grundande. Sjukdomsvillkoret anses även i dessa fall uppfyllt.

Det är ett konstlat och onödigt betraktelsesätt att, om man vill ge rätt till sp i dessa situationer, föra in kraven på förbättring av arbetsförmågan eller på förhandenvaron av psykiska besvär. Att använda rekvisitet arbetsoförmåga för att bestämma innehållet i rekvisitet sjukdom, vilket man gör när man kräver förbättrad arbetsförmåga, kan aldrig leda till att innehållet i det senare blir klart och enkelt att arbeta med. Det innebär, att rättstillämparen måste värdera arbetsförmågevillkoret två gånger i två olika sammanhang, nämligen dels när hon/han skall avgöra om df är sjuk, dels när hon/han skall avgöra om df är arbetsoförmögen. Vad det egentligen är fråga om är arbetsoförmåga p g a det operativa ingreppet som sådant.[59]

Att uppfatta df som sjuk i och med ett operativt ingrepp p g a ett medfött kroppsfel torde vara den gängse läkarvetenskapliga uppfattningen. Det torde alltså i detta avseende föreligga en skillnad mellan det medicinska sjukdomsbegreppet och det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet, eftersom det senare alltså inte inrymmer tillstånd efter alla operativa ingrepp rörande medfödda kroppsfel utan i princip endast dem, som leder till en förbättring av arbetsförmågan eller en befrielse från psykiska besvär. Skillnaderna torde dock vara på väg att utjämnas.

5.5.2 Vissa gynekologiska operationer

Jag har i mitt resonemang ovan uppehållit mig vid operativa ingrepp av olika slag.[60] Det rättsliga problemet har i dessa fall varit om operationen måste ha föregåtts och orsakats av ett konstaterat sjukdomstillstånd för att sedan själva operationen och den konvalescens som följer härefter, skall anses vara sjukdomstillstånd. En typ av operationer, där detta problem har aktualiserats är vissa *gynekologiska operationer*. Måste anledningen till operationen vara ett sjukdomstillstånd i traditionell bemärkelse, dvs en sjukdom som medelst den instrumentell-operationella metoden har kunnat påvisas och för vars botande ett ingrepp är nödvändigt, för att sp skall kunna utgå?

En kvinna som förlösts med *kejsarsnitt* har tidigare inte betraktats som sjuk och därmed inte heller berättigad till sp utan har i likhet med kvinnor som förlösts på naturligt sätt fått uppbära fp. Detta har

varit det synsätt som präglat rättstillämpningen alltsedan tillkomsten av den obligatoriska sjukförsäkringen fram till 1981.

I rättsfallet FRS 800331 mål nr 2594/79 hade förlossningssättet diskuterats i förväg med df, varvid kejsarsnitt lovades. Indikation härför ansågs föreligga, eftersom df från obstetrisk synpunkt var en 33-årig kvinna med ett tidigare kejsarsnitt i anamnesen. Av journalen framgick vidare att fostret, som låg i huvudbjudning, utförskaffades utan svårighet. Enligt slutanteckning i journalen utfördes kejsarsnittet "lege artis". Fk beslutade efter att ha hört sin förtroendeläkare att inte utge sp. FR fann, att df:s arbetsoförmåga inte berodde på sjukdom och ansåg också att sp inte skulle utgå. Df besvärade sig till FÖD. RFV inhämtade yttrande från socialstyrelsen 801218 (en generaldirektör, en avdelningschef, ett medicinalråd, två föredragande i obstetrik och en i kirurgi samt den i ärendet föredragande byråchefen), som anförde:

"Kejsarsnitt utförs som en bukoperation med längssnitt i bukens medellinje ned om naveln eller genom ett lågt tvärgående buksnitt. En så stor genomskärning av främre bukväggen, att ett fullgånget foster kan utskaffas därigenom, innebär ett betydande trauma. De reparativa processer som följer ett sådant trauma påverkar hela organismen på många sätt under en viss tid. Så t ex ger operationssåret upphov till sårsmärtor och en temporär svaghet i bukväggen. Alla dessa förhållanden medför en nedsättning av arbetsförmågan under viss tid efter operationen på samma sätt som efter bukoperation. Kejsarsnittet leder alltså liksom varje annat bukingrepp till ett sjukdomstillstånd hos patienten som av försäkringskassan i andra sammanhang accepteras som sjukdom" (SN 1-39:559/80).

I RFV:s svaromål (810121 OE:s dnr 01/749:80) framkom, att verket delade socialstyrelsens principiella inställning och att det tillstyrkte bifall till besvären. FÖD fann mot bakgrund av socialstyrelsens yttrande, att df:s tillstånd efter ifrågavarande operativa ingrepp måste anses ha utgjort ett sådant onormalt kroppstillstånd, som inte kan sägas sammanhänga med den normala livsprocessen och som således skall räknas såsom sjukdom. Domstolen fann, att hennes arbetsförmåga på grund av denna sjukdom varit fullständigt nedsatt och att sp alltså skulle utgå (FÖD 810505 mål nr 710/80:6, FÖD 81:21).

Med denna publicerade dom betraktas ett tillstånd efter kejsarsnitt som ett sjukdomstillstånd i rättstillämpningen.

Två andra medicinska ingrepp, *abort* och *sterilisering*, har under de senaste åren blivit föremål för en skiftande behandling hos fk. Vissa kassor har nämligen menat, att rekvisitet sjukdom inte är uppfyllt i dessa fall och vägrat utge sp. Under tiden efter abortlagens tillkomst 1975 torde kvinnor i de flesta fall ha erhållit sp i samband med abort. Ofta har den diagnos som angivits varit gynekologisk

operation och kassorna har inte alltid företagit någon närmare utredning härav. Den därefter uppkomna diskussionen om tillstånd efter abort skall betraktas som sjukdom eller inte torde dels hänga samman med den vid slutet av 70-talet överhuvud i olika sammanhang aktuella frågan om olika graviditetsbesvär skulle betraktas som sjukdom eller inte,[61] dels den allmänna åtstramning på fk-nivå, som torde kännetecknа slutet av 70-talet och början av 80-talet, när det gällde flera typer av avgöranden rörande sp-berättigande tillstånd. Bl a Göteborgs allmänna försäkringskassa beslöt i några uppmärksammade ärenden att inte utge sp, då df var sjukskriven p g a abortingrepp. Kassan gjorde en uppdelning av de fall, där anledningen till begäran om sp var en å ena sidan av medicinska orsaker utförd abort och å andra sidan av sociala orsaker utförd abort. Kassan menade, att sp endast kunde utgå i det förra fallet, eftersom i det senare fallet anledningen till df:s arbetsoförmåga var en abort som enligt AFL inte var att betrakta som sjukdom. Jag skall relatera ett sådant avgörande:

Göteborgs allmänna försäkringskassa beslöt 800703 (dnr 589/80) att inte utge sp till df som av läkare var helt sjukskriven under tiden 19 - 26 maj för "gyn-op". På kassans förfrågan uppgav df, att anledningen till sjukskrivningen var en av icke medicinsk orsak utförd abort. Sjukdomsrekvisitet ansågs inte uppfyllt. - Df besvärade sig. RFV inhämtade yttrande från socialstyrelsen vari anfördes bl a, att "abortingrepp liksom andra operationsingrepp leder till ett tillstånd av varierande svårighetsgrad som av fk i andra sammanhang accepteras som sjukdom". Tillståndet efter abortingrepp var enligt socialstyrelsens mening att betrakta som sjukdom enligt AFL 3:7. RFV delade den principiella inställning som socialstyrelsen givit uttryck åt och medgav alltså df:s yrkande. - FR fann också, att df:s arbetsförmåga p g a sjukdom varit fullständigt nedsatt under den aktuella tiden (FRS 810409 mål nr 3949/80).

Rättstillämpningen torde i fortsättningen komma att följa den väg som RFV och domstolarna slagit in på och inte den uppdelning i socialt och medicinskt indicerade ingrepp, som vissa kassor företagit. Att konsekvent upprätthålla en sådan indelning låter sig inte göras.

Frågan om tillstånd efter sterilisering är ett sjukdomstillstånd, som medför rätt till sp, aktualiserades också vid denna tidpunkt. Jag anför följande rättsfall som exempel härpå:

Df var under tiden den 16 - 18 september 1980 inlagd på sjukhus för sterilisering som skulle utföras genom ett operativt ingrepp i

bukhålan. Operationen var föranledd av hennes önskan att inte föda fler barn och skedde efter samråd med distriktsbarnmorska, distriktsläkare och abortrådgivningskurator. Enligt läkarintyg bedömdes df helt böra avhålla sig från arbete under två veckor på grund av "Gyn op". Df hade sjukskrivits på grund av tillstånd efter laparotomi föranlett av legal sterilisering. Fk (Västerbottens läns allmänna försäkringskassa 801026 dnr S 1017/80) beslöt att inte utge sp, eftersom kassan inte fann det vara styrkt att sjukdom förelegat. - RFV yrkade i svaromål, att df skulle beviljas sp under angiven sjukperiod. RFV inhämtade yttrande från socialstyrelsen, som 810312 anförde, att i fråga om sterilisering av kvinna följande gäller: Ingreppet sker antingen genom laparotomi, då man genom ett snitt öppnar bukhålan för att knyta av och dela båda äggledarna, eller genom laparoskopi då man för in ett optiskt instrument (laparoskop) genom bukväggen och med ledning av det bränner eller klipper av äggledarna. Båda ingreppen utförs under narkos. - Oavsett vilken operationsmetod som använts bör kvinnan efter ingreppet avhålla sig från arbete under någon tid, vanligen mellan en och tre veckor. - Steriliseringsingrepp i fråga om såväl kvinna som man leder alltså liksom andra operationsingrepp till ett tillstånd av varierande svårighetsgrad som av fk i andra sammanhang accepteras som sjukdom. - Enligt socialstyrelsens mening är tillståndet efter ett steriliseringsingrepp att betrakta som sjukdom enligt AFL 3:7. - RFV delade socialstyrelsens inställning till denna fråga. - FR fann, att df:s tillstånd efter ifrågavarande operation måste anses ha utgjort ett sådant onormalt kroppstillstånd, som inte kan sägas sammanhänga med den normala livsprocessen och som sålunda skall räknas såsom sjukdom. FR fann också, att df:s arbetsförmåga på grund av denna sjukdom varit fullständigt nedsatt och att hon därför var berättigad till hel sp (FRN 810605 mål nr 496/81).

Tillstånden efter operationsingrepp, som görs vid kejsarsnitt, abort och sterilisering, bör oberoende av orsaken till ingreppen betraktas som sjukdomstillstånd i likhet med tillstånden efter de operationsingrepp, som görs p g a medfödda defekter eller funktionsrubbningar liksom tillstånden efter de operationsingrepp, som föranleds av önskan att förbättra utseendet och som av läkare anses böra opereras.

5.5.3 Störningar under graviditet

I förarbetena till AFL uttalades att de fysiologiska förändringar som sammanhänger med havandeskap och barnsbörd inte är att betrakta som sjukdom, eftersom de står i samband med den normala livsprocessen.[62] Man har enligt den praxis som ansetts gälla tolkat förarbetena så, att flera störningar och förändringar av såväl fysisk som psykisk natur, som kan uppträda hos en gravid kvinna, har ansetts

orsakade av graviditeten (såvida motsatsen inte varit fullständigt uppenbar) och därmed såsom tillstånd som sammanhängde med den normala livsprocessen.

Givetvis är det både för lekmän och för läkare i många fall svårt att avgöra, vad som kan anses vara sjukdom, som kan ge rätt till sp. Att graviditet är ett naturligt tillstånd som sammanhänger med den normala livsprocessen framstår också som självklart. Därför kan inte enbart det förhållandet, att en kvinna väntar barn, vara tillräckligt för att sjukdomsrekvisitet skall vara uppfyllt. För att detta skall var möjligt förutsätts, att kvinnan har besvär eller komplikationer, som inte betingas av ett normalt graviditetsförlopp. Det är läkarens sak att bedöma, när det är befogat, att kvinnan avhåller sig från förvärvsarbete. Denna bedömning kan naturligtvis variera från läkare till läkare. Även de blivande mödrarnas uppfattning om behovet av att avhålla sig från arbete varierar. Detta är också förhållanden som bidrar till att man uppfattar tillämpningen hos fk som oenhetlig. Men att avhålla sig från förvärvsarbete p g a havandeskap och att göra det p g a sjukdom är inte samma sak i försäkringsrättsligt hänseende.

Under de senare åren har frågan om gravida kvinnors rätt till sp uppmärksammats på olika sätt.[63] Härvid har framhållits, att åtgärder måste vidtas, för att de problem, som finns beträffande den ekonomiska och fysiska tryggheten under graviditet, skall kunna lösas. Det har också framhållits, att praxis för sjukskrivning under graviditet är mycket skiftande bland läkarna, och fk:s bedömning av rätten till sp i dessa fall är oenhetlig. Det har även konstaterats, att det i ökad omfattning förekommer, att havande kvinnor på grund av graviditetsbetingade åkommor eller i förebyggande syfte blir ordinerade av läkare att avhålla sig från förvärvsarbete för att därigenom minska risken för komplikationer för modern eller fostret.

Havandeskapspenning (hp) är en ersättningsform, som tillskapades 1980 för att kunna uppbäras av gravida kvinnor med fysiskt ansträngande arbeten under slutet av graviditeten. AFL 3:9 handlar om hp. Av bestämmelsen framgår att df har rätt till hp, om havandeskapet har satt ned hennes förmåga att utföra uppgifterna i sitt förvärvsarbete med minst hälften och hon inte kan omplaceras till annat mindre ansträngande arbete enligt lag (1978:410) om rätt till ledighet för vård av barn, m m 12 §. Hp kan utgå i högst femtio dagar med början den sextionde dagen före den beräknade tidpunkten för barnets födelse t o m den elfte dagen före beräknad

förlossningsdag. Hp utgår med samma belopp som sp enligt AFL 3:4.

En kvinna, som önskar uppbära hp, måste göra ansökan härom till fk. För att kunna avgöra om df är berättigad till hp, kräver fk ett läkarintyg om kvinnans möjligheter att utföra sina arbetsuppgifter. Även ett intyg från df:s arbetsgivare att möjligheter till omplacering inte föreligger infordras.

Angående gränsdragningen mellan rätten till hp och rätten till sp för en kvinna i graviditetens slutskede samt över huvud rättstillämpningen i hp-ärenden hänvisas till min uppsats "Havandeskapspenningen i faktisk tillämpning" (Arbetslivscentrum 1983; se även Föräldraförsäkringsutredningens betänkande "Utbyggd havandeskapspenning" SOU 1983:30).

5.5.3.1 Graviditetskomplikationer

5.5.3.1.1 Den medicinska uppfattningen

För att komma till rätta med de svårigheter vid bedömningen av rätten till sp i samband med graviditet som man ansåg föreligga liksom den oenhetliga rättstillämpningen, inhämtade RFV socialstyrelsens yttrande över följande frågor: Vad är vetenskap och beprövad erfarenhet när det gäller åtgärder för att förhindra missfall, förtidsbörd m m? Vilka störningar och fysiologiska förändringar, som kan inträffa under graviditeten, anses utgöra sjukdom, som nedsätter kvinnans arbetsförmåga och vilka förebyggande och andra åtgärder är aktuella vid misstanke om fosterskada m m, då sjukdomstillstånd inte finns hos modern?

Socialstyrelsen yttrade 800221,[64] att enligt dess bedömning torde "principiell enighet råda i landet beträffande den medicinska bedömningen av de tillstånd under graviditet, som bör föranleda läkarens rekommendation till kvinnan att av hälsoskäl avhålla sig från arbetet". I yttrandet hänvisades till utlåtanden från två experter.[65] I utlåtandena görs en uppräkning av ett antal graviditetsstörningar, som nedsätter kvinnans arbetsförmåga. Eftersom flera av dessa störningar aktualiseras i den följande rättstillämpningsanalysen finner jag det motiverat att närmare relatera den medicinska uppfattningen om dessa störningar i förevarande hänseende.

Hotande spontana missfall (abortus imminens) med symptomet blödning är en av de vanligaste anledningarna till nedsatt arbetsförmåga i tidig graviditet. Ett *genomgånget missfall* (abortus comple-

tus, alternativt incompletus) med eventuellt operativt ingrepp som följd för att avlägsna abortdelar ur livmodern är en annan orsak till arbetsoförmåga i samband med tidig graviditet. *Illamående med kraftiga kräkningar* (hyperremesis gravidarum) är en annan inte ovanlig orsak till sjukskrivningsperioder under tidig graviditet. Genomgånget *utomkvedshavandeskap* (extrauterin graviditet), vilket som regel kräver en bukoperation, tillhör också de tidiga graviditetskomplikationerna.

Havandeskapsförgiftning (graviditetstoxikos), vilket yttrar sig i svullnad i kroppen, för högt blodtryck, äggvita i urinen samt avancerade kramper, är den åkomma som man framför allt velat komma åt via mödravårdskontroller. Denna komplikation kan i sina lindrigaste former föranleda sjukskrivning, men ej sällan kräver patienten sjukhusvård. Det väsentligaste inslaget i behandlingen av havandeskapsförgiftning är vila.

Otillräcklig tillväxt av fostret på grund av dåligt fungerande moderkaka (placentainsufficiens) diagnostiseras numera allt oftare, då graviditetsövervakningen har intensifierats. En orsak till detta tillstånd är en bakomliggande graviditetstoxikos, men många gånger är orsaken till dålig fostertillväxt okänd. Någon specifik medicinsk behandling bortsett från noggrann övervakning finns ej, utan vila och i vissa fall strängt sängläge anses vara den väsentligaste delen av behandlingen.

Hotande förtidsbörd (partus prematurus imminens) är ett tillstånd som visar sig med ett påbörjat värkarbete som eventuellt avstannar och då resulterar i vidgad livmoderhals. Dessa kvinnor löper risk för att förlossningsarbetet startar ånyo. Vissa tillstånd som t ex svag livmoderhals (cervixinsufficiens), tvillinggraviditet (duplex), enormt mycket fostervatten (polyhydramnios) samt tidigare genomgångna förtidsbörder eller sena missfall betraktas som hotande förtidsbörder och handlägges på ett likartat sätt. Behandlingen varierar naturligtvis beroende på hur stor risken bedöms vara, att förlossningen skall starta definitivt. Förekommer värkarbete, ges diverse farmaka för att få detta att avstanna, men vila och ofta även sängläge är den väsentligaste behandlingen. Vissa lättare fall, där sjukhistorien talar för ökad risk för förtidsbörd men där objektiva tecken på sjukdom saknas behandlas också, då man antar att en onormal svaghet i livmoderhalsen föreligger alternativt att en extraordinär påverkan på livmodermuskulaturen kan misstänkas.

Blödning under sen graviditet orsakas framför allt av två tillstånd, för tidigt lossad moderkaka (ablatio placentae) samt föreliggande moderkaka (placenta praevia). Båda tillstånden leder ofta till förtidsbörd och behandlas efter liknande principer. Oftast måste dessa patienter behandlas på sjukhus. Ej så sällan förekommer dessutom oklar blödning under senare delen av graviditeten och dessa patienter omhändertages på samma sätt som patienter med hotande förtidsbörd.

Foglossning (bäckeninsufficiens) är en mer sällsynt åkomma, vil-

ken orsakas av att bäckenbenets fogar uppluckras och detta tillstånd ger smärtor. Dessa patienter är ibland kraftigt invalidiserade och arbetsoförmögna.[66]

Samtliga de ovan uppräknade situationerna anges vara exempel på störningar och fysiologiska förändringar som nedsätter kvinnans arbetsförmåga. Men ingenstans i det utlåtande där den nu redovisade uppräkningen gjorts sägs uttryckligen, att dessa tillstånd är att betrakta som sjukdomstillstånd. Den enda gången ordet sjukdom nämns är vid vissa lättare fall av hotande förtidsbörd, då "objektiva tecken på sjukdom saknas". Vad som där sägs skall inte förstås så att dessa fall inte skall betraktas som sjukdomstillstånd, endast att objektiva kriterier för att bevisa sjukdom saknas. Den medicinska behandlingen av dessa fall av hotande förtidsbörd är densamma som i de fall då objektiva tecken på sjukdom finns, därför att man presumerar en "onormal svaghet i livmoderhalsen" eller en "extraordinär påverkan på livmodermuskulaturen". Detta torde alltså innebära, att man presumerar ett sjukdomstillstånd, därför att enligt vetenskap och beprövad erfarenhet ett sådant tillstånd är det vanliga för en viss "risk"-kategori av gravida kvinnor, exv vid tvillinggraviditet eller tidigare genomgångna förtidsbörder. Motsatsvis kan man också sluta sig till att de andra uppräknade graviditetskomplikationerna är sjukdomar och att flertalet, ja nästan alla objektivt kan verifieras.

I det andra av de båda utlåtandena hänvisas till de nu uppräknade graviditetsstörningarna med orden:

"S. Gårdmark, som också avgivit ett utlåtande i ärendet, har gjort upp en lista på vilka störningar eller förändringar under graviditet, som kan anses utgöra sjukdom, som motiverar sjukskrivning. Jag hänvisar därför till hans yttrande och framför här endast några allmänt övergripande synpunkter."

Det betyder alltså, att de båda experterna är ense om att dessa tillstånd är sjukdomstillstånd. Denna åsikt företräder också socialstyrelsen. De övergripande synpunkterna i det sist anförda utlåtandet understryker detta ytterligare:

"Enligt modernt perinatologiskt betraktelsesätt är ett flertal tillstånd, som tidigare inte diagnostiserades i tillräcklig utsträckning (t.ex. intrauterin tillväxthämning av fostret, hydramnion eller för tidig cervixmognad) eller betraktades som normala företeelser (t.ex. tvillinggraviditet eller sätes-ändlägen) i dag att betrakta som störningar av sådan grad, att tillståndet som sådant eller reaktionen på tillståndet i form av reaktiv depression (2/3 av blivande tvillingmam-

mor upplevde meddelandet om tvillinggraviditet som en chock - Marta Henricsson-Cullberg, Psyk. klin. Danderyds sjukhus, 1979) kan utgöra sjukdom av sådan grad, att sjukskrivning blir erforderlig. Det ankommer på den enskilde läkaren att tillse, att den gravida kvinnan övervakas och behandlas på ett sätt, som är adekvat även ur perinatologisk synpunkt. Om härvidlag konflikt uppkommer mellan den tidigare konventionella synen på den gravida kvinnan och modernt perinatologiskt betraktelsesätt, bör riktlinjerna för sjukskrivning ändras till förmån för det senare betraktelsesättet".[67]

Här framhålles alltså att exv en tvillinggraviditet mycket väl kan vara att betrakta som ett sjukdomstillstånd, där arbetsförmågan är nedsatt fullständigt eller med minst hälften. Om osäkerhet skulle föreligga, huruvida sjukdomsrekvisitet är uppfyllt eller inte, bör tolkningen gå i den riktningen att sjukdom skall anses vara för handen.

Sammanfattningsvis kan framhållas att enligt medicinsk uppfattning är det nu klart att de behandlade tillstånden skall betraktas som sjukdomstillstånd.

5.5.3.1.2 Den försäkringsrättsliga uppfattningen.

Vid fastställandet av innehållet i det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet framhölls uttryckligen av socialvårdskommittén, att graviditetsstörningar tillhör den naturliga livsprocessen, i och med att graviditetstillståndet som sådant gör det. Samtidigt framhöll kommittén, att hänsyn skall tas till vad som enligt gängse läkarvetenskaplig synpunkt är att betrakta som sjukdom liksom iakttagande av en öppen attityd till skälighetsöverväganden. Hur har man i rättstillämpningen sett på graviditetskomplikationerna och andra störningar, som orsakas av graviditeten? Har dessa inte ansetts kunna omfattas av det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet?

Vissa tillstånd under graviditet är som framkommit ovan av den arten, att vederbörande gravida kvinna måste avhålla sig från arbete för att fostret skall tillväxa på ett normalt sätt eller för att förlossningen inte skall komma igång för tidigt. Läkare och även större delen av allmänheten har såsom något självklart betraktat dessa tillstånd som sjukdom medförande arbetsoförmåga. Det har därför varit naturligt att sjukskriva kvinnorna för att undvika missfall, för tidig förlossning eller att barn föds underviktiga. En övervägande del av de barn som dör i samband med förlossningen är barn som föds för tidigt eller som föds med för låg vikt. Dessa barn svarar också för den övervägande sjukligheten under nyföddhets- och spädbarnsperioden.

Sjukdom tolkas emellertid olika hos olika fk. I de flesta fall har fk varit av den uppfattningen, att det vid de ovan beskrivna tillstånden inte är fråga om sjukdom utan att det rör sig om "profylaktisk sjukskrivning" i den bemärkelsen att sjukskrivningens syfte här är att hindra uppkomsten av sjukdom (jfr profylaktisk arbetsoförmåga). Sådan sjukskrivning berättigar inte till sp och en del gravida kvinnor har därför förvägrats ersättning, när läkare på klara medicinska grunder föreskrivit avhållsamhet från arbete. I andra fall kan dock kvinnorna ha erhållit sp. Diagnosen har då ofta varit graviditetskomplikationer och kassan har underlåtit att göra någon närmare undersökning om vari komplikationen bestått.

En kvinna, som blivit sjukskriven för *hotande förtidsbörd*, har som regel inte ansetts lida av sjukdom, som nedsatt arbetsförmågan med minst hälften, varför hon inte varit berättigad till sp. Denna typ av graviditetskomplikation har inte ansetts hota kvinnan utan fostret, och detta har ingen rätt till sjukförsäkring. Ett typexempel är följande:

Df, som var hemmafru, sjukanmäldes hos Malmöhus allmänna försäkringskassa den 17 januari 1978. Hon var av läkare helt sjukskriven under tiden 17 januari - 28 februari 1978 på grund av graviditetskomplikationer (part. premat. imm.). Sjukskrivningen förlängdes sedermera t o m den 14 mars 1978. Df hade enligt läkaren sannolikt en cervixinsufficiens, som manifesterat sig under de senaste två graviditeterna. Under föregående graviditet 1975 föranledde detta långvarig sjukhusvård under senare delen av graviditeten. Under nuvarande graviditet uppvisade df åter, denna gång i 31 graviditetsveckan, kort och delvis öppen livmoderhals. I motsats till föregående gång hade läkaren behandlat henne polikliniskt med vila i hemmet. Kassan beslöt 780426 att inte utge sp, eftersom df inte led av sjukdom. Df besvärade sig, men FR kom till samma resultat utan att ange några skäl (FRS 810129 mål nr 3316/79).

I ett annat ärende från samma tid och samma lokalkontor, som i föregående fall (lokalkontoret i Vellinge, Malmöhus allmänna försäkringskassa) var df av läkare helt sjukskriven under diagnosen "graviditet" för tiden 3 - 27 mars 1978. Efter förfrågan från kassan uppgav den sjukskrivande läkaren, att han enligt medicinska (och objektiva) grunder sjukskrev df och att sjukskrivningsindikationen för henne var hotande förtidsbörd. Df hade uppsökt lasarettet akut på grund av vad hon uppfattade som ett för tidigt förlossningsarbete. Anamnes liksom fysikalisk status passade med eller i varje fall uteslöt inte ett för tidigt igångsatt förlossningsarbete. Cervix var fortfarande sluten, men df lades in för observation samtidigt som Bricanylbehandling sattes in. Under natten minskade värkarbetet och på morgonen kände df sig helt utan värkar. Hon hade då en palpato-

riskt normal tonus i uterusväggen. Man kunde inte heller notera kontrakturtendenser, då man externt sökt att registrera värkarna med fosterövervakningsapparat. Df sändes hem men med tanke på att hon var gravid i 34:e veckan och att hon haft ett begynnande värkarbete sjukskrevs hon för att hon på medicinska grunder borde vila fram t o m den 36:e graviditetsveckan för att inte provocera fram en förtidsbörd. Kassan fann 780612, att df inte var berättigad till sp. Df besvärade sig och FR menade, att sjukskrivningen av df hade skett enbart i syfte att förebygga en förtidsbörd och att rekvisiten i AFL 3:7 inte var uppfyllda (FRS 810202 mål nr 3865/79) - En av rättens ledamöter var skiljaktig och fann, att df lidit av sjukdom, som fullständigt nedsatte hennes arbetsförmåga (se avd 3:s protokoll 801215). - I domen FRS 800423 mål nr 1823/79 fann dock domstolen, att 3:7-rekvisitet var uppfyllt.

Kopparbergs läns allmänna försäkringskassa beslöt 790921 att inte utge sp till df under motivering, att hon inte p g a sjukdom var arbetsoförmögen. Df hade vårdats på sjukhus p g a misstänkt prematur vattenavgång och hotande förtidsbörd. Df hade erhållit s k cerclage på grund av förkortad livmoderhals. Hon hade även behandlats med Ventolinetabletter på grund av patologiska livmodersammandragningar. Df anförde besvär över beslutet och yrkade, att sp skall utgå. RFV, som av FR förelagts att svara i målet yrkade, att fk:s beslut skulle upphävas och att df skulle berättigas utfå sp för ifrågavarande sjukdomsfall. Hotande förtidsbörd skall enligt verkets mening anses som sjukdom vid tillämpning av AFL, och då df:s arbetsförmåga under den ifrågavarande tiden varit helt nedsatt, var hon berättigad att utfå hel sp. - FR fann på de skäl RFV anfört, att df hade rätt till hel sp (FRN 810421 mål nr 3544/79).

Denna dom meddelades i april 1981 och rättens utslag får betraktas som en följd av RFV:s inställning till frågan, om hotande förtidsbörd är att betrakta som sjukdom eller inte. Den ovan nämnda domen från FRS (810202 mål nr 3865/79) hade RFV nämligen överklagat till FÖD i mars samma år (810323 OE:s dnr 02/362:81) och yrkat att sp skulle utges till df. I sina skäl för yrkandet hänvisade RFV till det yttrande (800221), som RFV begärt från socialstyrelsen (inför RFV:s konferenser våren 1980 för fk:s förtroendeläkare rörande vilka störningar och fysiologiska förändringar i samband med graviditet, som kunde anses utgöra sjukdom av beskaffenhet att nedsätta kvinnans arbetsförmåga). I yttrandet hänvisades till de två utlåtanden, vilka jag har behandlat ovan. Av dessa framgick att hotande förtidsbörd skall anses som sjukdom vid tillämpning av AFL. Med hänsyn härtill intog även verket denna ståndpunkt. Verket ansåg vidare med hänsyn till vad som upplysts om df:s medicinska status vid intagningen på sjukhus, att hon drabbats av hotande förtidsbörd. Hennes arbetsförmåga var enligt verkets mening på

grund av sjukdom under den aktuella tiden nedsatt i sådan grad, att rätt till hel sp förelåg. FÖD åberopade de skäl RFV anfört och fann, att den hotande förtidsbörden måste anses ha utgjort ett sådant onormalt kroppstillstånd, som inte kan sägas hänga samman med den normala livsprocessen och som således bör räknas som sjukdom. Eftersom sjukdomen satt ned hennes arbetsförmåga fullständigt under den ifrågavarande tiden, var hon berättigad till hel sp. Domen publicerades (FÖD 810715 mål nr 547/81:3, FÖD 81:25).

(Även FRS-domen 810129 mål nr 3316/79 blev föremål för FÖD:s prövning och FÖD fann i likhet med RFV att hotande förtidsbörd var sjukdom och hänvisade till socialstyrelsens yttrande (RFV:s besvär 810327 OE:s dnr 03/571:81 och FÖD:s dom 811021 mål nr 546/81:2).)

I de nämnda utlåtandena till vilka socialstyrelsen hänvisat i sitt yttrande sägs, vilket också framkommit ovan, att svag livmoderhals, tvillinggraviditet, enormt mycket fostervatten samt tidigare genomgångna förtidsbörder eller sena missfall betraktas som hotande förtidsbörder. Vidare sägs att "vissa lättare fall, där sjukhistorien talar för ökad risk för förtidsbörd men där objektiva tecken på sjukdom saknas, behandlas också då man antar att en onormal svaghet i livmoderhalsen föreligger, alternativt att en extraordinär påverkan på livmodermuskulaturen kan misstänkas". Just en sådan situation måste ha varit för handen i FÖD-avgörandet. Några objektivt konstaterbara symptom på hotande förtidsbörd fanns inte utan endast kvinnans egna uppgifter som överensstämde med tecken på hotande förtidsbörd, varvid en adekvat medicinsk behandling insattes. Tillståndet bedömdes följdriktigt som ett sjukdomstillstånd jämlikt AFL 3:7. Därför är det förvånande, att hotande förtidsbörd p g a *tvillinggraviditeter* inte också uppfattas som sjukdomstillstånd i rättstillämpningen. Eftersom det vid dessa graviditeter medicinskt sett är vanligt med förtidsbörder och man inte endast behöver misstänka utan kan konstatera, att en tvillinggraviditet alltid innebär en extraordinär påverkan på livmodermuskulaturen, borde dessa tillstånd betraktas som sjukdomstillstånd i rättsliga sammanhang, även om det saknas andra objektiva tecken på sjukdom i det individuella fallet. Att tvillinggraviditeter innebär en extraordinär påverkan på kroppen framgår av att den perinatala mortaliteten och morbiliteten är högre än vid vanliga graviditeter och att det finns en tendens att föda för tidigt med för små och dåligt utvecklade barn som följd. Genom sjukledighet, vila och ibland generös inläggning på sjukhus

har man dock kunnat minska riskerna väsentligt. Vid tvillinggraviditet brukar sjukskrivning i hemmet alternativt på sjukhus ske fr o m den 22 graviditetsveckan. Den extraordinära påverkan på kroppen med hotande förtidsbörd som följd som en tvillinggraviditet innebär borde därför betraktas som ett onormalt kroppstillstånd, som inte sammanhänger med den normala livsprocessen och alltså räknas som sjukdom.

Före 1981 menade dock en del fk, att förutsättningarna för rätt till sp var uppfyllda vid en tvillinggraviditet, medan andra fk fann, att sjukdomsrekvisitet inte var uppfyllt. Rättstillämpningen var alltså mycket ojämn.

Älvsborgs läns allmänna försäkringskassa beslöt 810116 (dnr 66/81) att inte utge sp till en kvinna, som var sjukskriven p g a tvillinggraviditet. Hon arbetade som barnskötare på ett daghem, vilket innebar tunga lyft. Df själv liksom sjukskrivande läkare hade uppgivit, att risk för missfall förelåg, men att hon i och för sig inte hade några besvär av graviditeten. FRS var i domen 810409 mål nr 750/81 av samma mening som fk och ändrade inte fk:s beslut.

RFV har inte fört upp målet till FÖD, eftersom FRS:dom överensstämde med RFV:s egen uppfattning. Df har däremot överklagat och domen ligger i skrivande stund (juli 1983) hos FÖD (mål nr 1121/81:9).

En graviditetskomplikation,[68] som är likartad komplikationen hotande förtidsbörd i det avseendet att den rör fostrets hälsa, är *dålig fostertillväxt*. Denna störning är nästan i högre grad än hotande förtidsbörd koncentrerad enbart till fostret. Några objektivt konstaterbara onormala omständigheter hos modern som förklaring till den dåliga tillväxten låter sig mera sällan fastställas. I socialstyrelsens ovan nämnda läkarutlåtanden tas dock dålig fostertillväxt upp bland de graviditetskomplikationer som betecknas som sjukliga tillstånd.

Malmöhus allmänna försäkringskassa beslöt 781012 att inte utge sp till kvinna, som varit intagen två dagar på sjukhus för utredning och därefter ordinerats några dagars vila, då diagnosen var "misstänkt SGA-barn, dålig tillväxt". Fk ansåg inte, att hennes arbetsförmåga var nedsatt med minst hälften p g a sjukdom. Fk tog upp ärendet till förnyad prövning i anledning av ett inkommet läkarutlåtande från sjukskrivande läkare, men kassan ändrade inte sitt tidigare fattade beslut. I anledning av att df inkom med en besvärsskrivelse, infordrades journalhandling från kvinnokliniken vid Lunds lasarett. Efter hörande av sin förtroendeläkare och mot bakgrund av den i journalen angivna diagnosen "Grav obs Y 60, 99 -

Prenatal vård och observation (normal graviditet)", fann kassan inte styrkt, att arbetsförmågan varit nedsatt med minst hälften till följd av sjukdom. Df:s ombud vid FR var den sjukskrivande läkaren. FRS menade att df, som vid den aktuella sjukskrivningstiden varit föremål för utredning, huruvida hennes foster drabbats av dålig tillväxt, och som av läkare ordinerats några dagars vila i syfte att öka näringstillförseln till fostret, var berättigad till sp, därför att behandling mot dålig fostertillväxt skall anses som sjukdom enligt AFL 3:7 (FRS 810525 mål nr 3475/79). En av rättens ledamöter var dock av skiljaktig mening och anförde: "Jag finner inte rådande praxis ge vid handen, att varje störning eller onormalt tillstånd i samband med havandeskap skall anses som sjukdom ifråga om sjukpenning. Under förevarande sjukskrivning hade df getts föreskriften "vila, ute". Det finns i målet också positiva uppgifter om hennes hälsotillstånd i övrigt och hennes arbetsförmåga. Jag anser, att det med hänsyn till bl a dessa omständigheter inte utan vidare låter sig säga, att en sjukdom har förorsakat nedsättning av df:s arbetsförmåga med minst hälften. Jag anser det i stället närmast vara så, att df av förebyggande skäl har ordinerats att avstå från förvärvsarbete till gagn för fostrets tillväxt. För sådana fall har riksdagen den 22 oktober 1980 förordat en utredning om införande av kompensation för inkomstbortfall i enlighet med socialförsäkringsutskottets betänkande 1980/81:5 om sjukpenning till gravida kvinnor (rskr 1980/81:3). Till följd av det anförda anser jag, att försäkringsrätten bör lämna df:s yrkande om sjukpenning utan bifall" (protokoll 810506 mål nr 3475/79).

RFV ville i sitt remissyttrande[69] över de ovan nämnda motionerna om gravida kvinnors rätt till sp [70] inte förorda, att man genom lagändring utvidgar det sjukdomsbegrepp som gäller i dag. Verket menade, att det inte är lämpligt att för en viss kategori försäkrade införa specialbestämmelser i detta avseende. Däremot ansåg verket, att en framkomlig väg för att lösa frågan om kompensation för inkomstbortfall i detta sammanhang är att komplettera bestämmelserna om hp i AFL 3:9. De motiv som framfördes i samband med tillskapandet av hp liksom det förhållandet att hp är en ersättning som utges vid inkomstbortfall på grund av förhållanden, som kan jämföras med förebyggande vård, talar för denna lösning. De kompletterande lagbestämmelsernas innebörd skulle då vara, att en kvinna, som behöver avhålla sig från förvärvsarbete på grund av risk för förtidsbörd eller för att förhindra skada hos sig eller fostret, skulle ha rätt till hp. I vissa speciella situationer borde denna rätt kunna föreligga närhelst under graviditeten detta arbetsuppehåll inträffar dock - liksom enligt nuvarande regler för hp - längst till och med den elfte dagen före den beräknade tidpunkten för barnets

födelse, men menade RFV, "det torde emellertid vara angeläget att en eventuellt utvidgad rätt till ersättning för inkomstbortfall i detta sammanhang begränsas till sådana situationer, då uppehåll i förvärvsarbete verkligen är motiverat av medicinska skäl. Vilka fall detta kan gälla samt i vilken utsträckning och på vad sätt eventuellt inkomstbortfall bör täckas av den allmänna försäkringen, torde därför behöva övervägas närmare, innan det finns underlag för beslut om förändring i försäkringssystemet". Det fanns alltså enligt RFV:s mening anledning, att de i motionerna behandlade frågorna utreddes närmare, i den mån de inte kunnat lösas i tillämpningen.

Föräldraförsäkringsutredningen (S 1980:08) fick 820401 tilläggsdirektiv (dir 1982:14), som innefattade, att utredningen med anledning av socialförsäkringsutskottets betänkande (SfU 1980/81:5, rskr 1980/81:3) om sp till gravida kvinnor skulle utreda frågan om kompensation för inkomstbortfall för gravida kvinnor, som av förebyggande skäl måste avstå från förvärvsarbete utan att något sjukdomstillstånd föreligger. Utredningen framhåller i sitt betänkande Utbyggd havandeskapspenning m.m. (SOU 1983:30), att sedan den erhöll uppdraget att utreda frågan om ersättning till gravida kvinnor som av förebyggande skäl avstår från förvärvsarbete under graviditeten utvecklingen av praxis gått i den riktningen att vid flera av dessa graviditetskomplikationer sp utges. Utredningen fortsätter: "Tveksamhet om ersättningsrätten kvarstår dock i vissa speciella fall där det kan ifrågasättas om kvinnan är sjuk enligt det sjukdomsbegrepp som gäller inom den allmänna försäkringen. Detta gäller t ex kvinnor som måste vara i stillhet p g a flerbarnsgraviditet, Rh-immunisering eller vissa andra mera sällsynta former av immunisering som måste behandlas för att undvika risker för fostrets liv eller hälsa (av utredningen kallade extraordinära tillstånd). I här nämnda fall påverkas inte kvinnans hälsotillstånd utan behovet av att avstå från arbete är helt grundat på risker för fostret."

Utredningen anser därför att ett tillägg bör göras i AFL 3 kap, där det framgår, att gravid kvinna har rätt till sp, om hon på läkares inrådan avhåller sig från arbete p g a risker för fostrets liv eller hälsa.

Enligt mitt förmenande kan alla graviditetskomplikationer, även de tillstånd som av utredningen betecknas som extraordinära, föras in under det sjukdomsbegrepp som vi har idag. Den medicinska uppfattningen om graviditetskomplikationerna visar att dessa närmast kan hänföras till det biologiska sjukdomsbegreppet som det

sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet vanligtvis brukar sammanfalla med.

5.5.3.2 Olämplig arbetsmiljö

En grupp gravida kvinnor, som inte kan komma i åtnjutande av sp, är de kvinnor som arbetar i en ur graviditetssynvinkel olämplig arbetsmiljö. Inom arbetarskyddsstyrelsen pågår arbete med att utforma regler, som i vissa hänseenden avser att minska risken för fosterskador p g a blivande förälders arbetsmiljö.[71] Man överväger att reglerna om arbetsgivarens skyldighet att bereda omplacering till annat arbete skall utvidgas i här aktuella hänseenden. Trots att dessa kvinnor kan betraktas som en tämligen välavgränsad grupp, kan det ändå finnas gränsfall ur sp-synvinkel. Följande fall är ett sådant:

Malmöhus allmänna försäkringskassa beslöt 790709 att inte utge sp till gravid kvinna, eftersom arbetsoförmågan inte kunde anses tillfredsställande styrkt. Df arbetade som tecknare hos ett tryckeriföretag. Hon var enligt läkarintyg helt sjukskriven på grund av huvudvärk. Den sjukskrivande läkaren uppgav, att df:s besvär i form av huvudvärk var att betrakta som en adekvat reaktion i samband med den ökade belastning som graviditeten i kombination med arbetsplatsens miljöproblem med lösningsmedel innebar. Läkaren ansåg df vara arbetsoförmögen. Enligt uppgift hade df haft huvudvärk även under tre semesterveckor, då hon var borta från arbetet.

FR fann med hänsyn till vad som framkommit i målet beträffande df:s arbetsmiljö, att det visserligen inte kunnat krävas av henne, att hon skulle återgå till sitt arbete hos tryckeriföretaget. Emellertid gav enligt rättens mening utredningen vid handen, att df inte efter nämnda dag varit på grund av sjukdom förhindrad att utföra arbete i sitt yrke (FRS 810428 mål nr 808/81).

Medan fk fann, att rekvisitet arbetsoförmåga inte var uppfyllt, fann FR, att det i stället var förutsättningarna för rekvisitet sjukdom som brast.

En av rättens ledamöter var skiljaktig (protokoll 810326 mål nr 808/81) och fann, att df:s arbetsoförmåga var fullständigt nedsatt p g a sjukdom och att hon därför enligt 3:7 var berättigad till hel sp.

Läkarutlåtandet liksom den omständigheten att df hade huvudvärk även under semestern talade för att huvudvärken var orsakad av graviditeten. Huvudvärken var då en extraordinär omständighet som inte kunde hänföras till den normala livsprocessen. Huvudvärken borde därför betecknas som ett sjukdomstillstånd och vara sp-grundande. FÖD ändrade också FR:s dom efter överklagande från df och fann, att rekvisitet sjukdom var uppfyllt (811208 mål nr 983/81:7).

5.5.3.3 Vanliga sjukdomar orsakade av graviditet

Det närmast ovan nämnda fallet aktualiserar frågan om sp till gravida kvinnor, då dessa blir sjuka i helt vanliga sjukdomar, men där det torde finnas ett kausalsammanhang mellan graviditeten och sjukdomen.

Kopparbergs läns allmänna försäkringskassa beslöt 800320 att inte utge sp till df, som var sjukskriven p g a ryggbesvär (dolores dorsi). Eftersom hon inte tidigare varit sjukskriven med denna diagnos, fann kassan, att besvären inte var föranledda av sjukdom utan av graviditet, i detta fall en tvillinggraviditet. Kassan hänvisade till uttalanden i SOU 1944:15, att störningar i samband med havandeskap står i samband med den normala livsprocessen, och uttalanden i SOU 1978:39 liksom prop 1978/79:168 om att havandeskap inte är sjukdom. Df överklagade till FRN, som enhälligt fann, att sjukdomsrekvisitet i 3:7 var uppfyllt. Någon närmare motivering till sin dom gav inte rätten (811127 mål nr 516/80). Samma slut kom domstolen till även i domen FRN 800331 mål nr 2772/79.

I ett FD-avgörande har trötthet under graviditet inte ansetts vara liktydigt med sjukdom (781031 dnr 381/78). En kvinna sjukanmälde sig och var enligt läkarintyg sjukskriven med hel arbetsoförmåga p g a trötthet i samband med graviditet tiden 22 juni - 10 juli. Eftersom journalanteckningar förda vid mödravårdscentralen utvisade, att medicinsk status var fullständigt normal, fanns det "ingen medicinsk orsak till trötthet". Hennes besvär ansågs därför av kassan inte vara att hänföra till sjukdom som kunde medföra arbetsoförmåga. RFV och FD gick på samma linje.

Det intressanta med rättsfallet är konstaterandet, att det inte finns någon medicinsk orsak till trötthet, trots att läkare sjukskrivit henne härför. I och med att journalanteckningarna vid mödravårdscentralen inte nämner något, som man med den instrumentell-operationella metoden objektivt har kunnat påvisa som medicinsk orsak till hennes trötthet, utgår man från att tröttheten inte är av medicinsk natur. De rättstillämpande organen har alltså här gjort ett medicinskt övervägande, som inte helt säkert skulle motsvaras av ett likadant konstaterande gjort av medicinsk sakkunnig. Borde inte fk i en graviditetssituation, som ju otvivelaktigt innebär en fysisk och psykisk belastning på den mänskliga kroppen vara mer benägen att godta en symptomdiagnos i den meningen, att man presumerar att det finns en sjuklig förändring av biologisk natur, även om den inte kunnat fastställas objektivt?

Att "helt vanliga" sjukdomstillstånd ibland av fk uppfattas såsom ej sp-grundande, därför att de förekommer i samband med gra-

viditet (och ofta som en följd av graviditeten) framgår av följande rättsfall:

Df, som var fabriksarbetare, sjukanmäldes hos Malmöhus allmänna försäkringskassa den 31 januari 1981. Hon var enligt läkarintyg helt sjukskriven för tiden 6 - 22 februari 1981 under diagnosen "insuff-dorsi". Df var gravid med beräknad nedkomst den 5 mars 1981. Df hade under de sista fyra veckorna haft besvär från bröst- och ländrygg speciellt efter arbetet. Hon led av uttalad stelhet i muskulaturen i bröstryggen, där hon hade mycket liten rörlighet. Läkaren ansåg att df:s besvär delvis sammanhängde med graviditeten och delvis med arbetet. Fk hörde först sin förtroendeläkare och beslöt 810224 att inte utge sp med motiveringen, att det inte var tillförlitligen styrkt, att df:s arbetsoförmåga var fullständigt nedsatt p g a sjukdom. Df överklagade, men FRS ändrade inte fk:s beslut (FRS 810824 mål nr 1940/81). FÖD meddelade dom i målet 820127 (mål nr 1621 och 1622/81:3). Domstolen fann df berättigad till hel sp (men ej till hp, som df även framställt yrkande om).

Oberoende av om df eventuellt skulle kunna få hp är hon i första hand berättigad till sp. Rekvisitet sjukdom är klarlagt, och rekvisitet arbetsoförmåga måste här som i alla andra situationer relateras till den enskilda individen och hennes arbete. Hennes arbetsförmåga torde rent allmänt vara något nedsatt p g a graviditeten i sig och när sedan olika sjukdomsbesvär yttrar sig (visserligen också de delvis "orsakade" av graviditeten) borde inga hinder föreligga för att anse rekvisitet arbetsoförmåga uppfyllt.[72]

I följande fall torde frågan om kausalsamband mellan df:s ryggbesvär och nedkomsten ha aktualiserats snarare än ett samband mellan ryggbesvär och graviditeten.

I ett avgörande av FD (771117 dnr 259/77) hade en kvinna varit halvt sjukskriven under diagnosen rygginsufficiens under tiden den 25 mars - 20 maj. Den 2 maj intogs kvinnan på förlossningsavdelning, där hon påföljande dag födde barn. Hon utskrevs därifrån den 7 maj. Enligt läkarintyg den 11 maj var kvinnan p g a för tidig förlossning och p g a att barnet vårdades på barnkliniken helt sjukskriven fr o m den 7 maj t o m den 31 maj, då barnet utskrevs från barnkliniken. - Fk förklarade i sitt beslut att "normalt tillstånd (svaghet) efter förlossning ej kunde hänföras till begreppet sjukdom". Då hennes arbetsförmåga inte kunde anses nedsatt med minst hälften p g a sjukdom uppfyllde hon inte kravet på rätt till sp. - Kvinnan överklagade och gjorde gällande att hon lidit av ryggbesvär och psykiska besvär under tiden 7 - 31 maj. Fk uppgav i yttrande till RFV bl a att "enligt journalen från mödravårdscentralen hade graviditeten den 2 maj varit komplikationsfri och förlossningen normal". Varken RFV eller FD fann skäl att göra ändring i fk:s beslut.

I fallet hade alltså kvinnan varit halvt sjukskriven för ryggont, vilken sjukskrivning fk godtagit som grund för utbetalande av sp. Var rygginsufficiensen en följd av graviditeten, motsägs detta av journalerna från mödravårdscentralen. Var den helt fristående från graviditeten, varför upphörde då densamma i och med förlossningen? Är syftet att tvinga en kvinna att i första hand använda fp, därför att arbetshinder p g a barnsbörd föreligger trots att arbetshinder p g a sjukdom i och för sig också föreligger?[73]

5.5.4 Psyko-sociala faktorer

Jag inleder med att beskriva några situationer, där det uppgivna sjukdomstillståndet på ett mer eller mindre tydligt sätt har orsakats av yttre tillfälliga upplevelser eller av df:s psyko-sociala situation i stort. Situationerna är högst varierande. Ibland är det fråga om enstaka händelser som påverkar df fysiskt och (framförallt) psykiskt men oftast är df:s totala livssituation orsaken till besvären.

Vid olika för df pressande tillstånd orsakade av yttre upplevelser och händelser uppkommer frågan om dessa tillstånd skall uppfattas som sjukdomstillstånd. Det gäller exv sorg- och trötthetstillstånd vid anhörigs sjukdom eller dödsfall.

Ett avgörande av FÖD (791115 mål nr 1075/79:3) gällde en kvinna från norra Sverige, som avhållit sig från förvärvsarbete i två veckor för att vara hos sin 11-årige son, då denne undergick en omfattande operation i Stockholm. Hon anförde, att hon p g a sin sons situation var så fysiskt trött, att hon inte kunde arbeta. I målet förelåg också intyg av två läkare, vilka bestyrkte kvinnans behov av ledighet under den tid hennes son vårdades på sjukhus. Kassan hade avslagit hennes framställning om sp och anfört, att rätt till sp endast förelåg vid arbetsförmåga p g a egen sjukdom. Kvinnan besvärade sig och anförde, att hon var arbetsoförmögen p g a trötthet. FR fann, att df inte befunnit sig i något sjukdomstillstånd, som enligt AFL 3:7 kunnat berättiga henne till sp. Någon ersättning kunde "lagligen" inte utgå. FÖD ändrade inte domen.

Fysisk trötthet i samband med nära anhörigs sjukdom är alltså inget sjukdomstillstånd enligt den tolkning av lagens innebörd som domstolarna gör, även om denna trötthet kan verifieras med läkarintyg och omständigheterna i övrigt är beaktansvärda.[74]

Frågan aktualiserades igen i FRN-domen 801110 mål nr 2452/79. Df var sjukskriven för "insufficiens på grund av svårt sjukt barn". Df vistades hos sin dotter, som vårdades på regionsjukhuset för svårartad astma. Rätten fann inte sjukdomsrekvisitet vara uppfyllt. Df

överklagade till FÖD, som inhämtade utlåtande från sin medicinskt sakkunnige i psykiatri. Denne poängterade svårigheten att dra en gräns mellan en normalpsykologisk och en sjuklig reaktion på yttre upplevelser, t ex sorgen över en anhörigs död och den depression som kan ha samma orsak. Avgörandet kan endast ske på grundval av en direkt iakttagelse och därav följande bedömning, en bedömning som inte kan stödja sig på uppmätta värden eller fastställda skalor utan alltid måste bli subjektiv. I det ifrågavarande fallet befanns df:s reaktion vara att betrakta som sjukdom, varför han var berättigad till sp (FÖD 811229 mål nr 36/81:5).

FÖD hade tidigare i domen 810303 mål nr 868/80:9 och 869/80:9 inte ändrat FRS:s dom 800430 mål nr 1798/79 och 1799/79, som i sin tur inte innefattade någon ändring av fk:s avslag på två föräldrars begäran om sp, då deras dotter insjuknat i en mycket svår sjukdom (Malmöhus allmänna försäkringskassa 780609).

FÖD ansåg i domen 820127 mål nr 378/81:3 att "problem vid broders frånfälle" fick anses vara sådant depressionstillstånd, som ger rätt till sp. Två ledamöter var dock skiljaktiga och ville inte ändra FRN:s dom 810127 mål nr 2956/79, som innebar ett avslag på df:s begäran om sp.– FÖD ansåg, att df lidit av sjukdom, då han vakat vid sin frus dödsbädd (FÖD 820324 mål nr 723/81:4). – FRN:s dom 811201 mål nr 791/80 innebar ett avslag på df:s begäran om sp p g a psykiska påfrestningar och problem i samband med nära anhörigs sjukdom.[75]

FÖD tycks alltså efter hand ha kommit att iakttaga en mer öppen hållning till sjukdomsrekvisitet i situationer som de ovan beskrivna.

Följande rättsfall är av helt annan karaktär. Frågan om sjukdomsvillkoret var uppfyllt blev aktuellt i samband med att df genomgick en mycket långvarig tandbehandling.[76] Frågan kom att gälla, om sp skulle kunna utgå under fem dagar, då slutbehandling skedde.

Malmöhus allmänna försäkringskassa fann i beslut 780529 att så inte kunde ske. Df överklagade, och tandläkaren inkom till rätten med ett utlåtande av följande innehåll:
"Tandläkarens rätt, till skillnad från läkarens, att sjukskriva, är ju mycket begränsad och det är ju anledningen till den svåra situation som jag har ställts inför i detta sammanhang, då jag ju inte får sjukskriva för tandbehandling. En läkare, exv psykiatriker, skulle däremot ha kunnat bedöma patientens behov av bettrehabilitering så väsentligt, att han skulle kunna sjukskriva henne. Hela denna behandling har ju varit och är mycket påfrestande för patienten både fysiskt och psykiskt alltsedan i januari 1974. L.F. har på grund av detta förlorat åtskilligt i arbetsinkomst - Hon har på grund av tandbehandlingen hindrats att arbeta, studera och därmed av ekonomiska skäl tvingats att söka socialhjälp, vilket hon upplevde mycket förnedrande och uppslitande. Hon har tvingats stå ut med ett stort lidande och hon hade utan sin egen kamp och vilja och utan sitt

eget agerande, säkerligen inte fått behandlingen slutförd. Vilken annan människa som helst skulle för länge sedan givit upp. När man börjar en tandbehandling väntar man sig ju inte, att den skall medföra hinder i ens personliga utveckling. Omständigheter utanför patientens kontroll har här lett till sådana hinder. Jag är medveten om att tandvårdsförsäkringen eller sjukförsäkringen inte rymmer möjligheter till kompensation för en sådan sak, det är utgifter som patienten normalt får ta på sig. Här har patienten dock åsamkats förluster och uppoffringar långt över det normala genom det mycket olyckliga förlopp behandlingen har tagit".

Vilken inverkan fick då en skrivelse av detta innehåll på rättens bedömning?

FR hänvisade till den praxis som gäller vid tillämpning av AFL 3:7, att sjukdom anses orsaka fullständig nedsättning av df:s arbetsförmåga jämväl under tid då df - utan att något sjukdomstillstånd kan anses föreligga - för erhållande av läkarvård, som läkare funnit påkallad med anledning av sjukdom, är hindrad att utföra arbete.[77] Sådant hinder föreligger inte bara under själva läkarbesöket utan även under restid och annan tid, som måste tas i anspråk med anledning av besöket. FR hänvisade också till att man i praktiken även på andra sätt gör en liberal tolkning av sjukdomsbegreppet. FR ansåg det framgå av handlingarna i målet att df under den aktuella tandvårdstiden lidit av i vart fall vissa psykiska besvär och att det med hänsyn till de mycket speciella omständigheterna fick anses lika motiverat att finna df:s tillstånd sp-berättigande, som det har befunnits för andra försäkrade (FRS 800214 mål nr 1068/79).[78]

FR fann alltså sjukdomsrekvisitet vara styrkt genom den utförliga beskrivning tandläkaren gjort av df:s livssituation och den psykosociala helhetsbedömningen av hennes tillstånd. FR:s formulering av domskälen tyder på önskan att få målet att framstå som ett tydligt in casu-avgörande byggt på skälighet.[79]

5.5.5 Symptomdiagnoser

Försäkringskasseförbundet har utgivit en "Medicinsk vägledning" (se ovan), som är avsedd att vara ett hjälpmedel för de anställda vid fk.[80] I den framhålles att de flesta sjukfall troligen

"gäller akuta tillstånd i samband med infektioner, skador och andra väl definierade åkommer som är lätta att objektivt verifiera och som har ett ganska tidsbestämt förlopp. Behandlings- och sjukskrivningsdiagnos stämmer då väl överens liksom läkarens och patientens uppfattning om behovet av sjukskrivning. I ett stort antal fall är dock situationen mera komplicerad än så. De väldefinierade tillstånden blandas med "krämpor" och sjukdomar av mera kronisk och återkommande art, resttillstånd efter akuta sjukdomar och ska-

dor, förslitningssjukdomar och belastningssymptom från rygg och leder, spänningstillstånd med kroppsliga symptom från huvud-hjärta-mage-tarm, psykiska symptom av neurotisk och depressiv karaktär. De objektiva symptomen är då färre och svårfångade och diagnosen måste i högre grad bygga på en värdering av patientens subjektiva upplevelser. Objektiva mått på smärta, värk, svaghet, trötthet och andra känslor som fruktan för sjukdom och allmän otillräcklighet finns inte. Det är också patientens upplevelse av sin sjukdom, kroppslig eller psykisk, som blir avgörande för sjukdomsförlopp och fortsatt arbetsförmåga. I dessa mer svårbestämbara fall kan det vara svårt att komma fram till en diagnos som avslöjar den verkliga orsaken till arbetsoförmågan. Det är vanligt att både patient och läkare har en tendens att övervärdera den kroppsliga delen av sjukdomsbilden, "somatisera" symptomen och välja en sjukdomsdiagnos som är lätt att acceptera och att visa upp för omgivningen, "magkatarr", "rygginsufficiens", "myalgi", "hjärtbesvär" etc. Här spelar ofrånkomligt faktorer som social trygghet, arbetsmotivation, kontinuitet i läkarkontakten och möjlighet att sammanställa en helhetsbild av ett sjukfall en avgörande roll både för patientens önskan om sjukskrivningens längd och läkarens möjligheter att påverka denna önskan."

I denna vägledning nämns *symptomdiagnoserna* som en viktig diagnosgrupp. Kännetecknande för diagnoser tillhörande denna grupp är att de utgår från ett enstaka symptom eller besvär, där den bakomliggande sjukdomen är okänd eller svår att ange. Även denna typ av diagnos kan ge rätt specifik information, t ex hematemesis = blodkräkning eller uremia = urinförgiftning. Detsamma gäller diagnoser som bygger på tekniska åtgärder, t ex operation, utredning eller observation. Skalan är dock glidande mot det mera allmänna och ospecifika, från cephalalgia = huvudvärk, vertigo = yrsel och astenia = svaghet till gruppdiagnoser som kan hänföras till ett organområde eller en medicinsk specialitet, t ex psykisk insufficiens, organisk nervsjukdom, underlivssjukdom, graviditetsbesvär.[81]

Enligt U-handboken är tjänstemännen vid fk ålagda speciella handläggningsrutiner, när det gäller den försäkringsrättsliga prövningen av diagnosen i läkarintyget. Tjänstemännen skall rikta speciell uppmärksamhet på vissa diagnostyper. Stockholms läns allmänna försäkringskassa har i en arbetsbeskrivning för handläggning av läkarintyg framhållit, att läkarintyg med symptom- eller täckdiagnos, t ex magvärk, diarré, feber, ont i ryggen m fl eller diagnoser som "döljer" annan sjukdom erfordrar särskild uppmärksamhet. Kassan har gjort en förteckning på vanliga symptomdiagnoser såsom allmän trötthet, artralgia (ledsmärtor), astenia (kraftlöshet), cephal-

algia (huvudvärk), diarré, dolores abdominis (magsmärtor), dorsalgia (ryggsmärtor), exhaustio (utmattning), feber, gastralgia (magsmärtor, gynekologiska besvär, illamående, ledbesvär (-smärtor, -värk), lumbalgia (ryggsmärtor), muskelbesvär (-värk), nervösa eller psykiska besvär, vertigo, yrsel. Dessa diagnoser uttrycker symptom på en funktionsrubbning, som bygger på df:s egen beskrivning av sina sjukdomsymptom, utan att läkaren har kunnat objektivt fastställa, att det verkligen förhåller sig på det sätt som den sjuke subjektivt uttrycker det.[82]

Fk uppfattar som regel, att det är otillräckligt att utgå endast från den sjukes egen version. Vanligtvis brukar man utge sp under en kortare tid och därefter dra in sp på grund av att antingen sjukdoms- eller arbetsoförmågebegreppet inte anses vara uppfyllt. Det finns ett rikt rättsfallmaterial på detta område.[83]

5.5.6 Slutsatser

Ovan har kunnat urskiljas tre olika varianter av det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet. Den första varianten utgörs av ett sjukdomstillstånd eller bättre en sjukdomsprocess som innebär arbetsoförmåga för den som drabbas. Den andra varianten utgörs av ett tillstånd som enligt medicinsk bedömning kräver vård och behandling, och när df blir föremål för denna, blir df också arbetsoförmögen. Df anses även i detta fall arbetsoförmögen p g a sjukdom, fastän ordet sjukdom står för något annat än i förra fallet. Operationsfallen ovan kan hänföras till detta sjukdomsbegrepp liksom läkarbesöken vid misstanke om sjukdom. Den tredje varianten anges i 3:7 första stycket andra mom, nämligen ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som förorsakats av sjukdom för vilken sp utgivits och som alltjämt kvarstår efter sjukdomens upphörande. I detta fall är det klart, att sjukdomen har upphört enligt ett medicinskt synsätt (jfr rättsfallen FD 1977 ref 15 samt FD 771011 dnr 358/77 och FÖD 790213 dnr 1175/78).

Det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet är inte så klart och enhetligt, som man ofta vill göra gällande. När frågan uppkommit om inordnandet av nya grupper i sp-försäkringen, har man hänvisat till att dessa inte lider av sjukdom och att man inte vill utvidga sjukdomsbegreppet. Det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet kan användas för att avvisa vissa grupper, som i medicinsk mening anses sjuka, från rätten till sp, t ex kvinnor med

komplicerade graviditeter (tidigare praxis) och att låta nya grupper bli ersättningsberättigade, t ex personer med medfödda handikapp, som kan opereras. Att kunna hänvisa till ett enhetligt sjukdomsbegrepp har stor betydelse ur legitimitets- och rättvisesynvinkel. Ett enhetligt och oomtvistat sjukdomsbegrepp legitimerar alla avslag på begäran om ersättning. I själva verket förhåller det sig så, att begreppet sjukdom åtminstone delvis får tjäna som täcknamn för olika rättspolitiska överväganden rörande vilka som skall ha rätt till ersättningen och vilka som inte skall ha denna rätt. De argument, som anförs för och emot olika sjukdomsbegrepp, bottnar ofta i (politiska) värderingar av olika slag.

Givetvis finns det en stor mängd tillstånd, där det står helt klart, att de är att betrakta som sjukdomar ur både medicinsk och sjukförsäkringsrättslig synvinkel. Detta gäller framför allt somatiska komplikationer, som har kunnat konstateras objektivt. Det har dock visat sig, att somatiska komplikationer, som inte tidigare har kunnat diagnostiseras medicinskt men som genom förbättrade diagnosmetoder och andra medicinska landvinningar har kunnat fastställas objektivt, har uppfattats som sjukdomstillstånd ur medicinsk men inte ur sjukförsäkringsrättslig synvinkel.

Allmänt kan man säga att det biologiska sjukdomsbegreppet i hög grad sammanfaller med det sjukförsäkringsrättsliga. Enligt min mening stämmer det dock bättre med sjukförsäkringens grundläggande syfte att utgöra en ekonomisk trygghet då df inte kan arbeta p g a sjukdom, att vid avgörandet om sp-rätt föreligger utgå från de tillstånd, som kan hänföras till det socialmedicinska sjukdomsbegreppet. Inom detta betonas vikten av en helhetsbild av patienten. Man kräver inte, att de medicinska symptomen verifieras med hjälp av kliniska mätmetoder, utan att de verifieras just genom denna helhetsbild av patientens medicinsk-psykosociala situation, där patientens egen upplevelse av sina medicinska symptom och sin arbetsförmåga tillmäts betydelse. Medicinska symptom (oberoende av vad de bottnar i), som leder till arbetsoförmåga och därmed till inkomstbortfall för df, borde vara just de situationer, som sp-ersättningen är tänkt att kompensera.[84]

Orsaken till att det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet inte i högre grad bygger på det socialmedicinska sjukdomsbegreppet, torde vara den i försäkringssystemet inbyggda rädslan för missbruk. I och med att kriterierna för det biologiska sjukdomsbegreppet är lättare att konstatera, är det också lättare att kontrollera.

Kontrollhänsyn har alltid tillmätts stor betydelse inom försäkringen. Tjänstemännen i kassan, förtroendeläkaren, ledamöterna i rehabiliteringsgrupperna, domstolarnas ledamöter m fl har alla mycket lättare att kontrollera sjukdomens förhandenvaro, om läkarintygets bevisvärde kan förstärkas med exv röntgenbilder och laboratorieresultat, vilka ger belägg för sjukdomens förhandenvaro. Finns inga sådana bevis för en sjukdoms förhandenvaro utan läkarintyget endast styrker df:s subjektiva upplevelser genom angivande av en symptomdiagnos, har försäkringsadministrationen ofta funnit, att det inte kan bevisas, att det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsvillkoret är uppfyllt.

5.6 Läkarnas bedömning av arbetsoförmåga

Läkarna har i sitt arbete inget egentligt behov av att fastställa att en patient är arbetsoförmögen. Det för läkarna centrala är diagnostiserandet och den medicinska behandlingen. Läkarnas bedömning av arbetsoförmågan aktualiseras främst i en intygssituation såsom då en patient begär ett läkarintyg för erhållande av sp.

Arbetsoförmåga i sjukförsäkringsrättslig bemärkelse innefattar antingen en faktisk arbetsoförmåga, dvs att df rent faktiskt är oförmögen att utföra arbete, eller en profylaktisk arbetsoförmåga, dvs att det för sjukdomens botande är lämpligt att df avhåller sig från arbete. I det läkarintyg som används fram till 1984 framgår att bedömningen gäller, om df *bör* avhålla sig från arbete eller inte. Till sin ordalydelse förefaller en dylik bedömning i första hand avse den profylaktiska arbetsoförmågan och inte den faktiska. Det framgår dock klart av rättstillämpningen, att försäkringsadministrationen utgår från att bedömningen i många fall rör den faktiska arbetsoförmågan.

Hur går läkaren till väga för att intyga *faktisk* arbetsoförmåga/arbetsnedsättning? Många läkare torde anse, att en läkare inte kan göra en bedömning av den faktiska arbetsoförmågan, om hon/han skall följa i författningarna givna direktiv, dvs enligt allmänna läkarinstruktionen handla "enligt vetenskap och beprövad erfarenhet" och enligt den före 1982 gällande MF 34/1964 "endast gör(a) uttalanden om förhållanden om vilka han har erforderlig kännedom" och "grunda(r) sina uttalanden på objektiva medicinska uttalanden" samt enligt SOSFS (M) 1981:25 "endast uttala(r) sig om förhållande som han har tillräcklig kännedom om och vara objektiv då han

samlar in det material som han skall grunda intyget på".[85] De menar, att det saknas vetenskap och beprövad erfarenhet som anger, vilken arbetsnedsättning som följer av viss sjukdom.[86]

En ordinär intygssituation kännetecknas ofta av att läkaren har tämligen dålig kännedom om patientens arbete och livssituation i största allmänhet. En bedömning av arbetsförmågan fordrar också kännedom om arbetets art. Det torde vara en allmän läkarmening, att ingen är bättre skickad att bedöma arbetets art än df själv.[87] Men även om läkaren skulle kunna fastställa den faktiska arbetsförmågan före och efter den inträffade sjukdomen med hänsyn tagen till den individuella arbetskapaciteten och det ifrågavarande arbetets art, finns det ofta andra faktorer, som kan påverka bedömningen, såsom skiftande motivation till arbetet, attityder på arbetsplatsen och andra faktorer på arbetsplatsen såsom gruppackord, grupptryck av olika slag, kollektiva transporter till arbetsplatsen, möjligheter överhuvud att ta sig till arbetet samt förändringar på arbetsplatsen.[88] Enbart diagnosen är alltså otillräcklig, när det gäller att avgöra om faktisk arbetsoförmåga föreligger.[89] Teoretiskt förefaller det därför motsägelsefullt att tala om normal sjukskrivningstid, eftersom längden av en aktuell sjukskrivning alltid måste vara individrelaterad, om man nu utgår från den bild man ger av begreppet arbetsoförmåga.[90]

Givetvis finns det en rad sjukdomstillstånd där det står helt klart för den medicinska bedömaren att df är arbetsoförmögen. Sjukdomsbilden ger klart besked om att df rent faktiskt inte kan arbeta. Ofta är då en sådan faktisk arbetsoförmåga synlig även för en icke-medicinsk bedömare. Sådana fall är oproblematiska ur sjukförsäkringssynvinkel.

Mången läkare torde gå till väga på följande sätt i en intygssituation: Läkaren frågar patienten: "Kan Du arbeta med de här krämporna?" och när patienten säger: "Nej!", intygar läkaren patientens uppgift. Det är patienten själv som bestämmer sin arbetsförmåga i den övervägande delen av antalet sjukskrivningar. Läkaren betraktar då arbetsförmågan som en kvalitativ funktion. Antingen kan patienten arbeta eller kan hon/han inte arbeta.

Den *profylaktiska* arbetsoförmågan har däremot ett mer renodlat medicinskt innehåll. Anknytningen till diagnosen är här mycket mer uttalad än vad som är fallet vid faktisk arbetsoförmåga. Sjukdomsbilden är av avgörande betydelse för vilken behandling som skall sättas in. Som ett led i behandlingen är det många gånger av största vikt att df avhåller sig från arbete. Att arbeta kan inverka menligt på

tillfrisknandet. Läkarna är de som är bäst skickade att intyga profylaktisk arbetsoförmåga.

Enligt det läkarintyg som generellt skall användas fr o m 1984 skall läkarna intyga att sjukdomen hindrar df att utföra sina arbetsuppgifter (se ovan 5.2.1) och inte längre att df bör avhålla sig från arbete. Om avsikten med denna förändring är, att den profylaktiska arbetsoförmågan inte skall vara sp-grundande i samma utsträckning som hittills, är för tidigt att uttala sig om.

5.7 Arbetsoförmåga i rättstillämpningen

I socialvårdskommitténs betänkande[91] föreslogs i 18 §, att vid "sjukdom som förorsakar förlust av arbetsförmågan eller för vars botande den sjuke enligt läkares föreskrift bör fullständigt avhålla sig från arbete, skall" osv. Någon motsvarande bestämmelse finns ej i AFL. Det får dock anses klart att det sjukförsäkringsrättsliga begreppet arbetsoförmåga inte endast betyder faktisk oförmåga att arbeta, utan även att det för sjukdomens botande är lämpligast, att df avhåller sig från arbete, dvs profylaktisk arbetsoförmåga.[92]

Jag inleder med att redogöra för bedömningen av arbetsoförmåga under den intygsfria tiden och behandlar därefter bedömningen av arbetsoförmåga under intygstiden.

5.7.1 Arbetsoförmåga under den intygsfria tiden

Under den intygsfria tiden är det som regel df:s egen uppfattning om sin arbetsoförmåga, som är avgörande. I friskanmälan intygar df, att hon/han p g a sjukdom avhållit sig från arbete. Df har härmed underförstått intygat, att hon/han varit arbetsoförmögen under den aktuella tiden. I de allra flesta fall godtar fk df:s intygande och därmed df:s uppfattning om att hon/han varit arbetsoförmögen. Endast om det av det uppgivna sjukdomstillståndet omedelbart framgår, att någon arbetsoförmåga/arbetsnedsättning inte kan bli följden eller om det upptäcks, att df utför arbete eller ägnar sig åt andra aktiviteter under sjukperioden, utgår ej ersättning till df.

Enligt min uppfattning är det rimligt, att fk som regel accepterar df:s uppfattning om sin arbetsoförmåga, eftersom ingen kan vara mer skickad än df själv att intyga densamma. Om man skall göra en korrekt bedömning av om arbetsoförmåga är för handen eller inte, måste man göra den utpräglat individrelaterad. Arbetsoförmåga/

arbetsnedsättning går inte att föra utanför individen och den situation, där den uppstått utan att den förändras. Den måste förstås i sitt personella sammanhang. Ett och samma objektiva tillstånd kan upplevas psykologiskt på helt olika sätt av olika individer och kanske av samma individ vid olika tidpunkter. Samma fysiska sjukdom kan göra en individ helt arbetsoförmögen, medan en annan kan fortsätta att arbeta som vanligt. Det kan bero på att sjukdomen upplevs mycket olika eller att arbetsuppgifterna för den ene skiljer sig mer från den andres än som syns utifrån. Den ene kan låta bli den del av arbetsuppgifterna, som inte går att utföra till följd av sjukdomen, medan den andre inte kan detta. Den ene kanske är mer tålig än den andre eller har mer förstående arbetskamrater eller överordnade.[93]

I enstaka fall händer det, att fk inte godtar df:s uppfattning om arbetsoförmågan under den första veckan.

Den 5 mars 1981 avlämnade df en sjukanmälan till fk:s lokalkontor. I Försäkran för sjukpenning, som inkom den 13 mars 1981, uppgav df bl a, att han på grund av sjukdom fullständigt avhållit sig från arbete fr o m den 5 mars 1981 samt att han var frisk fr o m den 12 mars 1981. Vidare uppgav df, att han skulle ha arbetat tiden 5 - 6 mars och 9 - 11 mars 1981 i sin huvudsakliga sysselsättning, om han inte blivit sjuk. Av försäkran framgick vidare, att läkarintyg krävdes för att få sp fr o m den 12 mars 1981. - Enligt uppvisat läkarintyg, utfärdat den 4 mars 1981 med "influensa virus" som diagnos, bedömdes df vara helt arbetsoförmögen tiden 4 - 10 mars 1981. - Lokalkontoret utbetalade sp till df för 5 - 6 mars och 9 - 10 mars 1981. I anledning av att läkare genom läkarintyg dokumenterat arbetsoförmåga på grund av sjukdom endast tiden 4 - 10 mars 1981, beslutade kassan att inte utge sp för den 11 mars 1981, trots att denna sjukdag låg inom den intygsfria tiden. Kassan fann, med hänsyn till läkarens ställningstagande, det inte styrkt, att df:s arbetsförmåga var på grund av sjukdom nedsatt med minst hälften efter den 10 mars 1981.

Ärendet prövades enligt AFL 20:10 och 11, varvid förutsättning för ändring inte ansågs föreligga (Västmanlands läns allmänna försäkringskassa, se yttrande över besvär 810429 dnr s 42/1981).

FRN fann dock i dom 820507 mål nr 938/81, att df var berättigad till hel sp även den 11 mars 1981 och motiverade det med, att df:s försäkran för sp skulle godtas även såvitt gällde den 11 mars.

Ibland kan också frågan uppkomma om intygsfri tid är för handen och därmed om df:s uppfattning om sin arbetsoförmåga skall läggas till grund för eventuell sp-rätt.

Df uppbar hel sp under tiden 21/2 - 13/4, därefter halv sp 14/4 -

20/4 p g a gynekologisk sjukdom. Under den sistnämnda tidsperioden arbetade df halvtid. Df insjuknade dagen efter att sjukskrivningen upphört, dvs den 21/4, i influensa som varade i tre dagar. Fk utgav ingen sp, därför att det inte kunde anses styrkt, att df:s arbetsoförmåga var nedsatt med minst hälften (Södermanlands läns allmänna försäkringskassa, 800604 omprövning 800711). FRM fann i dom 820331 mål nr 4022/80, att tiden 21/2 - 23/4 skulle anses som en sammanhängande tidsperiod, varför det ålegat df att med läkarintyg styrka sin sjukdom för tiden 21/4 - 23/4. Eftersom hon inte hade gjort detta, fann domstolen henne inte berättigad till sp.

Här har alltså fk och domstolen krävt, att sjukfallet skulle styrkas med läkarintyg och frångått principen om att df:s uppfattning om sin arbetsoförmåga skall ge rätt till sp. I Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1981:30) med bestämmelser om sjukpenning för insjuknandedag och i samband med skiftarbete framkommer, att en och samma sjukperiod skall anses föreligga, om ett sjukdomsfall inträffar i omedelbar anslutning till en tidigare sjukperiod (2 §).

5.7.2 Arbetsoförmåga under intygstiden

Efter den första veckan skall arbetsoförmågan och sjukdomen styrkas genom läkarintyg. I regel godtar fk läkarnas bedömning av arbetsoförmågan. Det är dock alltid fk som avgör om läkarens bedömning skall godtagas och sp utgå.

I fortsättningen skall jag uppehålla mig vid de fall, då fk inte godtar läkarens bedömning av arbetsoförmågan.

5.7.2.1 Arbetsoförmåga vid symptomdiagnoser

Om läkarintyget anger som sjukskrivningsdiagnos ett symptom på ett sjukligt tillstånd och inte ett sjukdomstillstånd i sig, anses df ofta, åtminstone efter en viss tid, inte vara sjuk i försäkringsrättslig bemärkelse. Även den arbetsoförmåga, som enligt läkarintyget anses vara en följd av de symptom df uppvisar, blir ofta föremål för en avvikande försäkringsrättslig bedömning. Denna bedömning aktualiseras främst, då sjukfallet varat en längre tid, varför frågan behandlas utförligare i kap 6. Även vid korta sjukfall kan fk frångå sjukskrivande läkares uppfattning om arbetsoförmågan. Jag har dock nedan valt att redogöra för ett rättsfall, där FÖD biföll df:s begäran om sp. Domstolen lade läkarintyget till grund för sin uppfattning, att sjukdom och arbetsoförmåga var styrkt i erforderlig grad.

Df sjukanmäldes hos fk den 15 maj 1979. Enligt läkarintyg, utfärdat den 17 maj 1979, var df på grund av *stresshuvudvärk* helt sjukskriven tiden 17 - 31 maj 1979. Sjukskrivningen förlängdes sedermera t o m den 17 juni. På intyget hade läkaren noterat att df var dubbelarbetande, att hon hade tre minderåriga barn, varav det yngsta var ett år, att hennes önskan var att minska arbetstiden till sex timmar per dag samt att det var för arbetsamt som hon hade det. Df uppgav till kassan vid hembesök den 23 maj, att hon hade haft ryggbesvär och huvudvärk under cirka tio års tid samt att hon sökt flera olika läkare, vilka samtliga konstaterat migrän och stressymptom. Enligt df berodde besvären på hennes arbete - avsynare på PLM sedan tio år som hon upplevde som ytterst pressande. Malmö allmänna försäkringskassa beslöt 790530, att sp inte skulle utgå och motiverade sitt beslut med att df:s arbetsförmåga inte p g a sjukdom var nedsatt med minst hälften. - Df hade alltså redan på den tredje sjukdagen inkommit med läkarintyg, dvs redan under den intygsfria tiden. Intyget tycks ha haft motsatt verkan än den avsedda på fk:s bedömning, då kassan beslöt att inte utge sp överhuvud, dvs inte heller under den intygsfria tiden.

FR fann, att df fick anses ha haft sin arbetsförmåga fullständigt nedsatt på grund av sjukdomen under tiden 15 - 21 maj 1979, dvs under den intygsfria tiden. För tiden därefter fann FR inte tillförlitligen styrkt, att df:s arbetsförmåga varit nedsatt med minst hälften (FRS 810413 mål nr 6836/79).

I besvär hos FÖD yrkade df sp även för tiden 22 maj - 17 juni 1979. RFV yrkade, att besvären skulle lämnas utan bifall. - FÖD ansåg dock tillräckliga skäl inte föreligga att inte godta det läkarintyg, som den behandlande läkaren utfärdat angående df:s arbetsoförmåga under den ifrågavarande tiden. Därför fann domstolen, att df var berättigad till hel sp även för denna tid (FÖD 820223 mål nr 842/81:5).

Stresshuvudvärk är en symptomdiagnos, och besvären en trolig följd av den psyko-sociala situationen både i hemmet och på arbetsplatsen. FR har ansett, att df:s uppgifter, (som får man förmoda har varit av samma innehåll som uppgifterna i läkarintyget), har utgjort tillräcklig bevisning för att både sjukdoms- och arbetsoförmågerekvisiten varit uppfyllda. Men så snart den intygsfria tiden varit till ända, har tillräcklig bevisning för arbetsoförmåga inte ansetts föreligga, dvs FR har frångått läkarintygets uppfattning härom. FÖD däremot menade, att det inte fanns anledning att frångå läkarens uppfattning om att df var sjuk och arbetsoförmögen.

I vilken utsträckning beviljas sp när arbetsoförmågan beror på *psyko-sociala* skäl i stället för rent medicinska? Den primära orsaken till arbetsoförmågan måste vara fysisk eller psykisk sjukdom och inte arbetshinder av andra slag, såsom av social natur. Givet är att

stora svårigheter föreligger att skilja mellan vad som är medicinskt och vad som är socialt betingat. Långvarig sjukdom av fysisk karaktär kan ge psykiska problem, som i sin tur påverkar den sociala situationen för df, medan en svår och pressad social situation med arbetslöshet, sociala arbetshandikapp av olika slag (däribland sådana allmänna företeelser som ålderdom, ungdom, vård av barn m m) kan leda till medicinska handikapp (t ex ryggbesvär, hypertoni) av psykisk och fysisk natur. En allsidig bild av df:s arbetsförmåga skall ju omfatta även personliga resurser i form av intellekt och psykisk kapacitet, varför även den sociala bakgrunden bör tillmätas betydelse vid bedömningen av arbetsförmågan. En sjukdom vare sig den är av fysisk eller psykisk natur måste påverka den enskildes arbetsförmåga högst olika beroende på den sociala bakgrunden. Följande rättsfall får tjäna som exempel på dessa sjukfall:

Df, som var 38 år, sjukanmäldes hos fk och uppbar i anledning därav sp. Hon var helt sjukskriven på grund av hypertoni. Av handlingarna i ärendet framgick bland annat, att df under en tioårsperiod haft upprepade sjukskrivningsperioder om sammanlagt omkring 1.150 dagar på grund av reumatisk värk, huvudvärk och nervositet. Sjukskrivningsperioderna hade avlöst varandra. Kassan fann att df:s arbetsförmåga inte längre kunde anses på grund av sjukdom vara nedsatt med minst hälften. Kassan beslöt därför med stöd av AFL 3:7 att inte betala ut sp till henne. RFV ändrade inte fk:s beslut. - Av handlingarna i ärendet framgick att df hade påbörjat arbetsprövning vid arbetsvårdsinstitutet, men att hon efter några månader skrivits ut därifrån, då prövningen inte givit avsett resultat. Man kunde inte bortse från möjligheten att hennes sociala hemsituation med sex hemmavarande barn i åldern 4 - 18 år kunde ha inverkat negativt på hennes förutsättningar i prövningssituationen. Df hade sedan erhållit anställning som svetsare, borrare och pressare men hade efter en månads arbete ånyo blivit tvungen att sjukskriva sig. Då detta nya sjukfall blev aktuellt, uppgav företagsläkaren, att df:s huvudvärk och blodtrycksförhöjning sannolikt betingades av *psyko-sociala faktorer framförallt i hemmet*. Fk förklarade, att den inte fann det styrkt, att df:s arbetsförmåga på grund av sjukdom var nedsatt i sådan grad som förutsattes för rätt till sp. Över fk:s beslut anförde df besvär hos RFV med yrkande om sp. Hon anförde därvid, att hon på grund av sin sjukdom inte hade kunnat arbeta. Men varken RFV eller FD ändrade kassans beslut (FD 781207 dnr 1353/78).

Fk och domstolarna hade alltså dragit in sp två gånger, därför att arbetsförmågan inte ansågs vara nedsatt med minst hälften, trots att läkarintyg gav vid handen, att hon fortfarande led av vissa medicinska besvär. Den mall man har använt för att konstatera att arbetsförmågan inte varit nedsatt har i detta fall varit vad människor

i allmänhet kan prestera ur förvärvsarbetssynvinkel med ifrågavarande medicinska besvär utan hänsynstagande till den enskilda individens speciella situation. I ifrågavarande fall har den försäkrade kvinnans hemsituation inte fått på ett allsidigt sätt inverka på avgörandet av om arbetsoförmåga förelegat eller inte. I stället torde de psyko-sociala faktorerna i hemmet ha haft en negativ inverkan vid avgörandet av ersättningsfrågan, såtillvida att de dels lett till att den medicinska bedömningen i en arbetsprövningssituation försvårats, vilket i sin tur lett till att df:s möjligheter att erhålla sp försvagades, dels till att man fann att hennes sjukdomstillstånd var betingat av dessa faktorer. Möjligen har man menat, att df uppburit sp under så lång tid, att sp-försäkringen inte längre var den ersättningsform som skulle användas, varför df utförsäkrades.

5.7.2.2 Normal sjukskrivningstid

Det har bland fk:s personal utvecklats schabloner av det innehåll, att viss diagnos regelmässigt för med sig viss tids sjukskrivning, dvs man presumerar, att arbetsoförmåga skall föreligga en viss tid utan att göra en individuell bedömning i det enskilda fallet. En sådan individuell bedömning skulle kanske ge vid handen, att arbetsoförmågan hos just den personen inte skulle bli så lång som normalt eller att man med fog kunde räkna med att den skulle bli längre än normalt. Givetvis kan varaktigheten av arbetsoförmågan aldrig bygga på annat än uppskattningar. Rent allmänt kan sägas att har kassan väl accepterat sjukskrivningen överhuvud, brukar den inte göra någon särskild undersökning av sjukskrivningsperiodens längd.[94] Man går då på den sjukskrivande läkarens uppfattning härom, om denna inte på ett iögonfallande sätt avviker från det normala. Är kassan eller domstolen tveksam, om den i läkarintyget uppgivna sjukskrivningslängden är den rätta, brukar man vanligtvis inhämta utlåtande från någon medicinskt sakkunnig på området.[95]

I Medicinsk vägledning fanns tidigare normaltider för sjukskrivning vid olika diagnoser. Dessa har ersatts med en uppdelning av sjukfallen i fyra sjukskrivningsgrupper, som finns definierade under rubriken Sjukfallsgruppering.[96] O-gruppen anses sällan böra bli sjukskrivningsfall och arbetsoförmågan är ingen eller snabbt övergående. Sjukperioden omfattar 0 - 1 vecka. K-gruppen utgörs av "kortfall", där arbetsförmågan vanligen bör vara återställd inom en månad. Sjukperioden kan alltså omfatta 0 - 4 veckor. M-gruppen utgörs av "medellånga fall", där tillfrisknandet kan ske inom 1 - 3

månader. L-gruppen utgörs av fall med långvarig arbetsoförmåga, ibland definitiv med bestående men.

Även om vägledningen alltså inte längre rekommenderar vissa sjukskrivningstider som normalsjukskrivningstider, tjänar sjukfallsgrupperingen samma syfte. Tjänstemännen vid fk brukar också pröva sp-rätten, där sjukskrivningsperioden avviker från den normala. Att det inte behöver vara fråga om några större avvikelser, visar följande rättsfall.

Df förlöstes med kejsarsnitt 23 oktober 1979. Den sjukskrivande läkaren uppgav, att df sjukskrevs fr o m den 6 november t o m den 2 december 1979 under fyra veckor, vilket är det normala för en s k laparotomi. Avsikten var att hon skulle hämta sig efter det operativa ingreppet. Sjukskrivningstiden förlängdes därefter till den 9 december 1979, eftersom df fortfarande var trött och inte helt återställd.

Kopparbergs läns allmänna försäkringskassa beslöt 791128 att inte utge sp längre än till 791130. I kassans yttrande 800701 över det överklagade beslutet uppgavs, att kassan vid kejsarsnittsförlossning brukade acceptera sjukskrivning under fyra veckor fr o m förlossningsdagen och inte från utskrivningsdagen, som den i ärendet intygsskrivande läkaren gjort. Vidare ansåg kassan, att endast i de fall det inträffar komplikationer i samband med förlossningen, det var befogat med någon längre sjukskrivning. Förlossningen hade enligt kassan avlöpt utan komplikationer i detta fall.

FR däremot ansåg, att det inte framkommit skäl att frångå den sjukskrivande läkarens bedömning, att df:s arbetsförmåga var helt nedsatt även under tiden den 1 - 9 dec 1979 (FRN 820126 mål nr 1218/80).

5.7.3 Arbetsoförmåga som juridisk-tekniskt begrepp

De rättsliga avgöranden som beskrivs i detta avsnitt kännetecknas av att läkarintyget saknar betydelse vid fastställandet av arbetsoförmågans omfattning. Istället är det fråga om rent försäkringsrättsliga överväganden.

5.7.3.1 Partiell arbetsoförmåga

Av AFL 3:7 framgår, att lagstiftaren utgår från att arbetsförmågan är en kvantifierbar egenskap. Villkoret om arbetsoförmåga är nämligen *omfångsrelaterat.* Vid fullständig nedsättning av arbetsförmågan skall hel sp utgå. I annat fall utgår halv sp (AFL 3:7 andra stycket). Det betyder i princip, att 100 % arbetsnedsättning måste vara för handen för att hel sp skall kunna utgå. Är arbetsförmågan nedsatt 50 - 99 % skall halv sp utgå. Är arbetsförmågan nedsatt 1 -

49 % utgår ingen ersättning. Att dylika medicinska gränsdragningar tycks vara svåra att göra har redan framkommit. Vilken betydelse får de ur juridisk synvinkel? Dylika gränsdragningar uppkommer ofta i rättstillämpningen som en fråga om arbetsförmågan skall relateras till *hel dag eller del av dag*.

Ibland medför sjukdom förlust eller nedsättning av arbetsförmågan endast en mycket kort tid. På grund av tillfälligt illamående kan en person vara arbetsoförmögen under en eller annan timme. En så kortvarig nedsättning av arbetsförmågan medför inte rätt till sp, eftersom man anser, att ett sjukdomsfall inte har inträffat. Lagen lämnar inte något svar på frågan, hur lång tid arbetsoförmågan bör ha varat, för att rätt till sp skall ifrågakomma. I AFL 3:10 liksom 3:4 första stycket talas dock om, att sp skall utges för dag. Av detta uttalande anser man, att tillräckligt stöd föreligger för den i praxis tillämpade regeln, att sp kan utges endast om sjukdomen orsakat förlust eller nedsättning av arbetsförmågan under minst en hel dag. Har det arbete som utförts varit obetydligt, kan dock sp ifrågakomma. Regeln härvid är, att arbete under högst de två första timmarna av den normala arbetstiden räknas som arbete i obetydlig omfattning. I Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1981:30) med bestämmelser om sjukpenning för insjuknandedag och i samband med skiftarbete framkommer denna princip i 1 § andra stycket.

FRN fann i domen 801217 mål nr 2755/79 att df var berättigad till hel sp, därför att df i samband med sjukvårdande behandling endast skulle ha kunnat arbeta sammanlagt 1,5 tim/dag. Detta fann FRN vara arbete "i obetydlig omfattning".

För att sp skall kunna utbetalas krävs alltså, att sjukdomen förorsakat förlust eller nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften under åtminstone en hel dag. Halv sp anses inte kunna komma ifråga, då en person är frisk under del av dag och helt arbetsoförmögen under återstoden av dagen. Hel nedsättning av arbetsförmågan under halv dag är enligt RFV inte detsamma som halv arbetsförmåga.[97]

I RFV:s studiehandledning nämns följande exempel:[98]

En försäkrad är p g a viss daglig behandling hos läkare förhindrad att utföra sitt arbete som verkstadsarbetare mellan kl 08.00 - 12.00 varje dag under en vecka. Återstoden fullgörs utan hinder av den pågående behandlingen. Halv sp kan inte utbetalas för dag under vilken df är helt arbetsoförmögen endast viss del av dagen.

Som exempel på domslut, där samma synsätt går igen kan följande anföras:

En man sjukanmälde sig den 18 viss månad och var enligt Försäkran för sjukpenning helt arbetsoförmögen från och med samma dag. Han uppgav sig vara frisk (arbetsför) fr o m den 22 i samma månad men angav, att han arbetat halva dagen den 21. Han erhöll sp t o m den 20 men ej för den 21. Hans yrkande om halv sp för den 21 bifölls ej (FD 780223 dnr 1607/77).

Df hade efter fyra dagars sjukdom återvänt den femte dagen till arbetet på e m och arbetat fyra av arbetsdagens åtta timmar. Varken kassan, RFV eller FÖD fann, att df:s arbetsförmåga varit nedsatt så stor del av dagen, att df var berättigad till sp (FÖD 800212 dnr 2792/78).

FRS meddelade 810409 mål nr 6417/79 en dom av samma innehåll och anförde som skäl, att en förutsättning för att sp skall kunna utgå för viss dag är att nedsättningen av arbetsförmågan har förelegat hela dagen.

Studiet av förarbetena ger inte belägg för att 3:10 kan ligga till grund för en regel med innehållet att halv sp inte kan utbetalas för dag, under vilken df är helt arbetsoförmögen viss del av dagen. Troligen har regeln tillkommit av önskan att förenkla handläggningen. Vinsten härav kan knappast vara så stor att den uppväger för df obilliga konsekvenser ur rättvisesynvinkel, därigenom att df blir helt utan kompensation. Måhända är en uppluckring på gång i detta stelbenta synsätt. Några mellaninstansavgöranden tyder på detta.

FRM har i två fall (FRM 800109 mål nr 4019/79 och 800707 mål nr 8842/79) funnit, att df:s arbetsförmåga hela dagen varit p g a sjukdom nedsatt till minst hälften, varför df har erhållit halv sp. Domstolarna har relaterat den halva arbetsoförmågan till hela dagen, trots att df arbetat halva dagen och därmed bevisat, att hel arbetsförmåga då förelegat. Men utslaget på hela dagen har df endast arbetat halv tid och har därmed varit halvt arbetsoförmögen, om man relaterar arbetsförmågan till den utförda arbetsprestationen.

I flera rättsfall har omfattningen av den utförda arbetsprestationen lett till att frågan uppkommit, huruvida man skall utgå från arbetsoförmåga *per dag* eller arbetsoförmåga *per vecka*. Jag skall anföra några belysande rättsfall.

För en försäkrad kvinna förelåg arbetsgivarinträde och hennes arbetsgivare SJ hade hos fk framställt anspråk på sp för en dag per vecka, då kvinnan p g a sjukdom inte tjänstgjorde (FD 780511 dnr 2322/77, FD 1978 ref 18). I utfärdat läkarintyg meddelades att kvinnan var opererad för en buksjukdom, som dagligen fordrade efterbehandling. I intyget rekommenderades, att df gavs möjlighet att få

en arbetsdag per vecka ledig för att kunna sköta om sig med anledning av följderna av operationen. Kassan bedömde henne jämlikt AFL 3:7 ej vara berättigad till sp, eftersom den fann hennes arbetsförmåga vara nedsatt med endast cirka 20 procent. Df besvärade sig hos RFV och hemställde, att verket "godtar en 20- procentig sjukfrånvaro på så sätt att jag kan sköta min hudåkomma en dag i veckan (onsdag)". Hon framhöll, att de häftplåster hon måste använda efter colostomioperationen gav henne sådana hudbesvär, att hon inte kunde arbeta fem dagar i sträck. Hon var allergisk mot förekommande typer av häftplåster, och huden blev svårt irriterad av plåstret redan efter två dagar, varför hon måste vara sjukfrånvarande varje onsdag, för att den irriterade huden skulle kunna läka ut. RFV menade, att df:s arbetsförmåga inte till följd av sjukdom kunde anses nedsatt med minst hälften ifrågavarande frånvarodagar.

Df besvärade sig hos FD, som inhämtade yttrande från RFV. Verket fann, att de dagar, då df på läkares inrådan helt avhåller sig från förvärvsarbete för att sköta sin hudåkomma, fick anses uppfylla de i AFL 3:7 angivna förutsättningarna för rätt till hel sp. Verket tillstyrkte alltså bifall till besvären. FD gick sedan på denna linje och biföll besvären.

I FRS dom 810831 mål nr 3787/79 yrkade df hel sp en dag i veckan för att orka med sitt arbete ("dubbel veckovila"). Df led av "Scolios verticothoracalis med sek lungfunktionsinskränkning o skevhet i ansikte o axlar, utv rubbning. Exema geralisata. Astma bronchiale. React neur. dpr inveterata". Enligt sjukskrivande läkare hade df en ovanligt god arbetsmotivation och hon bedömdes ha cirka halv arbetsförmåga men att hon "på grund av god arbetsvilja kämpade på mer än så". Hennes psykiska tillstånd hade stabiliserats och hon föreföll enligt läkaren rehabiliterad på exakt den nivå som var möjlig. Den dubbla veckovilan utgjorde dock en förutsättning för df:s arbetsförmåga. Kronobergs läns allmänna försäkringskassa fann dock inte df berättigad till sp (781106 dnr 557). I yttrande över besvären motsatte kassan sig dock inte, att df skulle få sp. FRS fann också, att df uppfyllde förutsättningarna för rätt till hel sp under de dagar df stannat hemma från arbetet.

Df var sjukskriven under diagnos "Dialys 2 d/v Halvtidsarbete". Df var fullt arbetsför de dagar han inte erhöll dialysbehandling. Df genomgick dialysbehandling måndagar och torsdagar varje vecka samt arbetade heltid tisdag och onsdag men endast fyra timmar på fredagar för att förhindra, att arbetstiden skulle överstiga hälften av den för honom normala per vecka. Han skulle dock klara av att arbeta hela fredagar. Bohusläns allmänna försäkringskassa (dnr S 296/79) beslöt att utge hel sp för de dagar han genomgick dialysbehandling och ingen sp de övriga dagarna. Df besvärade sig och yrkade att kassans beslut undanröjdes och att en annorlunda beräkningsgrund användes vid beräkning av hans sp. Han uppgav, att han på grund av dialysbehandling tvingades utebli från sitt arbete två

hela dagar, dvs 16 timmar, men att han endast erhöll ersättning motsvarande 11,4 timmar, vilket orsakade honom en förlust på cirka 400 kr per månad. Innan kassan något mer än en månad senare yttrade sig över besvären hade den faktiska situationen förändrats därhän, att df erhöll dialys tre gånger i veckan, nämligen måndagar, tisdagar och torsdagar, samt att han arbetade heltid onsdagar och fredagar. Kassan bedömde df:s arbetsförmåga nedsatt med minst hälften, varför halv sp skulle utges i fortsättningen. Men för tiden dessförinnan vidhöll kassan sin uppfattning om hel sp två dagar i veckan. Df besvärade sig också över kassans beslut om halv sp hela veckan och yrkade, att han skulle erhålla kompensation för det inkomstbortfall han fick p g a att han måste genomgå dialysbehandlingar tre dagar per vecka. Han anförde, att han gick miste om lön för 24 timmar per vecka, medan den sp han erhöll endast kompenserade honom för 20 av dessa timmar. - Kassan ansåg i sitt 20:11-yttrande, att df p g a dialysbehandlingarna avhållit sig från arbete till minst hälften men inte fullständigt, räknat per vecka, varför halv sp skulle utges för veckans samtliga dagar. - FRS menade, att kassan gjort rätt, då den givit df hel sp två dagar i veckan under den tid df genomgick dialys 2 ggr i veckan, eftersom hans arbetsförmåga de dagarna var fullständigt nedsatt, men att hans arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften under de övriga arbetsdagarna under veckan. - FRS var av samma mening när det gällde kassans beslut att utge halv sp hela veckan, då df började dialyseras 3 ggr i veckan. FRS motivering var, att df:s arbetsförmåga inte visats vara fullständigt nedsatt under mer än tre dagar och inte med minst hälften någon av de övriga arbetsdagarna under veckan (FRS 800423 mål nr 9129/79 och 1175/80).

I detta rättsfall har fk i sitt första beslut utgått från arbetsoförmågan per dag och i sitt andra beslut från arbetsoförmågan per vecka. Båda besluten ledde till att df blev underkompenserad. Eftersom han i samband med det första beslutet omtalade, att han haft arbetsförmåga att arbeta heltid även på fredagar, ansågs hans arbetsförmåga per vecka inte nedsatt med minst hälften. I det andra beslutet ansågs dock arbetsförmågan vara nedsatt med något mer än hälften (4 timmar mera) men inte fullständigt, om man använde vecka som den tidsperiod, till vilken arbetsförmågan skulle relateras. Denna beräkningsmetod gav dock df en bättre kompensation än om df skulle fått sin arbetsförmåga baserad på dag i stället för vecka och få hel sp tre dagar i veckan och ingen därutöver (7 x 1/2 sp > 3 x 1 sp).

Värmlands läns allmänna försäkringskassa hade dock beslutat att utge hel sp varannan dag, men FRM ändrade på detta och fann vid bedömningen av df:s genomsnittliga arbetsinsats under ifrågavarande period, att hennes arbetsförmåga varit p g a sjukdom nedsatt med minst hälften (FRM 801211 mål nr 7126/79).

Om en halvt sjukskriven försäkrad arbetar kontinuerligt varannan dag heltid, därför att det är lämpligt ur medicinsk synvinkel med en sådan arbetsuppdelning, torde alltså kriterierna för halv arbetsoförmåga per vecka vara uppfyllda.

Df var helt sjukskriven tre månader för ryggbesvär men anmälde till kassan, att han endast önskade vara halvt sjukskriven tills vidare, eftersom han p g a ansvar för sitt bolag inte helt kunde avstå från arbete. Efter c:a två månader anmälde df, att han i fortsättningen ville arbeta 5 - 6 timmar per dag två dagar i veckan. Han begärde "avdrag på sp för två dagar per vecka och hel sp för resten av veckan". Men varken Göteborgs allmänna försäkringskassa (dnr 126/79) eller FRS gick med på detta utan menade, att halv sp var adekvat, eftersom df:s arbetsförmåga vid ifrågavarande sjukdomsfall inte var fullständigt nedsatt (FRS 810402 mål nr 5022/79).

Att df i det senare fallet ändrade arbetstiden, så att han arbetade mer än halvtid två dagar och ingenting de övriga dagarna mot att han tidigare arbetade något alla dagar i veckan förändrade alltså inte uppfattningen om df såsom halvt arbetsoförmögen hela veckan. För df hade det varit ekonomiskt mer fördelaktigt att erhålla hel sp fem dagar i veckan i stället för halv sp sju dagar i veckan. Skillnaden mellan detta fall och dialysfallet, i vilket fastslogs, att df skulle få hel sp för två dagar om behandlingen omfattade två dagar, dvs arbetsoförmågan skulle relateras till dag i stället för vecka, är, att df inte själv kan råda över, när df är sjuk (dvs får behandling), men att df själv kan råda över arbetets uppläggning under ett sjukfall.

Att de juridisk-tekniska övervägandena kan sammanfalla med den medicinska arbetsoförmågan framgår av följande rättsfall. FÖD synes dock ha utgått från de förra såsom avgörande för sp-rätten.

I detta fall var df, som arbetade som vikarierande gymnastiklärare över julhelgen helt sjukskriven för bronchit och sedan i och med terminstarten halvt sjukskriven. Df hade under höstterminen haft 30 tim/vecka men innehade fr o m vårterminens start en vikariatstjänst om 7 tim/vecka. Hela tjänstgöringen var förlagd till måndagar. Övriga veckodagar var df ledig men anmäld hos skolledningen som arbetssökande. Fk fann, att df i och med vårterminens början inte var arbetsoförmögen till minst hälften, varför ingen sp skulle utgå. Df besvärade sig hos RFV, som inte biföll besvären. FÖD däremot fann, att förläggningen av det arbete df utfört under sjukskrivningen inte föranledde annan bedömning än att vad som ur medicinsk synvinkel var adekvat, dvs att df hade sin arbetsförmåga nedsatt med minst hälften p g a sjukdom, skulle ligga till grund för domstolens beslut att utge halv sp (FÖD 800219 dnr 2391/78).

Df uppbar halv sp, sedan df sjukskrivits med halv arbetsoförmåga

under diagnosen lumbago ischias. Df arbetade halvtid med arbetstiden förlagd till heltidsarbete varannan vecka. Df arbetade som hemsyster och hon uppgav, att om hon i stället skulle arbeta halvtid varje dag, skulle hon tvingas till en omplacering och då få arbeta som hemsamarit inom åldringsvården, vilket arbete var tyngre och mera påfrestande för ryggen än arbetet som hemsyster. Df ansåg därför, att det rådande arrangemanget var lämpligast för henne och häri instämde hennes behandlande läkare. Fk fann, att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften, varför sp drogs in. RFV var av samma mening. Till FD inkom läkarintyg, vari angavs, att df:s önskan om halvtid var fullt medicinskt motiverad. Läkaren förordade därför fortsatt halv sjukskrivning med arbete varannan vecka. Denna ordning hade fungerat tillfredsställande, trots att df vid slutet av arbetsveckan haft besvär av sin rygg. FD ändrade dock inte RFV:s beslut (FD 770616 dnr 2541/76).

Genom att df visade att hon kunde arbeta heltid, vilket hon alltså gjorde varannan vecka, torde de rättstillämpande organen ha funnit att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften. Detta blev resultatet vare sig man utgick från arbetsförmåga per dag eller per vecka.

Inkomsten kan också spela en framträdande roll vid avgörandet av om arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften. I sig har inkomstens storlek inget med innehållet i vare sig den profylaktiska eller den faktiska arbetsoförmågan att göra.

Df sjukanmäldes för en knäledsskada, på grund av vilken han enligt läkarintyg sjukskrivits såsom halvt arbetsoförmögen. Vid en av kassan företagen utredning framkom bland annat att df normalt arbetade cirka 40-45 timmar per vecka som chef för en makadamfabrik och cirka 6 timmar per dag i eget stuteri och hönseri. Inkomsten av anställningen uppgick till 46.500 kronor per år och den egna rörelsen, som omfattade 6 hästar och 1.000 höns, gav en årsinkomst av 10.000 – 15.000 kronor. I försäkran för erhållande av sp uppgav df, att han på grund av sjukdomen avhållit sig från arbete i det egna företaget. Fk fann att df:s arbetsförmåga under ifrågavarande sjukperiod icke kunde anses nedsatt med minst hälften och vägrade utge halv sp. Df besvärade sig hos RFV. Han framhöll därvid, att han hade två arbeten. Arbetet som chef för makadamfabriken hade han kunnat utföra trots skadan, men denna hade utgjort hinder för honom att sköta det egna företaget, för vilken uppgift han under sjukdomstiden måst leja folk. RFV ändrade inte fk:s beslut och FD fann rörande df:s arbets- och inkomstförhållanden, att hans arbete såsom chef för makadamfabriken varit att anse som hans huvudsakliga sysselsättning och eftersom df även under den tid, då han av läkare varit sjukskriven såsom halvt arbetsoförmögen, kunnat utföra sitt arbete för fabriken, hans arbetsförmåga inte varit nedsatt med minst hälften (FD 1968 ref 30).

Df var under 1975 sedan viss tid tillbaka sjukskriven med halv arbetsoförmåga. Av utredningen framkom att df, som arbetade som tidningsbud under fem timmar per dag under år 1974 förtjänat 13.388 kronor och att han under år 1975 i samma arbete under 3 1/2 timme per vardag förtjänat 1.370 kronor per månad, motsvarande en årsinkomst av 16.440 kronor. Under år 1974 hade df även arbetat som brandman och då förtjänat 6.751 kronor. Denna anställning hade df emellertid på grund av sjukdom lämnat. Kassan drog in df:s halva sp. Df yrkade hos RFV fortsatt halv sp. Han framhöll därvid, att han såväl år 1974 som år 1975 som tidningsbud arbetat endast 3 timme per dag och att den ökade förtjänsten av arbetet orsakats av löneförhöjning, vilket medförde, att deltidslönen under 1975 översteg heltidslönen under 1974. Någon ökning av arbetsinsatsen hade det inte varit. - RFV ändrade inte fk:s beslut. Medicinskt sakkunniga bedömde df:s arbetsförmåga vara nedsatt i betydande grad, i varje fall med minst hälften. RFV vidhöll sin ståndpunkt även när målet kommit till FD. FD ändrade inte heller RFV:s beslut, men en ledamot var skiljaktig och menade, att det var styrkt, att arbetsförmågan var nedsatt med minst hälften med hänsyn till den medicinska utredningen (FD 761125 dnr 2048/75; se även FÖD 820223 mål nr 650/81:8).

I FRS 810126 mål nr 7622/79 arbetade df dels i en skyddad anställning vid ett tryckeri, dels som författare. Df:s arbetstid vid tryckeriet var 34,5 timmar per vecka. Under den aktuella sjukskrivningsperioden hade hon arbetat 17 timmar per vecka. Arbetstiden var fördelad på så sätt att df arbetade varannan dag. Df arbetade periodvis även som författare. Vanligtvis skrev df under lördagar och söndagar. Df betraktade sitt författande som en fritidssysselsättning. Df arbetade med en bok, som skulle komma att ges ut under hösten 1979. Av kassans utredning framgick att df som författare tjänade 50 - 60.000 kr per år. Kassan (Malmö allmänna försäkringskassa 790629) drog in df:s halva sp. FR lämnade besvären utan bifall. Troligen har arbetsinsatsen men framförallt inkomsten påverkat fk och FR vid bedömningen av fallet. Jfr även FRS 810205 mål nr 4180/79.

Dessa exempel från rättstillämpningen visar, att man använder begreppet arbetsoförmåga i rättstillämpningen som en samlingsterm för olika juridisk-tekniska överväganden. Övervägandena gäller, hur ersättningen skall beräknas i olika situationer, när df p g a sjukdom måste minska sin arbetstid. Det kan ha gällt, huruvida df minskat sin arbetstid helt eller med minst hälften. Det kan också ha gällt, huruvida arbetsminskningen skall relateras till dag eller vecka. Minskningen av arbetstiden och arbetets förläggning är avgörande för sp-rätten, men behöver inte ha någon direkt relation till den medicinska arbetsoförmågan.[99]

5.7.3.2 Andra omständigheter av betydelse för arbetsoförmågebegreppet

De försäkringsjuridiska avgöranden av om arbetsoförmåga/arbetsnedsättning är för handen, som jag hittills har uppehållit mig vid, har rört omfånget av arbetsförmågan. Det juridiska arbetsoförmågebegreppet är som framkommit ovan också *tidsrelaterat*. Innehållet i begreppet arbetsoförmåga varierar beroende på hur länge sjukfallet varat. Under den intygsfria tiden är det (med få undantag) df:s egen uppfattning av sin arbetsförmåga som utgör innehållet i villkoret, medan det därefter och c:a tre månader framåt är df:s jämte en läkares uppfattning om arbetsoförmågan, som ligger till grund för fk:s avgörande om rätten till ersättning (med en del undantag). Under tiden därefter kommer avgörandet huruvida arbetsoförmåga är för handen eller inte att vara avhängigt av en rad andra faktorer såsom det aktuella arbetsmarknadsläget, tillgången till arbetsvårdsplatser, möjligheten till omplacering osv. De långa sjukfallen är satta under bevakning. Fk skall vidtaga ett flertal olika åtgärder, bl a skall rätten till ersättning alltid omprövas. Vid bedömningen huruvida villkoret arbetsoförmåga är för handen kommer andra faktorer att tillmätas relevans än de, som var av intresse i början av sjukfallet. Innehållet i arbetsoförmågevillkoret skiftar alltså beroende på hur långvarigt sjukfallet blir.[100]

Den tidsrelaterade arbetsoförmågan hänger samman med det *arbetsrelaterade* innehållet i villkoret arbetsoförmåga. Lagtexten säger, att om sjukfallet beräknas bli kortvarigt arbetsförmågan skall relateras till df:s vanliga arbete (3:8 första stycket). Om de icke-kortvariga fallen sägs inget. Man brukar dock motsatsvis göra gällande, att arbetsoförmågan i de längre sjukfallen (vad som är ett långt sjukfall kan i och för sig diskuteras) skall relateras till vilket tänkt "lämpligt" arbete som helst. Df:s möjligheter att verkligen få ett sådant arbete är inte relevant för den juridiska bedömningen. Frågan kommer att behandlas i kapitlet Långa sjukfall.[101]

Om df är föremål för en rehabiliterande åtgärd, skall df anses arbetsoförmögen, om hon/han p g a åtgärden är förhindrad att utföra förvärvsarbete (AFL 3:8 andra stycket). Här betyder arbetsoförmåga detsamma som att man är förhindrad att arbeta, därför att man inte samtidigt kan arbeta och t ex bli föremål för arbetsvårdande åtgärder.[102] Nu har dock RFV ringat in dem som kan bli berättigade till sp vid arbetsvård genom att uppställa ett krav på att arbetsoförmågan skall göras *inkomstrelaterad* (Riksförsäkringsver-

kets kungörelse (RFFS 1978:32) om sjukpenning vid arbetsvård). Denna fråga behandlas utförligare i kapitlet Sp vid rehabilitering.[103]

5.7.4 Slutsatser

Försäkringsadministrationen använder som huvudprincip den medicinska bedömningen av arbetsoförmåga vid avgörandet om sp-rätt föreligger i det enskilda fallet. I två grupper av fall kan man dock urskilja diskrepans mellan den medicinska och den försäkringsrättsliga bedömningen av arbetsoförmåga.

Den ena gruppen rör den profylaktiska arbetsoförmågans betydelse för sp-rätten. I vissa fall tillmäts den stor betydelse,[104] i andra fall ingen alls.[105] Försäkringsadministrationen kräver då i stället faktisk arbetsoförmåga. Att det endast är i ett relativt fåtal fall som df rent faktiskt inte kan utföra sina arbetsuppgifter har berörts ovan. För det stora flertalet sjukfall är det i stället den profylaktiska arbetsoförmågan som bedöms i läkarintyget. Men fk har ändå alltid möjlighet att kräva faktisk arbetsoförmåga, vilket får till följd att kretsen av ersättningsberättigade kan komma att variera utan att egentliga möjligheter till insyn och kontroll finns. Ibland "nöjer sig" fk med profylaktisk arbetsoförmåga, ibland kräver fk faktisk arbetsoförmåga som grund för sp-rätt.

Den andra gruppen rör de fall där de överväganden som har betydelse för sp-rätten är rent försäkringsjuridiska, dvs övervägandena saknar samband med både faktisk och profylaktisk arbetsoförmåga. Det är i stället andra faktorer såsom tiden, arbetets karaktär, eventuell inkomst m m, som tillsammans med de andra villkoren (sjukdom, bosättning, SGI) avgör, om man är ersättningsberättigad eller inte.

Genom den omfångsrelaterade, den tidsrelaterade, den arbets- och inkomstrelaterade arbetsoförmågan kan försäkringsadministrationen avgöra, vilka grupper som skall ha rätt till ersättning. Med en generös tolkning av begreppet arbetsoförmåga kan kretsen av ersättningsberättigade ökas, med en strängare kan den minskas. Egentligen betyder arbetsoförmåga, vad den än relateras till, *ersättningsberättigad arbetsoförmåga*. Trots detta använder man i den juridiska argumentationen begreppet arbetsoförmåga som om det stod för något högst påtagligt, nämligen ett inarbetat och väldefinierat medicinskt begrepp. Som ovan framhållits erhålls härvid en legitimerande effekt.

Noter

1 Se SOU 1944:15, s 21, 18 § 1 mom sista st.

2 Se 4.2.

3 SOU 1944:15, s 169.

4 SOU 1944:15, s 169.

5 SOU 1944:15, s 169.

6 SOU 1944:15, s 170.

7 Se Anna Christensen, a.a. s 316.

8 Se Anna Christensen, a.a. s 317. "Att vissa läkare inte har uppfattat eller accepterat normerna och därför skriver för "snälla" intyg, är ett ur statens synpunkt billigt pris för den legitimerade effekten."

9 Se Anna Christensen, a.a. s 316: "Staten åker så att säga snålskjuts på det goda ryktet som läkarna har förvärvat genom sitt arbete i den egentliga sjukvården".

10 Författningen utkom från trycket 11 maj 1981 och trädde i kraft en vecka därefter.

11 Se mera härom i 5.3 och 5.6.

12 FKF 7257 A.

13 FKF 4704.

14 FKF 4704.

15 Det "gamla" läkarintyget som använts som bevisunderlag i mitt rättsfallsmaterial finns beskrivet nedan i 5.2.2.

16 Socialstyrelsens arbetsgrupp för översyn av de regler som gäller läkares skyldighet att utfärda läkarintyg, tillsatt på uppdrag av socialdepartementet 1980. Gruppen har i juni -83 överlämnat en promemoria till socialdepartementet (AI-II:1/81).

17 Riksrevisionsverkets revisionsrapport dnr 1981:1057: "Riksförsäkringsverkets tillsyn av försäkringskassornas arbete med långa sjukfall", s 19.

18 Riksrevisionsverkets revisonsrapport dnr 1981:1057, s 19.

19 Riksrevisionsverkets revisonsrapport dnr 1981:1057, s 18.

20 Riksrevisionsverkets revisonsrapport dnr 1981:1057, s 17. Om läkarnas uppfattning härav se exv Sven Lokander, "Kontrollen av sjukfrånvaro", Läkartidningen, 1982, 79:2938.

21 Se verksamhetsberättelse/verksamhetsplan till läkarförbundets fullmäktige 1980.

22 Se exv Björn Westins utlåtande i socialstyrelsens yttrande över RFV:s skrivelse beträffande sjukskrivning under graviditet 800221 SN1 - 259:85/80, SN1 - 20179:1581/79.

23 Läkartidningen, 1980, 77:4092.

24 Jfr nedan 5.6.

25 Se exv PM 810304 Förslag till nytt läkarintyg för bedömning av rätt till sjukpenning. Jfr ovan 5.2.1. Se även Stockholms läns allmänna försäkringskassas Arbetsbeskrivning för handläggning av läkarintyg (810213).

26 Se ovan anförda PM bilaga 4.

27 RFV:s matematisk-statistiska byrå har räknat fram, att 85 % av sp-kostnaderna ligger på de sjukfall med längre varaktighet än sju dagar, dvs de fall där läkarintyg fordras. De fall där läkarintyg har krävts redan från första dagen p g a upprepad korttidsfrånvaro faller då utanför. Det betyder att uppgiften om 10.900 milj är något för lågt räknad.

28 S-handboken innehåller inte någon uttrycklig bestämmelse härom. Däremot finns bestämmelser i U-handboken, som har uppfattats som överförbara på alla sjukfall, där en indragningssituation har aktualiserats, oberoende av sjukfallens längd (se U-handbok US 40.10).

29 1 § a) och 2 §.

30 1 § b) och 8 §.

31 1 § c) och 9 §.

32 2 § tredje stycket.

33 2 § och 3 § 4 mom.

34 FD 761202 dnr 1114/76, FD 770616 dnr 2324/76 (i detta fall besvärade sig df hos RFV före avresan till utlandet, eftersom df ansåg den av kassan beviljade ersättningsberättigade tiden för vistelsen utomlands vara för kort; ej intyg från utländsk läkare); FD 770927 dnr 1067/77, FD 771025 dnr 1465/77, FD 781207 dnr 928/78 och FÖD 790227 dnr 1018/78, FÖD 790510 dnr 1294/78, FÖD 790607 dnr 1412/78 och FÖD 791228 dnr 2714/78 (i detta fall hade en grekisk kvinna med åtskilliga allvarliga somatiska och psykiska besvär avrest till Grekland och stannat där i nästan ett år, under vilken tid sex läkarintyg från grekiska läkare inkommit till kassan; i FÖD var en ledamot skiljaktig och ville bifalla yrkandena, eftersom behandlingen i Grekland haft god effekt). I andra fall har de olika instanserna endast förklarat, att arbetsnedsättningen inte har varit styrkt. Läkarintyg från utländsk läkare som i efterhand styrkt arbetsoförmågan har inte ansetts vara tillräcklig bevisning (exv FÖD 790717 dnr 1988/78).

35 FD 770301 dnr 1959/76, FD 780613 dnr 1525/77, FÖD 790503 dnr 1252/78, FÖD 800129 mål nr 81/79:10 samt FD 780511 dnr 2141/77, FD 780411 dnr 2765/77 och FÖD 790619 dnr 1231/78 (df hade erhållit halv sp men yrkade hel sp).

36 Av dessa gällde 12 bifallande och 45 icke-bifallande domar en kvinna och 12 bifallande och 71 icke-bifallande domar en man. Jfr det publicerade avgörandet FD 1972 ref 29 samt det delvis bifallande domslutet i FD 770405 dnr 2149/75.

37 De icke-bifallande domsluten rörande en kvinnlig försäkrad är följande: FD 770208 dnr 2436/75, FD 760630 dnr 117/76, FD 760622 dnr 175/76, FD 761214 dnr 285/76, FD 770120 dnr 628/76, FD 770203 dnr 1299/76, FD 770203 dnr 1623/76, FD 770224 dnr 2223/76, FD 770405 dnr 2537/76, FD 770505 dnr 2569/76, FD 770607 dnr 87/77, FD 781130 dnr 137/77, FD 770614 dnr 236/77, FD 771006 dnr 305/77, FD 770616 dnr 378/77, FD 771006 dnr 505/77, FD 770616 dnr 562/77, FD 771027 dnr 801/77, FD 780316 dnr 906/77, FD 780316 dnr 908/77, FD 771124 dnr 920/77, FD 771011 dnr 1038/77 (beslut), FD 771230 dnr 1225/77, FD 780126 dnr 1365/77, FD 780309 dnr 1380/77, FD 780221 dnr 1443/77, FD 780411 dnr 2080/77, FD 780314 dnr 2181/77, FD 780928 dnr 2310/77, FD 780928 dnr 2768/77, FD 780530 dnr 2831/77, FD 781107 dnr 157/78, FD 781121 dnr 245/78, FÖD 790405 dnr 699/78, FD 781229 dnr 715/78, FD 781214 dnr 906/78, FD 790116 dnr 929/78, FD 781012 dnr 1250/78, FÖD 790911 dnr 1474/78, FÖD 790220 dnr 1505/78, FÖD 800506 dnr 1612/78, FÖD 790508 dnr 2058/78, FÖD 790705 dnr 2094/78, FÖD 790705 dnr 2095/78, FÖD 791206 dnr 2244/78 och 2245/78, FÖD 791115 dnr 2514/78, FÖD 800122 mål nr 203/79:3.

De icke-bifallande domsluten rörande en manlig försäkrad är följande: FD 770208 dnr 2365/75, FD 770331 dnr 959/76, FD 770426 dnr 1068/76, FD 770419 dnr 1104/76, FD 770224 dnr 1528/76, FD 770301 dnr 1760/76, FD 770426 dnr 1800/76, FD 770405 dnr 1851/76, FD 770125 dnr 1888/76, FD 770426 dnr 2151/76, FD 770301 dnr 2306/76, FD 770524 dnr 2437/76, FD 770607 dnr 86/77, FD 770503 dnr 90/77, FD 770927 dnr 211/77, FD 780124 dnr 258/77, FD 770901 dnr 510/77, FD 771006 dnr 582/77, FD 771208 dnr 788/77, FD 771027 dnr 805/77, FD 770705 dnr 824/77, FD 771103 dnr 987/77, FD 770705 dnr 1001/77, FD 771018 dnr 1103/77, FD 780330 dnr 1220/77, FD 780202 dnr 1396/77, FD 771025 dnr 1459/77, FD 780209 dnr 1641/77, FD 780321 dnr 1894/77, FD 780905 dnr 2179/77, FD 780928 dnr 2309/77, FD 780606 dnr 2326/77, FD 780620 dnr 2506/77, FD 780912 dnr 2544/77, FD 780919 dnr 2661/77, FD 780523 dnr 2575/77, FD 780523 dnr 2634/77, FD 780427 dnr 2673/77, FD 781017 dnr 2703/77, FD 780928 dnr 2767/77, FD 790410 dnr 185/78, FÖD 790403 dnr 209/78, FD 781121 dnr 246/78, FD 781107 dnr 258/78, FD 781130 dnr 419/78, FD 790220 dnr 629/78, FÖD 790619 dnr 795/78, FD 781114 dnr 834/78, FD 781229 dnr 835/78, FÖD 790313 dnr 869/78, FD 781229 dnr 883/78, FD 790109 dnr 975/78, FÖD 790206 dnr 984/78, FD 781229 dnr 1111/78, FD 781229 dnr 1129/78, FÖD 790306 dnr 1238/78, FÖD 790405 dnr 1323/78, FÖD 790607 dnr 1360/78, FÖD 790522 dnr 1422/78, FD 780921 dnr 1459/78, FÖD 790329 dnr 1548/78, FÖD 790517 dnr 1668/78, FÖD 790703 dnr 1741/78, FÖD 791004 dnr 2293/78, FÖD 791129 dnr 2294/78, FÖD 791108 dnr 2353/78, FÖD 800129 mål nr 129/79:3 (delvis bifall), FÖD 800415 mål nr 364/79:2, FÖD 800226 mål nr 418/79:5, FÖD 800409 mål nr 532/79:8, FÖD 800304 mål nr 576/79:7, FÖD 800415 mål nr 761/79:2, FÖD 800506 mål nr 1044/79:6; Se även några senare FÖD-domar, exv FÖD 810623 mål nr 1497/80:6, FÖD 810630 mål nr 1408/80:6, FÖD 810630 mål nr 1019/80:5.

38 Se exv FRS 790710 mål nr 2225/79, FRM 790710 mål nr 6583/79, FRS 791119 mål nr 3888/79, FRM 800319 mål nr 4759/79, FRS 800414 mål nr 2577/79, FRS 800725 mål nr 4506/79, FRM 800805 mål nr 6020/79, FRM 800903 mål nr 5338/79, FRS 800905 mål nr 4276/79, FRM 800908 mål nr 10386/79, FRM 810626 mål nr 10274/79, FRM 820111 mål nr 4976/80; (jfr fallen FRM 790219 mål nr 699/79 och FRS 790709 mål nr 1414/79, där df:s yrkande om sp inte bifallits. De ligger som synes dock i början av FR:s verksamhet. FRM-domen blev föremål för FÖD:s prövning 800715 mål nr 369/79:8. FÖD fann, att df:s arbetsförmåga p g a sjukdom var fullständigt nedsatt).

39 Se exv FD 780829 dnr 1065/78, FÖD 790313 dnr 1066/78, FÖD 790313 dnr 1196/78, FÖD 791127 dnr 2191/78, FÖD 800122 mål nr 184/79:6. Se även Göteborgs allmänna försäkringskassa 780706 (FRS 801003 mål nr 1434/79) och samma kassa 780721 (FRS 801008 mål nr 2589/79). Jfr FRS 810113 mål nr 3963/79.

40 Se Socialmedicinsk tidskrift 1977 häfte 4, s 199.

41 Se Socialmedicinsk tidskrift 1977 häfte 4, s 201.

42 Se Socialmedicinsk tidskrift 1977 häfte 4, s 205.

43 Se Socialmedicinsk tidskrift 1977 häfte 4, s 203-206. Ang psykisk sjukdom som begrepp, se vidare Kaj Håkansson, Psykisk sjukdom. Illusioner och realiteter. 1973.

44 Se Studiematerial (stencil) utg av Bertil S. Hansson ang sjukvårdens målsättning.

45 "Det medicinska sjukdomsbegreppet", sammanställt av Bertil Hansson och Tomas Lindbladh, Socialmedicinska avd i Malmö 1979; angående det biologiska sjukdomsbegreppet, se Anders Hulth, Läkartidningen 1979, 76:167 f: "Socialt alternativ till sjukskrivning bättre än att utvidga sjukdomsbegreppet" och Läkartidningen

1979, 76:920 f: "Dölj inte de sociala problemen under medicinska etiketter!" Jfr FÖD-domarna 790313 dnr 1196/78, 790517 dnr 2269/78 och 800122 dnr 184/79:6. Se även Margrethe Andersen, Läkartidningen 1979, 76:917 f: "Ryggen fri?".

46 Se Studiematerialet "Det medicinska sjukdomsbegreppet".

47 Se Sune Nyström, docent i socialmedicin i Göteborg i artikeln "Sjukskrivning vid sjukdom med social bakgrund" i Läkartidningen, 1979, 76:918 f.

48 S 162.

49 FD 1977 ref 15.

50 Att synnedsättning (brytningsfel) inte anses vara sjukdom framgår även i FRM:s dom 790619 mål nr 4647/79 i besvär över Stockholms läns allmänna försäkringskassas beslut 781101.

51 FD 1975 ref 44.

52 3:e omarb uppl 1973.

53 S 162.

54 Ett läkarbesök anses medföra rätt till sjukvårdsersättning, även om man ur principiell synvinkel kan diskutera, huruvida sjukdomsrekvisitet är uppfyllt. I doktrinen har framhållits att "det anses ligga i sakens natur", att en försäkrad som t ex söker ögonläkare, ställer sig frågan, om han lider av något från det normala avvikande, och undersökningen anses därför föranledd av *misstanke om sjukdom*. Om sedan läkaren skulle konstatera, att df:s ögonbesvär beror på en för åldern normal långsynthet berättigar detta ändå till ersättning (Lundberg-Malm, a.a. s 64). Även läkarbesök för utprovning av proteser o dyl berättigar till ersättning, trots att någon förändring i df:s tillstånd i och för sig inte inträffat och df i vanliga fall är helt eller delvis arbetsförmögen. - I och med att misstanke om sjukdom inte förelåg, ansågs en försäkrad som genomgått undersökning för utrönande av huruvida njurtransplantation kunde göras från honom till annan person, inte berättigad till sjukhjälp i anledning av undersökningen (FD 1967 ref 1).

55 Tidigare utgick ingen ersättning för restid till och från läkarbehandling, men 1969 ändrade FD i ett avgörande denna tidigare praxis (FD 1969 ref 21): Df gjorde anspråk på sp under tid, då han med egen bil rest c:a 45 mil för erhållande av läkarvård på Norrbackainstitutet och för utprovning av stödkorsett vid institutets bandageverkstad. RFV yttrade i målet bl a: "För att sjukpenning skall kunna utgå för en enstaka dag krävs enligt praxis (jämför verkets cirkulär nr 2/1968), att tillstånd, som avses i 3 kap 7 § lagen om allmän försäkring, förelegat hela dagen, dock att sjukpenning kan ifrågakomma om det arbete, som den försäkrade kunnat utföra, till följd av sjukdom varit obetydligt. Som arbete av obetydlig omfattning räknas härvid arbete under högst de två första timmarna av den för den försäkrade normala arbetstiden. Med dag då sjukdomstillstånd enligt ovan föreligger jämställes enligt praxis dag då försäkrad - utan att sjukdomstillstånd är för handen - helt måst avhålla sig från arbete på grund av läkarundersökning, som läkare i anledning av sjukdom funnit påkallad. Denna praxis grundar sig på avgöranden av dåvarande Riksförsäkringsanstalten i två besvärsmål, vilka avgöranden fastställts av Kungl. Maj:t. Angivna tillämpning har emellertid ej ansetts böra utsträckas till att omfatta resdag i samband med läkarbesök. Riksförsäkringsverket har sålunda i sin utbildningsverksamhet för försäkringskassornas personal uttalat, att resdag i samband med läkarbesök ej kan betraktas som insjuknandedag i lagens mening. Det kan för övrigt ej anses stå i överensstämmelse med vanligt språkbruk att anse en eljest arbetsför person ha blivit sjuk enbart för att han anträder en resa för

läkarbesök. Även för de försäkrade själva torde det te sig främmande att sjukanmäla sig i samband med dylik resa". - Men FD fann, att vid tillämpning av AFL 3:7 sjukdom skall anses förorsaka fullständig nedsättning av df:s arbetsförmåga också under tid, då df - utan att sjukdomstillstånd kunde anses föreligga - för erhållande av läkarvård, som läkare funnit påkallad i anledning av sjukdom, är förhindrad att utföra arbete. Domstolen fann, att df var förhindrad att utföra arbete inte bara under själva läkarbesöket utan också under restid och annan tid, som måste tas i anspråk i anledning av besöket.

56 I FRM 801219 mål nr 8260/79 yrkade df sp och gjorde gällande, att han under april 1979 genomgick en serie njurröntgenundersökningar vid lasarettet i M. För att dessa skulle kunna genomföras, fordrades förberedelser i form av fasta från kvällen före, premedicinering och lavemang. Den aktuella tiden hade han tjänstgöring nattetid mellan kl 21.05 och kl 07.05. Han kunde inte både arbeta och samtidigt förbereda undersökningen. - Östergötlands läns allmänna försäkringskassa fann i beslut 790531, att sjukdomsbegreppet kan tillämpas först när läkarbesöket äger rum - i detta fall c:a kl 08.00 - 13.00. Df hade således inte behövt avstå från förvärvsarbete på grund av läkarbesöken, varför sp ej kunde utgå. - FRM däremot fann, att det var en nödvändig förutsättning för att undersökningarna på lasarettet skulle kunna genomföras på ett medicinskt riktigt sätt, att df avhöll sig från arbete de nätter som föregick undersökningarna och att df följaktligen haft sin arbetsförmåga på grund av sjukdom nedsatt under sådan tid och i sådan grad, att han var berättigad till hel sp. - Att sjukdomsvillkoret inte närmare har berörts i fall som detta torde bero på, att enligt praxis df alltid har rätt till sp vid läkarbesök oberoende av om sjukdom sedan konstaterats eller inte, och det torde vara detta "sjukdomsbegrepp" som kommer till användning även vid förberedelse inför läkarbesök. FÖD hade också i domen 800212 mål nr 279/79:4 fastslagit, att en valsverksarbetare på grund av sjukdom (magröntgen) varit förhindrad att arbeta nattskiftet före undersökningen.

57 SOU 1944:15, s 162. Kommittén har menat, att ersättning för sjukhusvistelse ej skulle utges i dessa fall, vilket förde med sig att inte heller sp skulle utgå.

58 Plastikkirurgiska operationer för att rätta till skönhetsfel o dyl, t ex ändra näsformen (se dock FRS 801014 mål nr 4645/79), förminska käkpartiet, operera bysten, räknas som sjukdomstillstånd, om df upplever störningarna som en psykisk belastning. Att ta bort tatueringar har också ansetts utgöra ett sjukdomstillstånd, om den tatuerade upplever tatueringarna som en psykisk belastning. FRM ansåg dock i dom 811102 mål nr 2446/80, att operation för borttagande av tatuering inte var sjukdomstillstånd enligt 3:7 och inte heller 2:11-åtgärd. I Östergötlands läns allmänna försäkringskassas beslut 800411 framhölls, att df inte led av någon psykisk insufficiens. Förhållandet var detsamma i FRN:s dom 820120 mål nr 1315/80. - Df begärde sp hos Göteborgs allmänna försäkringskassa och uppgav, att han på grund av "operation hårtransplantation" fullständigt avhållit sig från arbete fr o m den 19 samma månad. Han var frisk (arbetsför) fr o m den 29 februari. Enligt ett läkarintyg bedömdes df vara arbetsoförmögen under denna period. Vid en av fk företagen utredning framkom bl a, att df tidigare hade genomgått två hårtransplantationer år 1968 respektive 1978 och varit sjukskriven härför samt uppburit sp. Fk:s förtroendeläkare menade, att inget medicinskt stöd för sjukdom hade förelegat vid den företagna hårtransplantationen. Av beslut 790312 framgick, att fk inte utgav sp på den grund att hårtransplantation inte gav upphov till ett sjukdomstillstånd. Df överklagade och uppgav, att även om håravfallet inte berott på någon fysisk sjukdom, det orsakade honom psykiska besvär, eftersom håravfallet började redan i hans ungdom. FRS fann inte, att nedsättningen av df:s arbetsförmåga var föranledd av sjukdom enligt AFL 3:7 (FRS 810715 mål nr 5693/79).

59 Se FRS 821018 mål nr 4738/79.

60 Även i andra situationer har frågan uppkommit om sjukdomsrekvisitet varit uppfyllt. Psykiska besvär på grund av tappade framtänder har i domen FRM 810323 mål nr 109/80 inte uppfattats som sjukdom. Samma resultat kom man till i domen FRM 810812 mål nr 9756/79, där df begärde sp, för att hon hade skadat sin tandprotes. I samband härmed meddelade fk, att skada på tandprotes enligt kassans mening inte utgjorde sjukpenningberättigande tillstånd, varför sp inte kunde utges. Df besvärade sig och anförde bl a, att hon använde hel överkäksprotes och att hon arbetade som kassörska på Domus. Df ansåg att det inte kunde krävas, att hon skulle sköta sådant arbete utan tänder i överkäken, men hon vann alltså inte gehör för sina åsikter. - Fallen har dömts i enlighet med ett FÖD-avgörande från 801015 (mål nr 259/80:4), där df förlorat underkäksprotes vid bad i sjö. Df, som arbetade inom sjukvården, fann det omöjligt att arbeta och uppgav magsjuka och psykiska besvär som en följd av förlusten av tandprotesen. Södermanlands läns allmänna försäkringskassa beslöt 781109 att ej utge sp, därför att arbetsoförmågan inte var styrkt. FR fann, att sjukdomsvillkoret inte var styrkt (FRM 791217 mål nr 4825/79). FÖD ändrade inte denna dom.

61 Jfr motionen 1980/81:1614 rörande översyn av bestämmelserna om sjukpenning, där motionärerna Doris Håvik (s) och Birgitta Johansson (s) gjorde gällande, att sp beviljas vid spontan abort, men inte då en kvinna själv har begärt abort och då detta ingrepp inte är förorsakat av sjukdom.

62 SOU 1944:15, s 162.

63 I motionen 1979/80:417 (av Bonnie Bernström (fp) och Margareta Gard (m)) föreslogs, att AFL ändras så, att sp utbetalas vid graviditetskomplikationer. I motion 1979/80:622 (av Arne Andersson i Falun m fl (c)) föreslogs, att en motsvarande ändring genomfördes i bestämmelserna om hp. I motion 1979/80:1177 (av Anna-Greta Skantz (s)) slutligen föreslogs, att lagbestämmelserna skulle ses över, så att tveksamhet inte behövde uppstå i de aktuella fallen.

64 SN 1 - 259:85/80, SN 1 - 20179:1581/79.

65 Docenterna Stig Gårdmark och Björn Westin.

66 Den nu gjorda redogörelsen är hämtad från det utlåtande som 800201 gjordes av docenten Stig Gårdmark på kvinnokliniken vid Helsingborgs lasarett. Se även SOU 1983:30, s 46 f.

67 Detta utlåtande utformades 800213 av docenten Björn Westin på Kvinnokliniken vid Danderyds sjukhus.

68 Hotande mjölkstockning ansågs inte vara sjukdom jämlikt AFL 3:7, se FRN 810212 mål nr 3651/79.

69 800529 dnr GD 78/80 T 954/80.

70 1978/80:417, 622 och 1177.

71 Fr o m 830101 finns som en skyddsåtgärd för gravida kvinnor, som i sitt arbete kommer i kontakt med bly en arbetarskyddsstyrelsens kungörelse om medicinsk kontroll vid blyarbete SOSFS(M) 1982:22, (AFS 1982:1). Enligt denna krävs periodisk kontroll av halten bly i blodet vid arbeten som ger blodblyhalter överstigande visst värde. Kvinnlig arbetstagare som omfattas av periodisk kontroll och som blir gravid eller ammar och anmält detta till arbetsgivaren får inte sysselsättas i blyarbete (SOU 1983:30, s 49). Föräldraförsäkringsutredningen har i sitt betänkande Utbyggd havandeskapspenning (SOU 1983:30) utrett möjligheten till hp, då den gravida kvinnan arbetar i en ur hälsosynvinkel dålig miljö (se s 51 f).

72 Se min uppsats Havandeskapspenningen i faktisk tillämpning, Arbetslivscentrum 1983.

73 Se min uppsats i TfR 1983 s 163 ff.

74 Av lagtexten (AFL 3:7) framgår att endast sjukdom hos df själv berättigar till ersättning. - I FRN 790216 mål nr 139/79 hade som sjukdom uppgivits "följt dotter till lasaretts barnpsykiatriska avdelning". Df erhöll ej sp, eftersom han inte varit sjuk. - Se även FRM 801118 mål nr 9531/79; jfr AFL 4:8 (1979:644) om föräldrapenning för tillfällig vård av barn, där liknande fall ibland aktualiseras.

75 PBU-behandling polikliniskt rörande vårdnaden om df:s och df:s fd makes barn omfattande terapeutiska samtal under drygt en vecka ansågs i domen FRN 820512 mål nr 1495/80 inte vara orsakad av sjukdomstillstånd. Prövningstillstånd beviljades ej (FÖD 830329 mål nr 1726/82:10).

76 FRN ansåg i domen 820119 mål nr 3162/79, att behandling med immediatprotes, vilket innebar att df fått åtta tänder utdragna i underkäken, gav rätt till sp. Df hade av tandläkaren blivit sjukskriven p g a värk, decubitalsår, psykiska besvär samt tal- och tuggsvårigheter. FRN infordrade sakkunnigutlåtande. Den sakkunnige gick på samma linje som den intygsskrivande tandläkaren.

77 FR:s uttryck, att "*sjukdom* kan anses orsaka fullständig nedsättning av df:s arbetsförmåga jämväl under tid då df - utan att något *sjukdomstillstånd* kan anses föreligga - för erhållande av läkarvård, som läkare funnit påkallad med anledning av *sjukdom*, är hindrad att utföra arbete", förefaller motsägelsefullt. FR måste lägga olika innebörd i orden sjukdom och sjukdomstillstånd, annars skulle meningen bli obegriplig. Det första ordet sjukdom måste betyda sjukdom i sjukförsäkringsrättslig bemärkelse, medan det andra ordet sjukdom betyder sjukdom i medicinsk bemärkelse. Det torde också kunna betyda misstanke om sjukdom i medicinsk bemärkelse. Vad däremot FR menar med "utan att något sjukdomstillstånd föreligger" är dock svårare att förklara. I rättsfallet var df inte arbetsoförmögen p g a sjukdomen utan p g a den behandling som sjukdomen nödvändiggjorde. Det betyder, att sjukdom i medicinsk bemärkelse jämte läkar- eller sjukvårdsbehandling av denna är de faktorer som bygger upp denna variant av det sjukförsäkringsrattsliga sjukdomsbegreppet, medan det vanliga sjukdomsbegreppet innefattar att arbetsoförmåga kan bli följden av sjukdomen i fråga.

78 En situation som av df har upplevts som både psykiskt, fysiskt och socialt störande är då df sjukanmält sig för klåda på grund av angrepp av flatlöss (Hallands läns allmänna försäkringskassa 790523 dnr 185/79 och FRS 801119 mål nr 6691/79) och då df avhållit sig från arbete på grund av huvudlöss (Värmlands läns allmänna försäkringskassa 791023 och FRM 810108 mål nr 10231/79). I inget av fallen erhöll df sp, eftersom sjukdomsrekvisitet inte befanns vara uppfyllt. I det sistnämnda fallet anförde df, att med tanke på smittorisken för patienter och personal hennes arbetskamrater hade sagt ifrån, att hon skulle stanna hemma. Hon framhöll den psykiska påfrestning som förekomsten av huvudlöss innebar och som i hennes fall lett till depression med gråtattacker och rädsla att gå ut. Hennes tillstånd uppfattades dock inte som ett sjukdomstillstånd.

79 Fetma är ett tillstånd, där den psyko-sociala bakgrunden ofta är av intresse. Fetma har i två rättsfall (FRS 810305 mål nr 3811/79 och FRN 810904 mål nr 3811/79) inte betraktats som en sjukdom, även om df som en följd av fetman fått ryggbesvär, värk i knän och fötter samt psykiska besvär. I båda fallen gällde det fastebehandling (bantningskur) på hälsohem. I förra fallet prövade domstolen inte endast om rätt till sp förelåg enligt 3:7 utan även enligt 3:8 andra stycket men fann inte så vara fallet. Att fetma av betydande omfattning ur medicinsk synvinkel kan betrak-

tas som sjukdom är tämligen klart, även att fetma i sin tur kan ge upphov till en rad andra sjukdomar och sjukdomssymptom. Jfr FRS:s dom 810604 mål nr 5772/79 (df var alkoholist).

80 Vägledningen har utarbetats av förtroendeläkaren vid Kopparbergs läns allmänna försäkringskassa, doktor Erik Tegmark. En arbetsgrupp med representanter för fk, RFV och Försäkringskasseförbundet har diskuterat fram de riktlinjer, enligt vilka häftet är utarbetat.

81 Se Medicinsk vägledning, s 10.

82 Det läkaren gör är i de flesta fall att värdera den sjukes påstående, dvs bedöma sannolikheten av de uppgifter om förnimmelser, som lämnas på olika sätt. Värderingen måste grundas på reaktioner och svar i förhållande till patienten och influeras av bedömningar av tidigare patienter och egna upplevelser. Läkarens egen psyko-sociala situation spelar alltså in, när frågan om vad som är sjukdom skall avgöras. Den sjukes påstående om sin sjukdom är i sin tur just denna individs reaktion och förnimmelser på vissa funktionsrubbningar. Människors sätt att uppfatta, uttrycka och förklara sjukdom varierar på grund av olika förhållanden, som kan ha att göra bl a med den sociala strukturen, olika ekologiska system såsom exv storstadsmiljö eller glesbygd, olika kulturer och samhällssystem. Många invandrare torde i vissa situationer ha en annan uppfattning om vad som är sjukdom baserad på de tankar, idéer och föreställningar, som präglat den kultur och den samhällsstruktur, som de kommit ifrån.
Se Socialstyrelsen redovisar 1980:5, Sjukdom - ett relativt begrepp; Jfr även Kaj Håkansson, Psykisk sjukdom. Illusion och realiteter, 1973 och Lennart Nordenfelt, Till sjukdomsbegreppets semantik. En begreppsanalytisk studie, 1979. Se även Anita Dahlberg, Kompendium i socialförsäkring, s 73 ff, Ylva Ronne, Sjukvårdsrätt, s 58 ff o s 127 ff, Jan Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, s 32 ff, Håkan Strömberg, Speciell förvaltningsrätt, s 188 ff samt Bertil Wennergren, Lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall med kommentarer, s 22 - 30.

83 FD 761230 dnr 718/76, FD 770111 dnr 1875/76, FD 770524 dnr 2582/76, FD 770607 dnr 27/77, FD 770419 dnr 114/77, FD 780314 dnr 1489/77, FD 780110 dnr 2271/77, FD 780622 dnr 2428/77, FD 780518 dnr 158/78, FD 781026 dnr 301/78, FD 781114 dnr 306/78, FD 780704 dnr 355/78, FD 790215 dnr 361/78, FD 781031 dnr 481/78, FD 781229 dnr 726/78, FD 781229 dnr 1099/78, FD 781229 dnr 1306/78, FÖD 790419 dnr 1348/78, FD 781114 dnr 1482/78, FÖD 790424 dnr 1618/78, FÖD 790628 dnr 1669/78, FÖD 790913 dnr 1885/78, FÖD 791106 dnr 2037/78, FÖD 791113 dnr 2467/78, FÖD 790220 dnr 2483/78, FÖD 791220 dnr 2790/78, FÖD 800226 mål nr 394/79:4, FÖD 800513 mål nr 549/79:7). Givetvis finns många FR-avgöranden som rör samma problematik. Jag nöjer mig med att hänvisa till det icke-bifallande domslutet i FRN:s dom 810107 mål nr 3646/79. Jfr de mycket kortfattade domarna FD 770310 dnr 1849/76, FD 770301 dnr 2611/76, FD 780613 dnr 128/78 och FD 780321 dnr 271/78.

84 Ibland sättes begreppet sjukdom i ett motsatsförhållande till begreppet hälsa. Världshälsoorganisationen (WHO) har definierat detta begrepp på följande sätt: "Ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom och skröplighet." Av WHO:s definition av hälsa framgår klart, att hälsan också har en social del. Sätter man sjukdom i motsats till hälsa, kan man dra den slutsatsen, att även sjukdomen har en social del. Ang olika definitioner av begreppet sjukdom, se Lennart Nordenfelt, Till sjukdomsbegreppets semantik.

85 Läkare framhåller, att de i sin utbildning fått lära sig att diagnostisera sjukdomar samt att behandla dessa. Den kunskap läkaren då får medger inte förmåga att kunna bedöma t ex en människas arbetsförmåga annat än i mycket begränsad omfattning. En läkare kan inte endast med hjälp av diagnos och undersökningsfynd bedöma den enskilda medmänniskans arbetskapacitet. Vidare torde det vara omöjligt för en läkare att känna till vilken belastning och vilka krav i fysisk och psykisk mening, som ställs i alla de yrken som förekommer. I det läget är läkaren beroende av information från patienten. Se artikeln Slopa läkarintygen för sjukskrivning av Bengt Johansson i Läkartidningen 1982, 79:2935.

86 Se Inge Dahns artikel i Dagens Nyheter d. 10 jan. 1981 samt ett anförande vid Dalbydagarna 28 - 29 okt 1982 (se Läkartidningen 1983, 80:194).

87 Se exv Karl Erik Fichtelius, "Låt patienterna sjukskriva sig själva, Läkartidningen 1975, 72:1302; Gösta Tibblin, "Läkare intygar vad?", Läkartidningen 1978, 75:175 f; Bengt Johansson, "Slopa läkarintygen för sjukskrivning, Läkartidningen 1982, 79:2935 f. Se även Sven Lokander, "Kontrollen av sjukfrånvaron", Läkartidningen 1982, 79:2938; Olov Lindahl, "Sjukintygssystemet behöver översyn", Läkartidningen 1982, 79:3870.

88 Vilken inverkan de yttre betingelserna har på rätten till sp framgår av följande rättsfall. Frågan gällde om arbetsplatsens beskaffenhet i kombination med en sjukdom kunde medföra, att villkoren i AFL 3:7 för ersättning var uppfyllda. - Df sjukanmälde sig till fk och företedde intyg av företagsläkare om hel arbetsoförmåga under diagnos "Synnedsättning (ombyggnad av pat:s arbetsplats, f n uppenbar olycksfallsrisk). Ej möjligt omplacera pat.". Sp utbetalades av kassan men drogs sedan in, därför att det inte kunde anses styrkt, att vederbörandes arbetsförmåga var p g a sjukdom nedsatt i sådan grad, att han var berättigad till sp. Över fk:s beslut besvärade sig df hos RFV. Han framhöll bland annat, att det var på grund av hans synhandikapp, som han blivit utslagen från sitt arbete under pågående ombyggnad, även om hans syn inte direkt försämrats under ombyggnadstiden. RFV fann, att df:s arbetsförmåga inte kunde anses p g a sjukdom "i och för sig" ha varit nedsatt med minst hälften och ändrade inte kassans beslut. FD utvecklade samma tankegång tydligare och menade, att hindret för df att utföra förvärvsarbete inte orsakats av att någon försämring inträtt i hans medicinska tillstånd utan av att hans vanliga arbetsplats var föremål för ombyggnad. Vid sådant förhållande uppfyllde han inte förutsättningarna enligt AFL 3:7 för rätt till sp (FD 780406 dnr 417/76). Två ledamöter var dock skiljaktiga och fann att df "under den tid som de ifrågavarande ombyggnadsarbetena pågick var på grund av sin ögonsjukdom ur stånd att förvärvsarbeta". De hänvisade till AFL 3:7 första stycket första mom, och andra stycket samt till grunderna för 3:8 första stycket. - Jag ställer mig tveksam till majoritetens slut. Alla erforderliga rekvisit synes uppfyllda. Arbetsoförmågan bör relateras till det aktuella arbetet enligt AFL 3:8 första stycket.

89 Se Medicinsk vägledning, s 11. Se debatten om framtidens läkarroll, där helhetssynen i vårdarbetet diskuteras, exv Thorsten Sjövall, "Integrerad människovård - en utopi?", Läkartidningen 1980, 77:4354 f; Anders Hulth, "Ge hellre kuratorn litet medicinsk utbildning!", Läkartidningen 1980, 77:4355; Ruth Kärnek, "En medicinsk expert i samverkan med andra kan bäst tillgodose kravet på helhetssyn", Läkartidningen 1980, 77:4612 f; Birgitta Swartz, "Vi får inte återgå till "kloka gubben"-stadiet", Läkartidningen 1980, 77: 4740 f; Bo Modig, "Gemensam grundutbildning behövs för alla läkare", Läkartidningen 1980, 77:4741 f; Urban Janlert, "Vetenskapligheten har försnävat läkarrollen. Glöm inte samhället utanför lasarettsdörren!", Läkartidningen 1980, 77:4914 f; Gustaf Myhrman, "Utbildningen måste följa vetenskapens utveckling. Kraven får ej nivelleras för

kortsiktiga vinster", Läkartidningen 1980, 77:4915. Se även Inge Dahn, "Vårdens människosyn och värderingar ur delrapport nr 504: Omsorgen och människosyn. 6 uppsatser om människosyn i omsorg och samhälle. Projektet "Omsorgen i samhället". Sekretariatet för framtidsstudier/Liber Förlag, Sthlm, mars 1980.

90 I praktiken har det blivit så, att både läkare och fk-tjänstemän utvecklar schabloner eller konventioner för hur länge de sjukskriver patienterna vid olika sjukdomar respektive hur länge de godtar en sjukskrivningsperiod. Dessa schabloner bygger inte på några vetenskapliga undersökningar och det är dokumenterat, att de varierar inom vida gränser mellan olika läkare och mellan olika fk. Det betyder, att samma åkomma bedöms ge olika stor nedsättning av arbetsförmågan av olika läkare och av olika fk. Utåt sett framställs kravet att läkaren skall verifiera arbetsoförmåga under en viss bestämd tid som ett medicinskvetenskapligt krav, men kravet är i stället ett juridisk-normativt sådant.

91 SOU 1944:15, s 20

92 Att det dock kan förefalla tveksamt, hur det förhåller sig härmed framgår av följande rättsfall:
En kvinna sjukanmälde sig och ingav läkarintyg som utvisade, att hon borde avhålla sig helt från arbete under två veckor p g a arthrosis deformans i båda händernas leder. I intyget angavs att inget medicinskt hinder förelåg mot vistelse utomlands. Kvinnan ingav samtidigt en framställning om sp under utlandsvistelse. Hon avreste sedan till Spanien och upptog sitt arbete omedelbart efter hemkomsten. Fk:s företroendeläkare fann det inte vara styrkt, att sp-berättigande tillstånd förelegat under tiden för utlandsvistelsen och kassan beslöt i enlighet härmed. Kvinnan besvärade sig och framhöll, att hon ansåg sig vara mer än 50 % arbetsoförmögen under hela året. Kvinnans företagsläkare framhöll, att kvinnans artrosförändringar var så stora, att hon förmodligen skulle erhålla förtidspension, om hon begärde sådan. Hon försökte emellertid att hålla ut, vilket var anledningen till att hon inte varit tillnärmelsevis så mycket sjukskriven, som hon skulle ha kunnat bli, om hon hade velat. Företagsläkaren menade vidare, att ifrågavarande sjukskrivningsperiod var fullt motiverad. En symptomatisk förbättring av artrossmärtor under vila och vistelse i varmare klimat var mycket trolig, och medicinskt var en sådan vistelse inte bara tillåten utan även att rekommendera. Hennes sjukskrivning var inte betingad av någon plötsligt påkommen sjukdom utan kunde placeras in på för avbrott i arbetet lämpligaste dagen. - Förtroendeläkaren ändrade uppfattning och menade, att kassans beslut var felaktigt och att sp borde utgå under tiden för resan till Spanien. RFV fann dock, att kvinnans arbetsoförmåga inte varit p g a sjukdom nedsatt med minst hälften under den ifrågavarande tiden (3:7). Vidare fann verket, att det inte kunde antas, att om vistelsen i Spanien inte ägt rum, kvinnans sjukdomsbesvär hade medfört nedsättning av hennes arbetsförmåga med minst hälften (3:8 andra stycket). FD fann, att trots sina under senare år uppträdande ledbesvär kvinnan hade kunnat fullgöra sina arbetsuppgifter (halvtidsanställning som kontorist). Hon hade inte heller före det aktuella tillfället varit sjukskriven för dessa ledbesvär. Utredningen i målet gav inte vid handen, att hennes ledbesvär påtagligt försämrats under den aktuella sjukskrivningsperioden. FD ansåg därför, att hennes arbetsförmåga inte varit nedsatt med minst hälften och inte heller att förutsättningar för tillämpning av AFL 3:8 andra stycket förelåg (FD 780518 dnr 2782/77).
En av ledamöterna var skiljaktig och anförde vad jag ovan framhållit, nämligen att i och för sig krävs att arbetsförmågan är förlorad för rätt till hel sp, men att detta inte får tolkas så, att df faktiskt måste vara helt ur stånd att utföra något arbete. Även den som är rätt svårt sjuk kan ju många gånger gå i arbete. En annan sak är, att hon/han inte bör göra det. Med sjukdom, som i bokstavlig mening

medför förlust av arbetsförmåga, borde därför enligt dissidentens uppfattning jämställas sjukdom, som är av sådan art, att df trots viss arbetsförmåga helt avhåller sig från arbete, därför att det för sjukdomens botande eller lindrande är angeläget, att hon/han inte arbetar. Dissidenten ansåg, att omständigheterna i det ifrågavarande fallet var av just denna karaktär och att df hade rätt till sp, en rätt som hon hade jämlikt AFL 3:7.

93 Ang betydelsen av df:s uppgifter om sin arbetsförmåga, se FÖD 821027 mål nr 1868/81:2 (se särskilt OE 811027 dnr 01/2054:81). Vägrar df att uppge sjukdomsorsak på sjukförsäkran, har df ej rätt till sp enligt FÖD 810317 mål nr 915/80:5; se även FD 780418 dnr 2170/77. I rättsfallen FÖD 801203 mål nr 1255/79:3 och FÖD 810414 mål nr 599/80:6 erhöll df, som i utlandet sjukskrivits av utländsk läkare, sp endast under den intygsfria tiden.

94 En del avgöranden, där man tillmäter längden av sjukskrivningen ett speciellt intresse, är de "utländska sjukskrivningarna". Ofta låter man kassans förtroendeläkare bedöma om längden av sjukskrivningen är relevant eller inte. Se ovan 5.3.3.

95 Se FRS 800214 mål nr 2603/79, se även FRS 800421 mål nr 760/79, FRS 800819 mål nr 4486/79 (FÖD 810630 mål nr 1408/80:6), FRS 810625 mål nr 1481/81, som visar att kliniska undersökningar, laboratorieanalyser, urinodlingar och radiologiska undersökningar anförs som faktorer för att fastställa diagnos. Trots dessa kan diskrepans mellan sjukskrivande läkares och fk:s uppfattning om sjukskrivningstiden föreligga.

96 S 7.

97 Se även Lundberg-Malm, a.a. s 118 f. Jfr FRM 801209 mål nr 7963/79 och FRM 810224 mål nr 247/80. Den förra domen överklagades men ändrades inte av FÖD (810922 mål nr 132/81:10).

98 Försäkringskassornas vidareutbildning, S 4:2 Sjukpenningförmåner.

99 I Lundberg-Malm, a.a. s 120, sägs, att då det gäller för fk-tjänstemannen att bedöma om en person, som delvis arbetar, har sin arbetsförmåga nedsatt med minst hälften och sålunda skall vara berättigad till halv sp, *nedsättningen av arbetsinkomsten* kan tjäna till ledning. Det är dock inte inkomstminskningen utan den faktiska arbetsinsatsen som är avgörande. Den som på grund av sjukdom arbetar bara hälften eller mindre än hälften av den normala arbetstiden, är i allmänhet berättigad till halv sp, även om han inte behöver vidkännas motsvarande inkomstminskning. - Att det inte som en formell förutsättning för rätt till sp krävs att df vidkänns en inkomstminskning, kan förefalla underlig med tanke på sp-försäkringens konstruktion. Denna är uppbyggd efter inkomstbortfallskompensationsprincipen. När man nu inte har uppställt inkomstbortfall som ett formkrav för att sp skall utgå, kan det åtminstone teoretiskt sett innebära, att df uppbär både lön och sp. Givetvis är denna inkonsekvens mellan rätten till ersättning och ersättningens konstruktion nästan enbart av teoretiskt intresse åtminstone för löntagare. - Lundberg-Malm menar vidare, att rätt till halv sp kan föreligga, även om arbetstiden inte är förkortad med minst hälften. Den sjukskrivne kan ha övergått till ett lättare arbete under lika lång arbetstid som den normala och på grund härav ha fått inkomstminskning. Det är särskilt för sådana fall som en jämförelse med den normala arbetsinkomsten är av betydelse. Att dessa överväganden inte har något att göra med ett materiellt arbetsoförmågebegrepp är uppenbart. Se även Rune Lavin, Rätten till sjukpenning i FT 1982 s 220 ff.

100 Se vidare härom kap 6.

101 Se vidare härom kap 6.

102 Se vidare härom kap 7.

103 Se vidare härom kap 7. Att inkomsten kan få betydelse för avgörandet huruvida arbetsoförmåga är för handen även i ett annat avseende har kortfattat nämnts i 4.5 i den del, som rör företagares arbetsinsats under pågående sjukfall. Storleken av df:s SGI har fått avgöra om arbetsnedsättningen har varit mer eller mindre än halv arbetsoförmåga. Se ovan not 99.

104 Exv om df under pågående sjukskrivning reser till utlandet, trots att resan bedöms menligt påverka tillfrisknandet (se 4.3) eller i vissa fall, då df inte följer läkares föreskrifter (se 4.4).

105 Exv då egenföretagare eller hemmamakar begär sp.

6 Långa sjukfall

6.1 Problemställning

Ett sjukfall börjar med en sjukanmälan och avslutas i de flesta fall med en friskanmälan. Under den mellanliggande tiden har df som regel erhållit sp. Lagtexten innehåller inga regler om att den sp-berättigade tiden är begränsad. I princip kan alltså ett sp-grundande sjukfall pågå hur länge som helst, om förutsättningarna för rätt till sp fortfarande är förhanden. Men är förutsättningarna för rätt till sp oförändrade oberoende av hur länge sjukfallet varar eller förändras dessa, när sjukfallet har varat en viss tid, så att rätten till sp i praktiken är tidsbegränsad, trots avsaknaden av lagbestämmelser härom? Är begreppen sjukdom och arbetsoförmåga avhängiga av sjukfallets varaktighet?

Lagtexten nämner inget om att innehållet i sjukdomsbegreppet påverkas av sjukfallets längd. Däremot finns en bestämmelse, som kopplar ihop arbetsoförmåga/arbetsnedsättning med sjukfallets längd, nämligen AFL 3:8 första stycket.

"Vid bedömande huruvida fullständig nedsättning av arbetsförmågan föreligger skall, om sjukdomen kan antagas vara kortvarig, särskilt beaktas huruvida den försäkrade på grund av sjukdomen är urståndsatt att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete."

Om sjukfallet kan beräknas bli kortvarigt, räcker det, att df är arbetsoförmögen i sitt vanliga arbete för att få rätt till sp. Även om df i och för sig skulle kunna arbeta inom ett annat lättare yrkesområde trots den aktuella sjukdomen, skall sp utgå.

Men om sjukfallet inte kan beräknas bli kortvarigt, skall arbetsoförmågan inte relateras till df:s vanliga arbete. Detta kan motsatsvis utläsas ur 3:8 första stycket. Vad arbetsoförmågan då skall relateras till framgår inte av lagtexten. Men i förarbetena framgår,[1] att vid långvarig sjukskrivning gäller, att ingen rätt till sp föreligger, om df kan utföra annat arbete än det han tidigare haft och detta i sådan utsträckning, att han kan arbeta mer än hälften av normal arbetsprestation. Relateringen skall alltså göras till ett, som det

brukar betecknas, lämpligt lättare arbete. Men det arbetet eller de arbeten, till vilken/vilka df:s arbetsförmåga relateras, behöver inte finnas att tillgå för df inom det område där df är bosatt, utan det kan vara fråga om tänkta arbeten. Med tänkta arbeten förstås arbeten, som i och för sig finns på den aktuella svenska arbetsmarknaden, men som df kanske inte har några realistiska möjligheter att få. Df kan exv vara bosatt i Norrland, där det inte finns någon möjlighet för df att verkligen få ett arbete av det slag som bedöms kunna utföras av df. I det följande skiljer jag mellan arbetsoförmågerelatering till df:s ursprungliga arbete (3:8 första stycket) och arbetsoförmågerelatering till något lämpligt arbete på arbetsmarknaden. Den sistnämnda arbetsoförmågerelateringen beskrivs i det följande som en arbetsoförmågerelatering till hela arbetsmarknaden (3:8 första stycket e contrario).

AFL 3:13 och 2:11 rör också sjukfallets längd. Där stadgas att rehabiliterande åtgärder skall vidtagas, om sjukfallet varat minst nittio dagar i följd. De rehabiliterande åtgärderna och deras inverkan på rätten till sp (AFL 3:8 andra stycket) behandlas dock först i följande kapitel.

Jag avser att nedan undersöka, vilken inverkan sjukfallets varaktighet kan få på villkoren sjukdom och arbetsoförmåga och därmed på df:s rätt till sp. För detta krävs dock att faktorer, som påverkar fk:s avgörande huruvida ett sjukfall skall bedömas som kort eller långt, fastställs så långt det går.[2] Fk:s organisation är delvis uppbyggd kring dessa faktorer,[3] nämligen det organisatoriska samspelet mellan centralkontor (ck) och lokalkontor (lk) å ena sidan samt mellan sjukförsäkringssektion, kallad S-sektion, och utrednings- respektive utrednings- och pensionssektion, kallad U/UP-sektion å andra sidan.[4] Jag behandlar fk:s utredning och bevakning av långa sjukfall i avsnitt 6.3. I avsnitt 6.4 undersöks de långa sjukfall som blir föremål för indragning av sp jämlikt AFL 3:7 och i avsnitt 6.5 de långa sjukfall där en övergång till förtidspension aktualiseras.

Det är givetvis av stort intresse att veta hur många sjukfall som är så långa att varaktigheten kan påverka df:s rätt till sp liksom vad som "händer" med df i dessa fall. Jag avser alltså att försöka besvara frågorna: "När slutar sp-fallen?" och "Hur slutar de långa sp-fallen?". Jag inleder med statistik rörande sjukfallens längd (6.2).

6.2 Statistik rörande sjukfallens längd

Av tabellen[5] nedan framgår det totala antalet avslutade sjukfall åren 1974-1980 uppdelade efter sjukfallens längd.

År	antal fall	varav fall om 90 dgr och däröver			
		90-79	180-364	<365	Totalt
1974	6 144 300	94 800	41 000	36 000	171 800
1975	6 564 100	99 300	44 300	37 800	181 400
1976	7 001 800	104 800	46 300	44 400	195 500
1977	6 852 600	106 800	48 500	45 200	200 500
1978	7 182 600	105 900	49 900	41 200	197 200
1979	7 198 100	99 000	45 900	36 300	181 200
1980	7 033 800	96 600	47 500	43 200	187 300

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

Tabellen visar, att antalet avslutade sjukfall som pågått 90 dagar eller mer ökade fram t o m år 1977. Därefter följde en nedgång åren 1978 och 1979. År 1980 visade ånyo en uppgång. Det totala antalet avslutade sjukfall visade en uppgång t o m år 1976, varefter en nedgång redovisas för år 1977. Åren 1978 och 1979 ökade det totala antalet avslutade sjukfall åter, medan en minskning kan noteras för år 1980 i jämförelse med år 1979. Variationerna i antalet avslutade sjukfall som pågått 90 dagar eller mer följer således inte variationerna i det totala antalet avslutade sjukfall fr o m 1976.

I nedanstående två tabeller ges också en beskrivning av kort- och långtidsfrånvarons förändring under perioden 1977-1980. Tabellerna avser antalet avslutade sjukpenningfall per 100 sjukpenningförsäkrade samt antal sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad för dessa fall.

År	Antal sjuk-penning-fall	Antal sjukpenningfall per år per 100 sjukpenningförsäkrade								
		Fallets längd i sjukpenningdagar								
		1-3	4-6	7-14	15-29	30-89	90-179	180-364	365	Samtliga
77	6 852 600	62,7	38,3	16,8	13,1	10,0	2,3	1,0	1,0	145,2
78	7 182 600	66,8	40,4	17,6	13,3	10,0	2,2	1,1	0,9	152,3
79	7 198 100	68,8	39,6	17,5	13,0	9,4	2,1	1,0	0,8	152,2
80	7 033 800	69,7	37,3	16,7	12,4	9,2	2,0	1,0	0,9	149,2

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

Antalet mycket korta fall, högst 3 ersatta dagar, har mellan 1977 och 1980 stigit från 62,7 till 69,7 fall per 100 sjukpenningförsäkrade, d v s ökat med drygt 11 %. Antalet avslutade fall per 100 sjukpenningförsäkrade har däremot gått ned för fall där minst 4 dagar ersatts. Under perioden 1977-80 har t ex 15-29 – dagarsfallen minskat med 5 %, 30-89 – dagarsfallen med 8 % och 90-179 – dagarsfallen med 13 %.

År	Antal sjukpenningdagar	Antal sjukpenningdagar per år och sjukpenningförsäkrad								
		Fallets längd i sjukpenningdagar								
		1-3	4-6	7-14	15-29	30-89	90-179	180-364	365	Samtliga
77	109 835 000	1,17	1,72	1,79	2,70	4,84	2,78	2,59	5,67	23,26
78	109 453 000	1,25	1,80	1,87	2,75	4,83	2,78	2,70	5,23	23,21
79	103 156 000	1,28	1,76	1,87	2,68	4,57	2,58	2,49	4,59	21,82
80	104 657 000	1,29	1,65	1,77	2,56	4,42	2,53	2,57	5,42	22,21

Källor: Matematisk-statistiska byrån, RFV

Som följd av ökningen av antalet korta fall har även antalet sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad i dessa fall ökat. Ökningen är under perioden 1977-1980 drygt 10 % för de mycket korta fallen, högst 3 ersatta dagar. Antal sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad för fall som är 4 dagar eller längre har minskat under perioden. Minskningen är ca 9 % för fall mellan 30-179 dagar.

Antalet sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad i de riktigt långa fallen, 1 år eller längre, varierar kraftigt mellan åren. Smärre förändringar i antal avslutade fall ger här stort utslag, då den genomsnittliga längden i dessa fall är ca 600 dagar.[6]

De långa sjukfallen svarar alltså för en mycket stor del av det totala antalet sjukfrånvarodagar. De riktigt långa sjukpenningfallen är mycket få i förhållanden till hela antalet avslutade sjukpenningfall, samtidigt som dessa få fall i förhållande till de kortvarigare fallen är mycket kostnadskrävande.

De ovan anförda statistiska uppgifterna ger en samstämmig bild av att de långa sjukpenningfallen har minskat i antal. Jag avser inte att närmare behandla vilka skilda förklaringar av medicinsk, ekonomisk och arbetsmarknadspolitisk art, som har givits och kan ges, av detta förhållande. Jag vill i stället koncentrera mig på de faktorer av rättslig natur, som kan ha påverkat de senare årens utveckling i nu nämnt hänseende. Min hypotes är att de på förbättrad effektivitet

inriktade handläggningsrutinerna och den alltmer intensifierade bevakningen av de långa sjukfallen kan utgöra en del av förklaringen, till att de långa sjukfallen har minskat i antal.

6.3 Utredning och bevakning av långa sjukfall

6.3.1 Fk:s handläggningsrutiner

De faktorer, som är av intresse i detta sammanhang och som leder till att kassan betraktar sjukfallet som ett långt sjukfall med de konsekvenser detta kan få vid avgörandet av om rätt till sp föreligger, består av en rad arbetsuppgifter, som S-sektionen och framförallt U/UP-sektionen skall vidtaga vid vissa sjukfall.[7] Därför är det av vikt att känna till dessa arbetsuppgifter, när de skall vidtagas och vilka sjukfall som berörs. Funktionsindelningen mellan S- och U/UP-sektionerna är också av betydelse i detta sammanhang.

Tjänstemannen på S-sektionen får efter det att df varit sjukskriven viss tid en dataimpuls i form av en maskinell utskrift[8] av en blankett, som har rubriken Utredningsunderlag (FKF 2240). En sådan utskrift sker i normalfallet 70 dagar efter sjukanmälningsdagen[9] men redan efter 14 dagar, om df uppbär partiell förtidspension/sjukbidrag, vidare om det är upplagt en s k U-akt,[10] dvs df är föremål för utredning tidigare under sjukanmälningsåret eller året dessförinnan eller om antalet registrerade sjukdagar uppgår till minst 90 under sjukanmälningsåret eller året dessförinnan. När tjänstemannen på S-sektionen får blanketten Utredningsunderlag (FKF 2240), kontrollerar hon/han, att df fortfarande är sjukskriven och att det läkarintyg som utvisar fortsatt sjukskrivning, har uppvisats. Någon prövning härutöver av sp-rätten är inte tjänstemannen på S-sektionen ålagd att göra. Efter att ha placerat ett markeringskort i det manuella dagersättningsregistret överlämnar tjänstemannen blanketten tillsammans med sjukfallet för fortsatt handläggning på U/UP-sektionen. Om nu tjänstemanen vid U/UP-sektionen beslutar att inte vidta någon åtgärd eller eventuellt göra detta senare, noterar hon/han anledningen till detta på blanketten (FKF 2240). Det är alltså U/UP-sektionens tjänstemän som avgör, om det bevakade sjukfallet skall bli föremål för utredning. Den bevakning som sätts in på dessa fall och det tillvägagångssätt på vilket fk driver utredning samt den målsättning fk har med utredningsarbetet är faktorer, som kommer att ha betydelse för frågan om rätt till sp.

Alla fk är dock av RFV genom handböckerna direkt ålagda att granska varje bevakningsärende och att driva ett effektivt bevakningsarbete. Även om blanketten Utredningsunderlag inte kommit till S-sektionen, skall tjänstemannan där ändå överföra ett sjukfall till U/UP-sektionen om det vid tjänstemannens kontakt med df, av läkarens föreskrifter eller på annat sätt framgår, att behov av rehabiliterande åtgärder kan föreligga, eller om det visar sig, att arbetsförmågan vid tidigare prövning av rätt till pensionsförmån eller sp inte bedömts ha varit nedsatt med minst hälften. Samma sak gäller om det vid sjukkontroll framkommer uppgifter, som tyder på att rehabiliteringsbehov föreligger eller att sjukskrivningsperioden förefaller lång med hänsyn till diagnosen eller medicinsk utredning synes påkallad, t ex då sjukskrivningsorsak är s k symptomdiagnos. Slutligen skall sådant överlämnande ske då det vid utredning angående läkarintygsföreläggande från första dagen framkommer uppgifter, som utvisar att rehabiliteringsbehov föreligger, t ex behov av omplacering.

Tjänstemannen på U/UP-sektionen skall alltid granska sjukfallet med avseende på rätten till sp och pension.[11] Tjänstemannen är ålagd att särskilt uppmärksamma sp-rätten för df, som uppbär partiell pension och för df som vid tidigare prövning i pensionsdelegationen bedömts inte ha en arbetsförmåga nedsatt med minst hälften.[12] Vidare är tjänstemannen ålagd att noga överväga, om den diagnos som angivits i läkarintyget kan medföra nedsättning av arbetsförmågan i den omfattning som anges i läkarintyget. Symptomdiagnoser som huvudvärk, yrsel, högt blodtryck m fl skall tjänstemannen särskilt uppmärksamma och snarast utreda, om de ger rätt till sp. RFV rekommenderar tjänstemannen att använda den ovan nämnda "Medicinsk vägledning"[13] och där särskilt uppmärksamma de sjukskrivningstider som anges för olika diagnoser. Om dessa sjukskrivningstider överskridits, är tjänstemannen på U/UP-sektionen ålagd att undersöka anledningen till detta.[14]

Om utredning inte betecknas som nödvändig, skall U/UP-sektionen bevaka sjukfallet. Bevakningen kan avse antingen pågående sjukfall eller avslutade sjukfall. Bevakning av avslutade sjukfall sker, då df inte har beviljats förtidspension/sjukbidrag och då sp dragits in p g a att arbetsförmågan bedömts inte vara nedsatt med minst hälften p g a sjukdom.[15] Bevakning sker i sex månader efter sjukfallets avslutande. Den innebär att om df sjukanmäler sig på nytt, orsaken till avslutandet av det tidigare sjukfallet kan påverka bedömningen av om rätt till sp föreligger eller inte i det nya sjukfal-

let. Bevakning av ett pågående sjukfall kan ske antingen maskinellt eller manuellt.

Ck följer upp handläggningen av sjukfall, som handläggs av U/UP-sektionen på lk. I kungörelse (RFFS 1978:10) om organisation av de allmänna försäkringskassornas centralkontor m m föreskriver RFV, att det i Östergötlands läns, Malmöhus, Älvsborgs läns och Göteborgs allmänna försäkringskassor skall finnas två assistenter för uppföljning på resp kassa och på övriga kassor en assistent för uppföljning per kassa. För Stockholmskassans organisation föreskrivs (RFFS 1978:11), att det skall finnas fem assistenter för uppföljning. En assistent för uppföljning skall "svara för uppföljningen av lokalkontorens arbete inom avdelningens verksamhetsområde enligt avdelningschefens anvisningar" samt "i övrigt utföra arbetsuppgifter inom avdelningens verksamhetsområde enligt avdelningschefens anvisningar".[16] Enligt RFV:s föreskrifter skall avdelningschefen lämna anvisningar om uppföljningens innehåll. Varje fk har ansvar för att sjukfallen får en likformig hantering i syfte att uppfylla kravet på rättssäkerhet.

RRV framhåller i sin revisionsberättelse,[17] att kassorna har lagt olika vikt vid uppföljningen. På vissa håll har uppföljningen av lokalkontorens arbete med de långa sjukfallen lågprioriterats, då andra arbetsuppgifter bedömts mer angelägna. På många fk vikarierar uppföljningsassistenten, då någon av sektionscheferna på utredningsavdelningen inte är i tjänst (flertalet fk har två eller flera sektionschefer). I allmänhet finns då ingen vikarie för uppföljningsassistenten. Bl a detta har medfört en bristande kontinuitet i uppföljningsverksamheten på många kassor. RFV har inte närmare preciserat vad uppföljningen av långa sjukfall skall innehålla, vilket enligt RRV kan ha medverkat till den lågprioritering av uppföljningen som skett på vissa fk.

6.3.2 Statistik rörande avslutningsanledningar

Ck har också ansvar för vissa statistiska uppgifter rörande de långa sjukfallen. Under mars månad varje år sammanställs blanketten "Förteckning över långa sjukfall", som pågått mer än 18 månader. Denna förteckning använder ck i sitt uppföljningsarbete. För de förtecknade fallen undersöks rätten till sp, behovet av rehabiliterande åtgärder, eventuellt utbyte av sp mot förtidspension/sjukbidrag samt huruvida olika utredande och samrådande åtgärder vidtagits.

Under november månad varje år erhåller lk också en lista benämnd "Antal långa sjukfall - U-akter" med uppgift om antal sjukfall, som pågått mer än 6 månader, och antal sjukfall, som pågått mindre än 6 månader, för vilka blanketten "Utredningsunderlag" skrivits ut.[18]

De statistikuppgifter, som tjänstemannen på U/UP-sektionen på lk lämnar i utredningsärenden på blanketten "Registreringsunderlag - statistikutredningsärende", visar hur de långa sjukfallen brukar avslutas. Blanketten upprättas för avslutade sjukfall, som varat minst 180 dagar. Originalen sänds månadsvis till ck, medan kopiorna behålls på lk. Originalen vidarebefordras till RFV:s matematisk-statistiska byrå, där de bearbetas och sammanställs halvårsvis, varefter de sänds till respektive ck. Syftet med statistiken är att få en systematisk uppföljning av vilket resultat insatta rehabiliteringsåtgärder ger men också att få ett instrument för bevakningen och kontrollen av de långa sjukfallen. Blanketten är uppdelad i 19 punkter. Som beteckning på df:s arbetsförhållanden vid insjuknandet används koderna

1 = anställd på den reguljära arbetsmarknaden/egenföretagare
2 = placerad i skyddat arbete (inklusive beredskapsarbete)
3 = arbetslös/utan förvärvsarbete (ej inklusive hemmamake)
4 = hemmamake

Vidare skall arten av arbetshandikapp anges:

1 = hjärt-, lung- och kärlsjukdom[19]
2 = hörsel- och synskada
3 = rörelsehinder (även ryggsjukdom)[20]
4 = annan fysisk sjukdom[21]
5 = psykisk sjukdom[22]
6 = socialmedicinskt handikapp[23]

En annan mycket viktig kodning är sjukfallens avslutningsanledning:

01 = friskskriven och arbetslös/utan förvärvsarbete
02 = friskskriven hemmamake
03 = återvänt i tidigare arbete på den tidigare arbetsplatsen
04 = omplacering till annat arbete på den tidigare arbetsplatsen
05 = påbörjat nytt arbete på den reguljära arbetsmarknaden
06 = påbörjat nytt arbete inom den skyddade sektorn
07 = erhöll förtidspension (Avslutas sjukfallet med partiell pension (kod 7) samt någon av avslutningsanledningarna enligt koderna 01-06, anges någon av koderna 01-06, d v s ej 07).
08 = indragning av sjukpenning

09 = ålderspension
10 = avliden
11 = annan anledning (anledningen anges på kopian).[24]

I nedanstående tabell görs en jämförelse mellan långa sjukfall (minst 180 dagar) som avslutats under andra halvåret 1980, under första halvåret 1981 och under andra halvåret 1981 fördelade efter avslutningsanledning.

Avslutningsanledning	Sjukfall avslutade		
	jul-dec 1980	jan-jun 1981	jul-dec 1981
01	5,2	5,6	5,6
02	1,5	1,5	1,7
03	33,3	33,9	33,6
04	4,8	4,9	4,1
05	3,6	3,6	3,1
06	1,8	1,5	1,5
07	36,0	35,6	36,3
08	3,0	3,4	3,5
09	2,1	2,1	2,1
10	3,0	2,9	3,2
11	5,7	4,8	5,4
Summa	100	100	100

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

Andelen sjukfall, som avslutas p g a att den försäkrade återvänder till någon form av arbete, var andra halvåret 1980 43,5 %, första halvåret 1981 43,9 % och andra halvåret 1981 42,2 %. Minskningen 1981 är statistiskt säkerställd enligt RFV:s egna uppgifter. Avslutningsanledningen indragning av sp företer en viss ökning liksom avslutningsanledningen friskskriven och arbetslös.

Ett studium av siffrorna för första halvåret 1981 visar, att df i 43, 9 % av de avslutade ärendena återvänder till någon form av arbete (avslutningsanledningarna: återvänt till tidigare arbete, omplacerad på tidigare arbetsplats, påbörjat nytt arbete och påbörjat nytt arbete inom den skyddade sektorn). Tar man med dem, som vid avslutningstidpunkten är arbetslösa eller hemmamakar, blir andelen 51,0 %.

35,6 % av ärendena har avslutats med förtidspension.

Den procentuella andelen fall, som avslutats med "indragning av sjukpenning", varierar kraftigt mellan kassorna. Avslutningsanled-

ningen "indragning av sjukpenning" innefattar förutom indragning på grund av att 3:7-tillstånd inte är styrkt även fall där sp indragits med stöd av 3:17 (df vägrar mottaga besök av sjukkontrollant eller avreser till utlandet utan medgivande m m) eller 20:3 (df vägrar underkasta sig rehabiliteringsåtgärd m m).[25]

Närmast följande tabell visar avslutningsanledningarna första halvåret 1981 uppdelade efter sjukfallens längd.

	Sjukfallens längd				
Avslutnings-anledning	män + kvinnor 6-12 mån	13-24 mån	25-36 mån	< 36 mån	summa
01	7,5	3,9	4,4	3,8	5,6
02	2,1	1,1	0,6	0,7	1,5
03	48,6	22,2	17,6	12,7	33,9
04	4,5	4,9	6,6	6,0	4,9
05	3,8	3,0	4,2	6,8	3,6
06	1,2	1,4	2,4	4,5	1,5
07	16,5	52,5	53,3	54,7	35,6
08	3,3	3,2	3,9	5,1	3,4
09	2,1	2,5	1,4	0,1	2,1
10	3,6	2,5	2,3	1,4	2,9
11	6,9	2,8	3,3	4,2	4,8
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

Av tabellen framgår att av sjukfall som avslutas inom ett år återgår 48,6 % i tidigare arbete och 16,5 blir förtidspensionerade (får sjukbidrag). För sjukfall som pågått mer än ett år sjunker andelen som återgår i sitt tidigare arbete markant för varje år som fallet pågått. Beträffande förtidspension ökar andelen kraftigt efter ett år och sedan ytterligare några procentenheter. Den stora nivåförändringen i förtidspensionsfrekvensen mellan ärenden upp till ett år och 1-2 år kan sammanhänga med att kassorna i flertalet fall prövar rätten till förtidspensionsförmån först efter ett år. Sambandet mellan förtidspensionering (som ökar med tiden) och återgång i arbetet (som minskar med tiden) är uppenbart.

Nedanstående tabell visar antal försäkrade för hela riket, fördelade efter avslutningsanledning och arbetsförhållande vid insjuknandet.

Avslutnings-anledning	Arbetsförhållande männ + kvinnor				
	anställ-ning	skyddat arbete	arbets-lös	hemma-make	summa
01	3,3	4,8	30,1	1,7	5,6
02	0,3	0,3	0,4	37,0	1,5
03	38,3	35,4	2,0	3,9	33,9
04	5,7	1,1	0,3	0,6	4,9
05	3,2	1,7	9,9	1,1	3,6
06	1,1	6,4	4,7	0,3	1,5
07	35,4	41,3	32,2	43,0	35,6
08	3,0	3,6	7,2	2,2	3,4
09	2,2	1,2	1,1	3,3	2,1
10	3,1	1,1	1,4	3,9	2,9
11	4,4	3,2	10,8	3,1	4,8
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

Av dem som vid sjukfallets början var arbetslösa går 16,9 % vid ärendets avslutande till någon form av arbete, medan 32,2 % blir förtidspensionerade. Av de arbetslösa är det en anmärkningsvärt hög procent som får sin sp indragen. Av de anställda/egna företagarna respektive anställda i skyddat arbete återgår 48,3 % respektive 44,6 % till någon form av arbete medan 35,4 % respektive 41,3 % blir förtidspensionerade. Andelen som erhåller förtidspension är högre bland hemmamakar än i övriga grupper. Avslutningsanledningen "annan anledning" uppvisar en hög siffra för arbetslösa (10,8 %), vilket möjligen kan beror på att dessa jämförelsevis ofta fortsätter med utbildning efter sjukfallets avslutande.

Av de utredningsärenden som avslutades under förra hälften av 1981 redovisas nedan antal och procentuell fördelning av arbetshandikapp för män och kvinnor i hela riket.

Arbetshandikapp	männ + kvinnor	
	antal	%
Hjärt-lung-kärl	2994	15,4
Hörsel-synskada	247	1,3
Rörelsehinder	9728	50,1
Annan fysisk sjukdom	3416	17,6
Psykisk sjukdom	2583	13,3
Socialmed handikapp	443	2,3
Summa	19411	100,0

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

De rörelsehindrade utgör den stora gruppen av arbetshandikappade. De med socialmedicinskt handikapp utgör enligt tabellen endast 2,3 %. Deras andel torde i själva verket vara högre. Detta arbetshandikapp är ofta kombinerat med annat arbetshandikapp och om det senare bedöms vara huvudsakligt arbetshinder, kodas inte det socialmedicinska handikappet. Detta kan bidra till att andelen med socialmedicinskt handikapp inte blir helt rättvisande.

6.4 Indragning av sp jämlikt AFL 3:7

Av statistiken framgår att ca 3,4 % av de sjukfall som varat i mer än 180 dagar avslutas med indragning av sp, trots att df fortfarande är sjukskriven av läkare. På ett år blir det fråga om ca 2.225 personer som får sin sp indragen då sjukfallet varat i mer än 180 dagar. Denna grupp innefattar även indragning enligt AFL 3:17 och 20:3, men 3:7-indragningarna är den största gruppen. Sammanlagt sker ca 9.200 sp-indragningar per år.[26]

Avsikten med detta avsnitt är att beskriva handläggningsrutiner och rättstillämpning vid indragning av sp enligt AFL 3:7.

Egentligen är det inadekvat att tala om indragning av sp jämlikt AFL 3:7 eller indragning av sp av medicinska skäl. Lagtexten använder uttrycket indragning (och nedsättning) av sp endast i AFL 3:17 och 20:3. Indragning av sp jämlikt dessa båda paragrafer har jag behandlat ovan i kap 4. Kännetecknande för indragning av sp i dessa situationer är, att indragningen fungerar som en sanktion mot df, därför att df har betett sig på ett sätt, som inte överensstämmer med de handlingsmönster som indirekt kan utläses av 3:17 och 20:3. Men de fall jag nu avser att behandla och som betraktas såsom indragningsfall jämlikt 3:7 har inte karaktären av en sanktion för att df inte betett sig på önskat sätt. I dessa fall, där alltså de utredningsrutiner, för vilka jag redogjort ovan, har aktualiserats, innebär indragning av sp en brist på överensstämmelse mellan fk:s och sjukskrivande läkares uppfattning om förhandenvaron av sjukdom och arbetsoförmåga hos df.

I och för sig kan termen indragning av sp användas för att beteckna alla situationer, då ett sjukfall upphör, men jag har valt att använda termen för att beteckna avslutandet av de nämnda sjukfallen. I den betydelsen används termen av fk och RFV, vilket framgår ovan i 6.3.2.

6.4.1 Fk:s handläggningsrutiner

I U-handboken finns inga speciella handläggningsrutiner för indragning av sp jämlikt 3:7. Där framgår endast, att tjänsteman på U/UP-sektion på lk får fatta ett dylikt beslut, om kassan har tillgång till förtroendeläkare, samt att behandlande läkare alltid skall informeras om tjänsteman överväger besluta om indragning av sp. Vidare stadgas att beslut om indragning av sp alltid skall meddelas df skriftligen med besvärshänvisning.[27] Kopia av beslutet skall tillställas den behandlande läkaren. Vidare skall df:s framtida sjukfall som ovan framkommit sättas under bevakning under ett halvår.

Om lk inte har tillgång till någon förtroendeläkare, fattas ett indragningsbeslut av denna typ av ck, som alltid har tillgång till förtroendeläkare.[28] Samråd med förtroendeläkare "bör" ske innan beslut om indragning fattas. Förtroendeläkaren skall vid sin bedömning av ett ärende ha tillgång till de handlingar som är av betydelse. Samrådet med förtroendeläkaren brukar ske genom muntlig föredragning. Förtroendeläkaren undersöker som regel inte df, utan ett beslut om indragning av sp tas på handlingarna.

RFV:s statistik över utredningsärenden som avslutades 8101 - 8106 visar, att det saknades fullständigt medicinskt underlag för att kunna ta ställning till sp-rätten i 51 % av samtliga sjukfall, då dessa pågått sex månader. Dessa var till antalet 19.411. I 656 av dessa fall hade fk dragit in df:s sp.

Jag avser att först behandla en del rättsfall, där indragning av sp skett jämlikt 3:7 av den orsaken, att sjukdomsrekvisitet inte ansetts vara styrkt och därefter av den orsaken, att arbetsoförmågerekvisitet inte ansetts vara styrkt. I många fall torde dock båda rekvisiten samtidigt ha bidragit till att indragning av sp skett.

6.4.2 Sjukdomsvillkoret i rättstillämpningen

I det rättsfallsmaterial rörande s k bevakningsfall, till vilka jag hänvisar i detta och följande kapitel, finns åtskilliga avgöranden där fk menat, att det trots pågående sjukskrivning inte längre föreligger någon sp-rätt för df, därför att df inte längre kan anses vara sjuk. I de flesta fall har orsaken varit, att kassan inte kunnat påvisa några objektiva kriterier för sjukliga förändringar.

Att objektivt påvisa en sjuklig förändring är för den sjukskrivande läkaren många gånger svårt.[29] Patienten klagar över exempelvis ryggont, vilket många gånger inte går att objektivt fastställa ens

efter ingående undersökningar. Frågan, vilka krav som kan ställas på att sjukdomen är objektivt konstaterbar för att sjukpenninggrundande tillstånd skall anses föreligga, har diskuterats ovan. Pågår sjukdomsfallet kortare tid än en vecka torde i praktiken frågan aldrig aktualiseras, eftersom kassan i ett sådant fall inte kräver, att sjukdomen bevisas på annat sätt än genom df:s egen försäkran. Fk kan även godta en viss tids sjukskrivning utan att det av läkarintyget framgår, att sjukdomen objektivt har kunnat konstateras. Frågan om sjukdomstillståndet är objektivt konstaterbart har större betydelse vid de långa sjukfallen, eftersom det åligger kassan att på ett eller annat sätt försöka avkorta en lång sjukperiod. Långa sjukfall med symptomdiagnoser[30] blir föremål för särskild utredning.

Df var sjukskriven för "arthrosis gen bilat + adipositas". I och med att fk inte ansett henne berättigad till förtidspension (sjukbidrag) drogs hennes sp in (Malmöhus allmänna försäkringskassa 800102). Df överklagade. FRS fann att inflammatoriska inslag i df:s led- och muskelvärk inte kunnat fastställas. En mindre hälsporre på vänster öra hade röntgenologiskt observerats. Denna kunde förklara smärtor därifrån. Efter öronkonsultation hade konstaterats att df var helt döv på vänster öra samt att hon hade en djup neurogen hörselnedsättning på höger öra. FRS ändrade dock inte fk:s beslut (FRS 810406 mål nr 844/80). FÖD ansåg dock df berättigad till hel sp jämlikt 3:7 (820217 mål nr 753/81:4 och 754/81:4).

I de flesta fall, då fk beslutat om indragning av sp "på medicinska skäl", har detta motiverats med att arbetsförmågan inte befunnits vara nedsatt med minst hälften. Har indragningsbeslutet stått sig i högre instans, har det som regel varit med samma motivering. Men även om man motiverar med att arbetsförmågan inte är nedsatt med minst hälften, torde det i många fall vara så, att kassan även anser att sjukdomsvillkoret är dåligt uppfyllt.[31] De uppgivna diagnoserna är som regel symptomdiagnoser, de fynd som objektivt har kunnat konstateras har varit små.[32] Det framgår ofta av rättsfallsmaterialet, att dessa fynd kraftigt kontrasterar mot de subjektiva upplevelserna av symptomen.[33] Den subjektiva upplevelsen av ett uppgivet sjukdomstillstånd tillåts som regel inte bilda underlag för det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet (i vart fall inte under någon längre tid).

FRS (810921 mål nr 136/80) och FÖD (820420 mål nr 1950/81:6) biföll inte df:s yrkande om sp, därför att df:s symptom uppfattades som vaga och därför att det saknades objektiva tecken på ortopedisk sjukdom (df var sjukskriven under diagnosen cervikal rhizopathi).

Vidare ansågs df vara neurotisk och lägga stor vikt vid smärtor och obehag från olika delar av kroppen, smärtor, som flertalet människor har av och till, speciellt de som är nervöst lagda.

I och med att innehållet i df:s arbetsoförmåga många gånger inte kan fastställas på annat sätt än genom sin anknytning till det uppgivna sjukdomstillståndet, blir konstaterandet av detta tillstånd av största betydelse. Jag finner det därför motiverat att hänföra åtskilliga av de rättsfall rörande indragning av sp på medicinska skäl jämlikt AFL 3:7[34] till den inverkan varaktigheten av ett sjukfall kan ha på sjukdomsvillkoret och inte på arbetsoförmågevillkoret.

Även om det av beslutsmotiveringarna framgår, att få eller inga objektivt konstaterbara fynd är otillräcklig bevisning för att df är arbetsoförmögen p g a sjukdom, torde det för sp-rätt många gånger inte enbart vara fråga om huruvida uppställda beviskrav är tillgodosedda eller inte. Även det innehåll som man ger begreppet sjukdom i dessa situationer påverkar sp-rätten.

Följande fall får tjäna som illustration (FD 780221 dnr 511/77):

En kvinna hade först varit helt, därefter halvt sjukskriven under en längre period p g a ryggbesvär. Efter en sjukskrivningsperiod på sammanlagt bortåt 2 år drog kassan in sp, eftersom kassan funnit, att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften. De närmare omständigheterna kring indragningen och grunderna härför framgår inte. Df besvärade sig hos RFV, som hörde sin medicinskt sakkunnige, som fann, att df inte hade "sådana objektivt påvisbara förändringar som nedsatte arbetsförmågan till hälften". RFV biföll inte besvären. Hos FD åberopade df fyra läkarutlåtanden, vari uttalades att df:s arbetsförmåga var nedsatt med minst hälften (i ett intyg angavs, att df efter eventuell medicinsk behandling sannolikt skulle kunna utföra endast lättare städarbete). RFV vidhöll sin åsikt i yttrande till FD. Verkets överläkare var dock av annan åsikt: "Här föreligger en bristande korrelation mellan närmast obetydliga objektiva undersökningsfynd och df:s upplevelse av uttalade ryggbesvär. Erfarenheten visar emellertid, att sådana tillstånd kan förekomma. Samstämmigheten i hennes uppgifter rörande smärtornas lokalisation och karaktär under flera år talar för ett sjukdomstillstånd med ryggbesvär, som medför nedsättning av arbetsförmågan. Graden av denna nedsättning är vansklig att avgöra men synes mig kunna uppgå till minst 50 procent men icke till avsevärt mer och kunna bli varaktig men icke bestående." FD fann, att df:s arbetsförmåga var nedsatt med minst hälften, dock inte helt. Någon närmare motivering till sitt domslut har FD inte givit.

Mycket talar för att FD byggde sitt domslut på vad framförallt RFV:s läkare androg. Trots att endast obetydliga objektiva under-

sökningsfynd förelåg, vilka i det stora flertalet kassa- och mellaninstansavgöranden inte ansetts utgöra tillräckliga bevis för att sjukdom förelåg, menade domstolen, att df befann sig i ett sjukdomstillstånd med ryggbesvär som symptom. Domstolen gick på df:s egen subjektiva uppfattning om sina symptom. Hon hade under flera års tid givit samma beskrivning rörande sina besvär, varför hon bedömdes som trovärdig. Är väl sjukdomstillståndet att anse såsom bevisat för detta mer eller mindre med sig, att även arbetsoförmågan är bevisad, även om graden av nedsättning är svåråtkomlig. Rättsfallet visar, att man till grund för bedömningen kan anlägga en varierad syn på smärtupplevelsen och förmågan att uthärda smärta, där man tar hänsyn till den enskilda individens möjligheter att klara av ett arbete utan att påverkas negativt av sin smärta i alltför hög grad.[35] Sjukdomen består då inte i de avvikelser från den normala livsprocessen, vilka manifesterats genom laboratoriefynd o dyl och vilka orsakar smärtupplevelser, som i sin tur kan medföra arbetsoförmåga. I stället består sjukdomen just i ryggsmärtorna, dvs i symptomen. Eftersom orsaken till dessa är okänd har man i detta fall accepterat smärtupplevelserna som ett sjukdomstillstånd, vilket innebär en mer uttalad helhetssyn på df:s besvär och inte bara ett konstaterande av huruvida en objektivt iakttagbar avvikelse från vad som kan betecknas som normalt är för handen.

Den individuella upplevelsen av ett sjukdomstillstånd och möjligheterna att trots vissa yttre symptom klara av ett arbete var också föremål för behandling i nedan relaterade avgörande (FÖD 790405 dnr 2089/78).

Sp drogs in för en kvinna, som varit långvarigt sjukskriven p g a cervikalgi och lumbago ischias. Man ansåg, att försök borde göras med återgång i arbete men att svårigheter till återanpassning kunde förväntas p g a den långvariga sjukskrivningen, varför kassan under en månad utbetalade halv sp, innan fullständig indragning skedde. Vid kortvariga arbetsförsök hade hon enligt egen uppgift försämrats med värk från nacke till fotled och åberopade två nya läkarintyg, som utvisade hel sjukskrivning ett par månader framåt för ryggin-sufficiens och ischias respektive cervical rhizopathi. Df besvärade sig. RFV biföll inte besvären. Hos FÖD ingavs ytterligare läkarintyg, ett med diagnosen reaktiv depression och ett annat utvisande, att df:s sjukdomstillstånd bedömdes såsom "helt adekvat". Hon hade klara symptom från halsrygg och ländrygg och dessutom symptom från psyket i form av depressiva tendenser. Även om df:s besvär skulle vara helt subjektiva, var besvären av sådan art, att hon var arbetsoförmögen. FÖD gick på denna linje och fann df helt arbetsoförmögen p g a sjukdom.

Även i detta fall har alltså de subjektiva besvären uppfattats som sjukdom. I de allra flesta fall leder dock avsaknaden av synbara objektiva symptom av de uppgivna sjukdomsbesvären till att sp-rätt inte föreligger. Ofta är det då fråga om ryggbesvär, ibland i kombination med besvär av psyko-social natur.[36]

Df, som var arbetslös, var helt sjukskriven under diagnoserna social-psykiatrisk syndrom och lumbal spondylos. Då någon organisk ryggskada som bakgrund till de ryggbesvär som df uppgivit sig lida av inte kunnat påvisas och då de röntgenologiska fynd som gjorts var av "så ringa valör" att de inte kunde tagas till intäkt för sjukdom, utgav varken Malmö allmänna försäkringskassa (780922) eller FRS (810223 mål nr 2341/79) sp. FÖD ändrade inte rättens dom (820511 mål nr 799/81:6).

FRS fann 810129 mål nr 22/80, att df:s arbetsförmåga "inte till följd av sjukdom" var nedsatt med minst hälften, då df företedde en polysymptomatisk sjukdomsbild med besvär från nacken, vänster axel och vänstra armbågen samt gastrointestinala besvär på grund av ett litet hiatusbråck. Df hade dessutom en lätt diabetes mellitus, som reglerades med diet. FÖD fann dock att df var helt arbetsoförmögen p g a epikondylit (810929 mål nr 287/81:8).

Som framkommit ovan är kassorna direkt ålagda att betrakta symptomdiagnosen med "uppmärksamhet".[37] Tyvärr finns det ingen statistik, där indragningsfall är relaterade till diagnos, varför jag inte med hänvisning till statistiskt material kan påvisa, hur ofta indragningar av sp beror på en symptomdiagnos. Det torde dock stå klart, att det är fråga om åtskilliga fall. Även om några formella regler inte finns om utförsäkring, torde det förhållandet att sjukfallet har varat i över 70 dagar och diagnosen är en symptomdiagnos alternativt inga objektivt konstaterbara förändringar har kunnat iakttagas leda till utförsäkring i en hel del fall.[38]

Frågan, huruvida den medicinska utredningen har varit tillräcklig och fullständig, uppkommer många gånger i de fall, då direkta somatiska besvär inte har kunnat spåras genom objektiva fynd. I åtskilliga fall torde en psyko-somatisk helhetsbedömning av df vara det mest adekvata tillvägagångssättet för att avgöra df:s rätt till sp.

Df var en ung man, som under nästan fem års tid gjorde gällande arbetsoförmåga p g a en rad kroppsliga besvär. Av fk:s utredning i ärendet framkom i huvudsak följande: Df uppgav sig lida av buksmärtor och trötthet. Någon organisk förklaring till besvären hade man inte kunnat finna. Df orkade inte vara uppe mer än högst halva dagen, eftersom han kände sig mycket trött. Han hade ingen kraft i armarna och minsta tyngd upplevdes besvärande. Ibland hade han även värk i benen och bröstet. Från laboratoriet för neuromuskulär

diagnostik förelåg följande sammanfattande bedömning: "De neurofysiologiska och morfologiska undersökningarna av patienten ger ingenting som talar för att det i nuläge föreligger en neuromuskulär sjukdom, allt normalt". Inom den närmaste tiden avsåg man att ånyo explorera df:s buk, och om denna exploration gav helt normalt fynd, torde somatisk diagnos kunna avfärdas. Kassan beslöt att dra in sp, därför att arbetsoförmåga p g a sjukdom inte ansågs vara för handen. I besvär yrkade df, att sp skulle utbetalas, tills en bekräftad diagnos hade ställts och att uttagen särskild fp skulle ändras till sp. Han hade av ekonomiska skäl på grund av den indragna sp tvingats ta ut särskild fp, trots att han varit sjukskriven. FRS avgjorde målet, innan den ovannämnda explorationen av df:s buk företagits. Rätten menade, att utredningen i målet inte gav tillräckligt stöd för antagandet, att df:s arbetsförmåga varit på grund av sjukdom nedsatt med minst hälften (790820 mål nr 6371/79). FÖD ändrade sedan inte FR:s dom (FÖD 800506 mål nr 1133/79:7).

Såvitt framgår av domen hade någon psykiatrisk utredning inte företagits. FR meddelade dom utan att den somatiska utredningen var helt färdig.[39]

Den fortsatta utvecklingen av df:s medicinska status kan spela en avgörande roll vid bedömningen av om df befunnit sig i ett sjukpenningberättigat tillstånd eller inte. Detta förutsätter att besvären prövas av högre instans. Beroende på de stora balanserna tar ett överklagande några år i anspråk, och den senare utvecklingen av df:s medicinska tillstånd kan därför få avgörande betydelse för utgången i högre instans.

En kvinna uppbar sedan lång tid tillbaka halv sp p g a besvär i höger lår och glutealregion (FÖD 790213 dnr 2574/77). På förfrågan uppgavs i ett läkarutlåtande, att df "knappast" kunde betraktas som fortsatt arbetsoförmögen p g a sjukdom. Sp drogs in. Nästan ett år senare blev df sjukskriven med hel arbetsoförmåga under diagnosen lårclaudicatio. Detta ledde till att RFV och FÖD fann, att fortsatt halv sp skulle utgå under tiden mellan indragningen av sp och fram till dess hel sp utgick (se även FD 770517 dnr 1841/76, FÖD 790215 dnr 542/78, FÖD 791204 dnr 1856/78, FÖD 800205 mål nr 437/79:6 och FÖD 820601 mål nr 1690/81:5).

Om en indragning av sp är bra eller dålig för df, är givetvis omöjligt att säga något generellt om. En lång sjukskrivning kan ha pacificerande effekt på df och kan df komma igång med ett arbete, torde detta i de flesta fall vara bättre ur medicinsk, ekonomisk och social synvinkel. Men om df genom att sp dras in tvingas till arbete, trots att df inte klarar av det (fysiskt eller psykiskt), kan detta givetvis vara sämre, ja t o m ödeläggande för df ur medicinsk, eko-

nomisk och social synvinkel.[40] I och med att df vid en långvarig sjukskrivning på ett helt annat sätt än vid en kort sådan är beroende av sp för sin försörjning, är det inte minst ur allmän social synvinkel nödvändigt, att kassan försöker anlägga ett helhetsperspektiv på df:s besvär ur somatisk, psyko-somatisk och psyko-social synvinkel. Ett sjukdomsbegrepp, som inte bygger på en helhetssyn på df:s besvär, kan speciellt vid de långa sjukfallen inte anses stå i överensstämmelse med lagstiftarens intentioner om samordning mellan olika ersättningsformer, särskilt mellan sjukförsäkring och förtidspensionering (se nedan). Att denna samordning inte endast är av administrativ natur utan även av materiellrättslig karaktär uppmärksammades tidigt. För rätt till förtidspension krävs att df lider av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Det sjukdomsbegrepp som används i detta sammanhang är mer präglat av en helhetssyn på df än sjukdomsbegreppet vid de långa sjukfallen. Att vid de långa sjukfallen använda ett sjukdomsbegrepp som är mer snävt än det man använder vid de korta sjukfallen (då symptomdiagnoserna brukar godtas för rätt till sp), kan förefalla egendomligt med tanke på samordningssyftet mellan rätten till sp vid långa sjukfall och rätten till förtidspension (sjukbidrag).

Kassan tar som framkommit ovan regelmässigt kontakt med sin förtroendeläkare i en indragningssituation, men i och med att förtroendeläkaren i de flesta fall fattar sitt beslut enbart på tillgängliga handlingar i ärendet, dvs inte själv undersöker df, ställer sig nog df många gånger frågande till ett indragningsbesluts riktighet, när det som regel finns åtminstone ett (i många fall flera) läkarintyg som talar i motsatt riktning. Att förtroendeläkaren borde ha undersökt henne/honom, innan ett så för df viktigt beslut fattas som indragning av sp, torde av de flesta upplevas som ett rättssäkerhetskrav.[41]

Sammanfattningsvis kan alltså framhållas, att, om ett sjukdomstillstånd kan verifieras med endast få objektiva kännetecken, detta som regel innebär, att sjukdomsrekvisitet anses bevisat under en viss tid (hur länge är svårt att generellt uttala sig om), men att beviskraven förändras efter hand, detta även om samma bevismedel används som i början av sjukfallet och fler tillkommer som i och för sig går i samma riktning som det förstnämnda. Om sjukfallet blir ett utredningsfall, ställs hårdare krav för att sjukdomsrekvisitet skall anses vara uppfyllt. Men det är inte endast fråga om vilka beviskrav som ställs, utan också vilket innehåll man ger sjukdomsvillkoret. Å ena sidan finns det sjukdomsbegrepp, där varje fas i sjukdomsbilden

styrks genom objektivt påvisbara faktorer, å andra sidan det sjukdomsbegrepp, där innehållet inte endast utgörs av medicinska faktorer utan av andra, främst av psyko-social natur. Proportionerna mellan det medicinska och det psyko-sociala innehållet kan variera starkt. Som tidigare framhållits har ett sjukdomsbegrepp med det sistnämnda innehållet (dvs ett socialmedicinskt sjukdomsbegrepp) inte ansetts berättiga till sp, åtminstone inte under någon längre tid. Ett dylikt synsätt kan motverka en helhetssyn på df och leda till att adekvata rehabiliterande åtgärder inte initieras, emedan detta inte anses vara fk:s skyldighet, när sp-rätt inte längre är för handen.

6.4.3 Arbetsoförmågevillkoret i rättstillämpningen

I detta avsnitt skall arbetsoförmågevillkoret i rättstillämpningen undersökas. Antalet rättsavgöranden, där sjukfallets varaktighet inverkar på arbetsoförmågevillkoret, är talrika och svåröverskådliga. Som ovan framkommit skiftar det arbete till vilket arbetsoförmågan relateras, beroende på sjukfallets varaktighet. Om detta handlar AFL 3:8 första stycket. Enligt denna bestämmelse skall arbetsoförmågerelateringen göras till det ordinarie arbetet, om sjukfallet beräknas bli kortvarigt, men till hela arbetsmarknaden, om det beräknas bli långvarigt. Att detta kan ge upphov till vissa problem kommer den följande rättstillämpningsanalysen att utvisa. Övergången från en arbetsoförmågerelatering till det ordinarie arbetet till en arbetsoförmågerelatering till hela arbetsmarknaden ger möjligheter till indragning av sp jämlikt 3:7. Jag inleder med att redovisa rättsfall där arbetsoförmågerelateringen är gjord till df:s ursprungliga arbete (6.4.3.1), därefter till hela arbetsmarknaden (6.4.3.2) och slutligen till hemarbete (6.4.3.3). I de rättsfall som anförs i dessa avsnitt har frågan om till vilket arbete relateringen skall göras varit det centrala problemet.

6.4.3.1 Arbetsoförmågerelatering till det ursprungliga arbetet

Kan den arbetsrelatering som görs för att avgöra om arbetsoförmåga föreligger i ett sjukfall som varat en längre tid ske till df:s ursprungliga arbete trots att en sådan relatering enligt ordalydelsen i AFL 3:8 första stycket endast gäller korta sjukfall?

Kassan drog in sp för en ung kvinna, som arbetade som snabbköpskassörska och som vid upprepade tillfällen varit sjukskriven p g a besvär i axel och arm. Kassan hade nämligen funnit, att hennes hälsotillstånd inte försämrats vid jämförelse med ett

tidigare avslutat sjukdomsfall, och menade, att hennes arbetsförmåga inte kunde anses nedsatt i sådan omfattning som berättigade henne till sp. Hos FD åberopade df ett intyg, i vilket tre läkare gjorde samma bedömning om hennes situation, nämligen att hon inte borde arbeta som snabbköpskassörska. De hade därför förordat arbetsbyte. I avvaktan på att ett lämpligt arbete skulle kunna ordnas hade de ansett, att hon under tider, då hon var bättre i armen och axeln, kunde klara tjänstgöring på sin gamla arbetsplats. Hon hade dock regelbundet försämrats efter sådana försök till återgång till sin gamla arbetsplats. - FD fann att hennes arbetsförmåga var p g a sjukdom fullständigt nedsatt under den aktuella tiden och fann henne berättigad till hel sp (FD 780706 dnr 555/78).

Det åberopade intyget har säkerligen betytt mycket för utgången i FD. Utgångspunkt för bedömningen av eventuell arbetsoförmåga har tagits i df:s tidigare arbete, varvid konstaterats, att hon inte kunde sköta detta utan att bli mycket sämre. Hon betraktades som arbetsoförmögen i sitt gamla arbete medan det indirekt framkom, att det behövde hon inte vara i ett annat arbete. Trots detta sattes arbetsoförmågan i relation till df:s gamla arbete. Orsaken torde vara, att det förordade arbetsbytet var för litet preciserat vid tidpunkten för FD:s dom, och att df då ännu inte helt lämnat sin gamla arbetsplats, i och med att hon under tider då hon varit bättre kunnat arbeta där.

I ett flertal avgöranden framstår en övergång från hel sp till halv sp som en gradvis övergång till att avsluta sjukfallet. I de flesta av dessa fall görs arbetsrelateringen till df:s ursprungliga arbete.[42] Tanken bakom är i de flesta fall, att df skall göra ett arbetsförsök i begränsad omfattning för att sedan övergå till att arbeta som före sjukfallet. Ofta anser fk detta vara lämpligt, då df varit helt sjukskriven under en längre tid och varit borta från förvärvslivet. Fk:s beslut att inte längre utge halv sp, kan av df uppfattas som felaktigt, eftersom df själv upplever sin arbetsförmåga såsom nedsatt med minst hälften.[43] Df:s egen uppfattning om sin arbetskapacitet har ofta inte någon större betydelse. Det ställs stora beviskrav på df för att styrka att halv arbetsoförmåga föreligger, när df varit helt arbetsoförmögen en tid och kassan vill avsluta sjukfallet. Om ett läkarintyg utvisar oförändrad medicinsk och funktionell status, borde en övergång från utgivande av hel till utgivande av halv sp respektive från halv sp till avslutande av sjukfallet, inte kunna ske, såvida inte arbetsrelateringen förändras.

I fallet FD 771011 dnr 1066/77 var df (damfrisörska) enligt FD berättigad till halv sp, trots att kassan och RFV funnit, att hon inte

längre hade rätt till denna. Ett läkarutlåtande, i vilket df rekommenderas halvtidsarbete under ytterligare sex månader samt fortsatt sjukgymnastisk behandling och uppträning i muskulaturen i nacke och axlar, torde ha spelat en avgörande roll för FD. Arbetsvårdande åtgärder ansågs av läkaren inte påkallade, eftersom df var helt inriktad på att återgå till heltidsarbete, när hennes nackbesvär blivit bättre. - I fallet FD 780112 dnr 1361/77 fick dock till FD inlämnat läkarintyg som styrkte halv arbetsoförmåga ingen avgörande betydelse för domstolen. En begäran om ytterligare medicinsk utredning bifölls inte av FD (781207 dnr 1067/78).

I fallet FÖD 791011 dnr 2174/78 gjorde df gällande, att han inte orkade arbeta på heltid och att en återgång i heltidstjänst otvivelaktigt skulle innebära, att han på nytt blev sjuk. Df led sedan många år av besvär från ryggen och smärtutstrålning ner mot undre extremiteterna. Objektivt hade man funnit en röntgenologisk förändring i nedre ländryggen. Han led även av bröstsmärtor, yrsel och andnöd, vilka besvär bedömts stå på psykogen basis. Vid undersökning på RFV:s sjukhus i Tranås hade framhållits vikten av att df kom in i en arbetsrutin i ett kroppsligt lättare och ryggvänligt arbete. Han hade fått en halvtidstjänst som förrådsman vid SJ, där han tidigare arbetat som tillsyningsman. Fk hade dragit in df:s sp. Men FD fann, att den medicinska utredningen visade halv arbetsoförmåga och därmed rätt till halv sp.

I och med att FD funnit df vara minst halvt arbetsoförmögen, torde FD fortfarande ha relaterat arbetsoförmågan till df:s ursprungliga arbete som tillsyningsman (jfr även FÖD 790213 dnr 2574/77 och FÖD 791108 dnr 2300/78).

I FÖD-avgörandet 820504 mål nr 952/81:8 hade läkare framhållit df:s definitiva oförmåga att arbeta i det ursprungliga arbetet men även framhållit, att hon skulle kunna vara arbetsför i ett kontorsarbete. FRS hade 810313 i mål nr 4730/79 funnit, att df inte var arbetsoförmögen, vilket torde innebära, att arbetsrelateringen gjorts till ett kontorsarbete. FÖD var av motsatt mening och fann df berättigad till hel sp. FÖD har alltså i detta fall inte släppt relateringen till det ursprungliga arbetet, förrän df verkligen *erhållit* ett lämpligt arbete.

6.4.3.2 Arbetsoförmågerelatering till hela arbetsmarknaden

I flertalet avgöranden rörande lång sjukskrivning har högsta instans inte bifallit df:s yrkanden rörande fortsatt rätt till sp. Utan att närmare motivera sitt ställningstagande har domstolen funnit, att df:s arbetsförmåga inte varit nedsatt med minst hälften p g a sjukdom och som en konsekvens därav har sp dragits in.[44]

Den vanligaste orsaken till att df:s sp dras in efter en längre tids sjukskrivning är den förändrade arbetsrelateringen. Även om fk och domstolarna i åtskilliga fall fortsätter att relatera df:s arbetsförmåga

till df:s "vanliga" arbete eller relaterar arbetsförmågan till ett speciellt arbete, t ex ett skyddat arbete, ett arbete till vilket df omskolats, ett något förändrat arbete på df:s ordinarie arbetsplats och därvid finner, att df inte är arbetsoförmögen till minst hälften,[45] leder av rättsfallsmaterialet att döma de flesta långa sjukfall till en arbetsoförmågerelatering till ett tänkt arbete.[46] Hur denna förändrade arbetsoförmågerelatering faktiskt går till är i de flesta fall omöjligt att närmare utläsa något om genom att studera rättsfallen. Som regel framkommer det av ett eller flera läkarutlåtanden, att den undersökande läkaren funnit, att df med hänsyn till sin sjukdom inte kan återgå till sitt tidigare arbete men att df är arbetsförmögen i ett lättare, exv ryggvänligt arbete. Vilken "dignitet" det skall vara på ett dylikt arbete torde vara osäkert. Förarbetena ger inga säkra svar härpå.[47]

I FD-avgörandet 780321 dnr 2212/77, 2213/77 och 2214/77 relaterades arbetsförmågan till ett annat arbete än det ursprungliga. Läkaren ansåg att df, vars arbetsförmåga begränsades av övervikt och rygg- och ledbesvär, borde kunna klara ett lättare halvrörligt arbete men däremot inte ett stillasittande ryggansträngande arbete eller ett arbete i ensidiga ställningar. Kassan och överinstanserna tog sin utgångspunkt i ett tänkt arbete av den ovan beskrivna karaktären och fann med ledning härav, att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften.[48]

En kvinna var sjukskriven p g a smärttillstånd i halsryggen förenad med huvudvärk (FD 780209 dnr 1535/77). Hon bedömdes p g a sina besvär vara i behov av ett mindre stillasittande arbete än läkarsekreterare, och hon genomgick därför utbildning till fritidspedagog, en sysselsättning som enligt sjukskrivande läkares mening var bättre lämpad för df med hänsyn till hennes besvär. Kassan beslöt då att dra in sp p g a att det ej var styrkt, att df:s arbetsförmåga var nedsatt med minst hälften p g a sjukdom. - Df besvärade sig och yrkade sp fr o m indragningsdagen till dess arbetsgivarens pågående arbete med omplacering av henne hade slutförts, ett yrkande som inte bifölls (helt) i de högre instanserna.

Att kvinnan var arbetsoförmögen som läkarsekreterare stod tämligen klart, men i och med att kvinnan uttalade planer på att lämna det yrket för ett annat i vilket hon skulle kunna fungera bättre trots sina rygg- och halsbesvär, relaterade kassan inte längre df:s arbetsoförmåga till arbetet som läkarsekreterare. I stället relaterades arbetsförmågan till ett tänkt arbete som fritidspedagog, och i förhållande till ett sådant arbete förelåg ingen nedsättning av arbetsförmågan. Att df inte hade ett arbete som fritidspedagog och ännu mindre

kunde få ett sådant inom viss tid, eftersom utbildningen till arbetet ifråga precis hade påbörjats, påverkade inte bedömningen.[49]

Relateringen till hela arbetsmarknaden kan också ge till resultat, att df befinns vara arbetsoförmögen i förhållande till hela arbetsmarknaden.

I fallet FD 770510 dnr 1053/76 framgår ganska tydligt, att kassan och framförallt RFV inte relaterat df:s arbetsförmåga till hennes ursprungliga arbete som fabriksarbeterska. Efter en långvarig sjukskrivning drog kassan in df:s sp, enär den inte funnit styrkt, att df:s arbetsförmåga var nedsatt med minst hälften. Något mer än en månad senare sjukanmäldes df ånyo, varvid hon under en vecka vårdades på medicinsk klinik för lungsjukdom (lungfibros). Kassan beslöt att inte utge sp under den sjukskrivningsperiod på fyra månader, som följde i anslutning till sjukhusvistelsen. Df besvärade sig men RFV fann, att df:s arbetsförmåga "i ett för henne lämpligt arbete" inte kunde anses vara nedsatt med minst hälften. Efter en ingående medicinsk utredning av bl a FD:s medicinskt sakkunnige, som fann övervägande skäl tala för att df till följd av sin kroniska lungsjukdom varit till mer än hälften arbetsoförmögen under den ifrågavarande tiden, menade FD, att det blivit utrett, att df:s arbetsförmåga varit fullständigt nedsatt under den aktuella tiden, dvs df torde vara att betrakta såsom arbetsoförmögen i vilket arbete som helst.[50]

I och med att fk (domstolarna) släpper arbetsrelateringen till det ursprungliga arbetet som df haft (har), står i princip hela arbetsmarknaden öppen för en arbetsrelatering.[51] Df:s arbetsförmåga kan relateras till varje typ av lämpligt arbete på den svenska arbetsmarknaden. Huruvida df verkligen kan erhålla något sådant arbete, tar man ofta inte ställning till då man gör arbetsrelateringen. Även om arbetsvårdande åtgärder vidtas, exv i form av utbildning till ett viss yrke, är det inte ovanligt att df inte kan få något arbete i detta yrke p g a arbetsbrist.[52]

Man ser ibland också yrkanden om sp, som skall tjäna som ersättning till dess df får ett arbete anpassat till arbetsförmågan. I fallet FD 770927 dnr 1048/77 yrkade df fortsatt sp, efter det att kassan dragit in denna med motiveringen, att arbetsförmågan inte var nedsatt med minst hälften. Df motiverade sitt yrkande med "tills jag fått ett lämpligt arbete, vilket jag orkar med". I ett annat avgörande (FD 780919 dnr 175/78) var bakgrunden densamma och här yrkade df fortsatt sp till dess hon "kommit igång med egen verksamhet (tillverkning av handarbeten)". Inget av yrkandena bifölls.

Det finns avgöranden som visar, att man ibland funnit det vara

problematiskt att endast hålla sig till en tänkt arbetsmarknad vid arbetsoförmågerelateringen och inte utgå från en mer realistisk bedömning härav. Jag skall nedan anföra några exempel på detta.

Df var sjukskriven med hel sp under nästan ett år med diagnoserna ulcus duodeni, ångestneuros och stressjukdom. Med anledning av förfrågan från fk:s förtroendeläkare meddelade den sjukskrivande läkaren, att han ansåg att df "inte kunde arbeta heltid och att han inte visste vad han skulle göra med henne, eftersom det inte fanns något halvdags- eller deltidsarbete för henne." Efter begäran från förtroendeläkaren om förtydligande av meddelandet uppgavs, att df inte var återställd men att det kunde vara lämpligt att hon gjorde ett försök att arbeta halva dagen. Eftersom det inte fanns något halvtidsarbete och det därför inte kunde prövas om hon kunde arbeta, sjukskrevs hon helt. - Av uppgifterna framgick, att läkaren ansåg hel sjukskrivning av df befogad och han uppgav bl a: "Hon är berättigad till hel sjukpenning under hela den tid jag har sjukskrivit henne helt." Fk beslöt att utge endast halv sp för viss tid. För tiden därefter blev df ånyo helt sjukskriven p g a nya komplikationer. - RFV gick på samma linje som fk, medan FD fann, att arbetsförmågan varit fullständigt nedsatt även för den aktuella tiden. Två ledamöter var skiljaktiga och menade, att den sjukskrivande läkaren framhållit, att df skulle kunna återgå till sitt arbete som vårdbiträde, om hon fick arbeta halvtid. Något sådant halvtidsarbete fanns emellertid inte tillgängligt. Det framgick, menade de, att det var väsentligen därför som läkaren ansett, att df borde få hel sp även fortsättningsvis. Df:s arbetsförmåga kunde därför inte anses ha varit fullständigt nedsatt.[53]

Det torde inte vara vanligt, att man så öppet har relaterat arbetsoförmågan till den aktuella arbetsmarknadssituationen på platsen. De rättstillämpande organen har ju visserligen inte själva berört arbetsmarknadsläget, men låtit ett läkarintyg i vilket detta gjorts tillmätas bevisvärde.

Som de följande rättsfallen visar kan dock i vissa fall df:s svårigheter att få arbete påverka bedömningen av arbetsförmågan på olika sätt.

Gävleborgs läns allmänna försäkringskassa 790402 beslutade att inte utge sp till df, därför att arbetsförmågan inte kunde anses p g a sjukdom nedsatt med minst hälften. Df, som hade haft anställning som fabriksarbeterska, blev sjukskriven under diagnos nackmyalgi. Efter förmedling av länsarbetsnämnden genomgick hon arbetsprövning/träning och utbildade sig sedermera till laboratoriebiträde. Efter det att hon avslutat utbildningen till laboratoriebiträde, hade hon trots försök inte kunnat få något arbete inom detta eller något annat yrke. Det enda alternativ som återstått var att återgå till den tidigare

anställningen, vilket hon också gjorde. Men efter nio månader blev hon ånyo sjukskriven under samma diagnos. FR fann att df:s arbetsförmåga inte i ett för henne lämpligt arbete - exempelvis som laboratoriebiträde - p g a sjukdom varit nedsatt med minst hälften. Vid sådant förhållande var hon inte berättigad till sp (FRN 800530 mål nr 2230/79). FÖD menade, att utredningen inte visade, att det redan då fk fattade sitt beslut synes ha förelegat tillräcklig grund för antagande, att df:s ifrågavarande sjukdomsfall skulle bli långvarigt. FÖD fann därför att nedsättningen av df:s arbetsförmåga skulle bedömas utifrån sjukdomsbesvärens inverkan på hennes möjligheter att utföra uppgifterna i arbetet som fabriksarbetare. Hennes arbetsförmåga var därför att anse som fullständigt nedsatt på grund av nackbesvären och hon var följaktligen berättigad till sp (FÖD 810526 mål nr 889/80:5). - FÖD uppfattade alltså sjukfallet som ett kort sjukfall, varvid anledning saknades att frångå relateringen till det ursprungliga arbetet.

Även i fallet FD 780620 dnr 2803/77 låg en för df dålig arbetsmarknadssituation i botten. Df uppgav hos FD, att han var arbetslös och att det torde vara omöjligt för honom att finna ett så lätt arbete, att han skulle orka med det. Han led nämligen av diabetes, högt blodtryck, kramp i bröstet och hjärtats kranskärl samt diverse nervösa besvär. FD ansåg hans arbetsförmåga vara fullständigt nedsatt p g a sjukdom.[54] - En realistisk bedömning av df:s möjligheter att få ett arbete som han klarade av bedömdes som obefintliga, varför df ansågs berättigad till sp.

Under åren 1974 och 1975 hade df varit sjukskriven 446 dagar för ledbesvär. Därefter hade han haft arkivarbete hos Länkarna i nio månader. Detta arbete hade upphört, därför att anslag till tjänsten inte längre beviljades. Df sjukanmäldes ånyo och var därefter sjukskriven och uppbar hel sp i huvudsak under diagnoserna depressio mentis och insomnia. Df stod uppsatt på väntelista för arbete på ALEA-verken (skyddad verkstad). Df hade varit i kontakt med arbetsförmedlingen och blivit lovad arbete så fort som möjligt. Sjukskrivande läkare menade, att df kunde återgå till arbete, men att det inte fick röra sig om tung sysselsättning. Efter samråd med sin förtroendeläkare meddelade fk, att df:s arbetsförmåga inte syntes vara på grund av sjukdom nedsatt i sådan omfattning, att han var berättigad till sp. Df anförde besvär hos RFV. Därvid uppgav han, att han väntade på besked om arbete vid ALEA-verken och att han också sökt beredskapsarbete men inte kunnat få sådant. Han framhöll att hans arbetsmöjligheter var starkt begränsade på grund av ledbesvär, depression och sömnsvårigheter. Df var därefter en tid inskriven vid psykiatrisk klinik. Därefter påbörjade han beredskapsarbete, vilket han skötte bra. Han ville dock börja på ALEA-verken, eftersom han var angelägen att få inomhusarbete p g a reumatiska besvär. RFV biföll ej besvären, vilket ej heller FD gjorde. Två ledamöter var dock skiljaktiga. De fann, att df:s arbetsförmåga var fullständigt nedsatt under den ifrågavarande tiden och att

han vid denna tid endast kunde sysselsättas i helskyddad verkstad. Med hänsyn härtill och då df inte kunde beredas helskyddad sysselsättning, fann de, att sp inte borde ha dragits in (FD 781128 dnr 1005/77).

Majoriteten gick alltså på den linjen, att df blev utan ersättning och utan arbete.

Arbetslösa, som får indragen sp, kan också bli utan arbetslöshetsersättning, eftersom de blivit utförsäkrade från arbetslöshetsersättning eller haft så dålig anknytning till arbetslivet, att de inte uppfyller kraven för arbetslöshetsersättning eller KAS.[55]

I vissa fall har arbetsträning, arbete vid (halvt) skyddad arbetsplats eller försök till sådant arbete ägt rum eller nya medicinska fynd gjorts, innan FD (FÖD) funnit det vara styrkt, att arbetsförmågan varit helt eller delvis nedsatt.[56]

Ibland motiveras sp-indragningen som i följande fk-avgörande:

Fk tog till prövning upp frågan om fortsatt rätt till sp sedan kassan infordrat medicinskt utlåtande från behandlande läkaren. Efter att ha inhämtat förtroendeläkarens yttrande fann kassan, att df:s arbetsförmåga var varaktigt nedsatt med minst hälften i hans vanliga arbete som elektriker. Df bedömdes dock trots sina sjukdomsbesvär ha en kvarstående arbetsförmåga av sådan betydenhet, att han även utan föregående rehabiliteringsåtgärder på den allmänna arbetsmarknaden borde kunna få en arbetsinkomst som motsvarade minst hälften av den han kunnat räkna med om han varit frisk. Hans arbetsförmåga ansågs därför inte längre nedsatt i sådan omfattning att han hade rätt till sp.[57]

Denna motivering är hämtad från RFFS 1978:32, 3 § och rör egentligen frågan om sp under arbetsvård.

FÖD har i ett avgörande 820824 mål nr 2302/81:7 relaterat df:s arbetsförmåga till hela arbetsmarknaden med motiveringen att df

"inte kan anses ha haft sin arbetsförmåga nedsatt så, att hon varit ur stånd att efter eventuell rehabilitering, utföra annat arbete än tidigare".

Att döma av själva ordalydelsen skulle vilket annat arbete som helst kunna bli föremål för arbetsoförmågerelateringen oberoende av inkomst osv. Men det finns också avgöranden, där frågan om det nya arbete till vilket relateringen skall göras noga utretts eller skall utredas.[58] Men de flesta avgörandena innehåller inget härom utan endast på sin höjd en hänvisning till ett "annat lämpligt arbete".[59] I åtskilliga fall har man inte uttryckligen tagit ställning till vilken arbetsrelatering som har gjorts, vilket gör beslutet eller domen svårförståelig.[60]

Ibland kan indragning av sp i samband med långa sjukfall, där frågan om till vilket arbete df:s arbetsförmåga skall relateras är det centrala, fungera som en sanktion.[61] Hänvisning till 3:7 har ändå skett i dessa fall, trots att åtminstone i några fall en hänvisning till 20:3 hade varit naturligare.[62]

Sammanfattningsvis kan alltså framhållas att fk (domstolarna) kan relatera df:s arbetsoförmåga till en viss typ av arbete som är lättare än df:s tidigare utan att först avgöra, huruvida df har någon reell möjlighet att erhålla ett dylikt arbete. Fk (domstolarna) kan också relatera df:s arbetsoförmåga till hela arbetsmarknaden utan att ta ställning till vilken typ av arbete som är lämplig och utan att konstatera, huruvida df verkligen kan erhålla ett dylikt arbete.

6.4.3.3 Arbetsoförmågerelatering till hemarbete

I det följande redovisas några rättsfall där arbetsoförmågan relaterats till hemarbete. Fallen rör dels förvärvsarbetande försäkrade dels hemmamakeförsäkrade.

Jag inleder med ett publicerat rättsfall från 1966 där frågan gällde, huruvida hemarbete och förvärvsarbete tillsammans bildade underlag för bedömningen att arbetsförmågan inte var nedsatt med minst hälften.[63]

Df hade under en längre tid varit halvt sjukskriven och erhållit halv sp p g a ryggsvaghet. Df ansökte om sjukbidrag och hänvisade till läkarintyg, som angav, att hon kunde klara halvtidstjänst. Vid en av kassan företagen utredning framgick, att df var gift och hade fyra barn i åldern 13, 12, 8 och 7 år. Av hemmasysslorna utförde hon sängbäddning, sopning, damning, matlagning, bakning, diskning fönsterputsning och ibland även skurning. Hennes make utförde matt- och sängklädespiskning. Tvätten klarades med tvättmaskin gemensamt av henne och hennes moder. När df arbetade på televerket, vistades hennes moder i hemmet och handhade då skötseln av barnen samt hjälpte till med hushållsbestyr. Hos televerket uppbar df omkring 12.000 kronor per år, motsvarande full lön minskad med halvt s k A-avdrag. - Fk fann df inte längre vara berättigad till sp, emedan hon dels arbetade halv ordinarie tid vid televerket, dels utförde de vanligen förekommande hushållsgöromålen. Fk avslog också df:s ansökan om förtidspension (sjukbidrag), enär hennes arbetsförmåga ej ansågs vara nedsatt i sådan grad som erfordras för rätt till sådan förmån. Över båda besluten anförde df besvär hos RFV, som inte biföll något av dem. - FD:s plenidom innebar, att omfattningen av det arbete df kunnat utföra gjorde, att det inte kunde anses vara styrkt, att arbetsförmågan var nedsatt med minst hälften. - Tre ledamöter var skiljaktiga och anförde: "Av utredning-

en i målet framgår, att S som länge haft heltidstjänst på grund av sjukdom icke kunnat utföra förvärvsarbete mer än motsvarande halvtidstjänst. På grund härav och då omfattningen av det arbete hon utför i hemmet icke i förevarande fall kan tillmätas betydelse vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning, finner vi hennes arbetsförmåga nedsatt med minst hälften. Hon är därför berättigad till halv sjukpenning."

Avgörandet torde inte längre ha någon betydelse (se dock nedan). Skälen härtill är två. 1972 kom nämligen ett annat publicerat avgörande (FD 1972 ref 22, se ovan), som innebar, att en sjuk förvärvsarbetande har rätt att utföra de hemsysslor hon/han brukar utföra utan att detta skall vara något indicium på att full arbetsförmåga finns för att utföra förvärvsarbetet.

År 1970[64] skedde vidare en uppmjukning av rätten för hemarbetande kvinnor att erhålla förtidspension. Man hänvisade till att även kvinnor som under många år varit hemarbetande började förvärvsarbeta i ökad utsträckning. RFV fann det därför befogat att vid bedömningen av en hemarbetande kvinnas arbetsförmåga också ta hänsyn till att det var tänkbart, att hon skulle ha kunnat åta sig förvärvsarbete utom hemmet om hon förblivit frisk. Den omständigheten att den hemarbetande kvinnan kunde utföra ett visst mått av hushållsarbete skulle inte hindra henne från att få hel förtidspension.[65] Men hänsyn skulle också tas till de möjligheter som fanns till ett lämpligt förvärvsarbete. Avböjde hon ett sådant arbete, skulle detta inverka på bedömningen. Rättstillämpningen rörande hemarbetandes rätt till förtidspension har under 70-talet utvecklats i enlighet med dessa principer.

Man kan då fråga sig i vad mån dylika principer kommer till användning, när man skall avgöra rätten till sp för en tidigare förvärvsarbetande (kvinna), som varit sjuk en längre tid och kanske under tiden blivit hemmamakeförsäkrad. Som regel kan en korttidssjuk hemarbetande inte erhålla sp, om hon/han kan utföra ett visst mått av hemarbete.[66] Skall man relatera arbetsoförmågan till hemarbetet, om df är långvarigt sjuk eller skall man då tänka sig ett förvärvsarbete, som df skulle kunna vara verksam i och relatera arbetsoförmågan till detta? Det skulle i så fall innebära, att df skulle kunna få utföra hemsysslor i den utsträckning som en förvärvsarbetande får lov att göra utan att förlora rätten till sp.

Följande rättsfall rör en tidigare förvärvsarbetande kvinna:

Df var helt sjukskriven bl a för nervös sjukdom. Kassan begärde, att df skulle låta undersöka sig på speciella kliniker och att utlåtande

över undersökningen skulle tillställas kassan. I utlåtandet framkom, att intrycket under vårdtiden varit, att några möjligheter för df att uppta arbete på den öppna arbetsmarknaden inte förelåg, men att df (en kvinna) rimligen borde kunna klara av hushållsgöromålen inom sin familj eventuellt med mindre bistånd. Alla tre rättstillämpande organen fann, att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften, varför ingen sp skulle utgå (FD 771103 dnr 743/77).

Att utförsäkra en person med hänvisning till att vederbörande åtminstone torde kunna klara av hushållsgöromålen inom sin familj har i det undersökta materialet aldrig aktualiserats för en man men väl för kvinnor (se ovan angående plenidomen).[67]

I FRN:s dom 810122 mål nr 3722/79 utgavs endast halv sp till df, som led av sned ländrygg, benförkortning och kotförskjutning av allvarligt slag. Df, som arbetade i makens firma, kunde inte utföra någon av dessa sysslor, men eftersom hon kunde företa vissa enklare hemsysslor, ansåg domstolen henne endast vara halvt arbetsoförmögen. Domstolen fann att "hennes arbetsförmåga p g a ryggsjukdomen, i hennes vanliga sysselsättning som hemarbetande, inte kunde anses fullständigt nedsatt. FÖD ändrade inte rättens dom (811117 mål nr 178/81:9).

Domstolarna har utgått från hemarbetet som det huvudsakliga arbetet.

Följande domar gällde hemarbetande kvinnor (huruvida alla var hemmamakeförsäkrade går inte att utläsa av avgörandena).

I ingen av domarna FRS 820331 mål nr 7693/79, FRM 820407 mål nr 976/80 och FRN 820402 mål nr 185/81 har gjorts någon uttrycklig relatering till ett tänkt förvärvsarbete. Kassorna (Skaraborgs läns allmänna försäkringskassa 790705, Stockholms läns allmänna försäkringskassa 790628 och Västernorrlands läns allmänna försäkringskassa 801219) var av den åsikten, att sp skulle dras in, därför att df kunde utföra hemarbetet åtminstone i viss utsträckning. Domstolarna ändrade inte kassornas beslut.

I domen från FRM fanns dock utlåtanden från rehabiliteringsklinik, där bl a framkom att df med hänsyn till utbildning, tidigare arbetslivserfarenhet och ålder hade svårt att finna ett arbete, som hon orkade med utöver arbetet i hemmet. I ett annat utlåtande gjordes gällande att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften vare sig som hemarbetande eller i ett adekvat förvärvsarbete. Kassan har i sitt beslut endast relaterat arbetsförmågan till hemarbetet.

I domen från FRN gjorde df gällande, att sjukdomsfallet medförde, att hon förlorade möjligheten att vikariera som hemsamarit. I fk:s yttrande till FR anförde dock fk, att det av utredningen som fk gjort inte framgått att df vikarierat som hemsamarit. Med detta har FR låtit sig nöja.

Kan alltså df trots sjukdom nödtorftigt utföra de vanliga hemsysslorna, anses detta vara en grund för fk att dra in df:s sp.

6.4.4 Slutsatser

Sammanfattningsvis kan framhållas att de för df:s rätt till sp mest centrala förutsättningarna, nämligen sjukdom och arbetsoförmåga, blir föremål för en skiftande innehållsmässig och bevisvärderande bedömning ju längre sjukfallet varar. Vad som är sjukdom och vad som är arbetsoförmåga skiftar inte endast mellan korta och långa sjukfall utan även mellan långa sjukfall inbördes. Möjligheterna att låta de subjektiva upplevelserna av ett uppgivet sjukdomstillstånd påverka sjukdomsvillkoret är tämligen små. De objektivt konstaterbara fynden tillmäts helt annan relevans än df:s psyko-sociala helhetssituation. Tidpunkten och omständigheterna i övrigt för när arbetsförmågan relateras till hela arbetsmarknaden varierar starkt. Domsmotiveringarna är alltför ofta för knappa för att läsaren (df) skall få vetskap om hur arbetsoförmågerelateringen är gjord.

6.5 Övergång till förtidspension

6.5.1 Förutsättningar för förtidspension

AFL 7:1 första och tredje styckena lyder:

Rätt till folkpension i form av förtidspension tillkommer försäkrad, som fyllt sexton år och som ej åtnjuter ålderspension enligt denna lag, för tid före den månad, då han fyller sextiofem år, därest hans arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst hälften och nedsättningen kan anses varaktig.

...

Kan nedsättning av arbetsförmågan icke anses varaktig men kan den antagas bliva bestående avsevärd tid, äger den försäkrade rätt till folkpension i form av sjukbidrag. Sådant bidrag skall vara begränsat till viss tid; och skall i övrigt vad som är stadgat om förtidspension enligt första stycket gälla beträffande sjukbidrag.

Avsikten är inte att göra en grundlig genomgång av förutsättningarna för förtidspension (sjukbidrag) och jämföra dem med förutsättningarna för sp. Det är tillräckligt att framhålla, att de långa sjukfall som kan leda till förtidspension har vissa karakteristika, vilka i och för sig redan behandlats i samband med rätten till sp, men vilka

också kan relateras till förtidspension (sjukbidrag). Dessa karakteristika är sjukdoms- och arbetsoförmågevillkoren.

Invaliditetsbegreppet inom förtidspensioneringen[68] kan sägas omfatta de förutsättningar i fråga om invaliditetens orsak, följd, storlek och varaktighet, som måste vara uppfyllda för att rätt till invalidförmån skall föreligga.[69] Vid invaliditetsbedömning skall beaktas såväl medicinska faktorer som övriga omständigheter, som påverkar df:s förmåga att bereda sig arbetsinkomst. Den medicinska faktorn kan vara en kroppslig eller psykisk sjukdom eller ett följdtillstånd efter sjukdom. Det kan också vara frågan om en medfödd defekt, kroppslig eller psykisk.[70] Även om annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan än sjukdom kan ge rätt till förtidspension, är sjukdomsvillkoret som regel uppfyllt i de förtidspensionsfall, som föregåtts av långvarig sjukskrivning. Angående innehållet i sjukdomsvillkoret hänvisar jag till vad jag sagt härom ovan. Detsamma gäller innehållet i villkoret arbetsoförmåga.

Den arbetsoförmåga som är en förutsättning för rätt till förtidspension innehåller dock vissa moment, vilka inte finns för rätt till sp. Dels är det fråga om en tidsrelaterad förutsättning, dels en "livssituations"-relaterad förutsättning.

Den förstnämnda förutsättningen innebär, att nedsättningen av arbetsförmågan skall vara varaktig eller i vart fall bestående avsevärd tid. Varaktighetskravet förutsätter inte, att arbetsoförmåga skall vara hela livet, men att det är sannolikt att den kommer att bestå åtskilliga år framåt i tiden. Med "avsevärd tid" avses en tid som inte understiger ett år. Denna förutsättning gäller för rätt till sjukbidrag. Det tidigare kravet, att nedsättningen i prestationsförmågan måste ha bestått oavbrutet minst sex månader, innan sjukbidrag kunde utgå, har borttagits i AFL.

Den "livssituations"-relaterade arbetsoförmågeförutsättningen innebär, att man skall beakta df:s förmåga att bereda sig inkomst genom sådant arbete som motsvarar hans krafter och färdigheter och som rimligen kan begäras av honom med hänsyn till hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bosättningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter (AFL 7:3 första stycket). Bedömningen är alltså direkt inriktad på df själv. En rad olika faktorer i df:s livssituation tillåts "påverka" innehållet i arbetsoförmågevillkoret. Detta "livssituations"-relaterade arbetsoförmågebegrepp hänger delvis samman med det tidsrelaterande arbetsoförmågevillkoret. Den pensionssökandes möjlighet att fortsätta sitt

tidigare arbete tillmäts nämligen en väsentlig betydelse vid sjukbidrag, medan vid en varaktig nedsättning av arbetsförmågan även möjligheten att, eventuellt efter särskild vård eller utbildning, övergå till ett annat yrke skall beaktas. Medan sådan vård eller utbildning pågår, kan df tillerkännas sjukbidrag, inte förtidspension. Vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning vid förtidspension tar man hänsyn till storleken å ena sidan av den arbetsinkomst, som df kan antas kunna uppnå som arbetshandikappad och å andra sidan hennes/hans arbetsinkomst som frisk. Vid denna jämförelse aktualiseras frågan vilken skyldighet pensionssökanden skall anses ha att underkasta sig ombyte till annat arbete. Viss skyldighet att byta arbete och verksamhet anses föreligga. Men man utgår inte reservationslöst från arbetsmarknaden i dess helhet. Man utgår från den del av arbetsmarknaden, som det är rimligt att beakta med hänsyn till varaktigheten och omfattningen av df:s tidigare utbildning och verksamhet av olika slag samt sådant yrke, för vilket han utbildats eller omskolats till i anledning av den hotande eller inträdda invaliditeten. Hänsyn tas också till det aktuella arbetsmarknadsläget. Finns inga arbeten på bostadsorten, krävs inte generellt att df skall flytta utan ett sådant krav blir beroende på en skälighetsbedömning. I de fall en flyttning med hänsyn till df:s ålder, familjeförhållanden, fastighetsinnehav och andra omständigheter inte kan begäras, bedöms df:s arbetsförmåga och arbetsmöjligheter med hänsyn till förhållandena på bostadsorten.[71]

Arbetsoförmågan skall också omfångsrelateras i likhet med arbetsoförmågan för rätten till sp (AFL 7:2). Graderingen av arbetsoförmågan görs dock annorlunda än vid sp-bedömningen. För rätten till hel pension krävs, att arbetsförmågan är så nedsatt, att inget eller endast en ringa del kvarstår av densamma. Härmed avses att arbetsförmågan är nedsatt med minst 5/6.[72] För rätt till 2/3 av hel förtidspension krävs att arbetsförmågan är nedsatt i mindre grad men ändå med avsevärt mer än hälften. Man anser i princip att arbetsförmågan skall vara nedsatt med minst 2/3 men inte med 5/6. För rätt till halv förtidspension krävs att arbetsförmågan är nedsatt med minst 1/2 men inte med 2/3.

Den som önskar komma i åtnjutande av pension skall ansöka om detta hos fk. Df får alltså själv ansöka om att bli ersättningsberättigad, och fk (och vid överklagande försäkringsdomstolarna) avgör om förutsättningarna härför att uppfylla.[73] Fk kan också tillerkänna df förtidspension utan att df har gjort ansökan härom. Df måste då

uppbära sp eller få ersättning för sjukhusvård (AFL 16:1 andra stycket). År 1978 beviljades 42.444 förtidspensioner, varav 24.824 efter ansökan.

6.5.2 Samordningen mellan sp och förtidspension

Den ursprungliga orsaken till att möjlighet skapades för fk att själv ta upp frågan om en övergång från sp till förtidspension oberoende av en ansökan från df var, att inga luckor skulle kunna uppstå i försäkringsskyddet. Samordningen mellan sjukförsäkring och pensionering hade tidigare byggt på gränsdragningen mellan begreppen sjukdom och invaliditet. Socialförsäkringskommittén, som hade utarbetat förslaget till lag om allmän försäkring, menade dock att svårigheterna att entydigt definiera dessa begrepp motiverade en annan lösning av samordningsproblemen. Grundtanken i kommitténs förslag var istället att sp skulle reserveras för kortvariga sjukdomsfall samt för den första tiden vid långvariga sjukdomsfall.[74] En sådan lösning av samordningsproblemen ansågs naturlig i ett enhetligt försäkringssystem, som omfattar båda förmånsslagen.[75] Den som erhåller hel förtidspension kan inte vara sp-försäkrad. Beviljas df endast partiell förtidspension, bortfaller inte helt rätten till sp. Omfattningen av sp baseras på df:s återstående förvärvsförmåga. Förtidspensionen utgår såsom ersättning för den bestående invaliditeten, medan sp ersätter den genom den aktuella sjukdomen förlorade resterande arbetsförmågan.[76]

I några remissyttranden över kommittéförslaget framhölls bl a av FD,[77] att regeln som ger fk möjlighet att själva besluta om förtidspension kunde användas på ett ofördelaktigt sätt för df. FD framhöll, att tidpunkten för en övergång från sp till pension kunde exv bli beroende av kassornas arbetssituation. I förarbetena framhölls dock av dep ch, att 90-dagarsregeln i AFL 2:11 var en säkerhetsgaranti. Man skulle inte föreslå förtidspension, innan man gjort vad som rimligen kunde begäras i rehabiliteringshänseende.[78] Förtidspension skulle inte heller ifrågakomma förrän själva läkeprocessen avslutats och ett mera definitivt medicinskt tillstånd inträtt.[79] Såväl lagen och dess förarbeten som kungörelser och anvisningar från RFV[80] understryker kraftigt vikten av att df som uppbär sp snarast återförs till arbetslivet samt att rätt till pension inte kan anses föreligga, förrän "man i rehabiliteringssyfte gjort allt vad som rimligen kan komma ifråga i det enskilda fallet".

6.5.3 Övergång till fk-initierad förtidspension

De långvariga sjukfall, som inte kunnat avslutas med att df (helt) återgår till arbetet och där indragning av sp inte har aktualiserats, avslutas vanligtvis genom att df erhåller sjukbidrag eller förtidspension. Kassan har då konstaterat, att df:s arbetsförmåga p g a sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst hälften och att nedsättningen kan anses varaktig eller i vart fall blir bestående avsevärd tid (AFL 7:1 första och tredje stycket).

I det följande kommer enbart de fk-initierade förtidspensionsfallen att undersökas. Orsaken härtill är, att det är fk själv som avgör, om sjukfallet skall avslutas med förtidspension (sjukbidrag). I dessa fall är det alltid fråga om en *övergång* från sp till förtidspension. Förtidspensionering betraktas alltså som en anledning att avsluta sjukfallet.

Det följande upptages av vissa statistiska uppgifter om åtgärder som vidtagits av fk i de sjukfall som blir förtidspensionsfall och om ökningen av antalet fk-initierade förtidspensionsfall, vidare av skäl som df kan ha att motsätta sig förtidspension samt slutligen av några rättsfall bl a rörande den inverkan ett beslut om förtidspension kan få på rätten till sp. Rena förtidspensionsavgöranden blir inte föremål för undersökning.

6.5.3.1 Statistik

Av de utredningsärenden avseende tiden 8101-8106 som varat minst 180 dagar avslutades 35,6 % med förtidspension, medan df i 43,9 % av fallen återgick till arbete.[81] Antalet förtidspensionsfall under den ifrågavarande perioden var 6.910. I 1.657 av dessa fall hade en rehabiliterande insats gjorts men däremot inte i de 5.253 andra fallen. Dessa siffror kan man jämföra med motsvarande siffror för indragning av sp-fallen. I 400 fall hade rehabiliterande åtgärder satts in, och i 256 fall hade sådana inte kommit till användning. Visserligen har de fall som avslutats med förtidspension i jämförelse med de andra (förutom indragning av sp-fallen) avslutningsanledningarna flest antal fall, där rehabiliterande åtgärder satts in, 30,5 % mot 19,9 % i de fall, där avslutningsanledningen varit att df återvänt till tidigare arbete. Men ändå framstår antalet förtidspensionsfall där inga åtgärder vidtagits som förvånansvärt högt.

Vid de fk-initierade fallen är det en förutsättning, att sp tidigare har utgått (se ovan). För utredningsärenden från första hälften av

1981 visar statistiska uppgifter att sjukfallens längd som föregått förtidspensionen har varit 6 - 12 månader i 1.524 fall, 1 - 2 år i 3.942 fall, 2 - 3 år i 1.040 fall och över 3 år i 404 fall.[82] Motsvarande siffror vad gäller indragning av sp är att i 302 fall har sp indragits efter 6 - 12 månaders sjukskrivning, i 240 fall efter 1 - 2 års sjukskrivning, i 76 fall efter 2 - 3 års sjukskrivning och i 38 fall efter mer än 3 års sjukskrivning.

Hetzler-Eriksson har i "Ökad förtidspensionering. En rättssociologisk analys",[83] sammanställt avslutade långa sjukfall per år med en varaktighet av minst 180 resp 365 dagar för perioden 1971 - 1978 och relaterat dem till frekvensen fk-initierade förtidspensioneringar för motsvarande period.

Andelen avslutade sjukfall med varaktighet av minst 180 dagar som slutar med pension enligt AFL 16:1.[84]

År	Avslutade sjukfall med varaktighet av minst 180 dagar	Antal 16:1-fall	Andelen sjukfall som slutar med 16:1 pension (%)
1971	82 100	16 585	20,2
1972	79 400	17 381	21,9
1973	81 200	17 261	21,2
1974	92 200	20 414	22,1
1975	85 300	22 177	26,0
1976	91 000	22 819	25,1
1977	95 900	25 488	26,6
1978	93 400	24 824	26,6

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

Andelen avslutade sjukfall med varaktighet av minst 365 dagar som slutar med pension enligt AFL 16:1.[85]

År	Avslutade sjukfall med varaktighet av minst 365 dagar	Antal 16:1-fall	Andelen sjukfall som slutar med 16:1 pension (%)
1971	43 800	16 585	37,9
1972	42 400	17 381	41,0
1973	46 400	17 261	37,2
1974	49 200	20 414	41,5
1975	39 400	22 177	56,3
1976	42 000	22 819	54,3
1977	48 000	25 488	53,1
1978	43 100	24 824	57,6

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

Under perioden 1973 - 1977 ökade de fk-initierade förtidspensioneringarna med 50 %.[86] Hetzler-Eriksson framhåller att antalet nybeviljade förtidspensioner efter ansökan per år minskade under tiden 1974 till 1978 med knappt 5.000, av vilka uppskattningsvis 1/3 inte var sjukskrivna omedelbart före pensioneringen. De framhåller vidare, att av de resterande ca 3.400 fallen kan rimligen inte mer än hälften ha haft sjukperioder med minst 1 års varaktighet. Dessa ca 1.700 fall kan då sättas i relation till ökningen av de fk-initierade pensionerna, som uppgick till 4.400 under samma period.

År 1974 hade de fk-initierade förtidspensioneringarna föregåtts av en genomsnittlig sjukskrivningsperiod på 551,8 dagar, varför Hetzler/Eriksson menar, att den verkliga "riskgruppen" för fk- initierade förtidspensioneringar ligger på sjukfall med en varaktighet av minst ett år.[87]

Hetzler/Eriksson menar vidare, att ökningen av antalet fk-initierade förtidspensionsfall under 60- och framför allt 70-talet är en indikation på kassans förstärkta bevakning av långa sjukfall.[88] Det sägs uttryckligen att pensionering på kassans initiativ skall ifrågakomma, när alla andra möjligheter uttömts. Ju fler fall som granskas desto fler fk-initierade förtidspensionsfall blir det i absoluta tal. Med detta synsätt blir RFV:s agerande i form av påstötningar på fk ett viktigt led i förståelsen av det ökade initiativtagandet till förtidspensionering som skett på fk-nivå under 70-talet.

6.5.3.2 Df:s skäl att motsätta sig övergång från sp till förtidspension

Vad innebär en övergång från sp till förtidspension för df själv? Det är rimligt att tänka sig att det är främst två faktorer, som är av avgörande betydelse för hur df skall ställa sig till en fk-initierad förtidspension, nämligen pensioneringens ekonomiska konsekvenser i förhållande till sjukförsäkringens och pensioneringens konsekvenser för rätten att behålla tidigare anställning. I majoriteten av de fall, där fk-initierad förtidspension kommer till användning, innebär det en försämring av df:s ekonomiska situation.[89] Beviljande av sjukbidrag i stället för sp innebär många gånger ett billigare och administrativt enklare sätt att ge försörjning åt de långtidssjukskrivna. Åtskilliga av de nybeviljade pensionerna utgörs varje år av sjukbidrag.[90]

Det är ett rimligt antagande, att en försäkrad som efter pension får en någorlunda bevarad ekonomisk standard själv ansöker om pension och omvänt, den som förlorar på en pension håller sig kvar inom sp-försäkringen så länge som möjligt.[91]

I AFL 16:8 sägs att df skall anmäla till fk om df:s arbetsförmåga väsentligt förbättras. I detta ligger tanken på ett återinträde på arbetsmarknaden för den förtidspensionerade. I de flesta fall torde det nog vara befogat att påstå, att den förtidspensionerade inte kommer att återinträda på arbetsmarknaden. I lag (1974:12) om anställningsskydd ges inget skydd för den förtidspensionerade utan där stadgas endast att arbetsgivaren skall underrätta arbetstagaren, så snart arbetsgivaren har fått kännedom om pensionsbeslutet, om han vill att arbetstagaren skall lämna anställningen (33 § andra stycket).[92] Besked skall lämnas skriftligen. Skulle arbetsgivaren underlåta att iaktta detta krav och i stället lämna en muntlig underrättelse, medför detta inte att underrättelse inte skall anses ha skett. Stadgandet har nämligen endast karaktären av en ordningsföreskrift. Däremot kan arbetsgivaren bli skyldig att utge skadestånd. Inget hindrar emellertid att beskedet framförs muntligen i lämpliga former för att sedan bekräftas skriftligen i den ordning som lagen bjuder. För en arbetsgivare som inte lämnar besked så snart han har fått kännedom om pensionsbeslut står endast uppsägning till buds, om arbetsgivaren vill, att arbetstagaren skall sluta sin anställning.[93]

I och med att anställningsskyddslagen 33 § endast nämner förtidspension, innebär det att försäkrad som uppbär sjukbidrag har trygghet i anställningen. Reglerna om besked i anställningsskyddslagen 33 § gäller endast om arbetsgivaren vill att arbetstagaren skall lämna anställningen helt, när han eller hon får rätt till förtidspension. Har en arbetstagare medgivits halv förtidspension eller sjukbidrag och anser sig arbetsgivaren inte kunna ha kvar arbetstagaren, måste arbetsgivaren enligt vanliga regler vidta uppsägning, såvida inte överenskommelse träffas med arbetstagaren om anställningens upphörande eller om förändring av anställningsvillkoren.[94] Bestämmelsen fick denna innebörd så sent som 1980.[95] Man kan därför befara, att den tidigare än mer uttalade avsaknaden av trygghet i anställningen haft avgörande betydelse för att skapa en negativ inställning hos df till att byta ut sp mot pension.[96]

6.5.3.3 Rättstillämpningen

Att ekonomiska faktorer och konsekvenser ur anställningssynvinkel har betydelse för den enskilde försäkrade i en förtidspensionssituation framgår av rättstillämpningen.

I FD:s dom 760525 dnr 1918/75 hade fk jämlikt AFL 16:1 andra stycket tillerkänt df hel förtidspension. Df besvärade sig hos RFV

med yrkande om sp tills vidare i stället för pension. Hon ville inte släppa sin kontakt med arbetsmarknaden utan var inställd på att så småningom återgå i arbete. Hon hade bl a varit på arbetsförmedlingen och där "talat om något lättare arbete". RFV var av samma mening som fk. FD visade målet åter till fk sedan det framkommit, att df påbörjat ett vanligt arbete med en arbetstid på 7 tim per dag. FD fann att förutsättningar för förtidspension inte längre förelåg.

I FD:s dom 780516 dnr 2475/77 yrkade df halv förtidspension och halv sp i stället för beviljad hel förtidspension. RFV menade, att fk:s beslut om hel förtidspension skulle ändras till helt sjukbidrag. FD beviljade halvt sjukbidrag och överlämnade till fk att pröva df:s rätt till sp under ifrågavarande tid.

I de flesta fall torde kassan finna att förutsättningar för rätt till någon form av förtidspension eller sjukbidrag vara för handen, när kassan själv har tagit initiativet jämlikt 16:1 andra stycket. De fall som av df överklagats till FR och FÖD kännetecknas som regel av att df inte erhållit hel förtidspension eller helt sjukbidrag. Df har då yrkat hel ersättning. Tidigare har df haft hel sp, vilken indragits innan eller som en följd av beslutet om förtidspension eller sjukbidrag.[97]

Men även i rena sp-avgöranden kan frågan om förtidspension eller sjukbidrag få betydelse för ersättningsrätten.

Beviljandet av sjukbidrag eller förtidspension kan medföra, att överinstansen/erna anser, att sjukpenningberättigat tillstånd förelegat för tid innan beslut härom tagits, trots att fk (och ibland FR) ansett så inte vara fallet.[98]

Anser man att tillräcklig arbetsoförmåga inte föreligger för rätt till hel förtidspension, kan detta dra med sig att inte heller hel sp utges.[99] På kassanivå är det olika organ (pensionsavdelning respektive sjuk- eller utredningsavdelning), som prövar de båda förmånerna, vilket kan medföra, att de kan ha olika uppfattning om förhandenvaron av arbetsoförmågan i det enskilda fallet.

I ett äldre publicerat avgörande[100] var df halvt sjukskriven, uppbar halv sp och arbetade halvtid som kamrer. Fk prövade df:s rätt till sjukbidrag men fann honom inte berättigad till detta, eftersom hans arbetsförmåga inte befanns vara nedsatt med minst hälften. Av samma skäl beslöt kassan att inte längre utge halv sp. RFV och FD var av samma mening.

Frågan om betydelsen av beviljandet av halv förtidspension för beviljandet av halv sp och därmed kriterierna för att anse minst halv arbetsoförmåga vara för handen aktualiserades också i fallet FÖD 800117 dnr 2506/78.

Df hade efter sjukdom av hälsoskäl övergått till halvtidsarbete och på detta arbete baserades hennes SGI. Efter det att hon arbetat något mer än ett år, beviljades hon halv förtidspension. Hon gjorde då anspråk på halv sp från den tidpunkt hon påbörjat sitt halvtidsarbete. Synnerligen starka medicinska skäl talade för att halvtidstjänst var den adekvata sysselsättningsgraden för henne. Men varken fk, RFV eller FÖD fann det tillförlitligen styrkt, att hon var minst halvt arbetsoförmögen.

Trots att den faktiska situationen hela tiden varit densamma, dvs den som låg till grund för beslutet om förtidspension och den som låg till grund för begäran om sp, ansågs att man inte kunde gå "den omvända vägen" på detta sätt för att erhålla sp.

Arbetsmarknadssituationen är en faktor, till vilken hänsyn skall tas vid beviljandet av förtidspension (se ovan). Detta gäller inte enbart de fall, då df förtidspensioneras på rent arbetsmarknadsmässiga grunder. Vid beviljandet av förtidspension kan arbetsmarknadsläget och försörjningssituationen för df få inverka även vid avgörandet om sp skall utgå såsom i fallet FD 770609 dnr 2156/76:

Df, vars sp av kassan dragits in p g a att arbetsoförmåga inte längre ansågs styrkt, anförde besvär hos RFV med yrkande om sp för en tid framåt, så att kassan i samråd med vederbörande länsarbetsnämnd kunde få tillfälle att tillskapa möjlighet för honom till försörjning. Df framhöll därvid att möjligheter till rehabilitering inte erbjudits honom och att han därför inte var i stånd att anta ett arbete i den öppna marknaden. Fk beslöt senare att utge halv förtidspension till df. FD fann df berättigad till halv sp under mellantiden.

Sammanfattningsvis kan framhållas att den stora mängden av fk-initierade förtidspensionsfall visar, att de rättstillämpande organen ser övergången till förtidspension som ett av de två alternativ som står till buds då sjukfallet varat en längre tid utan att detta avslutats genom en friskanmälan. Det andra är indragning av sp på medicinska grunder. En återgång till arbete är då den tänkta följden av indragningen. Genom den utförsäkring som indragning av df:s sp innebär, ersätts officiellt sp med arbete, i och med att sp är en ersättning baserad på förvärvsarbete. Detta är konsekvensen av den fördelningspolitiska motiveringen, att ingen skall ha rätt till sp, som är kapabel att arbeta. Genom att ersätta sp med förtidspension (sjukbidrag) släpps åtminstone för en avsevärd tid kopplingen till förvärvsarbete. Ju längre sjukfallet varat desto mer benägen är fk att ersätta sp med förtidspension och inte med (ett tänkt) arbete (se ovan).

I den mån förtidspensioneringen ersätter sp (eller exv arbetslöshetsersättning), kan pensioneringen ses som ett sätt att omfördela och eventuellt spara resurser.

Noter

1 Se SOU 1944:15, s 21 (18 § 1 mom fjärde stycket).

2 Att dra en klar gräns mellan vad som är ett kortvarigt respektive långvarigt fall låter sig inte göras. En bedömning av detta får i princip ske från fall till fall. Egentligen borde endast varaktigheten av sjukfallet vara avgörande för om man skall räkna det som ett kort eller långt sjukfall. Så är dock inte fallet. Även andra än rent tidsmässiga faktorer kan nämligen spela in, varför det egentligen inte är något adekvat uttryck att tala om korta och långa sjukfall. I princip kan man också anse sjukfall, som inte tidsmässigt har hållit på så länge, vara långa. Det är mer korrekt att tala om sjukfall, som av S-sektionen överlämnas till U/UP-sektionen för att där bli föremål för utredning (bevakning) och sjukfall som inte blir föremål för ett sådant överförande av handläggningen. Eftersom de flesta fall, som är föremål för utredning, har pågått en avsevärd tid, torde det dock vara befogat att använda beteckningarna korta och långa sjukfall.

3 Viss översyn av fk:s organisation har skett av en utredning, som tillsattes efter överenskommelse mellan RFV och Försäkringskasseförbundet. Resultatet föreligger i rapporten FK-översyn -80 (Rapport 1982-01-29). För S- och U/UP-sektionerna prövade utredningen olika organisationsförslag och kom därvid fram till tre tänkbara alternativ, såsom bibehållande av nuvarande principorganisation och funktionsindelning, bibehållande av nuvarande principorganisation men med annan funktionsindelning och en förändrad principorganisation som syftar till att hålla samman sjukfallshandläggningen i en funktion. Efter att ha prövat om alternativen skulle kunna ge en bättre organisation för att bl a klarlägga gränsdragningen mellan S- och U/UP-sektionerna, föreslog utredningen ett bibehållande av nuvarande principorganisation och funktionsindelning vid lokalkontoren. Utredningen har även angivit riktlinjer för gränsdragning mellan funktionerna. Efter remissbehandling framkom, att flertalet kassor anslöt sig till utredningens förslag. Några kassor förordade dock en organisation, där sjukfallshandläggningen hålls samman i en funktion. I den slutliga rapporten angav utredningen det förstnämnda alternativet som sin huvudlinje men gav kassorna möjlighet att själva besluta om att t ex slå samman S- och U-funktionerna i en sektion. RFV anslöt sig till utredningens linje.

4 RRV har funnit, att FK-översyn -80 inte har kartlagt de problem som föreligger med nuvarande organisation av S- och U-funktionerna eller försökt utvärdera effekterna av denna, se revisionsrapport "Riksförsäkringsverkets tillsyn av försäkringskassornas arbete med långa sjukfall", dnr 1981:1057, s 24.

5 Denna statistik är framtagen av RFV:s matematisk-statistiska byrå (O. Rylander) 810825 nr 36/81, "Sjukfrånvaron. Kort- och långtidsfrånvaro 1977 - 1980".

6 Ett annat sätt att skaffa sig en bild av sjukfallens varaktighet är att studera de antal sjukpenningfall, som efter olika tidsperioder kvarstår av ursprungliga tusen fall. I dessa fall har fördelningen gjorts efter ålder. Redan efter en vecka återstår endast knappt 29 % av fallen. Efter tre månader återstår 2,5 % och efter ett år endast 0,5 % av fallen. För yngre försäkrade avvecklas naturligt nog sjukfallen hastigare än för äldre. Se allmän försäkring 1979, tabell 5:7 C, s 216.
Om man jämför motsvarande tabell för år 1977 (Allmän försäkring 1977, tabell 5:7

C, s 230) framkommer, att efter fjorton dagar kvarstår 203 sjukpenningfall mot 187 fall 1979, efter trettio dagar 98 fall mot 87 fall 1979, efter nittio dagar 29 fall mot 25 fall 1979 och efter ett år 7 fall mot 5 fall 1979.

7 Dessa arbetsuppgifter finns beskrivna i de av RFV utarbetade handböckerna, S-handboken och U-handboken.

8 U-handboken US 40.20.

9 U-handboken US 40.10.

10 U-handboken US 40.20.

11 U-handboken, US. 40.10. I RRV:s revisionsrapport dnr 1981:1057 "Riksförsäkringsverkets tillsyn av försäkringskassornas arbete med de långa sjukfallen" framhöll RRV, att ett sätt att få till stånd en tidigare prövning av sp-rätten var att föreskriva att denna alltid skall ha prövats av S-sektionen, innan ärendet överlämnas till U/UP-sektionen.

12 U-handboken US. 40.10.

13 Se ovan 5.7.2.2.

14 U-handboken US. 40.10.

15 U-handboken US. 42.10.

16 Se RFFS 1978:10.

17 Dnr 1981:1057, s 25 f.

18 U-handboken US 42.20.

19 Till hjärt-, lung- och kärlsjukdomar hänför man förhöjt blodtryck, organiskt hjärtfel, sjukdom i hjärtats kranskärl, åderförkalkning i benets pulsådror, åderbråck m m. Lungsjukdom av tbc-natur, såsom lungtuberkulos och tuberkulös pleurit liksom övriga lungsjukdomar t ex astma, kronisk luftrörskatarr och emfysem hänförs till denna grupp.

20 Att avgränsa vad som är hörsel- eller synskada vållar oftast inga problem, vilket däremot rörelsehinder gör. Hit hör defekter i skelett och rörelseorgan, sjukdomar i muskulatur och skelett, t ex tuberkulos i ben och leder, artrit och reumatism, sjukdomar i bl a det centrala nervsystemet, polyneurit, spastisk förlamning, sclerosis isseminata. ischias, lumbago, diskbråck, Bechterew's sjukdom och olycksfall som medför rörelseinskränkning.

21 Till annan fysisk sjukdom hänförs sådana somatiska arbetshinder som inte kan hänföras till någon av grupperna 1 - 4, såsom t ex infektionssjukdomar, förgiftningar, tumörer, allergier (dock ej astma), endokrina sjukdomar (t ex diabetes), ämnesomsättningsrubbningar, blodets och blodbildande organs sjukdomar, digestionsorganens sjukdomar, (t ex magsår, tarmkatarr), urogenitalorganens sjukdomar (t ex urinvägsinfektioner, njursten), epilepsi såväl kramper som absencer, hudsjukdom av allergiskt ursprung och andra hudsjukdomar.

22 Till psykisk sjukdom räknas psykoneuroser, ångestreaktioner, fobier, schizofrenier, manisk-depressiv sjukdom, större avvikelser i karaktär och uppförande (t ex psykopatier), psykisk störning efter skallskada m m. Hit hänförs t ex personer som varit intagna för sluten psykiatrisk vård.

23 Socialmedicinska handikapp har de personer, för vilka aktuella sociala svårigheter utgör det egentliga arbetshindret. Detta kan i vissa fall vara personer med alkohol- eller narkotikaproblem, eller som har aktuella sociala svårigheter, som fordrar insatser från socialbyrå.

24 Ett skäl till att några kassor har relativt många avslutade fall under "annan anledning" kan vara att man använt sig av denna avslutningsanledning, då ett ärende avslutas med att df fortsätter utbildning efter att tidigare under utbildningen ha uppburit 3:8-sp (sp vid arbetsvård m m).

25 Se ovan 4.3 och 4.4.

26 820908 förelåg 9.206 beslut om indragning av sp enligt RFV:s beräkningar.

27 U-handboken US 45.20.

28 U-handboken US 41.20.

29 Se exv FRS 801215 mål nr 5998/79, 6495/79, 8911/79 och 3786/80 (ej bifall till sp); FRM 801117 mål nr 4378/79 (ej bifall till sp); FRS 810223 mål nr 4578/79 (ej bifall till sp); FRS 800915 mål nr 2600/79 (ej bifall till sp); FRS 801217 mål nr 1795/79 (ej bifall till sp); FÖD 810120 mål nr 568/80:7 (ej bifall till sp; se FRS 800208 mål nr 1524/79, ej bifall till sp); FÖD 810120 mål nr 728/80:6 (ej bifall till sp; se FRN 800318 mål nr 612/79 och 3071/79, ej bifall till sp); se även FÖD 820601 mål nr 1690/81:5 (bifall till sp; se FRS 810818 mål nr 758/81, ej bifall till sp; se not 35).

30 Se exv. FÖD 811118 mål nr 724/80:2 (bifall till sp; se FRS 800429 mål nr 3870/79, ej bifall till sp); FÖD 810922 mål nr 980/80:9 (bifall till sp; se FRS 800512 mål nr 5793/79, ej bifall till sp); FÖD 820420 mål nr 1950/81:6 (ej bifall till sp; se FRS 810921 mål nr 136/80, ej bifall till sp); FÖD 820511 mål nr 799/81:6 (ej bifall till sp; se FRS 810223 mål nr 2341/79, ej bifall till sp); FÖD 820706 mål nr 917/81:9 (ej bifall till sp; se FRS 810323 mål nr 3745/80 och 3969/80, ej bifall till sp); FÖD 810225 mål nr 1215/80:4 (ej bifall till sp; se FRM 800808 mål nr 5795/79, ej bifall till sp); FÖD 810303 mål nr 523/80:8 (ej bifall, se FRS 800211 mål nr 1458/79, ej bifall till sp); FÖD 811215 mål nr 86/81:8 (ej bifall till sp; se FRN 801211 mål nr 2713/79, ej bifall till sp); FÖD 811222 mål nr 1294/81:5 (ej bifall till sp; se FRS 810610 mål nr 3049/79, ej bifall till sp); FÖD 811110 mål nr 309/81:5 (ej bifall till hel sp; se FRM 801209 mål nr 8605/79, ej bifall till hel sp); FÖD 810616 mål nr 1367/79:8 (ej bifall till sp; se FRS 791029 mål nr 3332/79, ej bifall till sp); FÖD 811021 mål nr 1470/80:2 (ej bifall till sp; se FRS 800930 mål nr 5578/79, ej bifall till sp); se även FRS 801003 mål nr 1180/79 (bifall till sp).

31 Se exv Malmöhus allmänna försäkringskassa 801006 (se FRS 810227 mål nr 5134/80, bifall till sp; jag kan inte uppge kassans diarienr, eftersom detta i de flesta fall är detsamma som df:s personnummer, varför jag för att beslutet skall kunna identifieras anger domsmeddelandedatum och målnr i överinstans liksom utgången där); Stockholms läns allmänna försäkringskassa 790122 (se FRM 810116 mål nr 7190/79, bifall till sp); Skaraborgs läns allmänna försäkringskassa 780105 (se FRS 801003 mål nr 1180/79, bifall till sp); Jönköpings läns allmänna försäkringskassa 800808 dnr 737 (se FRS 810226 mål nr 4624/80, ej bifall till sp); Malmöhus allmänna försäkringskassa 781212 (se FRS 810227 mål nr 4362/79, ej bifall till sp); Bohusläns allmänna försäkringskassa 790730 och 800221 (se FRS 810224 mål nr 6475/79, 8058/79 och 2001/80, ej bifall till sp); Västerbottens läns allmänna försäkringskassa 790911 (se FRN 810107 mål nr 3696/79, ej bifall till sp); Malmö allmänna försäkringskassa 780719 och 781009 (se FRS 800915 mål nr 2600/79, ej bifall till sp); Kronobergs läns allmänna försäkringskassa 790525 (se FRS 800930 mål nr 6941/79, ej bifall till sp); Malmö allmänna försäkringskassa 790326 (se FRS 800930 mål nr 5578/79 och FÖD 811021 mål nr 1470/80:2, ej bifall till sp); Kristianstads läns allmänna försäkringskassa 790109 (se FRS 800902 mål nr 4355/79, ej bifall till sp).

32 Se exv FRS 801103 mål nr 1295/80 (ej bifall till sp); FRS 801215 mål nr 3969/79 (ej bifall till sp; se särskilt fk-beslutet Älvsborgs läns allmänna försäkringskassa

780427 och 780714); FRM 801211 mål nr 10345/79 (ej bifall till sp); FRM 801211 mål nr 9533/79 (ej bifall till sp); FRM 810122 mål nr 7362/79 (ej bifall till sp); FRS 820827 mål 6385/79 (ej bifall till sp), 8902/79 (ej bifall till sp), 6795/81 (bifall till sp, se särskilt fk-beslutet Hallands läns allmänna försäkringskassa 790427 dnr 172/79, 790704 dnr 390/79, 791015 dnr 390/79, 810903 dnr 581/81). FÖD beviljade ej prövningstillstånd i dessa mål som alltså rörde samma person (830419 mål nr 2388/82:11); FRS 820910 mål nr 6157/80 (bifall till sp, se särskilt fk-beslutet Malmö allmänna försäkringskassa 801113 dnr 277 U/80). Se även FD 771215 dnr 513/77, FÖD 790320 dnr 1540/78, FÖD 790517 dnr 2269/78, FÖD 790906 dnr 2361/78 och FÖD 800122 dnr 184/79:6.

33 Se exv följande ej bifallande domar: FRS 800211 mål nr 1458/79 (denna dom ändrades inte av FÖD 810303 mål nr 523/80:8), FRS 810610 mål nr 3049/79 (denna dom ändrades inte av FÖD 811222 mål nr 1294/81:5); FRS 800930 mål nr 5578/79 (denna dom ändrades inte av FÖD 811021 mål nr 1470/80:2); FRS 791029 mål nr 3332/79 (denna dom ändrades inte av FÖD 810616 mål nr 1367/79:8); se även FRN 811214 mål nr 392/80 och 1208/80 (ej bifall till sp).

34 Se de rättsliga avgöranden som anförts i noterna ovan i detta avsnitt; det finns dock domar där indragning av sp jämlikt 3:7 uttryckligen har motiverats med att sjukdomsvillkoret inte är uppfyllt, se exv FRS 810129 mål nr 22/80 (ej bifall till sp, se FÖD 810929 mål nr 287/81:8, bifall till sp; se nedan i texten) och FRS 801112 mål nr 7289/79 (ej bifall till sp).

35 Av rättsfallsmaterialet att döma torde det finnas få fall, där man så öppet som i förevarande fall har diskuterat den subjektiva smärtupplevelsens betydelse för sjukdomsvillkorets förhandenvaro, se dock FÖD 811118 mål nr 724/80:2 (bifall till sp, se FRS 800429 mål nr 3870/79, ej bifall till sp) samt FÖD 820601 mål nr 1690/81:5 (bifall till sp; se FRS 810818 mål nr 758/81, ej bifall till sp), där långvarig och ständig observation bekräftat diagnosen kronisk lumbago.

36 FRS 810223 mål nr 4578/79, FRS 810224 mål nr 6475/79, 8058/79 och 2001/80, FRN 810122 mål nr 3043/79, FRS 810129 mål nr 3689/79, FRS 810129 mål nr 22/80, (ändring av FOD (810929 mål nr 287/81:8)), FÖD 820511 mål nr 799/81:6 (se FRS 810223 mål nr 2341/79), FOD 810303 mål nr 523/80:8 (se FRS 800211 mål nr 1458/79), FÖD 811202 mål nr 1527/80:2 (se FRS 801022 mål nr 8807/79 och 1878/80), FÖD 811208 mål nr 1531/81:5 (se FRM 810708 mål nr 11223/79, även psoriasis) m fl. De flesta i not 32 anförda rättsfallen rör ryggbesvär jämte psykiska besvär.

37 U-handboken US 40.10, s 4.

38 Se även Stockholms läns allmänna försäkringskassa 810213: Arbetsbeskrivning för handläggning av läkarintyg.

39 Jfr FÖD 800422 mål nr 711/79:5 där den somatiska utredningen följdes av en psykiatrisk bedömning. Frågan om den medicinska utredningen varit tillräckligt fullständig och omfattande nog behandlade FÖD 800611 i målen 853/79:2 och 854/79:2. Df ansågs dock medicinskt färdigutredd och yrkandet rörande fortsatt sp bifölls ej. Ex på utförliga utredningar av både somatisk och psykiatrisk natur är FRS 820817 mål nr 5538/81 och 6013/81 (ej bifall till sp). Df har överklagat, men målet var inte avgjort i juli -83 (mål nr 2306/82:4). Df:s ombud har också överklagat. Inte heller det målet var avgjort i juli -83 (mål nr 2312/82:4).

40 Se exv FRS 820318 mål nr 2846/80 (bifall till sp, återgång till arbetet var medicinskt olämpligt), FRS 801209 mål nr 2197/79 (df hade ferier från arbetsmarknadsutbildning och ingen möjlighet att få feriearbete, varför df yrkade sp, vilket yrkande

delvis bifölls). I FRS 800902 mål nr 4355/79 aktualiserades df för arbetsvården genom fk:s förtroendeläkare trots indragning av sp.

41 Se dock FRS 800902 mål nr 4355/79, i vilket mål framkom att kassans förtroendeläkare gjort hembesök.

42 Se exv FD 790320 dnr 1352/78, FD 781031 dnr 2056/78, FÖD 800219 mål nr 512/79:6, FÖD 811110 mål nr 309/81:5 (FRM 801209 mål nr 8605/79), FÖD 820209 mål nr 728/81:9; se även FRN 800922 mål nr 2571/79 och FÖD 811117 mål nr 178/81:9.

43 Se exv FD 771011 dnr 1066/77, FD 780112 dnr 1361/77, FD 781207 dnr 1067/78, FÖD 800117 dnr 2506/78, FÖD 791011 dnr 2174/78, (bifall av FÖD).

44 Detta gäller främst avgöranden före 1979 (se där df är en kvinna): FD 760622 dnr 513/75, FD 760511 dnr 917/75, FD 760930 dnr 1750/75, FD 760511 dnr 2052/75, FD 760603 dnr 2323/75, FD 760921 dnr 137/76, FD 761230 dnr 1432/76, FD 770222 dnr 2142/76, FD 770607 dnr 2147/76, FD 770324 dnr 2201/76, FD 771122 dnr 186/77, FD 771027 dnr 514/77, FD 771103 dnr 716/77, FD 770922 dnr 750/77, FD 771103 dnr 810/77, FD 780411 dnr 1309/77, FD 771213 dnr 1608/77, FD 780228 dnr 2109/77, FD 780523 dnr 2505/77, FD 780530 dnr 2541/77, FD 780413 dnr 519/78, FD 781107 dnr 547/78, FD 781107 dnr 728/78, FÖD 790308 dnr 893/78, FD 781229 dnr 972/78, FD 781229 dnr 1021/78, FD 780829 dnr 1065/78, FD 780926 dnr 1149/78. Se även FÖD 790403 dnr 2323/78, FÖD 791129 dnr 2377/78, FÖD 800410 dnr 2682/78. I dessa fall har läsaren av domen inte ens fått reda på vilka sjukliga besvär som df anfört såsom grund för sitt yrkande om sp. I en del andra fall, där motiveringen till domen varit lika knapphändig, har dock sjukdomsbesvären framkommit i domstexten. Det visar sig då, att dessa i de flesta fall är ryggont, magont och psykiska besvär (se där df är en kvinna): FD 761019 dnr 2393/75 och 2435/75, FD 780323 dnr 151/76, FD 770125 dnr 2007/76, FD 771230 dnr 1198/77, FD 780302 dnr 2081/77, FD 780112 dnr 2666/77, FD 781214 dnr 28/78, FÖD 790628 dnr 336/78, FÖD 790313 dnr 856/78. En genomgång av långa sjukfall med en manlig försäkrad, där fk, RFV och FD funnit det inte vara styrkt, att df:s arbetsförmåga varit nedsatt med minst hälften, visar, att flera av dessa fall är mer utförligt motiverade än de ovan anförda fallen. Vad detta kan bero på har jag ingen förklaring till. Se dnr FD 770607 dnr 1733/75, FD 770621 dnr 420/76, FD 780921 dnr 522/76, FD 761125 dnr 1050/76, FD 761230 dnr 1486/76, FD 770310 dnr 1728/76, FD 770322 dnr 1916/76, FD 770329 dnr 1942/76, FD 770331 dnr 2045/76, FD 770224 dnr 2146/76, FD 770321 dnr 2423/76, FD 770621 dnr 2520/76, FD 780202 dnr 113/77, FD 770628 dnr 509/77, FD 770705 dnr 554/77, FD 780112 dnr 1175/77 och 1257/77, FD 780110 dnr 1449/77, FD 771201 dnr 1475/77, FD 780223 dnr 1496/77, FD 780119 dnr 1551/77, FD 771110 dnr 1610/77, FD 780110 dnr 1635/77, FD 780202 dnr 1989/77, FD 781130 dnr 2079/77, FD 781229 dnr 2711/77, FD 781128 dnr 2912/77, FD 780620 dnr 2964/77 och 2965/77, FD 781012 dnr 210/78, FD 780704 dnr 278/78, FD 781024 dnr 308/78, FD 781026 dnr 515/78, FD 780822 dnr 577/78, FD 780622 dnr 593/78, FD 781214 dnr 654/78, FD 781214 dnr 745/78, FD 781024 dnr 817/78, FD 781207 dnr 907/78, FD 781026 dnr 970/78, FÖD 790313 dnr 1066/78, FD 781207 dnr 1067/78, FÖD 790313 dnr 1196/78, FÖD 790508 dnr 1556/78, FÖD 790508 dnr 1719/78, FÖD 790626 dnr 1862/78, FÖD 790612 dnr 1925/78, FÖD 790405 dnr 1235/78, FÖD 791129 dnr 2166/78, FÖD 791127 dnr 2191/78, FÖD 791113 dnr 2536/78, FÖD 800219 mål nr 416/79:3. I 20 av fallen framgår dock inte vilken sjukdom som har orsakat den tidigare sjukskrivningen och som inte längre har ansetts ge en arbetsoförmåga som berättigar till sp. Av de andra fallen där sjukskrivningsdiagnosen har redovisats framgår, att de vanligaste sjukdomarna har varit sådana som ger svåråtkomliga och mer diffusa

symptom såsom magont, ryggont och nervösa besvär. I exv FD 770621 dnr 2520/76 var diagnosen dock grå starr.

45 Relateringen har i följande icke-bifallande fall gjorts till det ursprungliga arbetet eller till visst speciellt arbete: FRS 810129 mål nr 3689/79 (till det ursprungliga arbetet efter planerad träning i reell miljö); FRN 810127 mål nr 2146/79 (se FÖD:s avgörande av målet 820112 mål nr 544/81:8); FRS 810112 mål nr 7659/79 och 8830/79 (skyddat arbete); FRS 810129 mål nr 4577/79 (vissa förändringar på df:s arbetsplats; se FÖD:s avgörande av målet i denna del 821102 mål nr 545/81:10); FRS 801211 mål nr 4926/79 (skyddat arbete); FRM 801211 mål nr 10345/79; FRS 810119 mål nr 636/80; FRM 810122 mål nr 7362/79; FRN 820225 mål nr 980/81 (relateringen gjordes till arbete som df omskolats till, se kassans yttrande över besvären (Västerbottens läns allmänna försakringskassa 810428)); FÖD 820706 mål nr 917/81:9 (se FRS 810323 mål nr 3745/80 och 3969/80); FÖD 820309 mål nr 711/81:10 (se FRS 810220 mål nr 8317/79, relateringen har gjorts till ett visst arbete på AMS); FÖD 811222 mål nr 1294/81:5 (se FRS 810610 mål nr 3049/79); FÖD 820209 mål nr 728/81:9 (se FRM 810326 mål nr 10243/79, relateringen gjordes till sittande arbete på rehabiliteringsverkstad där df arbetade). I FRS 810210 mål nr 4062/79 har dock domstolen bifallit df:s yrkande om sp; se även FRS 810112 mål nr 6609/79.

46 Relateringen till det ursprungliga arbetet har släppts i följande icke - bifallande domar, dvs relateringen har gjorts till hela arbetsmarknaden: FRN 810122 mål nr 3043/79; FRS 810202 mål nr 2907/80; FRS 810108 mål nr 5954/79; FRM 801014 mål nr 644/80; FRN 801217 mål nr 2443/79; FRS 801103 mål nr 1295/80; FRN 801219 mål nr 3508/79 (FOD 811006 mål nr 380/81:5); FRS 801215 mål nr 3969/79; FRS 810109 mål nr 4667/79; FRM 801211 mål nr 9533/79 (omplacerad till ett angivet lätt arbete); FOD 800930 mål nr 874/80:7 (se FRS 800415 mål nr 6812/79); FRN 820827 mål nr 1478/81 (FÖD 830621 mål nr 2257/82:6); FRN 820831 mål nr 1677/80 (överklagat till FÖD men ej klart i april -83); FRN 820831 mål nr 251/81; FRN 820820 mål nr 1093/81 och 94/82; FRM 820826 mål nr 3227/80; FRN 820826 mål nr 606/81; FRM 820622 mål nr 364/81 (målet fanns hos FÖD i april -83); FRM 820802 mål nr 5737/81; FRN 820112 mål nr 1633/80, som ej ändrats av FÖD (821123 mål nr 667/82:7); FRN 811126 mål nr 1092/81; FRN 811217 mål nr 600/80; FRN 811214 mål nr 1625/80 (överklagat till FÖD men ej klart i april -83); FRN 811217 mål nr 3470/79; FRN 811126 mål nr 1324/80; FRS 811127 mål nr 8735/79; FÖD 820824 mål nr 2302/81:7 (se FRN 811209 mål nr 167/80); FÖD 820706 mål nr 1317/81:10 (se FRS 810525 mål nr 9148/79 och Älvsborgs läns allmänna försäkringskassa 791031); FÖD 820420 mål nr 1950/81:6 (se FRS 810921 mål nr 136/80); FÖD 810225 mål nr 1215/80:4 (se FRM 800808 mål nr 5795/79); FÖD 810113 mål nr 340/80:10 (se FRN 800122 mål nr 595/79, vid bedömningen av arbetsoförmågerelateringen har hänsyn tagits till ett tidigare beslut om avslag på sp under fortsatt arbetsvård i form av grundskoleutbildning); FÖD 811021 mål nr 888/80:4 (se FRS 800530 mål nr 8266/79 (frågan om rätt till förtidspension diskuterades också)); FÖD 811006 mål nr 380/81:5 (se FRN 801219 mål nr 3508/79).

47 Se exv SOU 1944:15, s 311 f.

48 Detta avgörande liksom många andra bygger på expertutlåtanden och andra läkarutlåtanden (se exv FD 760615 dnr 1707/75, FD 770127 dnr 1589/75, FD 780323 dnr 151/76, FD 780905 dnr 254/77, FOD 790403 dnr 1477/78, FÖD 790424 dnr 1528/78, FÖD 790628 dnr 1762/78 (i detta fall relaterades df:s arbetsoförmåga till det "gamla" arbetet som bl a packerska nattetid på ett stort tidningstryckeri), FÖD 791011 dnr 2174/78, FÖD 790405 dnr 2546/78 och FÖD 791018 dnr 2547/78).

49 I fallet FÖD 790410 dnr 1093/78 framträder svårigheten i att avgöra, om de negativa verkningarna av en persons sjukliga symptom kan mildras genom omplacering eller omskolning, eller om de oberoende av arbete leder till arbetsoförmåga och utgivande av sjukbidrag i stället är den realistiska bedömningen. Samma försäkrade hade redan tidigare fått en bifallande dom av FD rörande indragning av sp, då df led av sjukliga symptom från ryggen (FD 771129 dnr 2609/76). - I fallet FD 780530 dnr 2828/77 diskuterades, huruvida df:s arbete (banktjänsteman) var ett "lätt" arbete eller inte, och om arbetsoförmågan relaterad till detta arbete uppgick till 50 % eller om arbetsförmågan var fullständigt nedsatt i förhållande till arbetet i fråga. - I fallet FÖD 790821 dnr 2409/78 torde df:s arbetsoförmåga (beroende på spänning, ängslan, koncentrationssvårigheter och fobiska symptom, vilka hade sin grund i svåra alkoholbesvär) ha relaterats till i princip vilket arbete som helst. FOD fann df berättigad till sp.

50 Relateringen till det ursprungliga arbetet har ibland inte släppts, därför att sjukfallet bedömts som kortvarigt, se det bifallande avgörandet av FRS 820405 mål nr 250/80.

51 I nedan anförda fall har fk dragit in df:s sp trots att utredningen i fallen visat, att df inte är arbetsförmögen i det ursprungliga arbetet. Huruvida fk har relaterat arbetsförmågan till hela arbetsmarknaden framkommer oftast inte. FR har i samtliga fall bifallit df:s yrkande om fortsatt sp. Inte heller i FR:s avgöranden framgår alltid klart, vilken arbetsoförmågerelatering som är gjord: FRS 820818 mål nr 656/80, FRM 820819 mål nr 4450/81, FRN 820914 mål nr 1084/81, FRS 820827 mål nr 6385/79, 8902/79 (ej bifall) och 6795/81 (FÖD meddelade ej prövningstillstånd 830419 (mål nr 2388/82:11)), FRS 820910 mål nr 6157/80, FRN 820827 mål nr 593/81, FRS 820331 mål nr 7023/79, FRN 820317 mål nr 2150/80, FRS 820309 mål nr 1075/80 och 794/81 (domen är överklagad men i skrivande stund (april 1983) ännu ej avgjord (mål nr 1217/82:3)).

52 Se exv FRN 811214 mål nr 1572/80, där arbetsbrist i det yrke df omskolats till innebar betydande ekonomisk förlust för df, som ville kompensera detta med sp.

53 FÖD 800226 dnr 2388/78.

54 Trots att inget härom framkommer i lag- eller författningstext är det otvivelaktigt så, att beviskraven är olika när det för df gäller att styrka arbetsoförmåga i början av en sjukdomsperiod och när det gäller att styrka arbetsoförmåga, då sjukfallet varat en tid. Det ställs högre krav för att styrka arbetsoförmåga liksom sjukdom i det senare fallet. Har den sjukskrivande läkaren efter uppmaning av kassan gjort en förnyad bedömning av df:s tillstånd för att avgöra om fortsatt sp skall utgå och då kommit fram till att df inte längre är arbetsoförmögen, torde df ha små eller inga möjligheter att anföra motbevisning. Så torde också vara fallet om läkarutlåtandet utvisar, att läkaren har haft svårigheter att avgöra, huruvida sjukdom och/eller arbetsoförmåga föreligger oavsett vilket resultat läkaren kommer fram till. Se exv FRS 801215 mål nr 5998/79, 6495/79, 8911/79 och 3786/80.

55 Jfr exv FRS 810129 mål nr 2874/79: "Enär han ej fick någon arbetslöshetsersättning, var han tvungen att låta sjukskriva sig". Kassan (Malmöhus allmänna försäkringskassa 780615) drog in df:s sp och FRS ändrade inte detta beslut; FÖD 820706 mål nr 1317/81:10 (ej bifall till sp liksom FRS 810525 mål nr 9148/79 och Älvsborgs läns allmänna försäkringskassa 791031). Se även FÖD 790510 dnr 831/78, FÖD 791129 dnr 2689/78 och FRN 820827 mål nr 1478/81 (FÖD beviljade ej prövningstillstånd 830621 mål nr 2257/82:6).

56 Se exv FD 770915 dnr 1831/76, FD 781114 dnr 74/78, FD 781128 dnr 1079/78, FD 781121 dnr 2274/78, FÖD 800129 mål nr 195/79:3, FRS 810112 mål nr 6609/79,

FOD 820601 mål nr 1690/81:5. Df har ibland erhållit sp i väntan på rehabilitering, se exv FÖD 820406 mål nr 1842/80:10 (se FRS 801030 mål nr 8078/79 och 2405/80, ej bifall till sp).

57 Se Norrbottens läns allmänna försäkringskassa 810120 dnr U 28/81. FRN upphävde fk:s beslut 820827 mål nr 593/81.

58 I FÖD 820112 mål nr 544/81:8 (FRN 810127 mål nr 2146/79) framhöll domstolen, att df var berättigad till sp så länge arbetsförmedlingen höll på att utreda df:s möjligheter att erhålla arbete som lagerarbetare.

59 De flesta fall som hänvisats till i not 46.

60 Se exv FÖD 811021 mål nr 888/80:4 (FRS 800530 mål nr 8266/79), FÖD 811006 mål nr 380/81:5 (FRN 801219 mål nr 3508/79), FÖD 810429 mål nr 108/81:5 (FRN 801120 mål nr 3728/79), FRS 810225 mål nr 5116/79. I FRN 810117 mål nr 2770/79 har FR klart uttalat, att relateringen är gjord till ett för df lämpligt arbete. Arbetsoförmåga i ett sådant ansågs inte vara förhanden. FÖD fann däremot att det framgick av den medicinska utredningen, att df var fullständigt arbetsoförmögen, men det framgår inte till vilket arbete/vilka arbeten relateringen är gjord (811230 mål nr 84/81:6). I några fall framgår dock klart, att fk och domstolarna har haft olika uppfattningar om till vilket yrke man skall relatera arbetsoförmågan, se FRS 820225 mål nr 5796/81 (rätten ansåg att det inte vid tiden för fk:s beslut förelåg tillräcklig grund för antagande, att df:s sjukdomsfall skulle bli långvarigt), FRS 820405 mål nr 250/80 och FÖD 810526 mål nr 889/80:5 (samma motivering).

61 FÖD 820209 mål nr 728/81:9 (df avböjde sittande arbete på företagets rehabiliteringsverkstad med motivering att han var sjukskriven), FÖD 820706 mål nr 1317/81:10 (df gjorde ej något arbetsförsök i lämpligt arbete på sin arbetsplats p g a det stora avståndet mellan bostadsorten och arbetsplatsen (Korpilombolo - Lilla Edet)), FRM 801015 mål nr 11054/79, FRS 810109 mål nr 4667/79.

62 FÖD 810915 mål nr 176/81:7, FÖD 811215 mål nr 86/81:8, FÖD 820309 mål nr 711/81:10.

63 FD 1966 ref 34.

64 Prop 1970:66.

65 Se min bok Kvinnor och rätt, Liber 1979, s 75 ff.

66 Se ovan 4.5.

67 I den kvinnorättsliga forskningen har kvinnans situation i det socialförsäkringsrättsliga regelsystemet varit föremål för en livlig uppmärksamhet: Backer, G., Problemer i Lovgivningen omkring barsel i Årbog for Kvinderet 1978; Brix-Jensen, I. och Fredriksen, H., Lov om barselorlov m.v. i Årbog for Kvinderet 1981; Christensen A., Kvinnorna och arbetslöshetsersättningen i Årbog for Kvinderet 1979 och Barntillsyn och arbetslöshetsersättning i Årbog for Kvinderet 1980; Fastvold, M., Om familiens rettstillning på føde- og barselavdelninger i Kvinnerettslige studier nr 6/81 i Institutt for offentlig retts skriftserie; Gjessing, N., Den retlige status for medhjaelpende aegtefaeller i Årbog for Kvinderet 1979; Gjelsvik, A. Wankel, E., Dons, Gjenlevende ektefelle og andre enker. En kvinnerettslig sammenligning av retten till offentlig forsørgning, saerlig med henblikk på etterlattepensjon, Kvinnerettslige studier nr 11; Guld, L., Track af barsellovgivningens historie i Årbog for Kvinderet 1978; Jacobsen, K-L., Forsørgelse i Årbog for Kvinderet 1979; Lindgård, J., Lidt om kvindeforsørgelse. Et familie-, social- eller arbejdsretligt problem i Årbog for Kvinderet 1980; Pedersen, J., Førtidig pensionering i kvinderettlig belysning i Årbog for Kvinde-

ret 1981; Pedersen, M. Bak, och Sejr, L., Deltidsforsikning – kvindeforsikning i Årbog for Kvinderet 1980; Pedersen, M. Højgård, Kvinder og socialret i Årbog for Kvinderet 1978; Petersen, B., Børnepassning set i relation till arbejdsløshetsforsikning. En beskrivelse af Arbejdsdirektoratets børnepassningscirkulaerer i Årbog for Kvinderet 1980; Skalts, V., Mødrehjaelpen og den sociale skole i Jura og Kvinder; Stang Dahl, T., Ekteskapet, den moderne husmannskontrakter. Noen kvinnerettslige problemstillninger i Kvinnerettslige studier nr 3, Fra husmorrettens spesielle del: Folketrygdens regel om forhøyet hjelpestønad til funksjonshemmede barn i Årbog for Kvinderet 1981 och Stang Dahl, T., Fastvold, M. och Sverdrup, T., Husmorrett i Kvinnerettslige studier nr. 5/81 i Institutt for offentlig retts skriftserie; Westerhäll-Gisselsson, L., Kvinnan som försörjarobjekt: Hustrutillägg och änkepension. Föräldrapenning i Svenskt Rättsfrum nr 8, Kvinnorättslig värdering av socialrättsliga regler i SvJT 1978 s 659 ff, Kvinnor och rätt. Översikt över de viktigare sambanden mellan kvinnokön och rättsreglerna, 1979, Hur ser trygghetslagstiftningen ut ur kvinnors synvinkel? i Kvinnor och ekonomi, 1981; Widerberg, K., Lagens verkningar - bostadsbidrag, barnomsorgskostnader och kvinnors förvärvsarbete i Årbog for Kvinderet 1980.

68 Jfr Kjønstad,A., Om rett til økonomisk kompensasjon ved uførhet, Oslo 1978. Se närmare uppsatsen Hovedprinsippene i yrkesskadetrygdlovgivningen, Oslo 1978, (stencil) samt Folketrygdens uførebegrepp och Trygd og erstatning ved personskade -Utviklingslinjer, utbredelse og ulikheter, Oslo 1977.

69 Lundberg-Malm, a.a. s 226.

70 Lundberg-Malm, a.a. s 227.

71 Lundberg-Malm, a.a. s 230 f.

72 Lundberg-Malm, a.a. s 243.

73 Se exv FD 780221 dnr 546/76, FD 761216 dnr 928/76, FD 770222 dnr 1758/76, FD 770920 dnr 2040/76, FD 771115 dnr 97/77, FD 770607 dnr 112/77, FD 770614 dnr 309/77, FD 771230 dnr 1197/77, FD 780620 dnr 2533/77, FÖD 790419 dnr 720/78, FÖD 790220 dnr 1402/78, FÖD 800325 dnr 1902/78 och 231/79:6.

74 SOU 1961:29, s 28 f.

75 Prop 1962:90, s 276.

76 Prop 1962:90, s 154 ff.

77 Prop 1962:90, s 223 ff.

78 Prop 1962:90, s 292 f.

79 Prop 1962:90, s 277 f.

80 Riksförsäkringsverkets cirkulär nr 12/1965, nr 19/1966, nr 5/1975 samt U-handboken US. Jfr även RFFS 1978:32 och RFFS 1979:1.

81 Se tabell från Matematisk-statistiska byrån, RFV, för år 1978 och 1979 utvisande andelar som återgår i arbete respektive erhåller förtidspension för sjukfall som pågått mer än 1 år, antal och procentuell fördelning samt uppdelning efter allmän försäkringskassa.

82 Att förtidspensionering i de flesta fall föregås av relativt långa sjukfall framgår också av statistik i Tore E. Eriksen, Den ökade sjukfrånvaron - en statistisk analys, Delegationen för Social Forskning, Rapport 1980:1.

83 Ekna, Lund 1981.

84 AFL 16:1 = fk-initierade förtidspensionsfall, se Hetzler-Eriksson, a.a. s 38.

85 AFL 16:1 = fk-initierade förtidspensionsfall, se Hetzler-Eriksson, a.a. s 39.

86 Se även Tore E. Eriksen, Den ökade sjukfrånvaron a. a. s 64. Han visar, att de fk-initierade förtidspensionsfallen ökade under perioden 1968 - 1978. Ökningstakten mattades något under åren 70-73. Orsaken var troligen, att df själv ansökte om pension i stor utsträckning p g a lagändringen 1970. Efter 1973 sjönk antalet egna ansökningar. Förutom att de grupper som åsyftats med lagändringen 1970 redan blivit pensionerade, kom 1974 års lagändringar vad gällde sp:s kompensationsgrad troligen att inverka på df:s egen motivation att söka pension. Df fann troligen sp vara ekonomiskt fördelaktigare än förtidspension.

87 A.a. s 38.

88 A.a. s 44.

89 SOU 1972:60, s 95 ff. Se även P. Hedström, Förtidspension - välfärd eller ofärd? Institutet för social forskning, Edsbruk 1980, Eskil Wadensjö, Disability Policy in Sweden, Institutet för social forskning 1980 (revised 1981). Jfr SOU 1977:88, Förtidspensionering. Två forskningsrapporter. Rapport till sysselsättningsutredningen.

90 Hetzler-Eriksson, a.a. s 31. All anförd statistik rörande förtidspension inkluderar sjukbidragen.

91 Hetzler-Eriksson, a.a. s 30.

92 1982 års anställningsskyddslag; se prop 1981/82:71.

93 Se Lars Lunning, Kommentar till anställningsskyddslagen, 1982, s. 393 f.

94 På det statligt reglerade området finns regler om andra fall, då en tjänsteman är skyldig att avgå från tjänsten i förtid (lagen om offentlig anställning, 7:4-6), Lars Lunning, Kommentar till anställningsskyddslagen, s 393.

95 Lag 1979 nr 1136. Bestämmelsen om förtidspension fanns då i 33 § första stycket. Se även AU 78/79:3.

96 Hetzler-Eriksson, a.a. s 31.

97 I FD-domen 770201 dnr 2321/76 hade fk beslutat utge 2/3 sjukbidrag. Df yrkade helt sjukbidrag. RFV och FD ändrade inte fk:s beslut. I FD:s dom 780309 dnr 2220/77 hade fk beslutat utge halvt sjukbidrag. Df yrkade hel förtidspension (helt sjukbidrag). RFV och FD ändrade inte fk:s beslut. I FD:s dom 780525 dnr 2684/77 erhöll df helt sjukbidrag men yrkade hel förtidspension, vilket inte beviljades av RFV och FD. - I FÖD-domen 800311 mål nr 506/79:10 beviljades df av fk halvt sjukbidrag. Df yrkade hel förtidspension eller sjukbidrag jämte halv sp. FR ändrade inte fk:s beslut (FRS 790319 mål nr 416/79). FÖD var av samma mening. - Inte heller i FÖD-domen 800506 mål nr 558/79:8 bifölls df:s yrkande om helt i stället för halvt sjukbidrag. FR hade inte heller bifallit yrkandet (FRM 790517 mål nr 1406/79). I FD:s dom 771208 dnr 2310/76 var tidpunkten för pensionsfallets inträffande föremål för rättslig prövning. Df yrkade att pensionsfallet skulle anses ha inträffat långt tidigare än den tidpunkt fk utgick ifrån. FD biföll dock inte yrkandet. - I FD-domen 780314 dnr 1884/77 hade fk beviljat df halvt sjukbidrag. Df yrkade helt sjukbidrag. RFV ville inte ändra fk:s beslut, men FD gjorde det i så måtto att domstolen tillerkände df 2/3 sjukbidrag. Detta domslut var alltså delvis bifallande. - I en del ärenden har fk inte funnit att df varit berättigad till vare sig förtidspension eller sjukbidrag, trots att fk själv initierat en prövning härom. Förutsättningarna för sp har då som regel inte heller ansetts vara uppfyllda. Df har

i sina besvär yrkat antingen förtidspension eller sjukbidrag. I FD-domen 760928 dnr 1324/75 biföll FD df:s yrkande och beviljade helt sjukbidrag. I FÖD-domen 790619 dnr 492/78 hade infordrats flera sakkunnigutlåtanden, och majoriteten av FÖD:s ledamöter fann, att arbetsförmågan var nedsatt för avsevärd tid i sådan grad att endast en ringa del därav återstod. En ledamot var skiljaktig och menade, att man av sakkunnigutlåtandena inte kunde dra den slutsatsen att arbetsförmågan var nedsatt vare sig varaktigt eller för avsevärd tid, varför fk inte bort dra in df:s sp. - I FÖD:s dom 790831 dnr 1222/78 bifölls inte df:s yrkande om förtidspension eller sjukbidrag. RFV hade varit av samma mening.

98 FD 761116 dnr 2380/75 och 2381/75, FD 761221 dnr 1016/76, FD 770517 dnr 1841/76, FD 770609 dnr 2156/76, FD 771129 dnr 2292/76, FD 781214 dnr 73/78, FÖD 790220 dnr 873/78, FD 781229 dnr 1035/78; se även FÖD 811118 mål nr 724/80:2, FRM 820819 mål nr 4450/81, FRS 820910 mål nr 6157/80. Av fallet FD 770426 dnr 2451/76 framgår att ett dödsfall kan få samma inverkan på sp-bedömningen som förtidspension (sjukbidrag). Kassan hade dragit in sp p g a att arbetsoförmåga ej var styrkt. RFV var av samma uppfattning. Innan målet avgjordes av FD avled df. FD, som tog del av dödsorsaksundersökningen fann, att df måste ha varit arbetsoförmögen även under tiden efter indragningen av sp fram till dödsfallet. I FÖD 811229 mål nr 1662/80:6 fann domstolen df inte berättigad till sjukbidrag men väl till fortsatt sp. Villkoret "för avsevärd tid" var inte uppfyllt.

99 FD 760923 dnr 391/76, FD 770628 dnr 1005/76, FD 780314 dnr 1491/77, FÖD 790719 dnr 2568/78, FÖD 811021 mål nr 888/80:4, FÖD 811202 mål nr 1527/80:2, FÖD 820317 mål nr 1741/81:2.

100 FD 1967 ref 25.

7 Sp i samband med rehabilitering

7.1 Problemställning

I detta kapitel skall undersökas, hur den omständigheten, att df är föremål för rehabiliterande åtgärder, påverkar rätten till sp.

Då df under ett pågående sjukfall blir föremål för en rehabiliterande åtgärd, skall frågan om df:s rätt till sp utredas. I det följande kommer df:s rätt till sp i samband med arbetsvård (7.2), i samband med funktionsträning (7.3) och slutligen i samband med utlandsvård (7.4) att undersökas. I dessa fall är den rehabiliterande åtgärden som regel av den karaktären, att den rent faktiskt hindrar df att utföra förvärvsarbete, varför en bedömning av sp-rätten enligt AFL 3:8 andra stycket blir aktuell (se nedan).

Egentligen är det felaktigt att påstå att 3:8 andra stycket reglerar sp-rätten för df. Där sägs endast att för den händelse df är föremål för 2:11-åtgärd, arbetsoförmåga skall anses vara för handen om df p g a åtgärden är förhindrad att arbeta. Sp-rätten regleras endast i 3:7. 3:8 andra stycket omtalar, att det vanliga innehållet i begreppet arbetsoförmåga skall bytas ut mot det som finns beskrivet i 3:8 andra stycket. 3:8 andra stycket grundar inte någon självständig rätt till sp. Men eftersom man i rättstillämpningen vanligtvis använder uttrycket sp-rätt jämlikt 3:8 andra stycket, görs detta även i det följande.[1]

Grundförmån under yrkesinriktad rehabilitering i form av kartläggande och förberedande åtgärder inklusive arbetsmarknadsutbildning var och är dock utbildningsbidrag. Den beloppsmässiga samordningen mellan utbildningsbidrag och socialförmånerna regleras i 17 – 19 §§ i arbetsmarknadskungörelsen (1966:368). Jag avser inte att nedan beröra denna samordning liksom inte heller andra utöver sp-ersättningen utgående förmåner från socialförsäkringen. Frågan om sp under arbetsvård handläggs helt av fk, varför allmänna organisatoriska förutsättningar för den yrkesinriktade rehabiliteringen lämnas därhän[2].

Jag har i ett tidigare avsnitt (4.4) berört kopplingen mellan rätten till sp och rehabilitering, men utgångspunkten har där varit att

beskriva en eventuell indragning av sp förorsakad av att df inte underkastat sig de rehabiliterande åtgärder, som av fk/domstolarna ansetts nödvändiga. Frågan om sp skall utgå eller inte är i dessa fall primärt avhängig av df:s eget beteende. I detta kapitel är det den omständigheten att df skall bli, är eller har varit föremål för rehabiliterande åtgärder, som skall undersökas med avseende på sp-rätten.

Jag har ovan (4.4) kortfattat redogjort för vilka de rehabiliterande åtgärderna kan vara och något om innehållet i dem. I 6.3 har behandlats de olika impulser som styr fk att påbörja utredning av ett sjukfall. För fk finns en rad handlingsföreskrifter om när och hur rehabiliteringsåtgärderna skall komma till användning. Fk har här stora möjligheter att "utforma" sjukfallet efter fk:s egna riktlinjer. Detta kommer jag att redogöra för nedan liksom en del statistiska uppgifter om i vilken utsträckning rehabiliterande åtgärder kommer till användning. Min huvuduppgift är dock att undersöka rättstillämpningen med utgångspunkt från frågan om sp utgår eller inte när df är föremål för rehabiliterande åtgärder liksom under tiden före och efter rehabilitering. Av central betydelse är innehållet i begreppet arbetsoförmåga i samband med rehabilitering.

7.2 Arbetsvård

7.2.1 Lagar och författningar om sp i samband med arbetsvård

1947 års lag om allmän försäkring innehöll inga särskilda regler om sp under rehabilitering. Sp-rätten var emellertid tidsbegränsad till 730 dagar och därför fanns ett intresse av att df inte skulle behöva utnyttja sp under rehabiliteringstiden. I betänkandet "Socialförsäkring och rehabilitering" (SOU 1958:17) föreslogs, att endast utbildningsbidrag skulle utgå och inte sp, trots att df:s arbetsförmåga var nedsatt på det sätt som krävdes för rätt till sp. Sp-rätten skulle vara "vilande" under tiden för rehabiliteringen. Detta förslag trädde i kraft 1960. Som en följd av att tidsbegränsningen av sp-rätten skulle slopas, föreslog socialförsäkringskommittén i "Förtidspensionering och sjukförsäkring m m" (SOU 1961:29) att förbudet mot att utge sp under arbetsprövning och yrkesutbildning skulle försvinna. Kommittén menade, att vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning under rehabilitering skulle beaktas i vad mån åtgärden hindrade df att förvärvsarbeta. Regeln kom att ingå i AFL. Enligt departe-

mentschefen skulle socialförsäkringsförmånen under rehabilitering i första hand vara sp, inte sjukbidrag.[3]

Förutsättningarna för erhållande av sp under rehabilitering preciserades genom några domar av FD.[4] Med anledning av dessa domar utfärdade RFV ett cirkulär med föreskrifter om sp vid arbetsvård.[5] Enligt detta krävdes att df:s förmåga att arbeta var nedsatt med minst hälften för att sp skulle kunna utgå under arbetsvård. Sp kunde också beviljas, om sådan nedsättning kunde antas bli följden om åtgärden inte vidtogs. Dessa krav gällde oavsett om sp utgick innan rehabiliteringen påbörjades. Vid denna prövning skulle man enligt cirkuläret göra en jämförelse med den inkomst df skulle fått som frisk. Sp skulle inte utgå för längre tid än som behövdes för att df skulle kunna gå tillbaka i arbete och tjäna minst hälften av vad df skulle ha fått om df varit frisk. Cirkuläret angav inte någon bestämd längsta tid för sp under yrkesinriktad rehabilitering. I praktiken tillämpades dock ofta en tumregel, som innebar, att sp utgavs under högst ett års utbildning.[6]

Den grundläggande bestämmelsen rörande sp vid rehabilitering återfinns som ovan framkommit i AFL 3:8 andra stycket. 3:8 andra stycket lyder:

> Är den försäkrade föremål för åtgärd av beskaffenhet, som angives i 2 kap 11 §, skall arbetsförmågan anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är hindrad att utföra förvärvsarbete.

Medför 2:11-åtgärden, att df inte kan utföra något förvärvsarbete överhuvud, därför att 2:11-åtgärden utgör ett faktiskt hinder för arbete, skall arbetsförmågan anses nedsatt i motsvarande mån, dvs man skall undersöka i vad mån 2:11-åtgärden utgör ett faktiskt hinder att utföra förvärvsarbete. Denna tolkning förefaller rimlig, eftersom lagstiftaren annars inte haft anledning att ta upp 2:11-åtgärdens hindrande effekter på df:s möjligheter att utföra förvärvsarbete. Det skulle i annat fall vara tillräckligt med de vanliga kriterierna för arbetsoförmåga, dvs att df var oförmögen till förvärvsarbete i faktisk och/eller profylaktisk bemärkelse. Kunde man konstatera detta, var det ointressant, att 2:11-åtgärden utgjorde hinder för förvärvsarbete.

I 2:11 (via 3:13 första stycket) sägs (se 4.4), att om df uppburit sp i nittio dagar i följd eller om det annars föreligger skälig anledning, fk skall, i den utsträckning RFV föreskriver,[7] undersöka, om det finns skäl att vidta någon åtgärd, som är ägnad att förkorta sjuk-

domstiden eller att förebygga en kommande arbetsoförmåga eller arbetsnedsättning eller häva en redan förefintlig arbetsoförmåga eller arbetsnedsättning. Har df uppburit sp i minst nittio dagar innebär detta, att hon/han under den tiden har uppfyllt dels sjukdomsvillkoret dels arbetsoförmågevillkoret enligt 3:8 första stycket eller 3:8 första stycket e contrario. Även om det inte framgår av lagtexten i 3:8 andra stycket och 2:11, att ett sjukdomstillstånd alltid måste föreligga (t ex i fallen med en ännu inte inträdd arbetsoförmåga), får man utgå ifrån, att sådant tillstånd måste vara för handen.

Jag övergår nu till en redogörelse för RFV:s kungörelse (RFFS 1978:32) om sp vid arbetsvård, som efterträdde RFV:s cirkulär från 1968. De faktorer kassan har att ta ställning till enligt denna författning är följande.

Df skall lida av sjukdom. Angående innebörden av detta begrepp hänvisas till vad som sagts härom ovan. Vidare skall df:s deltagande i den beviljade arbetsvården utgöra åtgärd av beskaffenhet som anges i AFL 2:11 (1 §). Där sägs som jag tidigare har framhållit, att åtgärden skall vara ägnad att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av df:s arbetsförmåga. Men även om df lider av sjukdom och arbetsprövningen, arbetsträningen och arbetsmarknadsutbildningen har det sjukdomsförkortande, förebyggande och nedsättningshävande syftet, krävs enligt RFV:s författning dessutom, att den sjukdom som föranlett arbetsvården medfört nedsättning av df:s arbetsförmåga *med minst hälften* eller att sjukdomen kan antagas medföra sådan nedsättning av arbetsförmågan, om arbetsvården inte kommer till stånd. De båda sistnämnda kraven är faktiskt så viktiga, att om inget av dem är uppfyllt det inte är fråga om rehabiliterande åtgärder enligt AFL 2:11, även om arbetsvård kommit eller är tänkt att komma till stånd (2 §).

Vid bedömning av om arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften i dessa fall, finns en speciell regel, som innebär, att sådan nedsättning anses föreligga, om df inte skulle kunna få och behålla en arbetsinkomst, som motsvarar minst hälften av den han kunnat räkna med, om han varit frisk (3 §). Vidare sägs att sp under tid för arbetsvård inte ska utgå för längre tid, än som kan anses erforderligt för att df skall kunna återgå i arbete och förvärva minst hälften av den arbetsinkomst hon/han kunnat påräkna i sin tidigare sysselsättning, om hon/han varit frisk (4 §).

RFV:s författning innebär att inte alla rehabiliterande åtgärder

av arbetsvårdskaraktär skall anses vara sådana 2:11-åtgärder, som medför att 3:8 andra stycket blir aktuellt. En tillämpning av författningen innebär, att endast en redan förefintlig eller kommande fullständig arbetsoförmåga eller en arbetsnedsättning med minst hälften som beror på sjukdom kan medföra, att en arbetsvårdsåtgärd blir att betrakta som en 2:11-åtgärd.[8] En hänvisning till 3:8 andra stycket tjänar endast som en upplysning om att den omständigheten att df är föremål för en arbetsvårdsåtgärd inte i sig utgör en presumtion om att df är arbetsförmögen i sådan utsträckning att rätt till sp inte kan föreligga.[9]

De arbetsvårdande åtgärder under vilka sp enligt AFL 3:8 andra stycket kan utgå är enligt U-handboken följande: arbetsmarknadsutbildning, arbetsprövning/träning vid arbetsvårdsinstitut och träning i reell miljö.[10] Fråga om sp jämlikt 3:8 andra stycket kan fortsätta att utgå uppkommer vid avbrott i utbildning p g a ferier och då arbetsvården avslutas eller avbryts.

För df:s rätt till sp under den tid, som kan komma att förflyta från det att man beslutat om att vidta någon form av rehabiliterande åtgärd och fram till åtgärdens vidtagande, gäller den generella regeln, att sp skall utgå om en 3:7-prövning ger vid handen, att df är sjuk och arbetsoförmögen med minst hälften. Sp utgår då som regel, då de utredande åtgärderna utföres, i den mån dessa inte aktualiserar en bedömning jämlikt 3:8 andra stycket. Även om en sådan bedömning blir aktuell är det alltså fråga om en 3:7-bedömning dessförinnan.

7.2.2 Fk:s handläggningsrutiner vid frågan om sp i samband med arbetsvård

Har man bedömt att arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften p g a sjukdom, skall sp utgå i väntan på rehabiliteringsåtgärd. Detta gäller särskilt de fall, då man varit i kontakt med arbetsvård eller socialvård och gemensamt kommit fram till att en rehabiliterande åtgärd är nödvändig för att återföra df till arbetslivet. Det är då tänkt att arbetsförmedling, socialvård och fk samordnar sina åtgärder. Fk initierar rehabiliteringsåtgärder, och arbetsförmedlingen/socialvården bedömer vilka som är lämpliga i det enskilda fallet. Om det under väntetiden uppkommer förhållanden som inte var kända vid en tidigare prövning, kan kassan ibland ompröva sitt beslut om rätt till sp.

Df har också en sp-rätt jämlikt 3:7, då df väntar på att erhålla annat arbete hos sin arbetsgivare. RFV menar dock, att om man i ett omplaceringsärende har bedömt att df med hänsyn till sjukdomen kan klara andra sysselsättningar på arbetsplatsen utan omskolning, man endast bör acceptera en kortare tids sjukskrivning.[11]

Innan beslut om någon rehabiliteringsåtgärd kan fattas, måste en rad uppgifter om df ha inhämtats. Dessa ingår i den s k utredande handläggningen och kan bestå i att inhämta tillgängliga uppgifter hos andra samhällsorgan och hos behandlande läkare samt att infordra läkarutlåtande. En s k behandlingsplan upprättas, innan remiss till arbetsvårdsorgan fattas. Hur en behandlingsplan ser ut finns beskrivet i U-handboken.[12]

Läkarintyget för sjukskrivning bedöms oftast som ett otillräckligt underlag för att vid de långa sjukfall, där rehabilitering aktualiseras, utreda df:s rätt till sp. Fk begär istället *läkarutlåtanden*, som är mer djupgående och informativa än läkarintygen.

De läkarutlåtanden som man företrädesvis använder sig av är Läkarutlåtande om hälsotillstånd (FKF 3200), som används bl a i ärenden om arbetsvård och förtidspension och som skall belysa de omständigheter, som nedsätter den fysiska och/eller psykiska prestationsförmågan, vidare Förfrågan hos läkare (FKF 6530) som innehåller till läkaren av fk ställda frågor, samt Begäran om läkarutlåtande/handling (FKF 6540). De handlingar fk kan begära är exv röntgenbilder, röntgenutlåtande, journal/patientanteckningar och audiogram.[13]

Tjänstemannen vid fk skall vid handläggningen av ett (eventuellt) rehabiliteringsfall kontakta arbetsgivare eller anpassningsgrupp för diskussion om en eventuell omplacering. Anpassningsgrupperna kan när det gäller rehabiliteringsärenden vara lämpliga samverkansorgan mellan arbetsledning, lokala organisationer, fackliga organisationer och arbetsförmedling vid arbetsplatser med mer än 50 anställda.[14] Grupperna har möjlighet att verka för rehabilitering och mot utstötning från arbetslivet av äldre och handikappade arbetstagare genom uppspårande av lämpliga arbetsuppgifter och användning av olika arbetsmarknadspolitiska resurser.[15] Arbetsförmedlingen får genom sin kännedom om arbetsplatsen tillfälle att föreslå sökande med handikapp till anställning.

Kassan skall innan beslut om remiss till arbetsvårdsorgan fattas ha gjort en socialutredning.[16] Senast då sjukfallet pågått sex månader bör en sådan utredning ha upprättats. Avsikten är att kassan därige-

nom bättre skall kunna bedöma, om det finns anledning att vidta rehabiliteringsåtgärder.

När lokalkontoret får meddelande från länsarbetsnämnden och/eller arbetsförmedlingen om att *arbetsmarknadsutbildning* beviljats, skall lokalkontoret pröva om sp skall utgå enligt AFL 3:8 andra stycket. I de fall länsarbetsnämnden och/eller arbetsförmedlingen på sitt meddelande angivit "2:11", skall sådan prövning alltid ske. I de fall länsarbetsnämnden/arbetsförmedlingen inte insänt sitt beslutsunderlag, brukar lokalkontoret infordra kopia av detta. Saknas sådant material eller är detta otillräckligt för kassans handläggning, skall kassan göra en kompletterande utredning. Denna kan avse såväl socialutredning som inhämtande av ytterligare medicinska uppgifter. Då lokalkontoret erhållit komplett beslutsunderlag, insorteras detta i U-akten eller, om sådan inte finns tidigare, lägger man upp en sådan. Akten översänds därefter till centralkontoret för beslut. Beslut om sp enligt AFL 3:8 andra stycket fattas alltid av utredningsavdelningen på centralkontoret.[17]

Har arbetsmarknadsutbildning påbörjats eller kommer att påbörjas, innan centralkontoret har fattat beslut angående sp enligt AFL 3:8 andra stycket, åligger det lokalkontoret att fatta ett preliminärt beslut beträffande utbildningsbidrag.

Vid beslut (bifall eller avslag) om sp enligt AFL 3:8 andra stycket, skall centralkontoret sända originalet av beslutet till lokalkontoret, som vidarebefordrar detta till df tillsammans med beslut om utbildningsbidrag. Härvid anges både sp (vid bifall) och utbildningsbidragets storlek samt skatteavdrag. U-akten och eventuella övriga handlingar återsänds därefter till lokalkontoret för fortsatt handläggning eller arkivering. Om en arbetsvårdsåtgärd påbörjas mer än 3 månader efter det att kassan beslutat om att bevilja sp, måste ny prövning ske. Lokalkontoret har rätt att efter utredning bevilja fortsatt sp enligt AFL 3:8 andra stycket vid förlängning av utbildningen om högst 4 veckor. Vid förlängd utbildning som omfattar mer än 4 veckor skall lokalkontoret, efter utredning av anledningen till förlängningen, överlämna ärendet till centralkontoret för beslut.

Vid avbrott för ferier under tid, för vilken sp jämlikt AFL 3:8 andra stycket beviljats, kan sp utbetalas genom att df avger försäkran. Läkarintyg avkrävs, när särskild anledning föreligger.

Under *utredning* (arbetsprövning/arbetsträning) *vid AMI* utges ersättning i form av utbildningsbidrag. Ersättningen beräknas och utbetalas av kassan. Beslut om utredning fattas av arbetsförmedling-

en och skall omfatta en period av fyra veckor. Kassan skall erhålla arbetsförmedlingens beslut två till tre veckor, innan utredningen tar sin början. Prövning av rätten till sp enligt AFL 3:8 andra stycket görs på samma sätt som vid arbetsmarknadsutbildning. Beslut om sp enligt AFL 3:8 andra stycket fattas av centralkontoret utan angivande av någon tidsgräns för beslutets giltighet. Beslutet avses i regel gälla under hela utredningen, vars sammanlagda längd vanligen inte överstiger sex månader. Finns notering "2:11" på arbetsförmedlingens beslut, skall detta åtföljas av arbetsförmedlingens beslutsunderlag.[18] Lokalkontoret utbetalar sp enligt AFL 3:8 andra stycket för den tidsperiod som det av arbetsförmedlingen fattade beslutet om utredning omfattar, såvida inte speciella omständigheter ger anledning till annat. Som underlag för utbetalning av sp infordras blanketten "Försäkran för sjukpenning under arbetsvård". Om antalet frånvarodagar under utredningen överstiger det tillåtna antalet, prövas den fortsatta rätten till sp. Då utredningen återupptas efter avbrott, skall centralkontoret ta ställning till om rätt till sp enligt AFL 3:8 andra stycket föreligger.

För att underlätta för df att återgå i förvärvsarbete kan kassan bevilja sp enligt AFL 3:8 andra stycket under *arbetsträning i reell miljö*. Detta kan vara aktuellt för försäkrad, som efter en tids frånvaro från arbetslivet är i behov av arbetsträning eller anpassning av arbetsuppgifterna före återgång till förvärvsarbete.

Om df gör anspråk på sp efter avslutad eller avbruten arbetsvård, för vilken sp enligt AFL 3:8 andra stycket beviljats, prövar fk rätten till sp enligt AFL 3:7 omedelbart. I regel samråder kassatjänstemannen med förtroendeläkaren.[19]

7.2.3 Viss statistik rörande fk:s rehabiliterande åtgärder

Den tidigare i kap 4 och 6 behandlade 180-dagarsstatistiken (8101-8106) innehåller också uppgifter, som berör rehabiliterande åtgärder.

Läkarutlåtanden har begärts i 82,4 % av 180-dagarsärendena. I de yngre åldersgrupperna, 16 – 19 år och 20 – 29 år, är andelen 70,8 % respektive 73,2 %. I 48,7 % av fallen oavsett ålder begärs utlåtanden inom sex månader.

Väntetid för erhållande av läkarutlåtande tycks vanligtvis inte medföra någon allvarligare försening av handläggningen, då hela 86,6 % av begärda utlåtanden inkommer inom två månader.[20]

Om det föreligger ett anställningförhållande, skall kassan i första hand kontakta arbetsgivaren angående df:s återgång i arbete och inte primärt engagera arbetsmarknadsorganen. Det är därför intressant att studera, vilka kontakter fk har tagit med arbetsgivare eller anpassningsgrupper.

Nedanstående tabeller visar i vad mån kontakter tagits med anpassningsgrupp för försäkrade anställda på den reguljära arbetsmarknaden, egna företagare eller försäkrade placerade i skyddat arbete fördelade efter avslutningsanledning. Koderna i första kolumnen avseende olika avslutningsanledningar finns förklarade ovan i 6.3, s 250 f.

Avslutnings-anledning	Ingen kontakt tagits Antal	%	Summa Antal
01	1013	92.6	1093
02	288	98.9	291
03	5874	89.2	6579
04	421	43.9	957
05	618	87.6	705
06	252	84.2	299
07	5998	86.8	6910
08	483	73.6	656
09	400	97.7	409
10	534	93.3	572
11	824	87.6	940
Summa	16705	86.0	19411

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

I endast 14 % av totala antalet avslutade ärenden har någon kontakt tagits med arbetsgivare/anpassningsgrupp. I 84,5 % av det totala antalet avslutade ärenden var df anställd alternativt egen företagare vid insjuknandet. Som väntat har flest kontakter tagits i de ärenden, som lett till omplacering på den gamla arbetsplatsen (56,1 %).

Totalt över alla åldrar saknades socialutredning i 25,3 % av 180-dagarsfallen.

Av 180-dagarsstatistiken går vidare att utläsa hur många försäkrade som blivit föremål för rehabiliterande åtgärder. Jag redovisar nedan fördelning efter avslutningsanledning.

Avslutnings-anledning	Summa Vidtagen	Ej vidtagen
01	470	623
02	25	266
03	1081	5498
04	648	309
05	420	285
06	245	54
07	1657	5253
08	400	256
09	12	397
10	63	509
11	414	526
Summa	5435	13976

Källa: Matematisk-statistiska byrån, RFV

De rehabiliteringsåtgärder som det är fråga om i denna tabell är följande: kontakt med arbetsgivare eller anpassningsgrupp, remiss till arbetsförmedlingen, arbetsvårdsåtgärd, specialistremiss, läkarutlåtande med anledning av remiss, anmälan till socialbyrå, social rehabilitering och träning i reell miljö. För hela gruppen har någon form av rehabiliteringsåtgärd vidtagits i 28,0 %.[21] Av de som efter sjukfallets avslutande återvänder till tidigare arbete har man i 16,4 % vidtagit någon åtgärd. Har df emellertid omplacerats på arbetsplatsen alternativt påbörjat nytt arbete, har kassan i flertalet ärenden vidtagit åtgärd.

I de lokala rehagrupperna behandlas ärenden som berör fler än två samhällsorgan. I enklare ärenden brukar samrådet ske genom direktkontakter med berört organ. Andelen ärenden som behandlas i lokal rehagrupp utgör 5,4 % av totala antalet avslutade ärenden av 180-dagarsfallen. En mycket liten del av utredningsärendena bedöms alltså av kassorna behöva diskuteras i lokal rehagrupp. Andelen fördelar sig på åldersgrupper så att 6,4 % av totala antalet utredningsärenden i gruppen 16 – 19 år tas upp i rehagruppen. Motsvarande andel är 6,7 % i gruppen 20 – 29 år, 8,7 % i gruppen 30 – 39 år, 8,6 % i gruppen 40 – 49 år, 4,4 % i gruppen 50 – 59 år samt 0,7 % i gruppen 60 – 64 år.

Av antalet ärenden med socialmedicinskt handikapp (443 st) tas 17 % upp i lokal rehagrupp. För övriga arbetshandikapp varierar andelen som behandlats i lokal rehagrupp mellan 2 och 7 procent.

Nedanstående tabell visar antal sjukfall, som tas upp i lokal rehagrupp fördelade efter ålder, arbetsförhållande och arbetshandikapp.

Ålder	*Antal*	*Arbetsförhållande*	*Antal*	*Arbetshandikapp*	*Antal*
16-19	13	Anställd/Eg.för.	733	Hjärt-lung-kärl	80
20-29	129	Skyddat arbete	72	Hörsel-syn	6
30-39	251	Arbetslös	232	Rörelse-rygg	589
40-49	316	Hemmamake	13	Annan fys. sjukd.	101
50-59	317			Psyk. sjukd.	198
60-64	24			Soc.med.handik.	76
Summa	1050	Summa	1050	Summa	1050

Andelen av samtliga avslutade utredningsärenden som behandlats i lokal rehagrupp fördelade på kassaområde varierar mellan 2,2 % och 12,2 %. I genomsnitt har i 74,4 % av ärendena som behandlats i rehagrupp företagits någon form av rehabiliterande åtgärd.[22]

Andelen, som erhåller träning i reell miljö, utgör endast 3,5 % (674 ärenden). Här ingår träning i reell miljö både med och utan arbetsförmedlingens medverkan. Vissa kassor kan ha svårigheter att få kännedom om att försäkrade påbörjat träning genom arbetsvården, vilket möjligen kan göra den redovisade andelen något för låg.[23]

7.2.4 Rättstillämpningen rörande sp i samband med arbetsvård

7.2.4.1 Sp i avvaktan på arbetsvård

Ofta uppstår ett glapp mellan beslutet om arbetsvård och själva igångsättandet av arbetsvården.[24] Den bedömning rörande eventuell sp som de rättstillämpande organen gör i dessa situationer, dvs under tiden *före* beviljad arbetsvård, är en 3:7-bedömning. Det är viktigt att avgöra, huruvida arbetsförmågan relateras till df:s gamla yrke, även om det framstår som mer eller mindre uteslutet, att df kan återgå till detta efter arbetsvårdens slut, eller om relateringen sker till vilket lämpligt arbete som helst. Följande två rättsfall, där arbetsvårdande åtgärder var aktuella för df, får tjäna som exempel.

Df, som var chaufför till yrket, hade en längre tid uppburit sp p g a en knäskada. Sp drogs dock så småningom in av kassan, eftersom den inte ansåg det vara styrkt, att df:s arbetsförmåga p g a sjukdom var nedsatt med minst hälften. Av ett läkarutlåtande framgick, att vid den ortopediska undersökning som gjorts df:s arbetsförmåga inte kunde anses vara nedsatt med minst hälften och att df, som borde kunna utföra ett lättare arbete, anmodats att kontakta

arbetsförmedlingen eller arbetsvården. RFV ändrade inte kassans beslut. Df kom under den tid ärendet var föremål för överklagande att erhålla arbetsvård vid arbetsträningsinstitut. Till FD inkom ett utlåtande från överläkaren vid ifrågavarande arbetsträningsinstitut. I detta angavs, att df under den tid han avvaktade inskrivning vid institutet borde anses ha en arbetsförmåga, som var "klart mindre än hälften av hans tidigare arbetsförmåga som chaufför". FD fann, att df:s arbetsförmåga enligt 3:7 varit nedsatt i sådan grad, att rätt till halv sp förelåg (FD 770503 dnr 135/77).

De båda läkarintygen relaterade alltså arbetsförmågan till olika arbeten, i första fallet till ett nytt lättare arbete och i senare fallet till det gamla arbetet. Det troliga är att FD:s dom är influerad av det sistnämnda utlåtandet. FD har alltså i detta mål varit av den åsikten att arbetsförmågan i avvaktan på arbetsvård skulle relateras till df:s ursprungliga arbete, trots att sjukfallet varat nästan ett år.

Df, som var byggnadsarbetare, uppbar under något mer än ett halvår hel sp p g a en skallskada. Kvarstående men bestod i risk för epileptiska anfall och skräck att vistas på höjder. I läkarutlåtande angavs, att det inte var tillrådligt, att df återgick till sitt gamla arbete som byggnadssnickare, då arbetet medförde, att han måste vistas på höga höjder och ställningar. Fk drog, då den tagit del av detta utlåtande, in df:s sp, eftersom arbetsförmågan inte längre bedömdes vara nedsatt med minst hälften. Även om det inte uttryckligen framkom, torde kassan ha relaterat arbetsförmågan till vilket annat lämpligt arbete som helst. Df remitterades av arbetsförmedlingen till arbetsvården, och det beslöts, att plats skulle beredas df efter några månader. RFV, som hade att ta ställning till df:s yrkande om fortsatt sp, ändrade inte kassans beslut. FD däremot fann, att df var berättigad till hel sp fram till dess arbetsvården skulle starta och hänvisade till 3:7 (FD 770908 dnr 265/77).

Precis som i föregående fall torde FD ha relaterat arbetsförmågan till det ursprungliga arbete, dvs arbetet som byggnadssnickare.

Arbetsvårdande åtgärder inleds oftast med en tid av arbetsprövning och/eller arbetsträning, då man försöker fastställa vilken typ av rehabilitering som är den lämpliga för df. Att resultatet av denna prövning kan påverka kassorna och/eller domstolarna i deras bedömning av df:s rätt till sp både före och under arbetsvården framgår av följande rättsfall.

Df, som arbetat som städerska, hade p g a ledbesvär m m varit sjukskriven i ca 1 år men därefter återgått i arbete hos den gamla arbetsgivaren till hälften av tidigare ordinarie arbetstid, som hade varit fem timmar per dag. Hon hade då sjukskrivits till hälften p g a ledbesvär. När hon sedan blev sjukskriven med hel arbetsoförmåga,

fann kassan och RFV, att endast halv sp skulle utgå, därför att hel arbetsoförmåga inte ansågs föreligga. När hon sedan blev föremål för arbetsträning och arbetsprövning och det då framgick, att df inte ansågs vara rehabiliteringsbar, fann FÖD, att hel sp borde utgå såväl för tiden *före* som under arbetsprövningen (FÖD 790313 dnr 414/78).

Den omständigheten att arbetsvården givit till resultat att df inte varit rehabiliteringsbar torde ha påverkat FÖD:s bedömning av sp-rätten för df. Troligen har FÖD ansett df berättigad till sp jämlikt 3:7 jämfört med 3:8 första stycket e contrario.

I de följande två fallen har df av fk ansetts helt arbetsoförmögen i sitt vanliga arbete fram till dess frågan om arbetsvård har aktualiserats. Aktualiseringen av arbetsvård har lett till en förändrad arbetsoförmågerelatering.

Med anledning av en till fk inkommen förfrågan om ersättning kunde utgå till df under arbetsvård i form av arbetsprövning/arbetsträning, företog kassan utredning. I avvaktan härpå utgavs inte sp. Arbetsvården påbörjades men avbröts redan efter drygt en vecka på grund av df:s sjukdom. I läkarutlåtande angavs att df, som arbetat som lastbilschaufför, hade ryggbesvär utan neurologiska tecken, värk i vaden i vänster ben och stressintolerans samt att han hade rekommenderats att banta. Df borde ha ett lättare gående och stående arbete utan alltför mycket stress. Fk beslöt, att sp inte skulle utgå. Över fk:s beslut anförde df besvär hos RFV, som fann, att df:s arbetsförmåga vid ifrågavarande sjukdomsfall inte varit nedsatt med minst hälften. Verket fann vidare, att förevarande arbetsvård inte kunde anses som sådan åtgärd som avses i 2:11. På grund därav lämnade verket med åberopande av 3:7 och 3:8 andra stycket besvären utan bifall. - FÖD fann däremot, att df:s arbetsförmåga på grund av sjukdom var fullständigt nedsatt (FÖD 790510 dnr 1253/78).

Innan arbetsvården aktualiserades, torde arbetsförmågan ha relaterats till df:s arbete som lastbilschaufför, därefter till vilket annat lämpligt arbete som helst. Huruvida FÖD har grundat sitt bifall på en relatering till df:s ursprungliga arbete framgår ej av domen.

Df, som var svarvare, led av cervical rhitzopathi och var sjukskriven härför sedan ett år tillbaka. Sjukskrivande läkare ansåg, att df:s arbete som svarvare var för ansträngande och i viss mån olämpligt med hänsyn till df:s åkomma samt att df torde bli föremål för arbetsvårdande åtgärder. I avvaktan på arbetsprövning drog kassan in sp och beslöt vid förfrågan att inte utge sp under arbetsprövning/arbetsträning. Df besvärade sig till RFV. Överläkaren vid arbetsvårdsinstitutet uppgav, att df sedan sp drogs in blivit mera spänd och nervös. Enligt läkare var df ur somatisk synvinkel hänvisad till

fysiskt sett lätta men ändå rörliga arbetsuppgifter. Institutets psykiaterkonsult bedömde, att df hade "en somatisk kärna i botten i form av en cervical rhizopathi. Han torde ha fungerat relativt bra under årens lopp men med en troligtvis något rigid personlighet med begränsade resurser till flexibel omställning. När den somatiska krämpan och värken kommit, hade han inte orkat med längre. Han hade små resurser att flexibelt ställa om sig i denna situation." Läkaren bedömde df:s arbetsförmåga nedsatt med avsevärt mer än hälften. Efter arbetsvårdens slut beviljades df helt sjukbidrag för två år framåt. - RFV beviljade halv sp medan FÖD fann, att df:s arbetsförmåga vara fullständigt nedsatt och beviljade hel sp under hela det ifrågavarande sjukdomsfallet (FÖD 790517 dnr 1680/78).

7.2.4.2 Sp under arbetsvård i allmänhet

Efter vilka riktlinjer utbetalas sp *under* pågående arbetsvård? Kan den arbetsrelatering, som man gjort före arbetsvården få betydelse för den arbetsrelatering som man gör, då frågan uppkommer, om arbetsvårdsåtgärden är en 2:11-åtgärd?

Många gånger torde svårigheter föreligga att med ledning av rättsfallsmaterialet närmare precisera de kriterier, som av fk, RFV och FD, FR och FÖD tillagts betydelse för avgörande av frågan om sp skall utgå till df under beviljad arbetsvård.[25] I de flesta fall är motiveringen bristfällig. En del av avgörandena är från tiden före tillkomsten av RFV:s författning, men det tidigare gällande cirkuläret hade samma innehåll som denna. Som exempel anför jag följande fall.

En 34-årig man yrkade sp under arbetsvård i form av arbetsprövning/träning under åtta månader (FD 761230 dnr 1182/76). Kassans kortfattade motivering till ett avslag var, att den inte funnit sådana förutsättningar föreligga som krävdes för rätt till sp enligt AFL 3:8 andra stycket. RFV och FD fann, att ifrågavarande arbetsvård inte var att hänföra till åtgärd som avsågs i AFL 4:2 (numera 2:11), varför rätt till sp jämlikt 3:8 andra stycket inte förelåg. På grund härav och då rätt inte heller förelåg till sp under arbetsvårdstiden enligt AFL 3:7, lämnades besvären utan bifall.

RFV och FD har gjort två bedömningar, dels att rätt till sp jämlikt 3:8 andra stycket inte är för handen, dels att förutsättningarna för sp jämlikt 3:7 inte är uppfyllda. Fallet visar att det inte är tillräckligt, att åtgärden i och för sig omöjliggör arbete för df. Man kan dock inte utläsa, vilket innehåll som begreppet arbetsförmåga har givits vid de båda bedömningarna och därmed vilken arbetsrelatering som gjorts (3:8 första stycket eller 3:8 första stycket e contrario).

Df:s sjukdom, som gav upphov till smärtor i halsryggen med utsträckning i höger arm och kraftnedsättning i denna, hade i fallet FD 770201 dnr 878/76 gjort df alltmer arbetsoförmögen i sitt ursprungliga yrke som servitris. Läkarintyg och utlåtande från länsarbetsnämnd förordade omskolning. Arbetsgivaren hade tillmötesgått med ändrade arbetsuppgifter så långt möjligt var. Kassan gjorde den bedömningen, att df utan särskild utbildning kunde erhålla och behålla en arbetsinkomst motsvarande minst hälften av den inkomst hon kunnat påräkna, om hon varit frisk. RFV fann ej df berättigad till sp vare sig enligt 3:7 eller 3:8 andra stycket. FD fann däremot, att df jämlikt 3:7 var berättigad till halv sp.

Av domsreferatet framgår inte huruvida FD har relaterat df:s arbetsförmåga till hennes ursprungliga arbete som servitris (ev som spritkassörska). Det torde dock vara fallet, eftersom df bedömts såsom arbetsförmögen exv i ett kontorsarbete. En sådan tolkning innebär, att FD tagit hänsyn till att df inte erhållit ett dylikt arbete.

Att man växlar mellan olika arbetsoförmågebegrepp torde framgå av följande rättsfall:

Df hade under flera års tid varit sjukskriven för ryggskott och knäbesvär. Han hade genomgått arbetsprövning och arbetsträning och vid utskrivningen bedömts klara ett lättare rörligt verkstadsarbete. Han hade anställts vid ALEA-verken (arbetsvården). Sedan blev df återigen sjukskriven p g a ryggbesvär ett par månader med halv sp, vilken kassan så småningom drog in p g a att arbetsförmågan inte ansågs nedsatt med minst hälften. Därefter blev df återigen långvarigt sjukskriven p g a ryggbesvär. Han erhöll hel sp under den tid han var intagen på rehabiliteringsklinik men inte för tiden därefter. - Detta tyder på att sp utgick jämlikt 3:8 andra stycket, men så fort 2:11-åtgärden var slutförd utgick inte sp längre. Df sjukskrevs tämligen omgående igen, denna gång också p g a psykiska besvär. Har erhöll sp i två månader. Den nya omständighet, som de psykiska besvären utgjorde, medförde, att kassan fann arbetsoförmåga föreligga troligen relaterad till den typ av lätt arbete han hade vid ALEA-verken. Därefter påbörjade han arbetsvård i form av arbetsmarknadsutbildning. Kassan fann, att sp inte kunde utges till honom under tiden för arbetsvården. Kassan anförde, att df syntes utan ytterligare arbetsvårdsåtgärd kunna erhålla och behålla ett arbete som gav honom en inkomst motsvarande hälften av den inkomst han kunnat påräkna om han varit frisk. I läkarutlåtanden framkom att df:s arbete på ALEA-verken innebar "en mycket olämplig arbetsställning, varför sedvanliga sjukskrivningsförmåner var motiverade i avvaktan på planerad arbetsvårdsåtgärd och att df därefter borde erhålla sp under arbetsvården. RFV biföll ej yrkandet om sp vare sig före eller under arbetsvården, medan FD biföll yrkandet om sp före arbetsvården men inte under arbetsvården (FD 781003 dnr 2914/77).

FD:s beslut måste innebära, att domstolen ansett arbetsoförmåga föreligga före igångsättande med arbetsvården, därför att df inte kunde utföra den typ av i och för sig lätt arbete som arbetet vid ALEA-verken utgjorde. Domstolen kan ha ansett, att df under pågående arbetsvård skulle kunna få och behålla en arbetsinkomst som motsvarade minst hälften av den han kunnat räkna med om han varit frisk, varför hans arbetsförmåga inte skulle anses vara nedsatt med minst hälften och arbetsvårdsåtgärden inte vara en 2:11-åtgärd. Denna tolkning av domen förefaller inte särskilt rimlig, enär df inte ens klarade det lätta arbetet på ALEA-verken. Vilka andra arbeten, som skulle ge en inkomst motsvarande hälften av vad df skulle kunna tjäna om han var frisk, skulle df kunna utföra? En sådan förändring av df:s arbetsförmåga kan knappast ha inträtt i och med att arbetsmarknadsutbildningen började. En annan förklaring till FD:s dom kan vara, att domstolen funnit det *skäligt* att inte utge sp under denna arbetsvård, eftersom df varit föremål för arbetsvård tidigare och då erhållit sp.

När df:s arbetsförmåga relateras till hela arbetsmarknaden enligt 3:8 första stycket e contrario, sker relateringen inte alltid till det aktuella arbetsmarknadsläget (se ovan kap 6). Att det inte heller behöver vara till en realistisk arbetsmarknad som df:s arbetsförmåga relateras till i 2:11-fallen framkommer av följande två rättsfall.

Enligt läkarintyg var df sjukskriven på grund av vertigo och neurologutredning. Sedermera tillkom diagnosen kroniskt lösningsmedelssyndrom. Enligt ett utfärdat läkarutlåtande hade df varit intagen på neurologiska kliniken för utredning. I utlåtandet framkom att df stadigt förbättrats under frånvaron från färger. Vid tiden för intagningen hade df endast en lätt subjektiv känselnedsättning i vänster kroppshalva. Df:s tillstånd bedömdes i utlåtandet som suspekt lösningsmedelssyndrom i regress. Omskolning rekommenderades. - Sedan df beviljats arbetsmarknadsutbildning i form av tre terminers grundskoleutbildning 1977, upptog fk till prövning frågan om df:s rätt till sp under utbildningstiden. Df hade under många år arbetat som målare och hade egen målarfirma. Han hade inga anställda. I samband med måleriarbetet hade han fått besvär i form av yrsel, illamående, huvudvärk och domningar i vänster kroppshalva. Df var inställd på att han inte skulle kunna fortsätta som målare. Han avsåg därför att utbilda sig till annat yrke. Kassan beslutade att inte utge sp då den funnit, att df utan arbetsmarknadsutbildning borde kunnat erhålla och behålla en arbetsinkomst motsvarande minst hälften av den inkomst df tidigare kunnat påräkna. - Över fk:s beslut anförde df besvär hos RFV. Han åberopade därvid en skrivelse från arbetsförmedlingen, enligt vilken utsikterna för df att få ett

arbete inom arbetsförmedlingsområdet den närmaste tiden var mycket små, eftersom df inte fick placeras inom sitt yrkesområde. - I det överklagade beslutet fann RFV, att den för rätt till sp under ifrågavarande arbetsmarknadsutbildning åberopade sjukdomen inte i och för sig medförde nedsättning av df:s arbetsförmåga med minst hälften. Med hänsyn därtill och då hans deltagande i utbildningen inte kunde anses utgöra sådan åtgärd som avsågs i 2:11 fann verket med åberopande av 3:7 och 3:8 inte skäl att bifalla besvären. I besvären hos FÖD yrkade df, att domstolen måtte inhämta synpunkter från arbetsmarknadsverket vad gäller möjligheten för honom att utan utbildning kunna placeras i arbete, där han skulle kunna förvärva minst hälften av tidigare inkomst. Till FÖD inkom också ett intyg från neurologisk klinik. Enligt detta hade df efter avslutade tre terminers grundskolestudier återgått till sitt tidigare arbete som målare. Efter en månad hade han ånyo sökt läkare för samma besvär som tidigare och df var sjukskriven under diagnosen "lösningsmedelssyndrom". FÖD, som inte fann ytterligare utredning erforderlig för målets avgörande, ändrade inte RFV:s beslut (FÖD 790426 dnr 1326/78).

I detta fall var det tämligen klart utrett, att df:s möjligheter att få ett arbete som inte låg inom målarbranschen, ja, att överhuvud få ett arbete, var mycket små i den norrlandsstad med mycket stor arbetslöshet där han bodde, såvida han inte omskolade sig. Omskolningen utgjordes av tre terminers grundskoleutbildning. Kassan, verket och domstolen tog inte hänsyn till den speciella arbetsmarknadssituation som rådde i df:s hemort utan gjorde en mer generell bedömning på en rent hypotetisk nivå. Konsekvensen av utgången i ett dylikt mål blir, att df för att kunna försörja sig är tvungen att flytta, om hon/han inte väljer alternativet att fortsätta att arbeta i sitt gamla arbete och bli sjuk på nytt.

Kassan och de andra instanserna kan ibland finna, att arbetsförmågan inte är nedsatt med minst hälften relaterat i princip till vilket "lätt" arbete som helst, så snart df själv (eller läkare) gjort sonderingar rörande möjligheten att erhålla ett arbete. Risk föreligger att man "släpper" det individuella synsättet och glömmer hur starkt begränsat arbetsutbudet är.

Df anförde till FRN (790427 mål nr 73/79), att han inte kunde fortsätta i sitt gamla yrke som byggnadsplåtslagare. Eftersom han inte hade grundskolekompetens, gick han tre år i folkhögskola. Därefter hade han praktikarbete på fritidshem. Han ville nu under två år fortsätta utbildningen till fritidspedagog. Eftersom den utbildningen han dittills genomgått inte var yrkesinriktad, kunde han inte räkna med att få något arbete han kunde klara. Han hade ständig värk i benen och kunde bara gå kortare sträckor. - FR ändrade inte

kassans beslut utan menade, att df:s arbetsförmåga "i ett för honom lämpligt arbete" inte kunde bedömas ha varit nedsatt med minst hälften. - FÖD fann inte skäl till ändring av FR:s dom (FÖD 800221 mål nr 639/79:9). Helt klart är att de olika instanserna inte relaterat arbetsförmågan till df:s tidigare arbete som plåtslagare. Men vad som är ett lämpligt arbete för honom när han inte har någon yrkesinriktad utbildning framkommer inte.

Rättstillämpningen tycks vara oenhetlig, när det gäller vilken arbetsrelatering som skall göras dels under tiden före igångsättandet av arbetsvården, dels under arbetsvården. Ibland relateras till df:s tidigare arbete, ibland till vilket tänkt lätt arbete som helst och ibland till ett visst bestämt lätt arbete. Valet av arbetsrelatering före arbetsvården påverkar bedömningen av om arbetsvårdsåtgärden skall betraktas som en 2:11-åtgärd. Det måste vara lättare att inte anse arbetsoförmåga sådan som den i 3 § i RFFS 78:32 vara för handen, om man tidigare funnit df vara arbetsförmögen i något tänkt lättare arbete.

7.2.4.3 Sp under arbetsmarknadsutbildning

För att df skall ha några reella möjligheter till ett nytt arbete, måste df i många fall undergå *utbildning* av något slag. Frågan om sp skall utgå under arbetsmarknadsutbildning uppkommer ofta i rättstillämpningen. Den vanligaste motiveringen för att *inte* utge sp under utbildning är att fk och/eller domstolarna funnit, att df även utan utbildning (eller med en utbildning som pågått en viss tid) borde kunna erhålla och behålla en arbetsinkomst motsvarande minst hälften av den hon/han kunnat påräkna i sitt tidigare yrke, om hon/han inte blivit sjuk. Denna regel hade RFV formulerat i ett utlåtande till FD redan 1967 och FD gick sedan på denna linje i ett pleniavgörande (FD 1967 ref 44). Med denna hypotetiska bedömning som bakgrund konstateras, att den ifrågavarande utbildningen inte (längre) skall anses som en åtgärd av beskaffenhet som anges i AFL 2:11. På grund härav och då df:s sjukdom (vid tidpunkten för avgörandet) inte heller medfört nedsättning av hennes/hans arbetsförmåga med minst hälften är df enligt AFL 3:7 och 8 inte berättigad till sp.[26]

I flertalet av de avgöranden, i vilka kassan, RFV och FD, FR och FÖD *ej bifallit* begäran om sp under utbildning, har df varit ung, i vissa fall mycket ung.[27] Psykiska besvär och ryggbesvär har oftast varit den medicinska orsaken, men den dåliga arbetsmarknadssituationen för ungdomar speciellt de med ingen eller ringa utbildning

torde i flera fall vara den viktigaste orsaken till arbetsvården. Avslaget har ofta motiverats med att df:s arbetsförmåga inte varit nedsatt med hälften, eftersom df på den allmänna arbetsmarknaden skulle kunna få och behålla en arbetsinkomst som motsvarar minst hälften av den hon/han kunnat räkna med om hon/han varit frisk.[28]

I ett antal avgöranden har df dock *beviljats* sp under arbetsmarknadsutbildning under en viss tid.[29] Utbildningen har gällt gymnasieutbildning,[30] folkhögskoleutbildning,[31] teknisk utbildning,[32] reklamutbildning,[33] utbildning till styr- och reglermekaniker,[34] grundskoleutbildning,[35] verkstadsutbildning[36] och lantbruksutbildning.[37] Utbildningen har i de flesta fall varit flerårig. Men sp har i dessa fall dragits in, sedan utbildningen pågått en tid, ofta omkring ett år. Skälet har varit, att arbetsförmågan inte har ansetts vara nedsatt med minst hälften. Df:s arbetsförmåga har uppfattats vara sådan, att df kan återinträda i arbetslivet och då förvärva minst hälften av den arbetsinkomst hon/han kunnat påräkna i sin tidigare sysselsättning om hon/han varit frisk[38] eller så har den av df för rätt till sp åberopade sjukdomen inte längre i och för sig nedsatt df:s arbetsförmåga med minst hälften.[39]

Ofta sammanfaller ovan nämnda ettårsgräns med att df får ferier.

Df påbörjade arbetsvård i form av tvåårig maskinteknisk linje. I skrivelse till df hade fk meddelat att sp betalades ut för så lång arbetsvårdstid, som bedömdes nödvändig för att man skulle kunna gå tillbaka i arbete och få mer än hälften av arbetsinkomsten i tidigare sysselsättning. Sp kunde alltså beviljas men eventuellt för kortare tid än den tid arbetsvården beräknades pågå. Kassan hade beslutat att ge df sp vid arbetsvård under högst ett läsår. Av handlingarna i ärendet framgick att df varit anmäld som arbetssökande för den händelse, att lämpligt feriearbete skulle uppenbara sig vid läsårets slut. Kassan framhöll följande: Vårterminen hade enligt uppgift avslutats den 10 juni. Df hade företett läkarintyg utvisande sjukskrivning med hel arbetsoförmåga under hela sommarlovet. Vid samtal med kassan hade df uppgivit, att hans hälsotillstånd inte undergått någon förändring jämfört med tidpunkten för utbildningens början. Med hänvisning härtill meddelade kassan, att sp inte kunde utges till df för den aktuella tiden. RFV och FD ändrade ej kassans beslut (FD 780928 dnr 124/78).[40]

I två avgöranden från 1980 (FÖD 800221 mål nr 639/79:9 (se ovan) och FÖD 800611 mål nr 698/79:2) har df uppburit sp under arbetsvård och därefter utbildningsbidrag under fortsatt utbildning. Frågan uppkom om sp skulle utges under sommarlovet, då utbildningsbidrag inte utgick. I det förra fallet utgick sp under tiden 22 maj - 4 aug. Därefter drogs sp in med motiveringen, att df:s arbetsförmåga i ett för honom lämpligt arbete inte var nedsatt med minst

hälften. I det senare fallet inhämtade kassan från sjukskrivande läkare, att sjukskrivningen föranletts av att df under ferieuppehåll inte fick utbildningsbidrag. Någon medicinsk försämring förelåg inte. Kassan fann att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften. Av samma mening var FD och FÖD.

Hur kassorna och domstolarna resonerat framgår inte av besluten respektive domsluten, men det troliga är att man funnit att df kunnat få ett arbete, som gav en lön motsvarande minst hälften av vad df förtjänat då hon/han var frisk. Att df inte kunde förtjäna något under ferierna, dvs verkligen få ett arbete som var av den karaktären att df trots sin sjukdom kunde utföra det, har man inte tagit hänsyn till varför df blivit utan ersättning. Df:s ansträngningar att få arbete under ferierna genom att vara aktivt arbetssökande på arbetsförmedlingen har i stället bidragit till att df uppfattats som arbetsförmögen.

I några fall torde karaktären av df:s aktiviteter under pågående sjukskrivning ha lett till indragning av df:s sp (se ovan 4.5).[41]

Df, som var sjukskriven för recidiverande kroniska lumbagobesvär, vilket medförde att han hade svårt att klara tyngre lyft och arbete, skulle omskolas och omplaceras, varför han genomgick en fyra veckors kurs vid AMU-center. Under denna kurs hade han fått ledigt i en vecka för att deltaga som mekaniker i världsmästerskapstävlingar i sidovagnsmotorcross. Tävlingarna hade ägt rum i Frankrike och Schweiz. Resorna mellan tävlingsplatserna hade företagits i buss. Fk fann, att den arbetsmarknadsutbildning, som i tiden inföll ett halvt år efter ifrågavarande AMU-utbildning och som bestod av en förberedande teorikurs under 17 veckor med inriktning på vidareutbildning till styr- och reglermekaniker under en total kurstid om 97 veckor, inte var en åtgärd jämlikt AFL 2:11. Df:s deltagande i tävlingarna torde ha påverkat bedömningen huruvida sp skulle utgå eller inte och om utbildningen skulle uppfattas som en 2:11-åtgärd eller inte (FÖD 791025 dnr 1813/78).

Samma problematik var aktuell i rättsfallet FD 780627 dnr 2876/77, där df, som var aktiv handbollsspelare, var sjukskriven från en fast anställning i en sportaffär. Denna anställning hade hon erhållit efter arbetsvård i form av kurs vid AMU-center och efter provanställning. Kassan och överinstanserna menade, att hennes arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften. Enligt ett läkarutlåtande som kassan infordrade framgick, att df sedan lång tid led av ryggsmärtor och att hon bedömdes behöva ett rörligt arbete utan alltför ansträngande armarbete. Arbetet borde inte heller vara enformigt stående. Något nytt ställningstagande från arbetsvårdens sida bedömdes inte vara medicinskt nödvändigt. Vidare framgick att df inte upplevde några ryggbesvär vid utövande av handbollsspel. Arbetsförmågan relaterades till arbetet i sportaffären. Med hänsyn

till att detta uppfyllde de krav som man under den tidigare genomgångna arbetsvården kommit fram till måste vara uppfyllda för att passa df och som det ovan relaterade läkarutlåtandet också underströk vara lämpligt, fann kassan det inte vara styrkt, att df:s på nytt åberopade ryggbesvär medförde en arbetsoförmåga av minst hälften. Det är givetvis svårt att veta i vad mån df:s handbollsutövande har påverkat bedömningen, att något nytt ställningstagande från arbetsvårdens sida inte var medicinskt nödvändigt.[42]

7.2.4.4 Sp efter arbetsvård

I vad mån utges sp *efter* det att df blivit föremål för arbetsvårdande åtgärder? Denna fråga måste besvaras utifrån AFL 3:7. Problemet är här som i de flesta andra sp-sammanhang innehållet i arbetsoförmågerelateringen. Denna är givetvis avhängig av om df erhåller ett arbete efter arbetsvårdens slut eller inte.

Df, som arbetat som skogsarbetare i trettio år, hade mer eller mindre mot sin vilja omskolats till maskin- och bänksnickare p g a ryggbesvär. Han hade därefter erbjudits sådant arbete men avböjt detta, då han tyckte att lönen var för låg. Han var inte intresserad av någon ny omskolning och han var inte beredd att flytta från orten för att erhålla arbete i omskolningsyrket. Han föredrog att arbeta halvtid som skogsarbetare. När han blev sjukskriven härifrån p g a rygg- och ledbesvär, bedömde sjukskrivande läkare df såsom halvt arbetsoförmögen i skogsarbete men helt arbetsför i ett tänkt arbete som bänk- och maskinsnickare. Kassan beslöt då att inte utge sp längre. RFV ändrade inte kassans beslut men det gjorde FD, som fann df:s arbetsförmåga p g a sjukdom vara nedsatt med minst hälften men inte fullständigt. Df var alltså berättigad till halv sp (FD 770616 dnr 103/77).

FD har följaktligen relaterat df:s arbetsförmåga till skogsarbetet och inte till det tänkta arbetet som bänk- och maskinsnickare. Detta rättsfall tycks tyda på att FD tar hänsyn till df:s egna önskemål rörande vilket arbete hon/han vill vara sysselsatt i samt till df:s vägran att flytta för att kunna erhålla lämpligt omskolningsarbete.

Df var sjukskriven p g a magbesvär. Sjukskrivande läkare uttalade, att df i stort sett var frisk men att hans recidiverande magbesvär gjorde, att man måste tillråda honom att skaffa sig ett lugnare och mindre ansträngande arbete. Df genomgick därför arbetsmarknadsutbildning och erhöll sp under tiden. Df uppgav efter en tid, att han inte tänkte fortsätta arbetsmarknadsutbildningen och att han på egen hand sökte arbete. Kassan beslöt att inte utge sp, eftersom df:s arbetsförmåga inte längre kunde anses nedsatt med minst hälften. RFV och FD var av samma mening (FD 771115 dnr 640/77).

Df hade visserligen inte erhållit något lättare arbete men betraktades såsom arbetsför i förhållande till ett sådant tänkt arbete, varför sp inte längre skulle utgå. Df har själv ansett sig arbetsförmögen och då har de rättstillämpande myndigheterna varit av samma mening.

Df var inskriven sex månader vid arbetsträningsinstitut, där man fann, att df:s arbetsförmåga p g a stelhet i vänster knäled och kraftnedsättning i höger ben var nedsatt så väsentligt, att halvtidsarbete föreslagits henne. Df begärde då halv sp, men kassan menade, att arbetsförmågan inte var nedsatt med minst hälften och utgav ingen sp alls. RFV och FD var av samma mening (FD 771208 dnr 2017/76).

Kassan och överinstanserna relaterade arbetsförmågan till ett tänkt heltidsarbete såsom hjälppersonal till arbetsterapeut. Df hade nämligen under 22 veckor utbildat sig härtill. Att man vid arbetsträningen kommit fram till att df inte skulle orka med mer än ett halvtidsarbete påverkade inte bedömningen.

I flera fall, där df genomgått en längre arbetsmarknadsutbildning, har df antingen dagen efter dess slutförande eller efter viss tid ånyo sjukanmält sig. Kassan och överinstanserna har i de flesta fall funnit, att arbetsförmågan inte varit nedsatt med minst hälften.[43] Man bygger ofta på medicinska utlåtanden i vilka det framgår, att df exv kan klara ett stillasittande arbete eller ett arbete som inte innebär belastning av knälederna[44] osv. Men, som ovan framkommit, existerar oftast inte det aktuella "önskearbetet", i varje fall inte på df:s hemort. Df blir alltså utan både arbete och sp. De rehabiliterande åtgärderna kan för df komma att framstå som meningslösa, eftersom df trots dessa ändå inte tycks ha förbättrat sin reella arbetssituation.

7.2.4.5 Slutsatser

De möjligheter df har att enligt RFV:s författning erhålla sp i samband med arbetsvårdande åtgärder är begränsade i förhållande till vad lagtexten ger vid handen.[45] Enligt lagtexten skall kassan endast behöva ta ställning till om åtgärden hindrar df att förvärvsarbeta. Författningstextens inskränkningar i rätten till sp medför, att kassan endast kan utge sp i de fall, då df:s arbetsförmåga är nedsatt med minst hälften eller förväntas bli nedsatt med minst hälften. Även om rättstillämpningen visar att man haft svårigheter att avgöra vad df:s arbetsoförmåga skall relateras till och även om många avgöranden är mycket knapphändigt formulerade, torde enbart en tillämpning av 3:8 andra stycket jämfört med 2:11 inte ha kommit till använd-

ning. Man har alltså inte hänvisat till lagtextens ord om att rätt till sp föreligger, om den rehabiliterande åtgärden hindrar df från att arbeta. Rättstillämpningen visar, att man upprätthållit författningens krav på minst halv arbetsoförmåga.

Sp-försäkringen bidrar endast till rehabilitering upp till 50 procents arbetsförmåga. Arbetsvårdsorganens rehabiliteringsmål sträcker sig däremot som regel till att göra df arbetsför till 100 procent (om möjligt). Detta innebär, att fk och arbetsvården har olika förutsättningar för sitt rehabiliteringsarbete och att resurserna därför disponeras på olika sätt. Det kan ibland för länsarbetsnämndens och prövnings-träningsinstitutionernas tjänstemän te sig svårt att förstå kassans ställningstagande om vägrad sp med motivering, att df i dagens läge skulle kunna klara ett arbete, där hon/han förtjänar minst hälften av tidigare inkomst.

Arbetsoförmågerelateringen till hela arbetsmarknaden är ett svårbedömt rättsligt kriterium. Svårigheterna torde inte bli mindre genom att man i författningen infört kravet på inkomstrelatering.[46]

Detta krav innebär, att de arbeten till vilka relateras i denna situation i princip torde komma att variera beroende på df. Om df hade kunnat räkna med en mycket hög inkomst om han varit frisk (för att göra denna bedömning bör man väl rimligtvis utgå från df:s tidigare arbete), kan df vara att betrakta som arbetsoförmögen (helt eller med minst hälften) i ett större antal arbeten än vad en försäkrad är som i sitt vanliga arbete haft en låg lön. Att låta en sådan faktor som inkomstens storlek få påverka rätten till ersättning förefaller inte stå i överensstämmelse med de krav som lagen uppställer för rätt till ersättning.

7.3 Funktionsträning

7.3.1 Bakgrund och frågeställningar

I föregående avsnitt behandlades sp under yrkesinriktad rehabilitering. Funktionsträning är en del av den *medicinska* rehabiliteringen.[47] Funktionsträning syftar till att träna upp en viss förmåga, som kan vara av betydelse för arbetsförmågan i allmänhet, men som inte är bunden till något bestämt yrke. Vanliga och typiska exempel är hörselträningskurser och stamningskurser. Kurserna är upplagda på ett sådant sätt, att kursdeltagaren inte samtidigt kan utföra något arbete. Frågan gäller under vilka förutsättningar sp kan utgå under denna tid.

Den kritiska frågan är om man i dessa fall skall upprätthålla *kravet på halv arbetsoförmåga* eller om det är tillräckligt att df under funktionsträningen faktiskt är förhindrad att utföra arbete och funktionsträningen syftar till att förbättra arbetsförmågan.

En annan fråga som har varit aktuell i fall som gällt sp under funktionsträning har varit om det tillstånd som föranlett funktionsträningen skall betraktas som *sjukdom*.

7.3.2 Rättstillämpningen

Frågan om sp under funktionsträning prövades i den ovan nämnda plenidomen från 1967 (FD 1967 ref 42). Frågan gällde sp under en rehabiliteringskurs vid Hörselfrämjandets rehabiliteringscentral. RFV hävdade i sitt yrkande i målet, att rätten till sp under funktionsträning måste begränsas till de fall, där df före rehabiliteringsåtgärden uppburit sp enligt AFL 3:7 för den sjukdom och arbetsnedsättning som föranlett rehabiliteringsåtgärden. Utan en sådan begränsning skulle sp komma att utgå vid praktiskt taget all rehabilitering. I RFV:s ståndpunkt ligger, att arbetsförmågan måste vara nedsatt med minst hälften. FD anslöt sig delvis till verkets ståndpunkt. FD hävdade, att arbetsförmågan måste vara nedsatt med minst hälften eller förväntas bli nedsatt med minst hälften utan funktionsträningen. Det krävdes således inte att sp hade utgått redan före funktionsträningen.

Plenidomen från år 1967 blev bestämmande för rättstillämpningen under de följande åren.

Följande fall från rättstillämpningen får illustrera frågan om tillstånd som krävde funktionsträning var att anse som sjukdomstillstånd och funktionsträning som läkarvård/sjukhusvård.

I ett avgörande av FD från år 1976 (FD 760622 dnr 387/74) hade en kvinna hos fk gjort anspråk på sp för dagar, då hon efter remiss av läkare undergick behandling av psykolog tjänstgörande vid psykiatrisk klinik. Kassan fann, att besöken hos psykolog inte var att hänföra till läkarvård och därför hade inte sjukdomstillstånd som berättigade df till sp förelegat under de enstaka dagar hon hade behandlats eller kom att behandlas av psykologen. RFV fann att kassans beslut skett i enlighet med gällande bestämmelser. FD fann i enlighet med yttrande från RFV att fk bort pröva frågan om df:s rätt till sp enligt AFL 3:8 andra stycket för de dagar hon undergått ifrågavarande behandling hos psykolog och visade därför målet åter till kassan.

RFV har först i sitt beslut över det överklagade kassaavgörandet funnit, att sjukdomsrekvisitet inte var uppfyllt, varför överhuvud någon rätt till sp inte kunde föreligga (vare sig enligt 3:7 eller 3:8 andra stycket). I sitt yttrande till FD har verket dock ändrat uppfattning och funnit, att behandling av psykolog var att jämföra med läkarvård. Är df föremål för dylik vård, presumeras df vara sjuk (se ovan kap 5). Detta ledde till att både RFV och FD fann, att prövning av rätt till sp borde ske. Eftersom behandlingen var av rehabiliterande natur, skulle bedömningen göras jämlikt 3:8 andra stycket.

Att bedömningen av om rätt till sp jämlikt 3:8 andra stycket är intimt förbunden med bedömningen av om rätt till sp föreligger jämlikt 3:7 framgår också av följande fall. Där framgår att inte endast sjukdomsvillkoret måste vara uppfyllt utan även villkoret om arbetsoförmåga med minst hälften.

En person som avhållit sig från arbete för att på läkares inrådan behandlas vid två speciella stamningskurser (som föreskrift på läkarintyget angavs "Foniatrisk behandling"), fick avslag på sin begäran om sp, eftersom enligt kassans förmenande arbetsförmågan under behandlingstiden inte kunde anses nedsatt med minst hälften. RFV och FD fann också, att det inte visats att df:s arbetsförmåga varit nedsatt med minst hälften p g a sjukdom, dvs ingen sp kunde utgå jämlikt 3:7. Med hänsyn härtill, och då df:s deltagande i ifrågavarande kurs inte kunde anses utgöra åtgärd som avses i AFL 2:11, lämnades besvären utan bifall (FD 770208 dnr 2277/76).

Ett annat avgörande, som också gällde foniatrisk behandling, ledde dock till bifall för df:s yrkanden. En kvinna erhöll två gånger dagligen foniatrisk behandling av logoped. Kassan fann att df inte lidit av sjukdom, som förorsakat nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften och utgav ingen sp. I det överklagade beslutet fann RFV att df lidit av sjukdom under den tid, då hon erhållit foniatriska behandlingar. Denna sjukdom hade dock inte i sig förorsakat nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften, vilket enligt 3:7 förutsätts för rätt till sp. "Om df:s deltagande i dessa behandlingar utgjort sådan åtgärd som avsågs i 4 kap 2 § samma lag i dess lydelse före den 1 januari 1977 (dvs nuv. 2:11), skulle emellertid med stöd av 3 kap 8 § andra stycket nämnda lag förlust av arbetsförmågan anses föreligga under den tid som behandlingen pågick. Såsom förutsättning för att i ovannämnda 4 kap 2 § avsedd åtgärd skulle anses föreligga måste krävas att - oavsett om sjukpenning utgått före åtgärdens vidtagande - sjukdomen redan medfört eller, om åtgärden ej vidtogs, kunde antagas komma att medföra nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften. I förevarande fall saknades emellertid anledning till sådant antagande. Stadgandet i 3 kap 8 § andra stycket lagen om allmän försäkring var därför ej tillämp-

ligt". På grund därav fann RFV att df inte var berättigad till sp under ifrågavarande tid. Verket lämnade därför besvären utan bifall. - RFV krävde alltså uttryckligen minst halv arbetsoförmåga för att rätt till sp jämlikt 3:8 andra stycket skulle föreligga. - I ett till RFV inkommet läkarintyg framhölls, att df blivit sjukskriven på grund av avståndet från hemmet och på grund av det faktum att resultatet av hennes behandling måste bli sämre om hon arbetade, åtminstone under första delen av behandlingstiden. Då fortsatt behandling inte kommit till stånd, hade hennes röst väsentligt försämrats. - I besvären hos FD framhöll df bl a, att det varit omöjligt för henne att parallellt med förvärvsarbete hinna eller orka få behandling på annan ort, som låg på över tio mils avstånd från bostadsorten. Vidare hävdade hon, att hon i sitt arbete, som bestod i att i samråd med direktriser arbeta fram nya kollektioner, var beroende av att muntligt kunna redovisa sina synpunkter beträffande skilda arbetsmoment. FD fann att ifrågavarande behandling av logoped fick anses utgöra 2:11-åtgärd (tidigare 4:2-åtgärd), varför hon erhöll sp jämlikt 3:8 andra stycket (FD 780202 dnr 1213/77).[48]

Domstolen har även i fallet FÖD 790719 dnr 1526/78 prövat om foniatrisk behandling utgjorde åtgärd jämlikt AFL 2:11 utan att komma fram till att så var fallet. Talsvårigheter efter en skallskada uppfattades som sjukdom, men eftersom nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften inte var för handen, lämnades besvären utan bifall både jämlikt AFL 3:7 och 8.

FD har alltså varit beredd att acceptera de tillstånd som föranlett funktionsträning av detta slag som sjukdomstillstånd. Det framgår också av domarna, att FD upprätthöll kravet, att arbetsförmågan skulle vara eller kunde förväntas bli nedsatt med minst hälften.

Frågan om sp under funktionsträning har varit föremål för riksdagens uppmärksamhet vid flera tillfällen under 1970-talet.[49] Socialpolitiska samordningsutredningen har föreslagit lagändringar för utvidgning av rätten till sp vid olika rehabiliteringsåtgärder, däribland kurser för hörselskadade.[50] Utredningarna och förslagen har emellertid inte kommit så långt som till någon proposition om författningsändringar. I stället ändrades rättsläget genom en plenidom (FÖD 801022 mål nr 1058/79:1, publ. FÖD 81:2)

Bakgrunden var den att Södermanlands läns allmänna försäkringskassa i beslut 780519 inte velat utge sp till en kvinna som p g a hörselnedsättning genomgick en gruppterapeutisk funktionsträning för hörselskadade bestående i intensivträning, läppavläsning och hörselträning. Behandlingen pågick dagligen kl 9.00 - 15.30. Kassan motiverade sitt beslut med att arbetsförmågan inte var nedsatt med minst hälften och att träningen inte var 2:11-åtgärd (3:8 andra stycket). FRM motiverade sitt avslag på df:s yrkande om sp på samma sätt som kassan (FRM 790720 mål nr 1949/79). I FÖD

yrkade df och RFV att sp skulle utgå jämlikt 3:8 andra stycket, därför att df var föremål för sådan åtgärd som är avsedd att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av df:s arbetsoförmåga. RFV ansåg att df under behandlingstiden varit förhindrad att utföra sitt vanliga arbete (hushållsarbete i hemmet). Verket ansåg vidare att hon - inte minst med tanke på den utbildning hon hade - skulle ha förvärvsarbetat, om inte hennes hörselnedsättning hade hindrat henne. Funktionsterapin avsåg att häva nedsättningen av hennes arbetsförmåga och förbättra förutsättningarna för hennes inträde i förvärvslivet. Sp borde därför enligt verkets mening beviljas df från och med anmälan till fk till och med sista behandlingsdagen.

Från audiologiska avdelningen på D-sjukhus framhölls bl a, att trots att df redan före kursen var en utomordentligt skicklig avläsare, den genomförda funktionsträningen bidragit till att förbättra hennes förutsättningar för inträde på arbetsmarknaden.

Socialstyrelsen uttalade i yttrande till RFV, att sådan behandling som syftar till att förbättra df:s funktionsförmåga och som inte kan betraktas som yrkesinriktad utbildning borde betraktas som en medicinsk rehabiliteringsinsats och följaktligen ge rätt till sp under behandlingsperioden. Enligt socialstyrelsen syntes det helt klart, att den behandling, som df hade erhållit vid D-sjukhus, haft till syfte att förbättra hennes funktionsförmåga. Behandlingen måste därför anses som en medicinsk rehabiliteringsinsats, som inte hade något gemensamt med kursverksamhet i vanlig mening. Socialstyrelsen ville därför ansluta sig till den mening som RFV avgivit till FÖD.

FÖD inhämtade från df, att hon i sin ungdom hade arbetat som kartritare. Sedan 28 års ålder hade hon varit hemmafru, eftersom hon hade små barn. Efter universitetsstudier hade hon de senaste åren hållit två kurser i konsthistoria i Medborgarskolans regi. Hon hade erbjudits att hålla universitetskurser men inte vågat anta erbjudandet, eftersom det i dessa kurser ingick, att eleverna skulle lämna muntliga redogörelser.

FÖD beslöt i plenum, att ifrågavarande funktionsträning fick anses vara en medicinsk rehabiliteringsåtgärd ägnad att förebygga fortsatt nedsättning av df:s arbetsförmåga. Domstolen fann därför, att df:s deltagande i funktionsträningen utgjorde 2:11-åtgärd och att df enligt 3:8 andra stycket var berättigad till hel sp.

I domen fanns tre dissidenter som menade, att det inte fanns anledning att frångå dittills gällande praxis vid tillämpningen av 3:8 andra stycket jämfört med 2:11. De framhöll: "Beträffande df:s arbetsförmåga måste beaktas att df varit hemmafru under mer än trettio år, varunder hon på 1970-talet tagit akademiska betyg i konsthistoria och i antikens historia, och att hon, såsom enda utom hemmet utfört arbete under dessa år, hållit kurser i konsthistoria för personer i bekantskapskretsen, vilket i tiden skett sedan hon deltagit i funktionsträningen. Det kan under dessa och övriga i domen angivna omständigheter inte anses, att df:s sjukdom medfört eller, om hon inte hade deltagit i funktionsträningen, kunde antas komma att

medföra nedsättning med minst hälften av den arbetsförmåga, som är att beakta."

Två andra var skiljaktiga beträffande motiveringen och menade, att rätten till sp vid rehabiliteringsåtgärder är anknuten till nedsättning av arbetsförmågan och inte automatiskt till beskaffenheten av rehabiliteringsåtgärderna. De pekade på att det enligt mångårig praxis krävs för att rehabiliteringsåtgärd skall ge rätt till sp, att sjukdomen redan medfört eller, om åtgärden inte vidtas, kan antas komma att medföra nedsättning av df:s arbetsförmåga med minst hälften. Och med hänsyn till hur förutsättningarna för rätt till sp utformats enligt 3:7 - och för rätt till förtidspension enligt 7:1 första stycket (jämför 3 § andra stycket) - är denna lagtolkning naturlig. Det saknades enligt deras mening grund för FÖD att frångå gällande praxis. De gjorde i stället gällande att i ett fall som det förevarande - där df:s sjukdom i förening med hennes ålder gjorde att möjligheten till förtidspension inte tedde sig avlägsen - måste särskilt beaktas den uppmjukning av invaliditetsbedömningen i förtidspensionshänseende som skett för bl a handikappade husmödrar genom lagstiftning är 1970 (se ovan). Vid en bedömning av df:s arbetsförmåga måste hänsyn tas inte endast till hennes prestationsförmåga i hemmafrusituationen utan även till hennes möjligheter att utföra förvärvsarbete utom hemmet. Med denna utgångspunkt fann de, att funktionsträningen i detta fall var en 2:11-åtgärd och att sp skulle utgå enligt 3:8 andra stycket.

Alla fem dissidenterna har relaterat arbetsförmågan till hennes arbete som hemmafru, även om de sedan haft olika åsikter om innehållet i relateringen. Tre har ansett att den endast skall omfatta hennes uppgifter i hemarbetet, medan två har använt sig av den relatering som görs för en hemmafru vid bedömningen av rätten till förtidspension, dvs man har också bedömt hennes möjligheter att utföra förvärvsarbete utom hemmet. Majoriteten däremot har relaterat hennes arbetsförmåga till ett tänkt förvärvsarbete, som, får man väl anta, skulle ligga inom ramen för hennes utbildning. Majoriteten har inte krävt att i ett sådant arbete hennes arbetsförmåga skall vara eller komma att bli nedsatt med minst hälften. Den har endast framhållit, att rehabiliteringsåtgärden är ägnad att förebygga fortsatt nedsättning av hennes förvärvsarbetsförmåga.

Majoriteten har alltså gått på den linjen att funktionsträning skall anses vara en 2:11-åtgärd, om den medicinska rehabiliteringsåtgärden är av profylaktisk natur, dvs den är ägnad att förebygga fortsatt nedsättning av df:s arbetsförmåga eller syftar till att häva nedsättningen av df:s arbetsförmåga och förbättra förutsättningarna för inträde på arbetsmarknaden respektive för möjligheterna till fortsatt förvärvsarbete. I och med att man har släppt kravet på att sjukdom-

en redan medfört eller, om åtgärden inte vidtas, kan antas komma att medföra nedsättning av df:s arbetsförmåga med minst hälften för att rehabiliteringsåtgärd skall ge rätt till sp har man frångått den praxis med just detta innehåll som ansetts gälla. Man tillämpar nu 3:8 andra stycket i enlighet med dess ordalydelse, dvs rehabiliteringsåtgärden ger rätt till sp så snart dess genomförande medför, att df är förhindrad att utföra sitt arbete. Samma rättstillämpning har som framkommit ovan inte ansetts kunna ifrågakomma vid yrkesinriktad rehabilitering, eftersom man där anser sig bunden av RFFS 1978:32.

7.4 Utlandsvård

7.4.1 Bakgrund och frågeställning

Vid vissa sjukdomar kan vård i utlandet ha ett särskilt medicinskt värde på grund av klimatiska faktorer. Detta gäller framför allt hudsjukdomen psoriasis och reumatiska sjukdomar men även vissa andra sjuktillstånd. Fråga uppkommer då vilka kriterier som skall vara avgörande för att sp skall utgå under sådan vård i utlandet. År 1981 utfärdade RFV en särskild kungörelse, RFFS 1981:4, med vissa bestämmelser om sjukpenning vid utlandsvård. Jag börjar emellertid med att under 7.4.2 beskriva rättstillämpningen före denna tidpunkt. Orsaken härtill är att jag vill ge en bild av rättsutvecklingen men också att nämnda författningstext är tillämplig endast när vården bekostas av sjukvårdshuvudman. I övriga fall är praxis före 1981 fortfarande relevant (se dock nedan ang FÖD 830202 mål nr 829/81:1). Under 7.4.3 behandlas tillkomsten av RFFS 1981:4 och rättspraxis i anslutning till denna författning samt i 7.4.4 handläggning och rättstillämpning efter tillkomsten av RFFS 1981:4.

De rättsliga frågeställningarna är i huvudsak desamma som vid funktionsträning. Det måste avgöras om utlandsvård skall bedömas som en rehabiliterande åtgärd jämlikt 2:11. För att sp skall kunna utgå jämlikt 3:8 andra stycket måste klarläggas, vilket innehåll kravet på arbetsoförmåga skall ha. Redan 1967 fastslogs beträffande funktionsträning, att arbetsoförmågan måste vara minst halv eller förväntas kunna bli minst halv, om rehabiliteringsåtgärden inte vidtogs. Denna princip kom också att gälla för sp under utlandsvård.

Vid tillämpning av nämnda princip i samband med frågan om sp under utlandsvård har vissa omständigheter, för vilka redogörs i det följande, särskild betydelse. Jag behandlar i tur och ordning psoria-

sis, reumatiska besvär och några andra sjukdomstillstånd, bl a allergier och astma.

7.4.2 Rättstillämpningen före 1981

7.4.2.1 Psoriasis

Jag anför nedan ett rättsfall där prövning av om df:s arbetsförmåga var nedsatt med minst hälften har gjorts endast jämlikt AFL 3:7 och inte även jämlikt 3:8 andra stycket.

I fallet FD 770419 dnr 132/77 hade df sjukskrivits med hel arbetsoförmåga p g a psoriasis. På intyget fanns under rubriken Föreskrift angivet "Utlandsvård Hvar". Samtliga instanser avslog df:s framställning om sp med en kortfattad hänvisning till att arbetsförmågan inte var nedsatt med minst hälften jämlikt 3:7. Se även FD 771201 dnr 838/77.

I fallet FD 770505 dnr 136/77, som publicerats (FD 1977 ref 30) och som följaktligen anses ha en prejudicerande betydelse, har FD gjort en prövning även jämlikt 3:8 andra stycket.

Df gjorde framställning om sp under behandlingsresa till Rhodos för psoriasis. Kassan betalade inte ut någon sp, eftersom den inte ansåg att arbetsoförmåga var styrkt. Df överklagade och framhöll, att han var svårt angripen av psoriasis men att han försökte att trots detta arbeta och undvika sjukskrivning med undantag för tiden för behandlingsresa till utlandet. Det bästa behandlingsresultatet uppnåddes vid vistelse utomlands. Under utlandsresorna hade df:s psoriasis oftast blivit helt utläkt. - Fk upplyste att df inte på grund av psoriasis varit sjukskriven sedan år 1968 med undantag för de tidsperioder, varunder han vistats i sydligare klimat och då i samråd med läkare blivit sjukskriven. Kassan fann det tveksamt om inte df borde ha tillerkänts sp för den aktuella tiden. - RFV fann, att df:s arbetsförmåga inte varit på grund av sjukdom nedsatt med minst hälften. Vidare ansåg verket, att det inte kunde antas att, om vistelsen på Rhodos inte ägt rum, df:s sjukdomsbesvär hade kommit att medföra nedsättning av hans arbetsförmåga med minst hälften. RFV biföll inte besvären, vilket inte heller FD gjorde.

I detta rättsfall ansåg verket och domstolen det vara helt klarlagt, att df:s arbetsförmåga inte var nedsatt med minst hälften vid tidpunkten för vårdresan (3:7). Vid bedömningen av om 3:8 andra stycket var tillämplig konstaterade verket, att en "förebyggandesituation" inte var för handen ("det kunde inte antagas att, om vistelsen på Rhodos inte ägt rum, df:s sjukdomsbesvär hade kommit att medföra nedsättning av hans arbetsförmåga med minst hälften").[51]

I rättsfallet FD 780202 dnr 481/77 biföll ingen av instanserna df:s begäran om sp för resa till Kanarieöarna för att vårda en försämring av df:s psoriasis som enligt läkarintyg hindrade honom att sitta i arbetet. Motiveringen var att det inte var styrkt att df:s arbetsförmåga var nedsatt med minst hälften jämlikt 3:7. Motiveringen var densamma i rättsfallet FD 780404 dnr 1546/77.[52]

Trots den publicerade domen har det tydligen inte ansetts helt självklart, att en prövning skall ske även jämlikt 3:8 andra stycket jämfört med 2:11. I de allra flesta fall gjordes dock även en sp-prövning jämlikt 3:8 andra stycket jämfört med 2:11, då df var föremål för medicinsk behandling under en klimatresa. Resan skulle då företas till vissa etablerade medicinska vårdanläggningar (exv Hvar, Marbella, San Agustin och Rhodos).

I rättsfallet FÖD 790626 dnr 2196/78 hade df sjukskrivits p g a psoriasis och rekommenderats utlandsvård. Df reste till Gran Canaria men erhöll ingen sp av kassan, som åberopade 3:7 och 3:8 (2:11). RFV och FÖD gick på samma linje men hänvisade endast till 3:7. Domstolen framhöll att df under utlandsvistelsen bott på ett turisthotell, att resan ej anordnats av landstingskommun och att df ej haft kontakt med läkare eller annan sjukvårdspersonal.

Om man utgår från, att klimatresor skall prövas även jämlikt 3:8 andra stycket jämfört med 2:11, blir nästa fråga hur denna prövning företas. I den publicerade domen krävde FD, att arbetsförmågan skulle vara nedsatt med minst hälften eller förväntas bli nedsatt med minst hälften om rehabiliteringsåtgärden inte företogs. I det följande skall de faktorer undersökas, som beaktas vid prövningen av om sp-rätt föreligger.

Följande fall kan bilda underlag för beskrivning av denna prövning i de fall, där df p g a psoriasis har begärt sp under hälsoresa till utlandet.

Df sjukanmäldes 10 maj 1976 och uppvisade intyg om sjukskrivning med hel arbetsoförmåga för tiden 10 maj - 4 juni 1976 p g a psoriasis. På intyget fanns under rubriken Föreskrift angivet "Utlandsvård på Hvar". Av handlingarna i ärendet framgick att df tidigare inte varit sjukskriven för psoriasis. Fk beslutade i samråd med sin förtroendeläkare, att sp inte skulle utgivas under df:s utlandsvistelse. Kassan ansåg att df:s arbetsförmåga inte varit nedsatt i sådan grad att rätt till sp förelegat enligt 3:7. Över fk:s beslut anförde df besvär hos RFV. Han framhöll därvid, att han varit nödsakad att välja mellan intagning på lasarett eller att söka vård i utlandet. RFV ändrade inte kassans beslut.

FD inhämtade journal beträffande df från hudmottagningen vid

lasarettet. I nämnda journal angavs att df fått resa till Hvar och att han sjukskrivits för den aktuella tiden. Df uppvisade "viss progress, men har endast glest strödda nummulära efflorescenser på armar, bål och ben. Måttlig fjällning i hårbotten". I anteckning den 10 juni 1976 angavs att df varit i arbete en vecka. "Efter hemkosten närmast helt fri från förändringar med undantag av litet fjällning i hårbotten. Nu sista dagarna nytillkomna efflorescenser på vä underben framtill. Litet plaque även på hö knä." FD har i målet hört sin medicinskt sakkunnige, som framhållit, att df uttagits till en behandlingsform, som, förutom till en liten del, bestritts av landstingsmedel. Att df antagits till en så kostsam vårdform talade starkt för att den sjukdomsbild som motiverat vården även kunnat påverka arbetsförmågan i sådan grad att rätt till sp förelåg. RFV vidhöll, att df:s arbetsförmåga under ifrågavarande utlandsvård inte varit nedsatt i sådan grad som i AFL 3:7 förutsätts för rätt till sp. Verket menade, att med hänsyn till att df:s psoriasis syntes vara av relativt lindrig natur och att utlandsvården haft en till tiden mycket begränsad effekt kunde vården ifråga inte anses vara sådan åtgärd som beskrivs i 2:11, dvs sådan medicinsk rehabilitering som är ägnad att förkorta en sjukskrivningsperiod. Att landstinget ekonomiskt bidragit till vården påverkade inte RFV:s bedömning.

FD ändrade inte RFV:s beslut, men en ledamot var skiljaktig och menade, att den behandling df erhållit på Hvar var sådan åtgärd som beskrivs i 2:11, varför df jämlikt 3:8 andra stycket var berättigad till sp (FD 780316 dnr 58/77).

Följande punkter i den ovan givna redogörelsen skall följas upp och sedan relateras till de andra genomgångna rättsfallen:

1. den medicinska bedömningen rörande svårighetsgraden av sjukdomen
2. tidigare sjukskrivning för psoriasis
3. sjukskrivning enbart för den tid hälsoresan varar/sjukskrivning redan innan vårdresan aktualiseras
4. uppgift om intagning på sjukhus såvida hälsoresa inte kommer till stånd
5. sjukdomsbilden efter hälsoresan
6. kostnadsbestridandet för hälsoresan
7. expertutlåtandes betydelse för det rättsliga avgörandet.

I det redovisade rättsfallet torde den medicinska bedömningen ge vid handen, att df led av en tämligen måttlig form av psoriasis. Df hade inte heller varit sjukskriven tidigare för psoriasis. Sjukskrivningstiden gällde här endast den tid df vistades utomlands för vård. Df:s uppgift om att sjukhusvård var det andra alternativet till vård-

resa utomlands torde få anses styrkt därigenom att df uttagits till denna kostsamma vårdform som bestreds av landstingsmedel. Df var i det närmaste symptomfri direkt efter hemkomsten men efter c:a en vecka hade en del smärre symptom givit sig tillkänna. I RFV:s beslut hänvisades endast till att arbetsoförmåga med minst hälften inte styrkts jämlikt 3:7. I sitt yttrande däremot hänvisade RFV även till nuvarande 2:11. Men RFV ansåg inte att vårdresan i detta fall var en åtgärd jämlikt 2:11. Detta motiverades med att RFV fann df:s psoriasis vara av "relativt lindrig natur och till att utlandsvården haft en till tiden mycket begränsad effekt."

Den medicinska bedömningen talade för att df skulle komma att bli arbetsoförmögen om vårdresan ej kom till stånd. Detta var tydligen inte tillräckligt för att anse, att vårdresan var åtgärd jämlikt 2:11 och därmed sp-berättigande. Sjukdomsgraden jämte effekterna av den rehabiliterande åtgärden har talat mot detta.

I fallen FD 780404 dnr 2151/77, FD 780926 dnr 2764/77, FÖD 790911 dnr 1387/78 och FÖD 790515 dnr 1594/78 led df av en måttlig psoriasis. Df hade tidigare företagit vårdresor i landstingets regi och df uppgav svårigheter att klara av ordinarie arbete utan ifrågavarande hälsoresor. Bedömning av vårdresans resultat gjordes av RFV och FD. I inget av fallen ansågs df ha rätt till sp jämlikt 3:7 eller 3:8 andra stycket.

Även i rättsfallet FÖD 790612 dnr 1646/78 hade df tidigare deltagit i vård- och behandlingsresor för psoriatiker i Landstingsförbundets regi och därvid erhållit sp. Behandlingen hade för df:s del inneburit, att han sluppit i annat fall halvårsvisa, nästan dagliga behandlingar på sjukhus. Sådana behandlingar hade han tidigare kunnat erhålla utan sjukskrivning p g a att han arbetade som taxichaufför med möjlighet till ständigt nattarbete, vilket underlättade dagliga besök på sjukhus. Kassan och RFV fann inte arbetsförmågan vara nedsatt med minst hälften. RFV ansåg vidare att behandlingsresan inte var åtgärd jämlikt 2:11. - I besvären hos domstolen framhöll df, att han haft psoriasis sedan 16 års ålder och att sjukdomen stadigt försämrats. Först då han på läkares inrådan började behandling med klimatvård inträdde en klar förbättring. Sjukdomen kunde efter hemkomsten från Hvar genom medicinering hållas under kontroll i flera månader. Df ingav till domstolen kopia av journaler förda under fem år. - Sjukskrivande läkare lämnade på fk:s begäran kompletterande uppgifter angående df:s hälsotillstånd: Vid upprepade tillfällen hade df:s tillstånd krävt flera veckors intensiv lokalbehandling polikliniskt. Med anledning av dåligt terapisvar och täta recidiv hade man försökt med klimatbehandling. Resultatet hade blivit, att df kunnat klara sig under hela vintern utan lokal steroidbehandling. Några sjukskrivningsperioder hade inte heller varit aktuella. Med denna bakgrund och att df kunnat hållas symtomfri och arbetsför-

mögen under den mest kritiska delen av året sjukskrevs han vid den aktuella tidsperioden augusti - september 1977. Läkaren uttalade vidare, att df med största säkerhet förr eller senare skulle ha blivit ett sjukskrivningsfall, om resan inte kommit till stånd. Trots denna bevisning ändrade FÖD inte verkets beslut.

Även i rättsfallen FÖD 791009 dnr 2147/78 och FÖD 800429 dnr 735/79:4 gjorde df gällande, att regelbundna klimatresor var nödvändiga för att de skulle kunna utföra sina arbetena (som representant/yrkeslärare), men de olika instanserna biföll inte besvären. Ytterligare exempel på ej bifallande domslut rörande yrkande om sp under utlandsvård för psoriasis är FRN 790912 mål nr 515/79, FRS 801114 mål nr 3697/79 och FÖD 801223 mål nr 2692/78.

I rättsfallsmaterialet finns endast ett fåtal bifallande domslut som rör sp vid behandling av psoriasis under klimatresa.

När fk beslöt att inte utge sp besvärade df sig och anförde att hennes vistelse på Hvar för behandling av hennes psoriasis var ett alternativ till svensk sjukhusvård. Hade hon inte fått komma i åtnjutande av denna utlandsvård, skulle hon ha varit i behov av intagning på sjukhus i Sverige. "Eftersom min vistelse i Jugoslavien sker på landstingets bekostnad och då jag före uttagningen till denna resa blivit bedömd av två läkare, dels av läkare vid hudklinik, dels av landstingets förtroendeläkare, kan jag ej finna annat än att man måste anse att sjukdom av sådan art och grad föreligger, att jag är berättigad till att uppbära sp." I läkarintyg från hudkliniken anfördes att df under hösten -75 blivit försämrad. I januari och februari 1976 gick hon på hudmottagningen för seriebehandling. Hon hade då rikligt med nummulära, kraftigt fjällande psoriasisförändringar på bål och extremiteter samt kraftig fjällning i hårbotten. Hon var då ett klart inläggningsfall på hudklinik, men hon ville i stället utnyttja möjligheten att komma till mottagningen för smörjning och hoppades på att komma med på utlandsvård till Hvar. Sammanfattningsvis kunde sägas att df sedan sommaren 1974 haft en mycket besvärlig och svårbehandlad psoriasis och aldrig varit helt bra från sin sjukdom. Bäst var tillståndet efter föregående vistelse på Hvar. Inläggning på hudklinik hade också erbjudits henne vid flera tillfällen, men hon hade kämpat med sin hudsjukdom, dels själv hemma, dels med visst bistånd från hudmottagningen. I sitt intyg för utlandsvård hade läkaren därför ansett, att indikationen för sådan vård var tungt vägande. RFV biföll ej besvären med hänvisning till AFL 3:7. - FD fann att den vård df fått på ifrågavarande klimatresa var åtgärd jämlikt 2:11, varför sjukpenningberättigat tillstånd förelåg. En ledamot var skiljaktig och ville inte ändra det överklagande beslutet (FD 771018 dnr 2388/76).

Några påtagliga skillnader mellan detta rättsfall och de ovan behandlade finns inte. Det enda som möjligen skulle förklara den

annorlunda utgången skulle vara df:s förhållandevis allvarliga psoriasis i det sist referande rättsfallet.

7.4.2.2 Reumatiska besvär

Som första rättsfall behandlas ett publicerat rättsfall (FD 1974 ref 7), i vilket df gjorde framställning om sp under hälsoresa till Spanien för behandling av reumatoid artrit.

Kassan fann dels att df inte p g a sjukdom var urståndsatt att utföra sitt vanliga arbete, dels att den behandling df skulle få under utlandsvistelsen inte nämnvärt skulle komma att påverka hans arbetsförmåga. RFV och FD hänvisade till AFL 3:7 med motiveringen att df:s arbetsnedsättning inte var styrkt och man diskuterade inte, om åtgärden var en 2:11-åtgärd.

I rättsfallet FD 770621 dnr 1252/75 åberopade df hos FD ett tidigare avgörande av RFV (751:75), då RFV bifallit ett yrkande om sp under klimatresa. I yttrande till FD anförde RFV att förhållandena i det åberopade ärendet inte var likartade dem i det aktuella målet. I det förra var df:s reumatiska besvär (ryggbesvär) "av mer svårartad natur och krävde för att hon skulle vara i stånd att fortsätta sitt förvärvsarbete snara och omfattande behandlingsåtgärder". Dessa behandlingar hade verket bedömt vara av beskaffenhet att kunna hänföras till åtgärd som avses i 2:11. RFV och FD biföll i ifrågavarande mål inte yrkandena om sp under ifrågavarande rehabiliteringsåtgärder i CFS-anläggningen i Marbella i Spanien.

I rättsfallet FD 770414 dnr 2150/75 hade df, som led av reumatoid artrit, beviljats en resa av Stiftelsen Centralfonden för anställda inom skogsbruket och skogsindustrin till stiftelsens vårdanläggning i Marbella i Spanien under tiden 8 augusti - 5 september 1975. Läkarintyget gällde för denna tid och däri föreskrevs vila och träning. Kassan fann, att df, som sjukskrivits för kroniska besvär, inte var för tillfället förhindrad att utföra arbete, varför förutsättningar jämlikt 3:7 för sp inte förelåg. - Df överklagade och hänvisade till läkarintyg, av vilka framgick att df sedan år 1961 led av kronisk ledgångsreumatism, som drabbat ett stort antal leder, svårast knälederna. Han hade opererats i båda knäna hösten 1974 och i början av år 1975. I yttrande till RFV hade kassan inget att erinra om RFV skulle finna skäligt att ändra kassans beslut. Men RFV ändrade inte kassans beslut. - FD remitterade målet till RFV för yttrande som i sin tur inhämtade yttrande från socialstyrelsen. I detta hänvisas till ett utlåtande från bitr. överläkaren vid reumatikerdispensären i L. I detta framkom att df tack vare en hög arbetsmotivation och god social miljö med möjlighet att få nödvändig hjälp från sin hustru lyckats bevara en del av sin arbetsförmåga. Han var väl insatt i karaktären av sin sjukdom och medveten om att han periodvis måste sjukskrivas och sköta sjukdomen medelst fysikalisk behandling. Sammanfattningsvis uttalades att det hos df förelåg en kronisk re-

umatoid artrit med hotad gångförmåga på grund av engagemang av knälederna och periodvis behov av fysikalisk behandling, sjukskrivning, avlastning m m i lämplig miljö. - Men RFV ansåg ändå i sitt yttrande, att vården inte var åtgärd jämlikt 2:11. RFV:s medicinskt sakkunnige hänvisade till vissa undersökningar, som företagits för att utröna effekten av utlandsvård av det här slaget. Dessa gav vid handen, "att ifrågavarande utlandsvård medfört en omedelbar såväl av patienterna upplevd som av undersökare objektivt konstaterad förbättring av ledbesvären, men att denna förbättring varit kortvarig och redan efter 4 månader praktiskt taget ej längre kunnat påvisas". FD ändrade inte RFV:s beslut. - Två ledamöter var skiljaktiga och fann att vårdresan var åtgärd jämlikt 2:11. Som skäl anfördes df:s hälsotillstånd, behov av behandling samt arten av den erbjudna vården. Tre av fyra bland majoriteten utvecklade sin mening: "I sakens natur ligger att även den rehabilitering varom stadgas i 4 kap. 2 § lagen om allmän försäkring "(2:11 i nu gällande lagstiftning)" får anses syfta till att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av df:s arbetsförmåga för längre tid. Sådan rehabilitering måste vidare innefatta åtgärder inom samhällets normala verksamhet för sjukvård och rehabilitering. Medicinsk bedömning har i nu föreliggande fall funnit ringa fördelar kunna vinnas ur arbetsförmågesynpunkt genom en utlandsvistelse som till tiden motsvarar en för alla tillmätt semester. Förmånen av en dylik utlandsvistelse skulle vidare allenast komma att omfatta ett fåtal utvalda inom den stora grupp av försäkrade med ledbesvär eller andra sjukdomar där viss klimatförbättring kan ge en tillfällig lindring. Detta skulle strida mot den grundläggande likhetsprincipen. Något stöd i lagen för att en sådan bedömning kan ske finns icke och lagmotiven ger icke heller något uttryck för en sådan tolkning. Vi finner därför icke skäl föreligga till ändring i riksförsäkringsverkets lagligen grundade beslut."

I andra icke-bifallande domar[53] har resan inte skett i landstingets regi, utan vistelsen har ägt rum vid den stiftelsen Centralfonden för anställda inom skogsbruket och skogsindustrin tillhöriga vårdanläggningen Centro Forestal Sueco i Marbella och vid Rekonditioneringsbolaget Svenska Re AB & Compani tillhöriga rehabiliteringsanläggningen i San Agustin på Gran Canaria (FD 770621 dnr 1611/76, FD 770929 dnr 1606/77, FD 780202 dnr 3040/77 och FD 781130 dnr 40/78,[54] FÖD 810120 mål nr 1248/79:6, FÖD 810225 mål nr 1339/79:4 och FÖD 810909 mål nr 35/81:4 (FRN 801203 mål nr 2736/79). Resa i egen regi till Gambia (FD 780112 dnr 504/77), till Rumänien (FD 770922 dnr 1715/77 och FD 791009 dnr 1870/78, FRM 790709 mål nr 3706/79) och till Italien (FD 780921 dnr 49/78) har inte ansetts vara 2:11-åtgärd. I flera av fallen har dock df sedan en lång tid tillbaka lidit av reumatisk sjukdom, och snar arbets-

oförmåga har förespåtts av sjukskrivande läkare, om inte behandlingsresan kom till stånd. I ett fall ledde df:s reumatiska besvär till att hon så småningom erhöll förtidspension (FÖD 791009 dnr 1870/78). För df positiva "följdeffekter" av allmän psykisk natur har inte tillerkänts någon särskild betydelse.[55]

I följande rättsfall var df:s reumatiska besvär av så allvarlig natur, att df erhöll sp jämlikt 3:7.

Df sjukskrevs under tiden för klimatresa och i intyget angavs att df var uttagen av nämnden för utlandsvård och att vistelseorten var Spanien. Kassan avslog df:s framställning om sp under utlandsvistelse och RFV biföll ej besvären. På begäran av df upptog kassan ånyo till prövning frågan om df:s rätt till sp under ifrågavarande utlandsvistelse, men kassan kom till samma resultat som tidigare. Df överklagade igen och åberopade ett läkarintyg utfärdat strax före den företagna resan som bl a löd: "Egentligen är patienten på grund av ledsjukdom redan idag helt oförmögen till arbete men vill av personliga skäl arbeta till avresedagen. Ordineras utlandsvistelse av medicinska skäl." RFV biföll ej besvären och df överklagade till FD. Där åberopade df ett nytt läkarintyg, som angav, att df vid den i målet aktuella tiden var så dålig att hon, om hon inte erhållit denna utlandsvistelse, ändå behövt sjukskriva sig. FD remitterade målet till RFV för yttrande, och verket ansåg det nu styrkt, att df:s arbetsoförmåga under utlandsvistelsen varit p g a sjukdom nedsatt i sådan grad att rätt till hel sp skulle utgå (3:7). FD gick på denna linje i sitt domslut. Rätten till sp beviljades alltså enligt 3:7 och inte enligt 2:11 jämfört med 3:8 (FD 770127 dnr 263/75).

I rättsfallet FD 770414 dnr 610/75 erhöll df dock sp jämlikt 3:8 andra stycket. Fallet har flera likheter med den samma dag meddelade domen i rättsfallet FD 770414 dnr 2150/75, för vilket redogjorts ovan. I det sistnämnda fallet bifölls inte df:s yrkanden om sp under utlandsresa. Varför har RFV och FD kommit till olika resultat i de två fallen? Förhållandena var följande i rättsfallet FD 770414 dnr 610/75:

Df sjukanmälde sig hos kassan den 19 april 1974. Enligt läkarintyg bedömdes df på grund av spondylit böra avhålla sig från arbete under tiden 20 april - 1 juni 1974. På intyget hade som föreskrift angivits: "Uttagen av nämnden för vistelse i Spanien." Vid telefonsamtal med fk uppgav intygsskrivande läkaren, att df inte var arbetsoförmögen och att ändamålet med utlandsresan var att genom förebyggande vård förhindra framtida nedsättning av arbetsförmågan. Fk beslutade att inte utge sp till df under den aktuella tiden, eftersom nedsättning av df:s arbetsförmåga enligt 3:7 inte förelåg. Kassan och RFV fann inte heller att utlandsvistelsen var åtgärd jämlikt

2:11, varför sp inte heller kunde utgå jämlikt 3:8 andra stycket. I besvären hos FD anförde df: "I detta fall föreligger en av läkare på Sahlgrenska sjukhusets reumatologiska mottagning föreskriven vård. Denna vård bedrivs av Riksförbundet mot Reumatism och betalas av Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg. Sjukvårdsförvaltningens uttagningskriterier är mycket strikta då antalet vårdplatser är begränsade. Vården gives av svensk läkare, svensk sjuksköterska och sjukgymnaster och arbetsterapeuter i för ändamålet iordningställd vårdavdelning som fyller krav motsvarande svenskt sjukhus. Det vore därför rimligt att denna vård berättigar till samma förmåner beträffande kompensation för förlorad arbetsinkomst som motsvarande vård på svenskt sjukhus, till exempel Spenshults Reumatikersjukhus." (Ett dylikt anförande saknades i FD:s dom 770414 dnr 2150/75.)

Hos FD åberopade df också läkarmeddelande från utländsk vårdinrättning, enligt vilket df under vårdtiden i Torremolinos förbättrats mycket tillfredsställande. Han kände sig allmänt starkare och gick längre sträckor än tidigare. En stor förbättring hade skett på det psykiska planet. (Ett intyg från utländsk vårdinrättning saknades i FD:s dom 770414 dnr 2150/75.) I anledning av besvären remitterade FD målet till RFV för yttrande. - RFV inhämtade yttrande från socialstyrelsen. Styrelsen framhöll, att enligt dess uppfattning utlandsvård, som av läkare ordinerats på av landstingsförbundet rekommenderade anläggningar, där landstingen ekonomiskt helt eller delvis svarar för vårdkostnaden, utgjorde vård jämförbar med den rehabiliterande vård som meddelas vid svenskt sjukhus eller aktiveringshem. Det var ingalunda ovanligt att patienter, som skulle läggas in för motsvarande behandling i Sverige, arbetade ända fram till dagen för intagningen. Många mer eller mindre kroniskt sjuka patienter, som av läkare ordineras sådan vård antingen i Sverige eller utomlands, förmådde utföra förvärvsarbete endast tack vare att de fortlöpande fick åtnjuta sådan rehabiliteringsinriktad förebyggande behandling. (Ett dylikt yttrande saknas i FD:s dom 770414 dnr 2150/75.) Trots vad som anförts i målet avstyrkte RFV i sitt yttrande till FD bifall till besvären. I målet förelåg också yttrande från RFV:s medicinskt sakkunnige. (Detta yttrande hade samma lydelse som det i FD:s dom 770414 dnr 2150/75.) FD fann, att utlandsvistelsen var åtgärd jämlikt 2:11 och att sp skulle utgå. Två ledamöter var skiljaktiga. (De anförde detsamma som anfördes i FD:s dom 770414 dnr 2150/75, då till utvecklande av några bland majoriteten mening.) De skiljaktiga framhöll, att det i målet kunde antecknas, att socialstyrelsen inte hört sitt vetenskapliga råd utan istället för sin del funnit det lämpligt att inhämta yttrande från landstingförbundets avdelning för utlandsvård. - Påpekandet från de skiljaktiga att det var landstingsförbundets avdelning för utlandsvård och inte det vetenskapliga rådet som ingivit yttrande leder till den reflektionen, att viss diskrepans mellan dessas båda uppfattningar torde ha förelegat.

Det synsätt som socialstyrelsen gav uttryck för i sitt yttrande har kommit att prägla rättstillämpningen efter 1980 (se nedan). Innehållet i vården, uttagningen till vården samt frågan om vem som ersätter vården var faktorer som tillmättes stor betydelse i detta fall. Även resultatet av vården var av betydelse.

I två andra bifallande domslut (FD 781026 dnr 510/78 och FÖD 790626 dnr 1812/78) tillmättes resultatet av vården stor betydelse liksom även tidigare sjukdomstillstånd, antal sjukskrivningsperioder och längden av dessa.

I det första fallet uppbar df p g a reumatiska besvär handikappersättning med 60 % av basbeloppet. Denna omständighet jämte yttrande från fk till RFV om att de, som hade fått bidrag från Riksförbundet mot Reumatism (RMR) och reste tillsammans med dem som hade fått landstingsbidrag, också fick samma behandling och vistades på samma behandlingsort, torde ha bidragit till utgången. Detta var nämligen fallet för df i det aktuella målet. Kassan tillstyrkte bifall men RFV avslog. När RFV inhämtat läkarutlåtande rörande resultatet av behandlingen, ändrade RFV sig i sitt yttrande till FD och tillstyrkte bifall jämlikt 2:11 jämfört med 3:8 andra stycket. På denna grund biföll sedan FD.

I det andra fallet undergick df, som var skogsarbetare, behandling vid Centro Forestal Sueco i Marbella. För behandlingstiden begärde han sp. Intygsskrivande läkare fann, att df hade en uttalad spondylartros med brachialgi, att han var olämplig för arbete under behandlingstiden, att resultatet var synnerligen gott och att df efter behandlingen var närmast besvärsfri. Kassan och RFV fann att sp inte skulle utgå. I besvären hos FÖD framhöll df, att anledningen till att han inte behövt sjukskrivas före avresan till Spanien var, att han hade omplacerats till ett lättare arbete som bestod i bland annat personaltransporter. Om inte denna omplacering skett, hade han varit arbetsoförmögen i sitt ordinarie huggningsarbete långt före avresan till Spanien. Man utredde också df:s sjukskrivningsdagar och fann, att han varit sjukskriven för ryggbesvär 5 dagar år 1955, 14 dagar år 1960, 5 dagar år 1961, 4 + 28 + 4 dagar åren 1972 - 1972, 5 dagar år 1974 och 22 dagar åren 1975 - 1976. Vidare antecknades att df uppgivit, att han skulle arbeta fram till avresedagen och återuppta sitt arbete direkt efter hemkomsten. FÖD fann, att den vård df åtnjutit under ifrågavarande utlandsvistelse tiden 19 november - 18 december 1977 fick anses utgöra sådan åtgärd som avses i 2:11, varför han var berättigad till sp jämlikt 3:8 andra stycket. Vid avgörandet av målet var en ledamot av skiljaktig mening och anförde: "Med hänsyn till vad som framkommit om df:s tidigare sjukskrivningar och i övrigt förekommit i målet finner jag inte tillräckligt stöd för att df varit berättigad till sp under den tid som är i fråga i målet. Jag vill därför inte ändra RFV:s beslut."

7.4.2.3 Andra sjukdomar

Jag redogör nedan för två rättsfall rörande försäkrade som lidit av multipels scleros (sclerosis disseminata).

I fallet FD 770922 dnr 512/77 fann ingen av instanserna, att sp skulle utgå under behandling vid MS-förbundets rekreationsresa till Sousse i Tunisen. RFV och FD motiverade sin ståndpunkt genom hänvisning till 3:7 och 3:8 andra stycket.

Domen innehåller ingen upplysning om sjukdomens svårighetsgrad, vem som bekostade resan, resultatet av behandlingen, tidigare sjukskrivningar p g a sjukdomen m m, varför det är omöjligt att dra några slutsatser av rättsfallet ifråga.

Under samma diagnos som i det nyss anförda rättsfallet var df i rättsfallet FD 770913 dnr 395/77 halvt sjukskriven sedan ett halvår tillbaka. Under en ny sjukskrivningsperiod 7 febr - 18 april 1977 innefattande hel sjukskrivning avsåg df att vistas på Vintersol, Teneriffa, Spanien. Anledningen till resan angavs vara "Gm landstinget ordinerad vård". Läkarintyget, som var utfärdat nästan två månader i förväg, angav under Föreskrift: Ordinerad vård på MS-sjukhuset Vintersol, Teneriffa. Kassan ville dock inte betala ut mer än halv sp, eftersom df inte uppfattades som helt arbetsoförmögen. - Df besvärade sig och anförde, att man inte kunde behandla alla hälsoresor generellt. "Vintersol är ett sjukhus, ägt av en svensk stiftelse, med en svensktalande läkare (neurolog), svenska legitimerade sjuksköterskor och sjukgymnaster. Liksom svenska lasarett sker vården på Vintersol under överinseende av landstingsförbundet, vilket är i majoritet i stiftelsens styrelse. - Vintersol är en unik anläggning och vården där bör även ur fk:s synpunkt behandlas som vård på ett sjukhus, där en patient automatiskt får sp under motsvarande förhållanden." Den sjukskrivande läkaren menade angående df:s vistelse på Vintersol, att den "varit olämplig om försämring i form av ett nytt MS-skov hade inträffat. I så fall hade vård på sjukhus i Sverige för t ex ACTH-behandling varit lämpligare." Han ansåg vidare att motsvarande vård som på Vintersol inte kunde erbjudas df på centrallasarettets rehabiliteringsklinik, vare sig "miljö- eller tidsmässigt." För andra kortvariga åtgärder kunde däremot inskrivning ske, och df hade också varit inskriven på rehabiliteringsklinikens dagavdelning under tiden 8 - 17 juni 1976 under diagnos "Sclerosis disseminata" för utprövning av peroneusstimulator. RFV biföll inte besvären, vilket FD gjorde med hänvisning till 2:11 och 3:8 andra stycket.

Innehållet i vården torde ha varit av utslagsgivande betydelse för FD:s bifallande dom.

I rättsfallet FD 781003 dnr 2340/77 ansågs förutsättningarna för

rehabilitering enligt 2:11 inte vara för handen. Df:s rätt till sp bedömdes jämlikt 3:7.

Df var halvt sjukskriven p g a uleus jämte astenia. Han blev sedan helt sjukskriven under en månad med samma diagnos. I intyget angavs att han rekommenderades miljöombyte och "rem.beh." vid Svenska Re i San Agustin på Gran Canaria. Kassan ville inte bevilja df någon sp under denna utlandsvistelse. - Att döma av diagnosen led df inte av några reumatiska besvär, vilket även framkom i df:s besvärsskrivelse hos RFV. Han framhöll därvid, att han periodvis led av psykiska besvär, som yttrade sig som svår trötthet, ångest och depression och som föranlett ett flertal sjukskrivningar under de senaste åren. Vid nu ifrågavarande sjukperiod hade hans magbesvär avtagit efter 10 - 12 dagar. Röntgenundersökning hade varken visat magsår eller gallsten. När magbesvären hade minskat, hade den psykiska sjukdomsbilden blivit dominerande. Den behandling som han erhållit vid Svenska Re hade haft en mycket gynnsam effekt på hans allmäntillstånd och indirekt på hans psykiska status. Behandlingen hade enligt df:s uppfattning förkortat hans sjukperiod. - RFV fann att df:s arbetsförmåga på grund av sjukdom varit nedsatt med minst hälften men inte helt nedsatt under tiden för hans utlandsvistelse. Han var därför enligt 3:7 berättigad till halv sp. - Samma inställning intog RFV i yttrande till FD, efter att ha inhämtat viss utredning rörande Svenska Re. Verket hade även tagit ställning till 3:8 andra stycket och funnit, att rätt till sp jämlikt den bestämmelsen inte förelåg. FD:s majoritet var av samma mening, men en ledamot var skiljaktig och menade att utlandsvistelsen var åtgärd jämlikt 2:11 och att vården varit behövlig för rehabilitering.

I rättsfallet FD 781107 dnr 590/78 fick df inte sp under utlandsvård på Gran Canaria i *privat* regi p g a astma bronchiale. Vården uppfattades inte som åtgärd jämlikt 2:11. I rättsfallet FÖD 791023 dnr 1816/78 var df sjukskriven för atopiskt eksem och fick enligt föreskrift på läkarintyget resa för vård till Hvar i Jugoslavien. RFV och FÖD fann att det inte kunde antagas att, om ifrågavarande hälsoresa inte hade kommit till stånd, df:s sjukdomsbesvär skulle komma att medföra nedsättning av hans arbetsförmåga med minst hälften, varför sp inte utgavs jämlikt 3:7 och 3:8 andra stycket.[56]

7.4.3 Regelbildning och rättstillämpning i samband med tillkomsten av RFFS 1981:4

I en landstingsförbundets utredning 1977-12-29 "Sjukvård utomlands - samordnad verksamhet" gjordes gällande, att vård utomlands måste hållas isär från utlandsvistelse, som mer har karaktären av rekreation än av vård och behandling och som sjukvårdshuvudmännen inte ansvarar ekonomiskt för. Avgörande för själva vården

och behandlingen utomlands måste enligt denna utredning vara, att den sker på medicinska grunder och i princip under samma former som om vården givits i Sverige enligt gällande vård- och ersättningsbestämmelser. Den organiserade verksamheten med sjukvård utomlands har tillkommit som ett komplement till sjukvårdshuvudmännens egna resurser i avvaktan på rehabiliteringsvårdens utbyggnad i Sverige.

Man drog dock den slutsatsen att även om vårdmöjligheterna inom Sverige skulle förbättras, behovet av vård utomlands kan, särskilt i annat klimat, ändå komma att omfatta åtminstone det antal patienter som dittills blivit tillgodosedda. Man ansåg det nämligen också vara realistiskt att räkna med ett inte obetydligt dolt behov av utlandsvård.

Det ansågs också väsentligt att vården baserades på en adekvat medicinsk bedömning av patientens nytta av vården på längre sikt.

Av ett cirkulär[57] framgår, att landstingsförbundet rekommenderar sjukvårdshuvudmännen att anlita SUVAB (Svensk utlandsvård AB) för vård av astmatiker, neurologiskt sjuka, psoriatiker och reumatiker till av SUVAB fastställda resmål (Igaloä, Jugoslavien för reumatiker och astmatiker, Torremolinos, Spanien för reumatiker, Lanzarote, Kanarieöarna för psoriatiker samt Vintersol på Teneriffa för neurologiskt sjuka samt under sommarhalvåret även för reumatiker). SUVAB har bildats genom att konsortialavtal träffats mellan Landstingsförbundet, Riksförbundet mot Reumatism, Neurologiskt Handikappades Riksförbund samt Svenska Psoriasisförbundet. I detta avtal stadgas bl a att SUVAB fr o m 1980 svarar för att en organisation för hälso- och sjukvård i utlandet upprättas (2 §) och att Landstingsförbundet skall teckna aktier för 70 % och handikapporganisationerna för 30 % (3 §) . Parterna förbinder sig att verka för att deras medlemmar i största möjliga utsträckning kommer att anlita SUVAB:s tjänster (6 §). Som allmän grund för SUVAB:s verksamhet skall ligga Landstingsförbundets nämnda utredning 1977-12-29 "Sjukvård utomlands - samordnad verksamhet."

Socialstyrelsen hade 780309 fått regeringens uppdrag att göra en utredning om utlandsvård. 790503 överlämnade socialstyrelsen utredningsrapporten "Hälsoresor till andra länder - utlandsvård" (1979:13).

I utredningsrapporten framgick att man skilde mellan olika typer av och motiv för utlandsvård. Det gällde dels utlandsvård, som betingas av att en unik/specifik teknisk behandlingsmetod eller per-

sonell kompetens är tillgänglig endast utomlands, dels utlandsvård, som betingas av bristande resurser i Sverige i förhållande till inhemsk efterfrågan/behov, dels utlandsvård, som betingas av att klimat och liknande allmänna faktorer är gynnsammare närmare ekvatorn än i Sverige.

Socialstyrelsen framhöll om de båda först nämnda typerna av utlandsvård, att det till stor del rör sig om en sedvanlig medicinsk behandling och om åtgärder, som syftar till att kompensera funktionsbortfall och vara socialt stödjande, dvs faller inom ramen för den medicinska rehabiliteringen. Flertalet experter anser, att utlandsvård kan vara ett värdefullt led i den medicinska rehabiliteringen vid sjukdomar som reumatoid artrit, astma och vissa nervsjukdomar. Socialstyrelsen anslöt sig till denna bedömning men framhöll, att det är angeläget att inhemska resurser byggs ut så att behoven av medicinsk rehabilitering kan tillgodoses inom landet. Ett långsiktigt beroende av utlandsbaserad medicinsk rehabilitering torde innebära nackdelar enligt socialstyrelsen.

När det gäller utlandsvård som betingas av klimat o dyl menade socialstyrelsen, att de lindrande faktorer det här är fråga om är dels klimatet i inskränkt mening, dvs faktorer som har samband med behandlingsortens breddgrad, höjd över havet, lufttemperatur, luftfuktighet, intensitet och varaktighet av ultraviolett strålning etc, dels klimatet i utvidgad mening, dvs den allmänna miljön på platsen, som socialt, kulturellt och fysiskt kan skilja sig från såväl hemorts- som sjukvårdsmiljöer i Sverige och därför av patienten upplevs som ett positivt miljöombyte. Vad gäller klimatet i meteoreologisk mening synes det dokumenterat, att det i viss utsträckning positivt påverkar sjukdomsförloppet vid psoriasis och reumatoid artrit. Effekten är ganska kortvarig men innebär dock, att patienten vid återkomsten till Sverige kan få uppleva en relativt besvärsfri period. För dessa sjukdomar kan därför finnas klimatologiska motiv för utlandsvård, och ett visst "objektivt" medicinskt värde av utlandsvård föreligger enligt socialstyrelsens mening vid dessa sjukdomsgrupper.

Av socialstyrelsens sammanfattande bedömning framgår, att styrelsen fann det vara vanskligt att värdera utlandsvårdens medicinska nytta, risker och kostnader. Socialstyrelsen anslöt sig till experternas i huvudsak samstämmiga bedömning, att utlandsvård i medelhavsklimat kan medföra en viss kortvarig lindring av sjukdomsförloppet vid psoriasis, reumatoid artrit och astma och att fortsatt sådan vård

därför är motiverad. För övriga sjukdomsgrupper är det allmänna miljöombytet och dess generella, positiva effekter den helt avgörande faktorn i sammanhanget. Det specifikt medicinska motivet för utlandsvård är därför inte entydigt klarlagt. Omfattningen och inriktningen av utlandsvård måste helt bedömas med hänsyn till den enskilde sjukvårdshuvudmannens samlade resurser och vägas mot andra angelägna vårdbehov.

Genom beslut den 14 maj 1980 gav socialdepartementet RFV i uppdrag att utfärda föreskrifter beträffande rätten till sp vid utlandsvård. Uppdraget innefattade att mot bakgrund av socialstyrelsens utredningsrapport utfärda föreskrifter rörande rätten till sp vid sådan utlandsvård, som helt eller delvis bekostades av sjukvårdshuvudman.

Även om man under senare hälften av 1970-talet varit tämligen återhållsam med att utge sp under utlandsvård, i varje fall då behandlingen gällt psoriasis, torde den nu nämnda utredningsrapporten, diskussionerna i samband därmed samt RFV:s uppdrag ha inneburit en delvis ny linje i rättstillämpningen, som sammanfattningsvis kan beskrivas så, att sp utgår om sjukvårdshuvudman betalar vistelsen (helt eller delvis), behandlingen är av den karaktären (t ex intensivbehandling) att den inte kan åstadkommas på hemorten, df har varit sjukskriven för samma besvär tidigare och/eller df:s sjukdom är av allvarlig och svårbehandlad natur.

I FÖD:s dom 810217 mål nr 1416/79:10 gick domstolen emot RFV:s yrkande, att sp ej skulle utges vare sig enligt 3:7 eller 3:8 andra stycket (OE:s dnr 03/282:80; FRM var i domen 791024 mål nr 1505/79 av samma mening liksom Värmlands läns allmänna försäkringskassa i beslut 780616). Utlandsvården gällde egentligen sjukgymnastisk behandling p g a psoriasis. Anledningen till att df remitterades till Marbella för sjukgymnastisk behandling var den dåliga kondition han fått under sin långa inaktivitetsperiod på grund av smärtor i fötterna, som hindrade honom från att röra sig som han önskade. Dålig kondition är emellertid ingen medicinsk diagnos. Därför angavs df:s psoriasis som orsak till utlandsvården. En lika intensiv behandling kunde inte åstadkommas på hemorten. FÖD fann att denna sjukgymnastiska behandling var en 2:11-åtgärd och att sp skulle utgå enligt 3:8 andra stycket.

FR har ansett att utlandsvård varit sådan rehabiliteringsvård som avses i 2:11 och utgivit sp enligt 3:8 andra stycket i några "vanliga" psoriasisfall (se FRN 801014 mål nr 2265/79 och FRS 801029 mål nr 3052/79).

FÖD kom utan närmare motivering i domen 810127 mål nr 1815/78 fram till att sjukgymnastisk behandling för reumatiska be-

svär på Centralfondens anläggning CFS i Marbella var 2:11-åtgärd. - Detsamma gällde FÖD:s bedömning i domen 810324 mål nr 1199/80:7. Företagsläkaren uppgav, att df var byggnadssnickare och att hans högra hand måste fungera helt. I annat fall skulle han bli helt utslagen. I intyget angavs såsom svar på frågan om angelägenhetsgraden av resan, att df kunde antas bli väsentligt förbättrad. Resultatet av behandlingen betecknades som gott. Varken Värmlands läns allmänna försäkringskassa i beslut 790726 eller FRM i dom 800701 mål nr 9726/79 eller RFV menade, att behandlingen var en 2:11-åtgärd, vilket alltså FÖD gjorde. Vad som påverkat FÖD i dess bedömning är svårt att säga. Möjligen kan risken för utslagning i ett för byggnadssnickare kärvt arbetsläge vara en del av förklaringen.

I ett FÖD-avgörande från 801216 mål nr 2112/78 har ingående diskuterats de ovannämnda utredningsrapporterna från socialstyrelsen och RFV, och de där framtagna riktlinjerna har fått påverka bedömningen i FÖD. Ärendet gällde en astmasjuk försäkrad, som vistats på Centro Forestal för behandling. Bl a angav en medicinsk expert, att df kunde förväntas bli väsentligt förbättrad av en sådan behandling och hänvisade till socialstyrelsens utredningsrapport 1979:13. "Under förarbetena till utredningen anförde jag att rimliga skäl talar för att vistelse vid kurorter i varmare klimat med konventionell vård och rehabilitering kan vara värdefullare för vissa patienter med astma och besläktade sjukdomar än om samma vård gavs i patientens vanliga miljö. Socialstyrelsen anförde i sin sammanfattande bedömning att viss kortvarig lindring av sjukdomsförloppet, hänförlig till klimatologiska faktorer, kan uppkomma vid utlandsvård i medelhavsklimat, bl a viss astma. Jag ansluter mig till detta synsätt. Om det accepteras kan man mot bakgrund av de båda läkarintygen otvivelaktigt hävda att den vård df åtnjutit under vistelse på CFS:s hälsoanläggning i Marbella är sådan åtgärd som avses i 2:11 och df skulle följaktligen enligt 3:8 andra stycket vara berättigad till hel sp under vårdtiden där." - RFV, som i målet hört två av sina läkare, ansåg det inte visat, att df:s arbetsförmåga under utlandsvistelsen varit på grund av sjukdom nedsatt med minst hälften. Rätt till sp förelåg enligt verket varken jämlikt 3:7 eller 3:8 andra stycket. - FÖD fann däremot, framför allt i betraktande av vad den medicinska experten anfört, att vården var att betrakta som 2:11-åtgärd och att sp skulle utgå enligt 3:8 andra stycket.

En domare var emellertid skiljaktig. Hans anförande är av intresse: "I socialstyrelsens ovan nämnda rapport 1979:13 nämns astma som en av de sjukdomar vid vilka vård i sydligare länder får anses vara medicinskt motiverad. Detta skulle enligt min mening kunna vara ett skäl för FÖD att överväga möjligheterna att inom ramen för gällande lag liberalisera praxis i mål av nu förevarande slag, där fråga är om sjukdom beträffande vilken socialstyrelsen gjort nyss refererade bedömning. Emellertid har RFV fått regeringens uppdrag att bl a mot bakgrund av socialstyrelsens rapport ut-

färda föreskrifter rörande rätten till sp vid utlandsvård som helt eller delvis bekostas av sjukvårdshuvudman. Det ligger nära till hands att anta att verket därvid också uppmärksammar utlandsvård i annan regi, där uttagningsprinciperna är likartade med dem som sjukvårdshuvudmännen tillämpar. I detta läge anser jag att FÖD tills vidare bör avvakta och inte nu aktualisera frågan om praxisändring. Mot bakgrund härav och således i enlighet med hittillsvarande praxis, såsom jag uppfattat denna, vill jag på de skäl som anförts av RFV i dess svaromål lämna besvären utan bifall."

Av detta anförande framgår att majoriteten i FÖD tydligen önskat förändra rättstillämpningen i den här typen av mål. Vidare ger det en intressant bild av funktionsfördelningen mellan FÖD och RFV. Dissidenten ansåg, att FÖD borde avvakta RFV:s föreskrifter samtidigt som han uttryckte åsikten om vad som kunde vara ett lämpligt innehåll i dessa. Majoriteten inväntade dock inte dessa föreskrifter utan genomförde en rättslig nybildning, som sträckte sig längre än vad RFV sedan kunde acceptera utifrån de av socialstyrelsen skisserade riktlinjerna rörande klimatvård (se nedan FÖD 830202 mål nr 829/81:1).

7.4.4 Handläggning och rättstillämpning efter tillkomsten av RFFS 1981:4

I juni 1981 kom författningen rörande sp vid utlandsvård från RFV (Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1981:4) med vissa bestämmelser om sjukpenning vid utlandsvård). Där sägs att har df beretts vård utomlands efter beslut av staten, landstingskommun eller kommun som inte tillhör landsting (sjukvårdshuvudman) och bekostas vården av sjukvårdshuvudmannen, skall vården vid bedömningen av rätt till sp enligt 3:8 andra stycket anses utgöra 2:11-åtgärd.

Denna bestämmelse medför, att fk:s tjänstemän inte behöver göra en särskild prövning om vården skall betraktas som en 2:11-åtgärd. Författningen säger, att av sjukvårdshuvudman bekostad vård alltid skall anses som en 2:11-åtgärd. Eftersom df p g a utlandsvården är förhindrad att utöva förvärvsarbete, innebär det, att df erhåller sp jämlikt 3:8 andra stycket.

När det uppkommer behov av vård utomlands för df, och avsikten är att vården skall anordnas i landstingens regi, upprättar behandlande läkare ett speciellt läkarintyg. Särskilda uttagningsläkare tillstyrker eller avstyrker vården utomlands. Uttagningsläkaren

skall liksom den behandlande läkaren ta ställning till indikation för utlandsvård och patientens arbetsförmåga. Sjukvårdsstyrelsen (i vissa fall uttagningsläkaren) prövar sedan, om landstinget har de ekonomiska resurserna att bekosta vården och beviljar eller avslår densamma.[58]

Om vården beviljas, bekostas den av sjukvårdshuvudmannen med avdrag för ett belopp av varierande storlek. Beloppet motsvarar i princip storleken på sjukhusvårdsavdraget. Utlandsvården administreras så gott som undantagslöst av SUVAB.

SUVAB administrerar också rehabiliteringsresor som inte bekostas av sjukvårdshuvudman. Trots att utlandsvården är medicinskt och behandlingsmässigt motiverad, kan sjukvårdshuvudmannens knappa resurser föranleda, att någon ersättning för vårdkostnaden under utlandsvården inte utges av denne. Df får i dessa fall inte blanketterna för ansökan om utlandsvård och sjukvård utomlands från SUVAB, men förutsättningarna kan i övrigt motsvara dem som gäller för den landstingsfinansierade utlandsvården. Kassan infordrar då nödvändigt medicinskt underlag för ärendets prövning. Blanketten Läkarintyg för utlandsvård kan vid behov rekvireras av SUVAB. Prövning skall göras med hänsyn till bestämmelserna i 3:7 och 3:8 jämfört med 2:11.[59] En sådan prövning skall göras även i de fall rehabiliteringsåtgärden administreras av annan än SUVAB eller sjukvårdshuvudman.[60] Exempel på organisationer som bedriver sådan vård är föreningen Svenska Re och Stiftelsen Centralfonden för anställda inom skogsbruket och skogsindustrin. Verksamheten bedrivs för organisationens medlemmars räkning. Vid bedömningen av sp-rätten kan förutsättningarna härför komma att motsvara dem som gäller för den landstingsfinansierade utlandsvården. Även i dessa fall skall fk infordra nödvändigt medicinskt underlag för ärendets prövning.

RFV:s författning ger alltså en "direkt" sp-rätt endast i de fall utlandsvården bekostas av huvudman. Att dessa fall inte längre kommer att bli föremål för df:s överklagande säger sig självt. I övriga fall är alltså fk ålagda att göra både en 3:7-prövning och en 3:8-prövning (2:11) för att avgöra om df skall få sp under utlandsvården.

Det blir då fråga om samma ingående prövning för att avgöra om sp-rätt är för handen med beaktande av ett flertal olika omständigheter, som kännetecknat rättstillämpningen under senare hälften av 70-talet. FÖD synes dock konsekvent vilja uppfatta alla utlands-

vårdsfall, där uttagningsprinciperna är likartade dem som sjukvårdshuvudmännen tillämpar, som 2:11-fall och sp-grundande enligt 3:8 andra stycket. Detta framgår av pleniavgörandet 830202 mål nr 829/81:1 (FÖD 83:8). FÖD fann, att det uttalade syftet med företagsläkarens remiss till Centro Forestal Sueco för fysikalisk terapi var att förebygga nedsättning av df:s förmåga att utföra sitt arbete som snickare. FÖD fann, att utredningen i målet styrkte ett sådant rehabiliteringsbehov. Detta jämte innehållet i behandlingen var de faktorer som FÖD menade tala för att åtgärden var en 2:11-åtgärd, varför sp jämlikt 3:8 andra stycket skulle utgå.

Utgången hade däremot blivit en annan i FÖD-domen 811229 mål nr 595/81:5. Orsaken härtill torde vara att df:s vistelse på Teneriffa för sina reumatiska besvär skett helt i privat regi.

7.5 Slutsatser

Rättsutvecklingen i funktionsträningsfallen och utlandsvårdsfallen följer i huvudsak samma linje. Denna linje innebär en utvidgning av rätten till sp i dessa fall. I funktionsträningsfallen fanns till en början en tveksamhet på kassanivå om det tillstånd som träningen avsåg, t ex hörselnedsättning, skulle betraktas som ett sjukdomstillstånd. Genom FD:s praxis råder det nu ingen tvekan om, att sjukdomsvillkoret skall anses uppfyllt i dessa fall.

Nästa fråga är vilken typ och vilken grad av arbetsoförmåga som skall krävas för att sp skall utgå enligt 3:8 andra stycket. Enligt själva bestämmelsen och dess förarbeten framgår endast att den rehabiliterande åtgärden faktiskt skall förhindra df att samtidigt utföra förvärvsarbete. RFV ansåg emellertid, att rätten till sp borde begränsas, så att sp inte skulle komma att utgå "i så gott som alla fall" av rehabiliterande åtgärder. RFV:s inställning framgår av verkets yttrande i pleniavgörandet FD 1967 ref 42. RFV förordade, att sp skulle utgå under funktionsträning endast om df före rehabiliteringsåtgärden uppburit sp enligt 3:7. FD gick emellertid inte på denna linje. Enligt domen från år 1967 skulle sp utgå enligt 3:8 andra stycket, om arbetsförmågan var nedsatt med minst hälften eller kunde förväntas bli det, om inte rehabiliteringsåtgärden vidtogs.

Domen från år 1967 fick mycket stor betydelse. Den blev vägledande för rättstillämpningen i alla rehabiliteringsfall, arbetsvård, funktionsträning och utlandsvård.

Nästa steg i utvecklingen togs omkring 1980. Detta innebar, att man både i funktionsträningsfallen och utlandsvårdsfallen (däremot inte vid arbetsvård (se 7.2)) släppte kravet på halv arbetsoförmåga. Vad beträffar funktionsträning kom FÖD-domen 81:2, där FÖD beviljade sp under hörselträningskurs utan att uppställa något krav på minst halv arbetsoförmåga. Vad gäller utlandsvårdsfallen började FÖD:s praxis i början av 1980 att liberaliseras, kanske under påverkan av pågående utredningsarbete. 1981 utfärdade RFV författningen 1981:4, enligt vilken sp alltid skall utgå, när sjukvårdshuvudmannen bekostar vården. FÖD:s avgörande 830202 mål nr 829/81:1 visar, att utvidgningen av sp-rätten under utlandsvård gäller även i fall, där vården ej bekostas av sjukvårdshuvudmannen. Det är inte längre graden av arbetsoförmåga som är avgörande, utan först och främst innehållet i vården.

Noter

1 Se Rune Lavin, Rätten till sjukpenning, FT 1982 s 224.

2 Sysselsättningsutredningen föreslog i betänkandet Arbete åt handikappade (SOU 1978:14) införandet av arbetsmarknadsinstitut knutna till länsarbetsnämnderna. Dessa institut har hand om såväl den tränings- och prövningsverksamhet som bedrivs i form av omställning och träning (tidigare s k OT-kurser, nu kurser vid AMI-S) och arbetsliv och utbildning (tidigare s k ALU-kurser, nu AMI-utredning) som den yrkesinriktade rehabiliteringen vid arbetsvårdsinstituten.

3 Prop 1962:90, s 293.

4 FD 1967 ref 42 och FD 1967 ref 44.

5 S 6/1968.

6 RFV och AMS gjorde i slutet av 1968 en framställning till Kungl. Maj:t om att ersättning under tiden för yrkesutbildning skulle utges endast i form av utbildningsbidrag, vilket ledde till att dåvarande överdirektören i RFV 1970 tillkallades som sakkunnig med uppdrag att utreda frågan om sp vid arbetsvård. Betänkandet, Sjukpenning vid arbetsvård m m (DsS 1971:6), i vilket föreslogs en ny ersättningsform - rehabiliteringsersättning - från den allmänna försäkringen, ledde inte till lagstiftning.

7 U-handboken US 43.10 och RFFS 1979:1.

8 Socialpolitiska samordningsutredningen framhöll i sitt betänkande Ekonomiskt stöd vid yrkesinriktad rehabilitering m m (DsS 1978:3), att rätten till sp borde göras mer beroende av i vilken utsträckning rehabiliteringen hindrar tlf att förvärvsarbeta (s 48).

9 Rune Lavin, Rätten till sjukpenning, FT 1982 s 224 ff.

10 Jfr RFV:s cirkulär nr 5/1975 som nu ersatts av U-handboken US 44:10.

11 Se RFV:s stencil Sjukpenningrätt. RFV:s Tillsynsavd. Se även RFV:s stencil Sjukpenningrätt. Rehabilitering. En delrapport. Granskningsrapport okt. -81. RFV:s Tillsynsavd.

12 U-handboken US 43.20.

13 I åtskilliga av de i kap 6 anförda indragnings- och förtidspensionsfallen har läkarutlåtanden av denna typ inhämtats.

14 B. Rosengren och R. Svensson, Betingat arbetsföra, Göteborg 1974; se prop 1971:107 och prop 1973:129.

15 Se AMS:s meddelande från utredningsbyrån 1972:20, 1973:24 samt AMS 1975, Arbetsgruppen för studiet av anpassningsgrupperna.

16 Blanketten på vilken denna utredning görs benämns FKF 6140.

17 U-handboken US 44.10.

18 Socialpolitiska samordningsutredningen påtalade att några mer detaljerade anvisningar om när sådan anteckning skall göras inte fanns och att man hade anledning anta, att anteckning kunde göras ganska slumpartat. Man framhöll också, att rätten till sp bevakades bättre om en person remitterades till arbetsmarknadsmyndigheterna av fk än om hon/han t ex själv sökte arbetsmarknadsutbildning (DsS 1978:3, s 58).

19 Huruvida sp utbetalas i dessa fall, se nedan.

20 Se tabell 8 i den anförda statistiken.

21 Den högsta andelen ärenden med vidtagen åtgärd fanns i de yngre åldersgrupperna, nämligen 35,1 % i gruppen 16 - 19 år, 40,3 % i gruppen 20 - 29 år, 39,8 % i gruppen 30 - 39 år samt 38,6 % i gruppen 40 - 49 år. I åldersgruppeerna 50 - 59 år och 60 - 64 år sjönk andelen till 25,0 % respektive 6,4 %.

22 Se Tabell 9B1 Utredningsärenden avslutade 8101-8106 som tagits upp i lokal rehagrupp, Matematisk-statistiska byrån, 1982-02-05, RFV.

23 Andelen ärenden som genomgått social rehabilitering utgör endast 0,6 % (123 ärenden) av totala antalet fall. Fördelningen på arbetshandikapp visar att socialmedicinska handikapp och psykiska sjukdomar svarar för nära 80 % av dessa fall. Anmärkningsvärt få ärenden är föremål för social rehabilitering.

24 Om df väntat på att bli föremål för arbetsvårdande åtgärder men sedan inte kunnat delta i dem, exv på grund av svårigheter att ordna barntillsyn, kan detta komma att påverka sp-rätten, se FRS 801112 mål nr 7289/79.

25 FD 770201 dnr 878/76 (bifall till sp), FD 770607 dnr 383/76 (bifall till sp), FD 781003 dnr 2914/77 (bifall till sp), FD 781012 dnr 57/78 (bifall till sp), FÖD 790313 dnr 414/78 (bifall till sp), FÖD 790510 dnr 1253/78 (bifall till sp, se ovan), FÖD 790517 dnr 1680/78 (bifall till sp, se ovan); se även FRS 820514 mål nr 3260/80 och FRS 820824 mål nr 2684/80, FD 760916 dnr 370/76 (ej bifall till sp), FD 761230 dnr 1606/76 (ej bifall till sp), FD 780228 dnr 589/77 (ej bifall till sp), FD 780601 dnr 1534/77 (ej bifall till sp), FD 781026 dnr 408/78 (ej bifall till sp), FÖD 790503 dnr 1176/78 (ej bifall till sp), FÖD 790510 dnr 2273/78 (ej bifall till sp).

26 Se exv FÖD 820216 mål nr 872/81:9 (FRS 810427 mål nr 5232/79); FÖD 820601 mål nr 1677/81:7 (FRS 810724 mål nr 1978/81); FÖD 810930 mål nr 1652/80:3 (FRN 800930 mål nr 2561/79); FRN 800908 mål nr 1946/79; FRN 810109 mål nr 3555/79; FRN 810212 mål nr 3383/79; FRN 811217 mål nr 766/80 (överklagat till FÖD, ej klart i april -83); FRN 811222 mål nr 1486/80; FRS 810202 mål nr 3359/79; FRS 810223 mål nr 5161/79; FRS 800929 mål nr 2560/79; FRM 810116 mål nr 6330/79; FRM 811124 mål nr 7856/79, vilken dom FÖD inte ändrade (830111 mål nr 247/82:10 och 248/82:10).

27 Se exv FD 761230 dnr 1606/76, FD 780228 dnr 589/77, FD 780601 dnr 1534/77, FD 780119 dnr 1642/77, FD 781026 dnr 408/78, FÖD 790503 dnr 1176/78 och FD 790510 dnr 2273/78.

28 I fallet FÖD 800401 mål nr 613/79:8 erhöll df inte sp under arbetsmarknadsutbildning (grundskola jämte utbildning 60 veckor) troligtvis av den orsaken, att df jämte ryggbesvär och en rad psykosomatiska symptom känt stark vantrivsel i sitt tidigare arbete som chaufför i ett familjeföretag. FRS hade kommit till samma resultat (790406 mål nr 4004/79). I ett annat fall (FD 770118 dnr 2256/75) inkom från länsarbetsnämnd till fk en förfrågan, huruvida sp skulle kunna utgå till en 42-årig man under en tvåårig utbildning vid maskinteknisk linje å teknisk skola. Kassan fann, att sp inte kunde utgå under nämnda arbetsvård, då han varken före arbetsvårdstiden varit under lång tid minst halvt arbetsoförmögen p g a sjukdom eller kunde antas bli detta, om han inte fick arbetsvård. RFV och FD ändrade inte kassans beslut.

29 I följande fall har df erhållit sp vid påbörjandet av sin arbetsmarknadsutbildning: FRS 800916 mål nr 5332/79, FRS 820524 mål nr 142/82, FRM 820528 mål nr 6077/80 och FRN 801211 mål nr 2402/79. Det bifallande domslutet i FRM 820202 mål nr 3498/80 gällde fyra veckors utredning vid arbetsmarknadsinstitutet.

30 Se exv FD 760518 dnr 1321/75, FÖD 790426 dnr 1059/78, FÖD 800422 mål nr 811/79:6.

31 Se exv FD 760928 dnr 348/76, FD 771103 dnr 485/77, FÖD 800611 mål nr 1247/79:4.

32 Se exv FD 770222 dnr 1791/76.

33 Se exv FD 770224 dnr 2183/76.

34 Se exv FD 770510 dnr 2608/76, FD 791025 dnr 1813/78.

35 Se exv FD 771213 dnr 1294/77.

36 Se exv FD 780228 dnr 332/77.

37 Se exv FD 781024 dnr 11/78 och 788/78.

38 Se exv FÖD 800611 mål nr 1247/79:4.

39 Se exv FD 760518 dnr 1321/75. Se även FRS 810223 mål nr 5161/79, FRM 811124 mål nr 7856/79 (FÖD 830111 mål nr 247/82:10 o 248/82:10), FRN 811217 mål nr 766/80 (överklagat till FÖD, ej klart i april -83) och FRN 811222 mål nr 1486/80. I fallet FD 770607 dnr 383/76 inkom till kassan en förfrågan från arbetsförmedlingen, om sp skulle kunna utgå till df under arbetsvård i form av styr- och reglermekanikerkurs i 72 veckor. Kassan och RFV fann, att den åberopade sjukdomen (ryggbesvär) inte i och för sig medförde nedsättning av df:s arbetsförmåga med minst hälften. Inte heller ansågs df:s deltagande i utbildningen vara en 2:11-åtgärd. Det första konstaterandet innebar, att arbetsoförmåga jämlikt 3:7 ej förelåg och det andra konstaterandet att arbetsoförmåga jämlikt 3:8 ej förelåg. Men huruvida relateringen i det förra fallet är gjord till vilket lämpligt arbete som helst framkommer inte. FD biföll yrkandet om sp under arbetsvård med hänvisning till 3:7 om fullständig arbetsoförmåga.

40 Jfr även FD 781229 dnr 509/78 "sp under sommaruppehållet kunde inte utges, enär hennes hälsotillstånd inte försämrats".

41 Se även exv FRM 820504 mål nr 1030/80 (df avvek från arbetsvårdsinstitutet; finns hos FÖD, ej klart i april -83), se särskilt skiljaktig mening. FRN ändrade i beslut

801218 mål nr 2034/79 Västmanlands läns allmänna försäkringskassas beslut 790109. Kassan hade dragit in df:s sp och som skäl angett endast den omständigheten att df vägrat att genom skriftlig försäkran ange sin närvaro vid provtjänstgöring. - I FRM:s beslut 801017 mål nr 914/80 uttalades, att, med hänsyn till att den planerade arbetsmarknadsutbildningen inte kommit till stånd och med beaktande av vad som i övrigt förekommit i målet, besvären inte föranledde någon åtgärd. Df hade vägrat påbörja en 38 veckor lång arbetsmarknadsutbildning, därför att han ansåg det erbjudna utbildningsbidraget ekonomiskt ofördelaktigt. I stället hade han friskskrivit sig och under en längre tid uppburit fp.

42 Jfr FD 780112 dnr 1035/77; df spelade ishockey.

43 Se exv FD 780117 dnr 1315/77, FD 780316 dnr 2272/77, FD 780928 dnr 124/78 och FÖD 790215 dnr 1790/78.

44 FÖD 790215 dnr 1790/78.

45 Socialpolitiska samordningsutredningen föreslog att sp skulle utgå under hela tiden för rehabilitering. Bevakningen av och bedömningen av huruvida sp skulle upphöra, när en viss arbetsförmåga uppmättes, skulle alltså bortfalla (DsS 1978:3, s 51). Man menade, att en realistisk väg att gå för att lösa problemen rörande sp-rätt vid yrkesinriktad rehabilitering var att utgå från kravet på minst halv arbetsoförmåga jämlikt 3:7 och anknyta ersättningsregeln till de rehabiliteringsbehov som förelåg i de enskilda fallen. Därigenom skulle det nuvarande regelkomplexet - inklusive RFV:s dåvarande cirkulär - kunna förenklas. "Med dessa förutsättningar anser vi att sjukpenning bör utgå om rehabiliteringen väsentligen föranleds av sjukdom som i betydande omfattning har påverkat eller i framtiden kan komma att påverka den försäkrades arbetsförmåga. Vi föreslår att en dylik bestämmelse tas in i 3 kap. 8 § AFL." (s 53).

46 Socialpolitiska samordningsutredningen framhöll, att det var nödvändigt, att den som är sjukskriven inte får ett minskat intresse för rehabilitering genom risken att få sämre ersättning än han tidigare fått. "Det är tvärtom av stor betydelse - inte minst för den enskilde - att långa sjukskrivningar och eventuell förtidspensionering motverkas genom att betingelserna för rehabilitering är gynnsamma." (DsS 1978:3, s 49).

47 SOU 1961:29, s 148 f.

48 Fallet är publicerat, FD 1978 ref 6.

49 Sfu 1975/76:7 och 1976/77:22.

50 I utredningen DsS 1978:3 pekades på olika faktorer, till vilka ersättningsrätten kunde anknytas, såsom beskaffenheten av df:s handikapp och beskaffenheten av rehabiliteringsåtgärden. Man menade, att ersättningsbestämmelserna skulle bli enklare och klarare, om man i högre grad lade tonvikten på rehabiliteringsåtgärden istället för df:s individuella förhållanden. Man framhöll, att egentligen innebar den utformning som lagtexten de facto hade (3:8 andra stycket och 2:11) ett avsteg från prövningen av arbetsförmågan i det individuella fallet samt en anknytning av ersättningsrätten till rehabiliteringsåtgärden. Det viktigaste kravet man borde ställa på en sådan åtgärd var, att den var klart ägnad att ha en bestämd betydelse för deltagarnas förmåga att utföra förvärvsarbete. Den stora vinsten skulle vara, att man undgick den vanskliga prövningen av de enskilda fallen. Istället för att försöka utreda i vilken omfattning åtgärden kunde komma att påverka df:s framtida arbetsförmåga, kunde man utgå från presumtionen, att exv vissa kurser som upptagits i en förteckning hade den erforderliga positiva betydelsen (s 63 ff).

51 Se även samma motivering av RFV i rättsfallet FD 780330 dnr 1003/77 och av mellaninstansen i FÖD 800429 mål nr 735/79:4 (se i texten).

52 Se även FD 771201 dnr 838/77.

53 Se även FD 770414 dnr 146/75 och FÖD 800219 mål nr 259/79:6.

54 Fk fann, att behandlingen under utlandsvistelsen inte nämnvärt skulle komma att påverka hans arbetsförmåga. Kassan hade dessförinnan konstaterat, att han var arbetsoförmögen men inte p g a sjukdom.

55 Se FD 780112 dnr 504/77; jfr även FD 771020 dnr 119/77, där df (skogsinspektör) led av en höftledsartros, för vilken han sedan lång tid tillbaka var halvt sjukskriven. En vistelse på Stiftelsen Centralfonden för anställda inom skogsbruket och skogsindustrin tillhöriga rekonditioneringsanläggningarna Centro Forestal Sueco i Marbella i Spanien ledde till att df helt friskskrevs en kort tid efter hemkomsten. Men RFV och FD fann att df inte var berättigad till mer än halv sp under vårdresan och denna ansågs inte vara åtgärd jämlikt 2:11. Två ledamöter i FD var dock skiljaktiga och menade så vara fallet.

56 Jfr FÖD 790320 dnr 743/78, där domstolen gick på den linjen att arbetsoförmåga jämlikt 3:7 inte var styrkt. På samma linje hade man gått i de publicerade rättsfallen FD 1973 ref 19 I o II, där arbetsoförmåga jämlikt 3:7 ansågs styrkt i det förra fallet men däremot inte i det senare. Se även kassans beslut i FD 780202 dnr 3040/77.

57 AI 2/80.

58 U-handboken US 44.20.

59 U-handboken US 44.20.

60 U-handboken US 44.20.

8 Avslutning

I de föregående kapitlen (4 - 7) har med utgångspunkt från rättstillämpningen beskrivits en rad olika faktorer som påverkar df:s rätt till sp. Undersökningen har visat, att de grundläggande villkoren för rätt till sp, nämligen sjukdom och arbetsoförmåga är mångtydiga och vaga begrepp. Innehållet i villkoren, liksom vilka krav man skall ställa för att anse villkoren vara uppfyllda, skiftar. Orsaken härtill kan vara olika faktiska omständigheter i samband med sjukfallet, såsom sjukfallets varaktighet, vidtagandet av rehabiliterande åtgärder och df:s skyldigheter i samband med sjukfallet.

Innehållet i det sjukförsäkringsrättsliga begreppet sjukdom har bestämts dels genom socialvårdskommitténs uttalande, dels genom rättstillämpningen. Socialvårdskommitténs uttalande var av allmän karaktär. Uttalandet har inte kunnat användas för att särskilja ett sjukdomstillstånd från andra tillstånd som kan nedsätta arbetsförmågan. Kommittén framhöll dock två omständigheter som viktiga, nämligen läkarens uppfattning och möjligheten till skälighetsöverväganden.

Det medicinska sjukdomsbegreppet skall alltså utgöra grunden för det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet. I och med att det förra är ett dynamiskt begrepp, måste det sjukförsäkringsrättsliga begreppet anpassas efter detta. Flera grupper av försäkrade, såsom gravida kvinnor med störningar under graviditeten och personer, som blivit föremål för operativa ingrepp även om ingreppet inte orsakats av sjukdom i traditionell bemärkelse utan av medfödda kroppsfel, kosmetiska störningar eller utgjorts av kejsarsnitt, abort och sterilisering, har genom FÖD:s rättstillämpning kommit att erhålla sp. Förändringar i det medicinska sjukdomsbegreppet har lett till förändringar i det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet.

Läkare har ibland olika uppfattningar om ett visst tillstånd skall betraktas som ett sjukdomstillstånd. Det gäller framför allt sådana tillstånd som inte objektivt kan verifieras (i tillräcklig utsträckning), men där df anför subjektiva besvär, vilka nedsätter arbetsförmågan.

Men även beträffande tillstånd som svåra depressioner kan oenighet förekomma. Ett annat exempel är astigmatism, som inom den medicinska vetenskapen uppfattats som ett byggnadsfel, men som också angivits som sjukdom i socialstyrelsens klassifikationsregister.

Med utgångspunkt från den möjlighet till skälighetsavgöranden som förarbetena lämnat, bör enligt mitt förmenande det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet omfatta de nu nämnda tillstånden. Idag är det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet utpräglat somatiskt. Ett sådant sjukdomsbegrepp kan lättare användas för att förhindra missbruk än ett sjukdomsbegrepp av mer allmän socialmedicinsk karaktär. När det gäller symptomdiagnoserna bör man låta innehållet i det socialmedicinska sjukdomsbegreppet i högre grad än vad som är fallet idag sammanfalla med det sjukförsäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet. FÖD har också i några avgöranden rörande långa sjukfall låtit df:s subjektiva symptom vara "tillräckliga" för att grunda rätt till sp. Genom anvisningar från RFV i handböcker o dyl är kassorna ålagda att särskilt uppmärksamma sjukfall, där df är sjukskriven med en symptomdiagnos. När sjukfallet har varat en tid (hur länge varierar starkt beroende på typ av symptomdiagnos) avslutas det i många fall med att sp dras in, därför att sjukdom inte är styrkt. Eftersom sjukfallen med symptomdiagnoser är många, är det viktigt, att rättstillämpningen präglas inte endast av hänsynstagande till förbättrade diagnosmetoder och ökade medicinska landvinningar, som medför att symptomen kan verifieras objektivt utan även till df:s medicinska och psyko-sociala helhetssituation och till allmänna skälighetsöverväganden. Domstolsavgöranden, där sådana hänsynstaganden har gjorts, finns också i mitt rättsfallsmaterial även om de är få.

Innehållet i begreppet arbetsoförmåga är i än högre grad än innehållet i begreppet sjukdom mångtydigt och vagt. Jag har i undersökningen utgått från att innehållet i det sjukförsäkringsrättsliga arbetsoförmågebegreppet utgörs av faktisk arbetsoförmåga och profylaktisk arbetsoförmåga. Eftersom det inte finns några fasta hållpunkter för när man skall använda det ena eller det andra, finns alltid möjligheten för det rättstillämpande organet att kräva faktisk arbetsoförmåga. Faktisk arbetsoförmåga är som regel för handen i mycket väl avgränsbara fall. I övrigt kan ofta med fog göras gällande att df rent faktiskt kan utföra åtminstone ett visst mått av arbete. Men för sjukdomens botande är det inte lämpligt att df arbetar. I de flesta fall godtas profylaktisk arbetsoförmåga som grund för sp-rätt, men i

vissa situationer och för vissa grupper förekommer det, att man ibland kräver faktisk arbetsoförmåga för sp-rätt, t ex då df inte uppfyllt en förpliktelse i samband med sjukfallet eller då df är egenföretagare eller hemmamake.

Läkaren är mest lämpad att intyga profylaktisk arbetsoförmåga. Ändå frångås läkarens uppfattning i åtskilliga fall utan att några skäl härför anförts. FÖD har i några avgöranden menat, att anledning har saknats att frångå sjukskrivande läkares uppfattning om den profylaktiska arbetsoförmågan liksom sjukskrivningens längd.

I åtskilliga avgöranden spelar det medicinska innehållet i det arbetsoförmågebegrepp som kommit till användning mindre roll eller också saknas ett sådant helt. Begreppet har i stället använts som ett rent juridisk-tekniskt begrepp. Faktorer, som ligger utanför begreppet, har fått avgöra om df skall få sp. Vid exv partiell arbetsoförmåga har det varit arbetets uppläggning och inkomstens storlek som fått avgöra, om arbetoförmåga förelegat. Andra juridisk-tekniska överväganden rör det arbete till vilket arbetsoförmågan skall relateras, vilket i sin tur är avhängigt av sjukfallets varaktighet (korta och långa sjukfall). En speciell inkomstrelatering skall göras, då df är föremål för arbetsvårdande åtgärder.

Vid långa sjukfall är innehållet i den arbetsrelatering som görs av grundläggande betydelse för df:s rätt till sp. Eftersom fk:s handläggningsrutiner i hög grad är baserade på sjukfallets varaktighet, kan detta få återverkningar på innehållet i rättstillämpningen. Enbart sjukfallets varaktighet bör inte få vara tillräckligt skäl att frångå relateringen till det ursprungliga arbetet, med en i många fall indragen sp som följd. Df:s möjligheter att kunna utföra detta arbete i framtiden måste betecknas som mycket små, innan en förändring av arbetsrelateringen sker. FÖD har också i några ovan anförda fall relaterat df:s arbetsoförmåga till det ursprungliga arbetet, trots att sjukfallet varat mycket länge. Innehållet i relateringen av df:s arbetsoförmåga till hela arbetsmarknaden har också visat sig vara mycket diffust. I vissa fall har arbetsoförmågan relaterats till ett eller flera bestämda arbeten, som uppfattats som lättare än df:s ursprungliga arbete och därmed som "lämpligt" arbete. I andra fall har något krav på lämpligt arbete inte uppställts. I varje fall framgår inte detta av avgörandena. Visserligen finns domar av högsta instans, där man beaktat df:s möjligheter att erhålla ett lämpligt arbete, men eftersom rättstillämpningen är så ojämn, borde detta fastslås i ett pleniavgörande. Av största vikt är att arbetsoförmågan relateras till en

realistisk arbetsmarknad och inte endast till något tänkt lämpligt arbete, som df inte har någon möjlighet att erhålla p g a bostadsort, familjeförhållanden o dyl. Innehållet i den arbetsrelatering som görs i förtidspensionsfallen bör användas även vid de långa sjukfallen. I annat fall riskerar människor att bli utan ersättning, eftersom de kan hamna mellan de båda ersättningssystemen.

Då df är föremål för arbetsvård kännetecknas rättstillämpningen av det i RFV:s cirkulär uppställda kravet på minst halv arbetsoförmåga. Något FÖD-avgörande, där detta krav släppts, finns inte. Om df däremot är föremål för funktionsträning eller utlandsvård upprätthålls inte längre kravet på minst halv arbetsoförmåga, vilket framgår av FÖD-avgöranden samt ett cirkulär från RFV. Det har under senare år varit en obruten utveckling mot större sp-möjligheter vid kontrollerad rehabilitering.

Vissa situationer som behandlats i de tidigare avsnitten kännetecknas inte av ett skiftande innehåll i villkoren sjukdom och arbetsoförmåga utan av ett förhöjt beviskrav för rätt till sp. Detta kan vara fallet om df har försummat att iaktta en förpliktelse i samband med sjukfallet, såsom att göra sjukanmälan eller inge läkarintyg i rätt tid. Ett förhöjt beviskrav inträder även om df insjuknar i utlandet. Det finns också situationer då det är styrkt, att df är sjuk och arbetsoförmögen men trots detta inte erhåller någon sp. Df drabbas av sanktionen indragning av sp, därför att df inte iakttagit sina skyldigheter, t ex genom att inte begära fk:s tillstånd att erhålla sp under utlandsvistelse eller att inte underkasta sig rehabiliterande åtgärder.

FÖD:s rättstillämpning kännetecknas av större självständighet, bättre motiverade domar och en gentemot df mer generös rättstillämpning än vad som utmärkte FD:s rättstillämpning. Inskränkande schabloner rörande exv sjukskrivningstider, bedömningen av utländska läkares intyg och arbetsrelateringen vid långa sjukfall har fått ett minskat utrymme och efterträtts av en mera nyanserad bedömning.

RFV:s tillsynsverksamhet är effektivt organiserad med ett flertal tillsynsfunktioner. Även besvärsfunktionen har en stark tillsynsprägel. Huvudsyftet är att skapa enhetlighet och likformighet. När OE överklagar för att tillvarata enskilda intressen, är det ofta fråga om att samtidigt bevaka en hel grupps intressen, exv att de, som avreser till utlandet, trots att fk beslutat att ej utge sp under utlandsvistelsen, skall slippa att få sin sp indragen eller nedsatt, då högre instans finner, att sp skall utgå under utlandsresan.

Fk:s rättstillämpning bestäms i hög grad av de administrativa rutinerna. Detta gäller framför allt handläggningen av de långa sjukfallen men även handläggningen vid exv sjukanmälan och vid ingivandet av läkarintyg. Handläggningsrutinerna är utarbetade av RFV.

Df skall kunna lita på att kassatjänstemannen (domaren) följer de regler, som gäller samt i efterhand kontrollera att dessa regler följts. Kontrollmöjligheterna för df är givetvis starkt avhängiga av reglernas uppbyggnad och innehåll. Regeln i AFL 3:7 har stora likheter med en generalklausul. Generalklausulerna brukar ibland uppfattas som hot mot rättssäkerheten.[1] En regel, som är uppbyggd kring rekvisiten arbetsoförmåga och sjukdom, kan aldrig tillämpas med större exakthet, såvida inte de faktiska omständigheter, som man menar skall inordnas under begreppen ifråga, konkretiseras och systematiseras och/eller de värden som man menar skall tillgodoses preciseras.

Ur rättssäkerhetssynvinkel är det viktigt att preciseringarna är synliga för df. Ett beslut respektive domslut bör för att verka övertygande motiveras dels med en beskrivning av rättsfakta, dels med en redogörelse för påståendet om rättsfakta, dvs bevisvärderingen.[2] Många skäl till icke-bifallande slut består enbart av ett konstaterande av det inte är styrkt, att df är sjuk- och arbetsoförmögen med minst hälften. Sp skall därför inte utgå jämlikt 3:7. Skälens uppgift har då blivit att påvisa att slutet är en följd av lagens innehåll.[3] Men detta är inte tillräckligt, eftersom särskilt arbetsoförmågebegreppet har ett skiftande innehåll. Df:s möjligheter att kontrollera beslutet/domslutet blir alltför begränsade.

Noter

1 Se Anna Christensen, Rättssäkerheten i socialförsäkringen i Domstolarna och rättssäkerheten, 1982, s 30 ff och a.a. s 19 ff. Ang rättssäkerhetsdebatten, se Håkan Strömberg, Allmän förvaltningsrätt, s 158 ff, Brita Sundberg-Weitman, Saklighet och godtycke i rättsskipning och förvaltning och SvJT 1982 s 44 ff.

2 Ang olika metoder som används för att motivera ett domslut, se Tore Strömberg, Inledning till den allmänna rättsläran, s 157 ff. Ang rättstillämpning, se Karl Olivecrona, Domen i tvistemål, s 84 och 87, Rätt och dom, s 21 f, Rättsordningen, s 115; Alf Ross, Om ret og retfaerdighet, s 160; Tore Strömberg, Inledning till den allmänna rättsläran, s 128 ff.

3 Jag avser ej att i detta sammanhang beröra den vittomspännande frågan om den juridiska metoden. Se dock Alf Ross, Om ret og retfaerdighed, exv s 130. Jfr Per-Olof Bolding, Juridik och samhällsdebatt, s 14, 19, 25, 54, 107.

Litteratur

Allander, Erik — Sjukdomsbegreppet - behövs det? - Epidemiologens synpunkter i Socialmedicinsk tidskrift, vol 54, nr 4, 1977 s 210 f.

Andersson, Margarethe — Ryggen fri? i Läkartidningen 1979, 78:917 f.

Backer, Gertrud — Problemer i Lovgivningen omkring barsel i Årbog for Kvinderet 1978, Köpenhamn.

Blom, Åke — Sjukdomsbegreppet från socialförsäkringens synvinkel i Socialmedicinsk tidskrift, vol 54, nr 4, 1977 s 213 f.

Bolding, Per Olof — Juridik och samhällsdebatt, Stockholm 1968.

Brix-Jensen, I.- Fredriksen, H. — Lov om barselorlov m.v. i Årbog for Kvinderet 1981, Köpenhamn.

Broberg, R. - Lindell, I. - Samuelsson, Y — Den allmänna sjukförsäkringen, Stockholm 1956

Christensen, Anna — Makt och rättsregler, Lundaforskare föreläser, nr 8, 1976.

Kvinnorna och arbetslöshetsersättningen i Årbog for Kvinderet 1979, Köpenhamn.

Barntillsyn och arbetslöshetsersättning i Årbog for Kvinderet 1980, Köpenhamn.

Avstängning från arbetslöshetsersättning, Norstedts, 1980. Cit. a.a.

Rättssäkerheten i socialförsäkringen i Domstolarna och rättssäkerheten, Rättsfondens skriftserie 1982.

Cullberg, Johan — Sjukdomsbegreppets betydelse för psykiatrisk praxis i Socialmedicinsk tidskrift, vol. 54, nr 4, 1977 s 205 f.

Dahlberg, Anita — Kompendium i socialförsäkring (stencil), Institutionen för socionomutbildning vt -79.

Dahn, Inge — Bedömning av arbetsförmåga (anförande vid Dalbydagarna 28-29 okt 1982); se härom Läkartidningen 1983, 80:194.

Vårdens människosyn och värderingar ur delrapport nr 504: Omsorg och människosyn. Omsorgen i samhället. Sekretariatet för framtidsstudier/Liber Förlag, Stockholm mars 1980.

Eriksen, Tore E — Den ökade sjukfrånvaron - en statistisk analys. Delegationen för social forskning, Rapport 1980:1.

Fastvold, Marianne — Om familiens rettstilling på føde-og barselavdelninger i Kvinnerettslige studier nr 6/81, Institutt for Privatrett, Universitetet, Oslo.

Fichtelius, Karl-Erik — Låt patienterna sjukskriva sig själva i Läkartidningen 1975, 72:1302.

Gjessing, Nina — Den retlige status for medhjaelpende aegtefaeller i Årbog for Kvinderet 1979, Köpenhamn.

Gjelsvik, A. - Wankel, E., Dons — Gjenlevende ektefelle og andre enker. En kvinnerettslig sammenligning av retten till offentlig forsørgning, saerlig med henblikk på etterlattepensjon i Kvinnerettslige studier nr 11, Oslo universitet.

Guld, Lene — Traek af barsellovgivningens historie i Årbog for Kvinderet 1978, Köpenhamn.

Hamdahl, B. - Danielsson, G. - Lidbom, C. — Den allmänna försäkringen, Stockholm 1962.

Hansson, Bertil — Studiematerial angående sjukvårdens målsättning (stencil), Socialmedicinska avdelningen i Malmö 1979.

Hansson, Bertil - Lindbladh, Tomas — Det medicinska sjukdomsbegreppet (stencil), Socialmedicinska avdelningen i Malmö 1979.

Hedström, P. — Förtidspension - välfärd eller ofärd? Institutet för social forskning, Edsbruk 1980.

Hellners, Trygve — Förvaltningslagen, 2:a omarb. uppl., Stockholm 1978. Cit. a.a.

Hetzler, Antoinette - Eriksson, Kjell — Ökad förtidspensionering. En rättssociologisk analys, Ekna, Lund 1981. Cit. a.a.

Hulth, Anders — Socialt alternativ till sjukskrivning bättre än att utvidga sjukdomsbegreppet i Läkartidningen 1979, 76:167 f.
Dölj inte de sociala problemen bakom medicinska etiketter i Läkartidningen 1979, 76:920 f.
Ge hellre kuratorn litet medicinskt utbildning i Läkartidningen 1980, 77:4355.

Håkansson, Kaj — Psykisk sjukdom. Illusioner och realiteter, Verdandidebatt nr 71, Prisma 1973.

Höjer, Karl J. — Socialförsäkring och socialhjälp, Stockholm 1966.

Jacobsen, K-L — Forsørgelse i Årbog for Kvinderet 1979, Köpenhamn.

Janlert, Urban — Vetenskapligheten har försnävat läkarrollen i Läkartidingen 1980, 77:4914 f.

Jansson, Bengt — Sjukdomsbegreppet inom psykiatrin i Socialmedicinsk tidskrift, vol 54, nr 4, 1977 s 203 f.

Johansson, Bengt — Slopa läkarintygen för sjukskrivning! i Läkartidningen 1982, 79:2935 f.

Det enda rimliga skälet att söka läkare borde vara att man känner sig sjuk i Läkartidningen 1982, 79:2936.

Kjønstad, Asbjørn — Om rett till økonomisk kompensasjon ved uførhed, Oslo 1978.

Hovedprinsippene i yrkesskadetrygdlovgivningen, Oslo 1978 (stencil).

Folketrygdens uførebegrepp, NOU 1977:14, Oslo.

Trygd og erstatning ved personskade-Utviklingslinjer, utbredelse og ulikheter, Oslo 1977.

Kärnek, Ruth — En medicinsk expert i samverkan med andra kan bäst tillgodose kravet på helhetssyn, Läkartidningen 1980, 77:4612 f.

Lavin, Rune — Rätten till sjukpenning i FT 1982 s 220 ff.

Rätten till sjukpenning, Studentlitteratur 1983.

Lindahl, Olov — Sjukintygssystemet behöver översyn i Läkartidningen 1982, 79:3870.

Lindgård, Jytte — Lidt om kvindeforsørgelse. Et familie- social- eller arbejdsretligt problem i Årbog for Kvinderet 1980, Köpenhamn.

Lokander, Sven — Kontrollen av sjukfrånvaron i Läkartidningen 1982, 79:2938.

Lundberg, Allan - Malm, Erik — Hitta rätt i allmän försäkring, Trygg-Hansa 3:e uppl. 1974. Cit. a.a.

Lunning, Lars — Kommentar till anställningsskyddslagen, Liber, Stockholm 1982.

Modig, Bo — Gemensam grundutbildning behövs för alla läkare i Läkartidningen 1980, 77:4741 f.

Myhrman, Gustaf — Utbildningen måste följa vetenskapens utveckling i Läkartidningen 1980, 77:4915.

Nyström, Sune — Sjukskrivning vid sjukdom med social bakgrund i Läkartidningen 1979, 76:918 f.

Olin, Patrick — Somatikerns syn på sjukdomsbegreppet i Socialmedicinsk tidskrift, vol. 54, nr 4, 1977 s 207 f.

Olivecrona, Karl — Domen i tvistemål, Lund 1943.

Rätt och dom, Lund 1960.

Rättsordningen, Lund 1966.

Pedersen, I. — Førtidig pensionering i kvinderetlig belysning i Årbog for Kvinderet 1981, Köpenhamn.

Pedersen, M. Bak - Sejr, L. — Deltidsforsikring - kvindeforsikring i Årbog for Kvinderet 1980, Köpenhamn.

Pedersen, M. Højgård — Kvinder og socialret i Årbog for Kvinderet 1978, Köpenhamn.

Petersen, B. — Børnepassning set i relation til arbejdsløshetsforsikring. En beskrivelse af Arbejdsdirektoratets børnepassningscikulaerer i Årbog for Kvinderet 1980, Köpenhamn.

Ronne, Ylva — Sjukvårdsrätt, Almqvist & Wiksell, 1980.

Rosengren, B. - Svensson, R. — Betingat arbetsföra, Göteborg 1974.

Ross, Alf — Om ret og retfaerdighed, Köpenhamn 1953.

Sahlin, Jan — Hälso- och sjukvårdslagen med kommentar, Stockholm 1982.

Sjövall, Thorsten — Integrerad människovård- en utopi? i Läkartidningen 1980, 77:4354 f.

Skalts, V. — Mødrehjaelpen og den sociale skole i Jura og Kvinder, Köpenhamn 1975.

Stang Dahl, Tove — Ekteskapet, den moderne husmannskontrakten. Noen kvinnerettslige problemstillningar i Kvinnerettslige studier nr 3, Oslo universtet.

Fra husmorrettens spesielle del: Folketrygdens regel om forhøyet hjelpestønad till funksjonshemmede barn i Årbog for Kvinderet 1981, Köpenhamn.

Stang Dahl, Tove - Fastvold, Marianne - Sverdrup, Tone — Husmorrett i Kvinnerettslige studier nr 5/81 i Institutt for offentlig retts skriftserie, Oslo universitet.

Strömberg, Håkan — Speciell förvaltningsrätt, 5:e uppl. Lund 1980

Allmän förvaltningsrätt, 11:e uppl. Lund 1982

Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform, Juridiska Föreningen i Lund, Lund 1983.

Strömberg, Tore — Inledning till den allmänna rättsläran, Lund 1962 och 1970.

Sundberg-Weitman, Brita — Saklighet och godtycke i rättsskipning och förvaltning, Norstedts, Lund, 1981.

Några synpunkter på det svenska rättssamhället, SvJT 1982 s 44 ff.

Swartz, Birgitta — Vi får inte återgå till "kloka gubben-" stadiet i Läkartidningen 1980, 77:4740 f.

Tegmark, Erik — Medicinsk vägledning, Försäkringskasseförbandet, 1977.

Tengvald, Karin — En sociologs syn på sjukdomsbegreppet i Socialmedicinsk tidskrift, vol. 54, nr 4, 1977 s 215 f.

Tibblin, Gösta — Sjukvård - industri eller lagarbete i Svenska Dagbladet d. 26 aug 1977.

Läkare intygar vad? i Läkartidningen 1978, 75:175 f.

Wadensjö, Eskil — Disability Policy in Sweden, Institutet för social forskning 1980 (revised 1981).

Wennergren, Bertil — Lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall med kommentarer, Stockholm 1978.

Westerhäll-Gisselsson, Lotta

Kvinnan som försörjarobjekt. Hustrutillägg och Föräldrapenning i Svenskt Rättsforum nr 8.

Kvinnorättslig värdering av socialrättsliga regler i SvJT 1978 s 659 ff.

Kvinnor och rätt. Översikt över de viktigare sambanden mellan kvinnokön och rättsreglerna, Liber Stockholm 1979.

Hur ser trygghetslagstiftningen ut ur kvinnors synvikel? i Kvinnor och ekonomi, Affärsförlaget, Stockholm 1981.

Föräldraförsäkringen - en jämställdhetslagstiftning? i TfR 1983 s 163 ff.

Några problem rörande de allmänna försäkringskassornas verksamhet i FT 1983 s 155

Det privata omsorgsarbetet och sjukförsäkringen i Årbog for Kvinderet 1983, Köpenhamn.

Havandeskapspenningen i faktisk tillämpning, Arbetslivscentrum, Stockholm 1983.

Westin, Claes-Göran

Vad är sjukdom och invaliditet? i Socialmedicinsk tiskrift vol. 54, nr 4, 1977 s 198 f.

Sjukdomsbegreppet - behövs det? i Socialmedicinsk tidskrift vol. 54, nr 4 1977 s 201 f.

Widerberg, Karin

Lagens verkningar - bostadsbidrag, barnomsorgskostnader och kvinnors förvärvsarbete i Årbog for Kvinderet 1980, Köpenhamn.

Förarbeten, handböcker, rapporter m m

Prop 1946:312	med förslag till lag om allmän sjukförsäkring m m
Prop 1961:45	med förslag till lag angående ändring i lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring
Prop 1962:90	med förslag till lag om allmän försäkring m m
Prop 1967:73	med förslag till lag angående ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring m m
Prop 1971:107	med förslag till lag om anställningsskydd för vissa arbetstagare
Prop 1973:47	angående förbättrade familjeförmåner inom den allmänna försäkringen, m m
Prop 1973:129	med förslag till lag om anställningsskydd
Prop 1977/78:20	med förslag till ändrad organisation för besvärsprövning inom socialförsäkringen m m
Prop 1978/79:168	om föräldrautbildning och förbättringar av föräldraförsäkringen m m
Prop 1981/82:71	om ny anställningsskyddslag
Prop 1981/82:88	om åtgärder för att förbättra försäkringsdomstolarnas arbetsläge m m
SOU 1944:15	Lag om allmän försäkring
SOU 1952:39	Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring
SOU 1960:35	Socialförsäkringens organisation

SOU 1961:29	Förtidspensionering och sjukpenningförsäkring m m
SOU 1972:60	Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m m
SOU 1976:53	Försäkringsrätt och försäkringsöverdomstol
SOU 1977:88	Förtidspensionering. Två forskningsrapporter
SOU 1979:94	En allmän socialförsäkring
SOU 1981:22	Sjukersättningsfrågor
SOU 1981:24	Socialförsäkringens datorer
SOU 1983:30	Utbyggd havandeskapspenning

Motion 1975:1718

Motion 1977/78:1344

Motion 1979/80:417

Motion 1979/80:622

Motion 1979/80:1177

Motion 1980/81:1614

Sfu 1975/76:7	med anledning av motion om vidgad rätt till sjukpenning för hörselskadade
Sfu 1976/77:22	med anledning av motioner om sjukpenningförmåner
Sfu 1977/78:15	med anledning av propositionen 1977/78:20 med förslag till ändrad organisation för besvärsprövning inom socialförsäkringen m m jämte motioner
Sfu 1980/81:5	om sjukpenning till gravida kvinnor
AU 1978/79:3	med anledning av motioner om anställningsskydd och anställningsskyddet för långtidssjuka
DsS 1971:6	Sjukpenning vid arbetsvård m m

DsS 1975:9 Övergångsfrågor beträffande besvärsorganisationen inom yrkesskadeförsäkringen

DsS 1978:3 Ekonomiskt stöd vid yrkesinriktad rehabilitering m m

DsS 1981:9 Försäkringsdomstolarnas arbetsläge

DsS 1981:13 Riksförsäkringsverkets roll, uppgifter och organisation

JO 721024 dnr 2960/71

JO 801217 dnr 1330/79

JO 801217 dnr 1290/80

JO 810428 dnr 3092/80

AMS:s meddelande från utredningsbyrån 1972:20

AMS:s meddelande från utredningsbyrån 1973:24

AMS 1975, Arbetsgruppen för studiet av anpassningsgrupperna

Försäkringskassornas vidareutbildning S 4; studiehandledning utarbetad av RFV 79.01

Intygsgruppen vid RFV: PM 810304 Förslag till nytt läkarintyg för bedömning av rätt till sjukpenning

Landstingsförbundets utredning 771229 Sjukvård utomlands - samordnad verksamhet

Rehabiliteringsverksamheten vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn. Redogörelse för verksamheten 1979

Riksförsäkringsverkets yttrande 800529 dnr GD 78/80 T 954/80

Riksrevisionsverkets revisionsrapport dnr 1981:1057: Riksförsäkringsverkets tillsyn av försäkringskassornas arbete med långa sjukfall

S-handbok

Sjukpenningrätt. Stencil. RFV:s Tillsynsavd.

Sjukpenningrätt. Rehabilitering. En delrapport. Granskningsrapport okt. -81. RFV:s Tillsynsavd.

Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar, 1968, 3:e omarb uppl. 1973

Socialstyrelsen redovisar 1980:5, Sjukdom - ett relativt begrepp

Socialstyrelsens utredningsrapport 1979:13, Hälsoresor till andra länder - utlandsvård

Socialstyrelsens yttrande 800221 SN 1-259:85/80 och SN 1-20179:1581/79

Socialstyrelsens yttrande 801218 SN 1-39:559/80

Statens arbetsmarknadsnämnds (SAMN) föreskrifter till förordningen (1979:518) om arbetshandikappade i statligt reglerad anställning m m (SAVFS 1979:1)

Statistikmeddelande från Riksförsäkringsverket, 820212, 1982:3U

U-handbok

Verksamhetsberättelse/verksamhetsplan till läkarförbundets fullmäktige 1980

RFV:s cirkulär och kungörelser

Riksförsäkringsverkets cirkulärskrivelse nr 10/1975, Överenskommelse mellan Sverige, Danmark, Finland, Island och Norge om förmåner vid sjukdom, havandeskap och barnsbörd

Riksförsäkringsverkets cirkulärskrivelse nr 15/1975, Försäkrad och inskriven enligt lagen om allmän försäkring (AFL)

Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1978:10) om organisation av de allmänna försäkringskassornas centralkontor m m

Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1978:11) om organisation av Stockholms allmänna försäkringskassa

Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1978:22) med bestämmelser om ändring av allmän försäkringskassas och lokal skattemyndighets beslut i vissa fall samt om skyldighet att underrätta riksförsäkringsverkets ombudsenhet om vissa beslut m m enligt omtryck RFFS 1982:4

Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1978:32) om sjukpenning vid arbetsvård

Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1979:1) om rehabiliteringsgrupper m m hos allmän försäkringskassa

Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1979:16) om kontroll i sjukförsäkrings- och föräldraförsäkringsärenden

Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1981:4) med vissa bestämmelser om sjukpenning vid utlandsvård

Riksförsäkringsverkets kungörelse (RFFS 1981:30) med bestämmelser om sjukpenning för insjuknandedag och i samband med skiftarbete

Rättsfallsregister

Försäkringsrätten för Södra Sverige (FRS)

Kap 2

FRS 800421 mål nr 4822/79 *30*
FRS 800522 mål nr 8836/79 *30*
FRS 800917 mål nr 2017/79 *30*

Kap 3

FRS 800910 mål nr 96/80 *67*

Kap 4

FRS 790220 mål nr 23/79 93
FRS 790302 mål nr 1107/79 85
FRS 790406 mål nr 1611/79, (FÖD 800430 mål nr 579/9:10) 85
FRS 790427 mål nr 1008/79 *155*
FRS 790618 mål nr 2538/79, (FÖD 800624 mål nr 932/79:8) *154*
FRS 790709 mål nr 1541/79 83
FRS 790709 mål nr 1897/79 *159*
FRS 790710 mål nr 520/79 112, *159*
FRS 790925 mål nr 253/79, (FÖD 810303 mål nr 1132/79:6) 108
FRS 790925 mål nr 797/79 82
FRS 791010 mål nr 3249/79 *154*
FRS 791106 mål nr 1902 o 1903/79 104
FRS 791119 mål nr 5762/79 79
FRS 800102 mål nr 1093/79, (FÖD 801125 mål nr 344/80:8) *153 f*
FRS 800208 mål nr 94/79 151
FRS 800229 mål nr 5882/79, (FÖD 810630 mål nr 407/80:8) *162 f*
FRS 800331 mål nr 1489/79 *158, 159*
FRS 800331 mål nr 2540/79, (FÖD 810113 mål nr 750/80:10) 116
FRS 800331 mål nr 2704/79 *154*
FRS 800422 mål nr 1429/79 *159*
FRS 800423 mål nr 1853/79 80

Kursiverad siffra markerar att hänvisning sker till not.

FRS 800429 mål nr 2336/79, (FÖD 810630 mål nr 940/80:5) 111, *159*
FRS 800429 mål nr 3125/79, (FÖD 801209 mål nr 944/80:9) 85
FRS 800429 mål nr 6868/79, (FÖD 801119 mål nr 956/80:4) 145 f
FRS 800430 mål nr 3610/79 88
FRS 800529 mål nr 5512/79 *155*
FRS 800530 mål nr 2719/79 80, *154*
FRS 800604 mål nr 1140/79 *154*
FRS 800627 mål nr 2349/79 *154*
FRS 800915 mål nr 3742/79 *159*
FRS 800918 mål nr 7430/79 *159*
FRS 800919 mål nr 4974/79 *156*
FRS 800926 mål nr 5058/79, (FÖD 810623 mål nr 1635/80:6) 85
FRS 800926 mål nr 2023/80, (FÖD 820406 mål nr 1394/80:8) *157*
FRS 801006 mål nr 4905/79, (FÖD 810526 mål nr 1728/80:7) *162*
FRS 801021 mål nr 3110/79, (FÖD 810714 mål nr 1836/80:6) *158*
FRS 801022 mål nr 850/80 *159*
FRS 801027 mål nr 5248/79, (FÖD 810715 mål nr 1494/80:2) 85
FRS 801130 mål nr 6508/79, (FÖD 810623 mål nr 1717/80:7) *154*
FRS 801112 mål nr 3947/79 107
FRS 801112 mål nr 4106/79 80
FRS 801124 mål nr 6430/79 83
FRS 801125 mål nr 1607/79 *159*
FRS 801215 mål nr 2367/79 *157*
FRS 810107 mål nr 1421/79 87
FRS 810112 mål nr 2660/79, (FÖD 810915 mål nr 176/81:7) 131
FRS 810112 mål nr 6820/79 *157*
FRS 810112 mål nr 1496/80 *158*
FRS 810113 mål nr 3963/79 *158, 161*
FRS 810126 mål nr 4238/79, (FÖD 811110 mål nr 473/81:7) 85
FRS 810130 mål nr 5220/79, (FÖD 820512 mål nr 405/81:2) *154*
FRS 810210 mål nr 6175/79, (FÖD 811117 mål nr 615/81:5) *155*
FRS 810216 mål nr 8221/79 *159*
FRS 810225 mål nr 5147/79 *158*
FRS 810225 mål nr 5805/79 81
FRS 810226 mål nr 4028/79, (FÖD 811110 mål nr 429/81:9) *158*
FRS 810227 mål nr 3753/79 145
FRS 810227 mål nr 5625/79 *159*
FRS 810227 mål nr 5662/79, (FÖD 811215 mål nr 608/81:5) 145
FRS 810313 mål nr 6568/79, (FÖD 811209 mål nr 564/81:3) 108

FRS 810325 mål nr 5548/79 85
FRS 810330 mål nr 5538/79 *159*
FRS 810331 mål nr 4861/79 107
FRS 810331 mål nr 8181/79, (FÖD 811117 mål nr 925/81:5) *154*
FRS 810410 mål nr 7966/79, (FÖD 820323 mål nr 889/81:8) *154*
FRS 810413 mål nr 5818/79 88
FRS 810515 mål nr 6648 o 6649/79 117
FRS 810515 mål nr 7508/79 83
FRS 810522 mål nr 6727/79 *154*
FRS 810604 mål nr 7595/79 *159*
FRS 810618 mål nr 394/80 88
FRS 810618 mål nr 1266/80 *159*
FRS 810625 mål nr 7346/79 *159*
FRS 810626 mål nr 7044/79 *159*
FRS 810629 mål nr 2601/80 87
FRS 810629 mål nr 2810/80 *159*
FRS 810630 mål nr 6444/79 84
FRS 810630 mål nr 6704/79 *155*
FRS 810706 mål nr 8897/79 85
FRS 810706 mål nr 2908/80 *155*
FRS 810731 mål nr 7977/79 *161*
FRS 810810 mål nr 7621/79, (FÖD 820706 mål nr 1601/81:7) 84
FRS 810831 mål nr 1662/80 141
FRS 810916 mål nr 6715/97, (FÖD 821013 mål nr 1996/81:1, FÖD 82:29) 84
FRS 811028 mål nr 4894/79 152
FRS 811028 mål nr 3460/81 116
FRS 811123 mål nr 8770/79 132
FRS 811201 mål nr 8324/79 78
FRS 811230 mål nr 2274/80 132
FRS 820128 mål nr 8023/79 117
FRS 820504 mål nr 4174/80 o 4669/80 *161*
FRS 820510 mål nr 1171/80 141
FRS 820510 mål nr 3878/80 o 5545/80 117

Kap 5

FRS 790709 mål nr 1414/79 *233*
FRS 790710 mål nr 2225/79 *233*
FRS 791119 mål nr 3888/79 *233*
FRS 800214 mål nr 1068/79 208 f

FRS 800214 mål nr 2603/79 *241*
FRS 800331 mål nr 2594/79, (FÖD 810505 mål nr 710/80:6, FÖD 81:21) 190
FRS 800414 mål nr 2577/79 *233*
FRS 800421 mål nr 760/79 *241*
FRS 800421 mål nr 1602/79 173
FRS 800423 mål nr 1823/79 199
FRS 800423 mål nr 9129/79 o 1175/80 224 f
FRS 800430 mål nr 1798/79 o 1799/79, (FÖD 810303 mål nr 868/80:9 o 869/80:9) 208
FRS 800725 mål nr 4506/79 *233*
FRS 800819 mål nr 4486/79, (FÖD 810630 mål nr 1408/80:6) *241*
FRS 800905 mål nr 4276/79 *233*
FRS 801003 mål nr 1434/79 *233*
FRS 801008 mål nr 2589/79 *233*
FRS 801014 mål nr 4645/79 *235*
FRS 801119 mål nr 6691/79 *237*
FRS 810113 mål nr 3963/79 *233*
FRS 810126 mål nr 7622/79 228
FRS 810129 mål nr 3316/79, (FÖD 811021 mål nr 546/81:2) 198, 200
FRS 810202 mål nr 3865/79, (FÖD 810715 mål nr 547/81:3, FÖD 81:25) 199 f
FRS 810205 mål nr 4180/79 288
FRS 810305 mål nr 3811/79 *237*
FRS 810402 mål nr 5022/79 226
FRS 810409 mål nr 6417/79 223
FRS 810409 mål nr 3949/80 191
FRS 810409 mål nr 750/81 201
FRS 810413 mål nr 6836/79, (FÖD 820223 mål nr 842/81:5) 218
FRS 810428 mål nr 808/81, (FÖD 811208 mål nr 983/81:7) 204
FRS 810521 mål nr 8318/79, (FÖD 820713 mål nr 1393/81:5) 187
FRS 810525 mål nr 3475/79 201 f
FRS 810604 mål nr 5772/79 *238*
FRS 810625 mål nr 1481/81 *241*
FRS 810715 mål nr 5693/79 *235*
FRS 810824 mål nr 1940/81, (FÖD 820127 mål nr 1621 o 1622/81:3) 206
FRS 810831 mål nr 3787/79 224
FRS 821018 mål nr 4738/79 *236*

Kap 6
FRS 790319 mål nr 416/79, (FÖD 800311 mål nr 506/79:10) *292*
FRS 790820 mål nr 6371/79, (FÖD 800506 mål nr 1133/79:7) 259 f
FRS 791029 mål nr 3332/79, (FÖD 810616 mål nr 1367/79:8) *285, 286*
FRS 800208 mål nr 1524/79, (FÖD 810120 mål nr 568/80:7) *285*
FRS 800211 mål nr 1458/79, (FÖD 810303 mål nr 523/80:8) *285, 286*
FRS 800415 mål nr 6812/79, (FÖD 800930 mål nr 874/80:7) *288*
FRS 800429 mål nr 3870/79, (FÖD 811118 mål nr 724/80:2) *285, 286*
FRS 800512 mål nr 5793/79, (FÖD 810922 mål nr 980/80:9) *285*
FRS 800530 mål nr 8266/79, (FÖD 811021 mål nr 888/80:4) *288, 290*
FRS 800902 mål nr 4355/79 *285, 286*
FRS 800915 mål nr 2600/79 *285*
FRS 800930 mål nr 5578/79, (FÖD 811021 mål nr 1470/80:2) *285, 286*
FRS 800930 mål nr 6941/79 *285*
FRS 801003 mål nr 1180/79 *285*
FRS 801022 mål nr 8807/79 o 1878/80, (FÖD 811202 mål nr 1527/80:2) *226*
FRS 801030 mål nr 8078/79 o 2405/80, (FÖD 820406 mål nr 1842/80:10) *290*
FRS 801103 mål nr 1295/80 *285, 288*
FRS 801112 mål nr 7289/79 *286*
FRS 801209 mål nr 2197/79 *286*
FRS 801211 mål nr 4926/79 *288*
FRS 801215 mål nr 3969/79 *285, 288*
FRS 801215 mål nr 5998/79, 6495/79, 8911/79 o 3786/80 *285, 289*
FRS 801217 mål nr 1795/79 *285*
FRS 810108 mål nr 5954/79 *288*
FRS 810109 mål nr 4667/79 *288, 290*
FRS 810112 mål nr 6609/79 *288, 289*
FRS 810112 mål nr 7659/79 o 8830/79 *288*
FRS 810119 mål nr 636/80 *288*
FRS 810129 mål nr 3689/79 *286, 288*
FRS 810129 mål nr 22/80, (FÖD 810929 mål nr 287/81:8) 259,*286*
FRS 810129 mål nr 2874/79 *289*
FRS 810129 mål nr 4577/79, (FÖD 821102 mål nr 545/81:10) *288*

FRS 810202 mål nr 2907/80 *288*
FRS 810210 mål nr 4062/79 *288*
FRS 810220 mål nr 8317/79, (FÖD 820309 mål nr 711/81:10) *288*
FRS 810223 mål nr 2341/79, (FÖD 820511 mål nr 799/81:6) 259, *285, 286*
FRS 810223 mål nr 4578/79 *285, 286*
FRS 810224 mål nr 6475/79, 8058/79 o 2001/80 *285, 286*
FRS 810225 mål nr 5116/79 *290*
FRS 810226 mål nr 4624/80 *285*
FRS 810227 mål nr 4362/79 *285*
FRS 810227 mål nr 5134/80 *285*
FRS 810313 mål nr 4730/79, (FÖD 820504 mål nr 952/81:8) 264
FRS 810323 mål nr 3745/80 o 3969/80, (FÖD 820706 mål nr 917/81:9) *285, 288*
FRS 810406 mål nr 844/80, (FÖD 820217 mål nr 753/81:4 o 754/81:4) 256
FRS 810525 mål nr 9148/79, (FÖD 820706 mål nr 1317/81:10) *288, 289*
FRS 810610 mål nr 3049/79, (FÖD 811222 mål nr 1294/81:5) *285, 286, 288*
FRS 810818 mål nr 758/81, (FÖD 820601 mål nr 1690/81:5) *285, 286*
FRS 810921 mål nr 136/80, (FÖD 820420 mål nr 1950/81:6) 256 f, *285, 288*
FRS 811127 mål nr 8735/79 *288*
FRS 820225 mål nr 5796/81 *290*
FRS 820309 mål nr 1075/80 o 794/81 *289*
FRS 820318 mål nr 2846/80 *286*
FRS 820331 mål nr 7023/79 *289*
FRS 820331 mål nr 7693/79 272
FRS 820405 mål nr 250/80 *290*
FRS 820817 mål nr 5538/81 o 6013/81 *286*
FRS 820818 mål nr 656/80 *289*
FRS 820827 mål nr 6385/79, 8902/79 o 6795/81, (FÖD 830419 mål nr 2388/82:11) *286, 289*
FRS 820910 mål nr 6157/80 *286, 289, 293*

Kap 7

FRS 790406 mål nr 4004/79, (FÖD 800401 mål nr 613/79:8) *344*
FRS 800916 mål nr 5332/79 *344*

FRS 800929 mål nr 2560/79 *343*
FRS 801029 mål nr 3052/79 337
FRS 801112 mål nr 7289/79 *343*
FRS 801114 mål nr 3697/79 327
FRS 810202 mål nr 3359/79 *343*
FRS 810223 mål nr 5161/79 *343*
FRS 810427 mål nr 5232/79, (FÖD 820216 mål nr 872/81:9) *343*
FRS 810724 mål nr 1978/81, (FÖD 820601 mål nr 1677/81:7) *343*
FRS 820514 mål nr 3260/80 *343*
FRS 820524 mål nr 142/82 *344*
FRS 820824 mål nr 2684/80 *343*

Försäkringsrätten för Mellansverige (FRM)

Kap 2

FRM 790928 mål nr 1476/79 *30*
FRM 791008 mål nr 1514/79 *30*
FRM 791122 mål nr 4424/79, (FÖD 801119 mål nr 115/80:2) *30*
FRM 800429 mål nr 2262/79, (FÖD 811007 mål nr 1004/80:2) *30*
FRM 800519 mål nr 6791/79

Kap 3

FRM 800618 mål nr 1407/80 45
FRM 800812 mål nr 3182/80, (FÖD 810210 mål nr 1456/80:6) 50

Kap 4

FRM 790313 mål nr 4617/79, (FÖD 800124 mål nr 301/79:6) *153, 154*
FRM 790314 mål nr 593/79 80
FRM 790618 mål nr 1455/79, (FÖD 800716 mål nr 923/79:8) 87
FRM 790711 mål nr 2129/79 88
FRM 790712 mål nr 3928/79 80
FRM 790803 mål nr 6998/79 99
FRM 790917 mål nr 2123/79 81
FRM 790927 mål nr 2163/79 82
FRM 790928 mål nr 4401/79, (FÖD 800708 mål nr 1324/79:6) *154*
FRM 791004 mål nr 5266/79 *154*
FRM 791011 mål nr 3216/79 100, *160*
FRM 791031 mål nr 4697/79 82
FRM 791109 mål nr 4248/79, (FÖD 801125 mål nr 1234/79:10) *158*
FRM 791115 mål nr 3829/79 *154*

FRM 791123 mål nr 7115/79 85
FRM 791127 mål nr 8008/79 87
FRM 791204 mål nr 3222/79 79
FRM 791218 mål nr 6792/79 *154*
FRM 791220 mål nr 1368/79, (FÖD 801104 mål nr 149/80:9) 151 f
FRM 800107 mål nr 10157/79 *155*
FRM 800111 mål nr 4649/79 *154*
FRM 800115 mål nr 2708/79, (FÖD 801022 mål nr 290/80:4) 106 f
FRM 800118 mål nr 3674/79 85
FRM 800118 mål nr 4241/79 88
FRM 800123 mål nr 3414/79, (FÖD 810203 mål nr 431/80:5) *154*
FRM 800124 mål nr 4457/79 79
FRM 800201 mål nr 4855/79 96
FRM 800208 mål nr 2357/79 142
FRM 800522 mål nr 6027/79, (FÖD 810513 mål nr 1096/80:3) *153*
FRM 800605 mål nr 5259/79, (FÖD 810317 mål nr 1145/80:6) 79
FRM 800616 mål nr 6897/79, (FÖD 810421 mål nr 1180/80:7) 89
FRM 800626 mål nr 6894/79 84
FRM 800707 mål nr 2150/79 *163*
FRM 800707 mål nr 7515/79 *153*
FRM 800716 mål nr 8808/79 85
FRM 800813 mål nr 6056/79 *155*
FRM 800813 mål nr 7416/79 99
FRM 800818 mål nr 8996/79 79
FRM 801016 mål nr 6563/79 85
FRM 801028 mål nr 7333/79 *153*
FRM 801217 mål nr 10342/79 *157*
FRM 810120 mål nr 7482/79 *154*
FRM 810122 mål nr 7048/79 126
FRM 810216 mål nr 1282/79 *159*
FRM 810223 mål nr 1248/80 79
FRM 810330 mål nr 11066/79 107
FRM 810409 mål nr 9331/79 80
FRM 810430 mål nr 9541/79, (FÖD 820406 mål nr 1169/81:5) 83
FRM 810518 mål nr 10228/79 83
FRM 810525 mål nr 7580/79, (FÖD 820223 mål nr 1130/81:9) 93
FRM 810629 mål nr 981/80 *159*
FRM 810706 mål nr 10632/79 *159*
FRM 810706 mål nr 2166/80 *157*
FRM 810708 mål nr 675/80 107

FRM 810803 mål nr 1202/80, (FÖD 820622 mål nr 1703/81:7) 85
FRM 811126 mål nr 5954/81 117
FRM 820108 mål nr 11004/79 116
FRM 820512 mål nr 5836/80 136
FRM 820826 mål nr 3196/81 128
FRM 821014 mål nr 1104/81 137

Kap 5

FRM 790219 mål nr 699/79, (FÖD 800715 mål nr 369/79:8) *233*
FRM 790619 mål nr 4647/79 *234*
FRM 790710 mål nr 6583/79 *233*
FRM 790919 mål nr 5547/79 174
FRM 791217 mål nr 4825/79, (FÖD 801015 mål nr 259/80:4) *236*
FRM 791218 mål nr 7491/79, (FÖD 810304 mål nr 45/80:3) 185 f
FRM 800109 mål nr 4019/79 223
FRM 800319 mål nr 4759/79 *233*
FRM 800707 mål nr 8842/79 223
FRM 800805 mål nr 6020/79 *233*
FRM 800903 mål nr 5338/79 *233*
FRM 800908 mål nr 10386/79 *233*
FRM 801118 mål nr 9531/79 *237*
FRM 801209 mål nr 7963/79, (FÖD 810922 mål nr 132/81:10) *241*
FRM 801211 mål nr 7126/79 225
FRM 801219 mål nr 8260/79 *235*
FRM 810108 mål nr 10231/79 *237*
FRM 810224 mål nr 247/80 *241*
FRM 810323 mål nr 109/80 *236*
FRM 810626 mål nr 10274/79 *233*
FRM 810812 mål nr 9756/79 *236*
FRM 811102 mål nr 2446/80 *235*
FRM 820111 mål nr 4976/80 *233*
FRM 820129 mål nr 6154/80 178
FRM 820331 mål nr 4022/80 216 f

Kap 6

FRM 790517 mål nr 1406/79, (FÖD 800506 mål nr 558/79:8) *292*
FRM 800808 mål nr 5795/79, (FÖD 810225 mål nr 1215/80:4) *285, 288*
FRM 801014 mål nr 644/80 *288*
FRM 801015 mål nr 11054/79 *290*
FRM 801117 mål nr 4378/79 *285*

FRM 801209 mål nr 8605/79, (FÖD 811110 mål nr 309/81:5) *285, 287*
FRM 801211 mål nr 9533/79 *286, 288*
FRM 801211 mål nr 10345/79 *286, 288*
FRM 810116 mål nr 7190/79 *285*
FRM 810122 mål nr 7362/79 *286, 288*
FRM 810326 mål nr 10243/79, (FÖD 820209 mål nr 728/81:9) *288*
FRM 810708 mål nr 11223/79, (FÖD 811208 mål nr 1531/81:5) *286*
FRM 820407 mål nr 976/80 272
FRM 820622 mål nr 364/81 *288*
FRM 820802 mål nr 5737/81 *288*
FRM 820819 mål nr 4450/81 *289, 293*
FRM 820826 mål nr 3227/80 *288*

Kap 7

FRM 790709 mål nr 3706/79 329
FRM 790720 mål nr 1949/79, (FÖD 801022 mål nr 1058/79:1, FÖD 81:2) 319 ff
FRM 791024 mål nr 1505/79, (FÖD 810217 mål nr 1416/79:10) 337
FRM 800701 mål nr 9726/79, (FÖD 810324 mål nr 1199/80:7) 338
FRM 801017 mål nr 914/80 *345*
FRM 810116 mål nr 6330/79 *343*
FRM 811124 mål nr 7856/79, (FÖD 830111 mål nr 247/82:10 o 248/82:10) *343*
FRM 820202 mål nr 3498/80 *344*
FRM 820504 mål nr 1030/80 *344*
FRM 820528 mål nr 6077/80 *344*

Försäkringsrätten för Norra Sverige (FRN)

Kap 4

FRN 790129 mål nr 1171/79 85
FRN 790202 mål nr 261/79, (FÖD 800226 mål nr 213/79:4) 83
FRN 790221 mål nr 639/79 87
FRN 790228 mål nr 971/79 (FÖD 800212 mål nr 337/79:4) *154*
FRN 790320 mål nr 835/79 *154*
FRN 790320 mål nr 865/79 80
FRN 790328 mål nr 801/79 *155*
FRN 790412 mål nr 1086/79 93
FRN 790423 mål nr 615/79, (FÖD 800422 mål nr 703/79:7) 145
FRN 790426 mål nr 208/79, (FÖD 800313 mål nr 527/79:3) 121

FRN 790626 mål nr 1722/79, (FÖD 800709 mål nr 899/79:8) 79
FRN 790711 mål nr 675/79 83
FRN 790918 mål nr 891/79 141
FRN 790927 mål nr 952/79 88
FRN 791008 mål nr 346/79 142
FRN 791008 mål nr 1884/79 *153*
FRN 791127 mål nr 1030/79 82
FRN 791127 mål nr 1693/79 *154 f*
FRN 791219 mål nr 1217/79 79
FRN 800118 mål nr 1842/79 *155*
FRN 800218 mål nr 1799/79 80
FRN 800319 mål nr 1357/79 80
FRN 800422 mål nr 1709/79 *154*
FRN 800522 mål nr 2203/79, (FÖD 810428 mål nr 1065/80:8) 84
FRN 800616 mål nr 3788/79, (FÖD 820202 mål nr 1030/80:8) 126
FRN 800624 mål nr 2001/79, (FÖD 810623 mål nr 1210/80:9) 143
FRN 800828 mål nr 2135/79 80
FRN 800908 mål nr 2252/79 79
FRN 800916 mål nr 2174/79 116
FRN 800930 mål nr 572/80 *155*
FRN 801013 mål nr 2011/79 88
FRN 801014 mål nr 2207/79 141
FRN 801015 mål nr 3161/79, (FÖD 810603 mål nr 1678/80:4) 82
FRN 801110 mål nr 2609/79 137
FRN 810120 mål nr 2099/79, (FÖD 811230 mål nr 464/81:8) *153*
FRN 810126 mål nr 2726/79, (FÖD 820323 mål nr 532/81:6) 99 f
FRN 810317 mål nr 3051/79 *154*
FRN 810408 mål nr 2314/80, (FÖD 811103 mål nr 806/81:5) 132
FRN 810521 mål nr 3627/79 *157*
FRN 810625 mål nr 1231/80 84
FRN 811006 mål nr 1493/80, (FÖD 821110 mål nr 2047/81:4) 128
FRN 811214 mål nr 1086/80 132
FRN 820310 mål nr 195/81 o 714/81 128, *161*
FRN 820513 mål nr 687/81 141
FRN 820707 mål nr 640/82 126

Kap 5

FRN 790216 mål nr 139/79 *237*
FRN 800331 mål nr 2772/79 205
FRN 801110 mål nr 2452/79, (FÖD 811229 mål nr 36/81:5) 207 f

FRN 801217 mål nr 2755/79 222
FRN 810107 mål nr 3646/79 *238*
FRN 810127 mål nr 2956/79, (FÖD 820127 mål nr 378/81:3) 208
FRN 810212 mål nr 3651/79 *236*
FRN 810421 mål nr 3544/79 199
FRN 810605 mål nr 496/81 192
FRN 810904 mål nr 3811/79 *237*
FRN 811127 mål nr 516/80 205
FRN 811201 mål nr 791/80 208
FRN 820119 mål nr 3162/79 *237*
FRN 820120 mål nr 1315/80 *235*
FRN 820126 mål nr 1218/80 221
FRN 820507 mål nr 938/81 216
FRN 820512 mål nr 1495/80, (FÖD 830329 mål nr 1726/82:10) *237*

Kap 6

FRN 800122 mål nr 595/79, (FÖD 810113 mål nr 340/80:10) *288*
FRN 800318 mål nr 612/79 o 3071/79, (FÖD 810120 mål nr 728/80:6) *285*
FRN 800530 mål nr 2230/79, (FÖD 810526 mål nr 889/80:5) 268
FRN 800922 mål nr 2571/79 *287*
FRN 801120 mål nr 3728/79, (FÖD 810429 mål nr 108/81:5) *290*
FRN 801211 mål nr 2713/79, (FÖD 811215 mål nr 86/81:8) *285*
FRN 801217 mål nr 2443/79 *288*
FRN 801219 mål nr 3508/79, (FÖD 811006 mål nr 380/81:5) *288, 290*
FRN 810107 mål nr 3696/79 *285*
FRN 810117 mål nr 2770/79, (FÖD 811230 mål nr 84/81:6) *290*
FRN 810122 mål nr 3043/79 *286, 288*
FRN 810122 mål nr 3722/79, (FÖD 811117 mål nr 178/81:9) 272
FRN 810127 mål nr 2146/79, (FÖD 820112 mål nr 544/81:8) *288, 290*
FRN 811126 mål nr 1324/80 *288*
FRN 811126 mål nr 1092/81 *288*
FRN 811209 mål nr 167/80, (FÖD 820824 mål nr 2302/81:7) *288*
FRN 811214 mål nr 392/80 o 1208/80 *286*
FRN 811214 mål nr 1572/80 *289*
FRN 811214 mål nr 1625/80 *288*
FRN 811217 mål nr 3470/79 *288*
FRN 811217 mål nr 600/80 *288*

FRN 820112 mål nr 1633/80, (FÖD 821123 mål nr 667/82:7) *288*
FRN 820225 mål nr 980/81 *288*
FRN 820317 mål nr 2150/80 *289*
FRN 820402 mål nr 185/81 272
FRN 820820 mål nr 1093/81 o 94/82 *288*
FRN 820826 mål nr 606/81 *288*
FRN 820827 mål nr 593/81 269, *289*
FRN 820827 mål nr 1478/81, (FÖD 830621 mål nr 2257/82:6) *288, 289*
FRN 820831 mål nr 1677/80 *288*
FRN 820831 mål nr 251/81 *288*
FRN 820914 mål nr 1084/81 *289*

Kap 7

FRN 790427 mål nr 73/79, (FÖD 800221 mål nr 639/79:9) 310 f
FRN 790912 mål nr 515/79 327
FRN 800908 mål nr 1946/79 *343*
FRN 800930 mål nr 2561/79, (FÖD 810930 mål nr 1652/80:3) *343*
FRN 800114 mål nr 2265/76 337
FRN 801203 mål nr 2736/79, (FÖD 810909 mål nr 35/81:4) 329
FRN 801211 mål nr 2402/79 *344*
FRN 801218 mål nr 2034/79 *344 f*
FRN 810109 mål nr 3555/79 *343*
FRN 810212 mål nr 3383/79 *343*
FRN 811217 mål nr 766/80 *343*
FRN 811222 mål nr 1486/80 *343*

Försäkringsdomstolen/Försäkringsöverdomstolen

Kap 2

FD 770208 dnr 1464/76 *30*
FD 770414 dnr 1526/76 *30*
FD 770616 dnr 852/76 *30*
FD 771011 dnr 358/77 *30*
FÖD 790213 dnr 1175/78 *30*
FÖD 790803 dnr 1328/78 o 1333/78 *30*
FÖD 790821 dnr 1379/78 *30*
FÖD 801119 mål nr 115/80:2 *30*
FÖD 801126 mål nr 43/80:2 o 44/80:2 *30*
FÖD 801230 mål nr 230/80:10 *30*
FÖD 810715 mål nr 1049/79:3 *30*

FÖD 811007 mål nr 1004/80:2 *30*
FÖD 811215 mål nr 519/81:9 *30*

Kap 3

FD 760603 dnr 171/76 *64*
FD 770111 dnr 1948/76 *64*
FD 770118 dnr 1989/76 *64*
FD 770308 dnr 1878/76 *64*
FD 770331 dnr 2217/76 *64*
FD 770929 dnr 853/76 *64*
FD 771004 dnr 1117/76 *64*
FD 771103 dnr 2170/76 *64*
FD 781229 dnr 913/78 *64*
FD 790123 dnr 2291/77 *64*
FÖD 800708 mål nr 1274/79:5 49
FÖD 810210 mål nr 1456/80:6 50
FÖD 810526 mål nr 1728/80:7 50

Kap 4

FD 1962 ref 9 99, *157*
FD 1962 ref 30 97, *157*
FD 1963 ref 2 *153*
FD 1963 ref 12 *153*
FD 1964 ref 8 *153*
FD 1965 ref 34 *153*
FD 1966 ref 8 115
FD 1966 ref 18 137 f, *161*
FD 1966 ref 23 *160*
FD 1968 ref 9 *153*
FD 1968 ref 30 146
FD 1969 ref 19 *153*
FD 1970 ref 18 *153*
FD 1970 ref 20 I o II 92 f, *156*, 96, *157*
FD 1970 ref 24 92, *157*
FD 1970 ref 26 135 f, *161*
FD 1971 ref 3 115
FD 1971 ref 23 *153*
FD 1972 ref 22 139, *162*
FD 1972 ref 40 *153*
FD 1973 ref 1 97 f, *157*

FD 1973 ref 10 *157*
FD 1975 ref 35 *155*
FD 760504 dnr 1834/75 107
FD 760504 dnr 418/76, (FD 1976 ref 25) *156*
FD 760511 dnr 340/76 *155*
FD 760518 dnr 2367/75 *155*
FD 760615 dnr 2115/75 148, 151
FD 760617 dnr 2212/75 *157*
FD 760617 dnr 469/76 *155*
FD 760617 dnr 577/76 125
FD 760617 dnr 809/76 *155*
FD 760622 dnr 1538/74 *156*
FD 760914 dnr 625/76 *156*
FD 761005 dnr 1180/76 *156*
FD 761109 dnr 676/76, (FD 1977 ref 5) *156*
FD 761125 dnr 1659/76 *155*
FD 761130 dnr 1049/76 *155*
FD 761130 dnr 1206/76 *155*
FD 761130 dnr 2020/76 *155*
FD 761202 dnr 1739/76 *155*
FD 761230 dnr 212/76 131
FD 761230 dnr 1174/76 *155*
FD 761230 dnr 1225/76 *158*
FD 761230 dnr 1311/76 *155*
FD 761230 dnr 1319/76 132
FD 761230 dnr 1337/76 97
FD 761230 dnr 1536/76, (FD 1977 ref 8) *156*
FD 761230 dnr 1553/76 *155*
FD 770118 dnr 2321/75 *154*
FD 770120 dnr 1658/76 *155*
FD 770125 dnr 517/76 105
FD 770125 dnr 937/76 *155*
FD 770125 dnr 1683/76 *155*
FD 770201 dnr 2384/76 *155*
FD 770201 dnr 2515/76 *156*
FD 770203 dnr 2584/76 *156*
FD 770215 dnr 1214/76 *160*
FD 770217 dnr 945/75 *156*
FD 770222 dnr 1740/76 *155*
FD 770222 dnr 1786/76 *155*

FD 770222 dnr 1890/76 *155*
FD 770222 dnr 62/77 *156*
FD 770222 dnr 93/77 *156*
FD 770222 dnr 124/77 *156*
FD 770301 dnr 1779/76 *155*
FD 770303 dnr 2513/76, (FD 1977 ref 22) 148 f
FD 770303 dnr 2514/76, (FD 1977 ref 22) 149
FD 770310 dnr 2054/76 *155*
FD 770310 dnr 2137/76 *158*
FD 770310 dnr 2539/76 *156*
FD 770315 dnr 2125/76 *155*
FD 770315 dnr 88/77 o 89/77 *155*
FD 770322 dnr 1889/76 *156*
FD 770322 dnr 2084/76 *155*
FD 770322 dnr 2145/76 *155 f*
FD 770322 dnr 2363/76 104
FD 770324 dnr 1914/76 *153*
FD 770329 dnr 1905/76 *155*
FD 770331 dnr 118/77 *156*
FD 770405 dnr 208/77 *155*
FD 770414 dnr 1639/76 *156*
FD 770419 dnr 556/77 *155*
FD 770426 dnr 2019/76 *155*
FD 770426 dnr 2136/76 127
FD 770426 dnr 2202/76 *156*
FD 770503 dnr 210/77 *156*
FD 770503 dnr 315/77 104
FD 770503 dnr 408/77 131
FD 770505 dnr 160/77 *156*
FD 770510 dnr 140/77 126
FD 770512 dnr 1166/76 *162*
FD 770512 dnr 1823/76 *155*
FD 770512 dnr 2046/76 *155*
FD 770512 dnr 781/77 *156*
FD 770517 dnr 2452/76 *156*
FD 770526 dnr 484/77 *155*
FD 770526 dnr 590/77 *156*
FD 770607 dnr 2200/76 145
FD 770607 dnr 139/77 *156*
FD 770607 dnr 641/77 *156*

FD 770609 dnr 507/77 *158*
FD 770614 dnr 1167/76 *162*
FD 770614 dnr 120/77 *156*
FD 770616 dnr 2568/76 104
FD 770616 dnr 624/77 *156*
FD 770621 dnr 467/77 *160*
FD 770621 dnr 539/77 *156*
FD 770621 dnr 553/77 *156*
FD 770621 dnr 1009/77 149
FD 770621 dnr 1083/77 *156*
FD 770621 dnr 1152/77 *156*
FD 770705 dnr 225/77 *156*
FD 770927 dnr 2166/76 *157*
FD 771004 dnr 230/77 136
FD 771006 dnr 963/77 *155*
FD 771013 dnr 573/77 130 f
FD 771025 dnr 1219/77 *156*
FD 771027 dnr 1725/77 *158*
FD 771103 dnr 571/77 *158*
FD 771108 dnr 1290/77 *155*
FD 771110 dnr 958/77 *156*
FD 771110 dnr 1036/77 *155*
FD 771110 dnr 1084/77 *156*
FD 771112 dnr 907/77 *156*
FD 771117 dnr 2314/77 *155*
FD 771124 dnr 982/77 *156*
FD 771124 dnr 1180/77 104
FD 771129 dnr 1425/76 o 1426/76 148
FD 771129 dnr 1037/77 *156*
FD 771129 dnr 1237/77 149
FD 771208 dnr 1124/77 130 f
FD 771213 dnr 1125/77 *156*
FD 771220 dnr 1742/76 *160*
FD 771222 dnr 1458/77 *156*
FD 771230 dnr 1444/77 *156*
FD 780110 dnr 1917/77 *156*
FD 780112 dnr 1503/77 *160*
FD 780112 dnr 1552/77 112
FD 780112 dnr 2543/77 *156*
FD 780202 dnr 1135/77 *156*

FD 780202 dnr 1909/77 *155*
FD 780207 dnr 786/77 *156*
FD 780214 dnr 1910/77 *155*
FD 780214 dnr 1995/77 *156*
FD 780221 dnr 396/77 *156*
FD 780309 dnr 1852/77 *155*
FD 780314 dnr 2862/77 *156*
FD 780321 dnr 1683/77 *155*
FD 780411 dnr 1311/77 *156*
FD 780411 dnr 2335/77 *156*
FD 780413 dnr 1442/77 *155*
FD 780418 dnr 2112/77 *155*
FD 780418 dnr 2130/77 *156*
FD 780509 dnr 2221/77 150
FD 780511 dnr 2616/77 *155*
FD 780511 dnr 884/78 *156*
FD 780516 dnr 2756/77 109
FD 780518 dnr 2085/77 *156*
FD 780518 dnr 2784/77 *156*
FD 780523 dnr 2419/77 *156*
FD 780523 dnr 2437/77 *156*
FD 780523 dnr 2525/77 *156*
FD 780525 dnr 1918/77 *156*
FD 780530 dnr 2644/77 *156*
FD 780601 dnr 508/77 126
FD 780613 dnr 2605/77 *156*
FD 780613 dnr 2695/77 *156*
FD 780613 dnr 2959/77 *155*
FD 780613 dnr 272/78 *158*
FD 780613 dnr 653/78 *155*
FD 780615 dnr 2974/77 *156*
FD 780620 dnr 2418/77 *155*
FD 780622 dnr 2528/77 150
FD 780627 dnr 2986/77 *155*
FD 780627 dnr 3041/77 *156*
FD 780629 dnr 2078/77 *156*
FD 780629 dnr 955/78 131
FD 780704 dnr 2891/77 109 f
FD 780704 dnr 477/78 *155*
FD 780706 dnr 825/77 127

FD 780822 dnr 3037/77 131
FD 780822 dnr 1180/78 *155*
FD 780824 dnr 1677/77 *156*
FD 780919 dnr 888/77 116
FD 780926 dnr 16/78 131
FD 780926 dnr 382/78 *156*
FD 780928 dnr 422/78 *156*
FD 781012 dnr 2693/77 *156*
FD 781017 dnr 694/78 *156*
FD 781019 dnr 162/78 *155*
FD 781026 dnr 257/78 156
FD 781026 dnr 390/78 131
FD 781031 dnr 2761/77 *160*
FD 781107 dnr 309/78 *156*
FD 781107 dnr 501/78 *155*
FD 781109 dnr 356/78 *155*
FD 781109 dnr 516/78 *156*
FD 781109 dnr 556/78 *158*
FD 781114 dnr 150/78 *156*
FD 781114 dnr 151/78 *155*
FD 781114 dnr 218/78 *156*
FD 781114 dnr 592/78, (FD 1978 ref 29) *156*
FD 781114 dnr 671/78 140
FD 781114 dnr 787/78 109
FD 781121 dnr 2904/77 107, 109
FD 781121 dnr 159/78 *156*
FD 781121 dnr 413/78 109
FD 781123 dnr 217/78 *156*
FD 781123 dnr 1297/78 *161*
FD 781128 dnr 2045/77 *154*
FD 781128 dnr 379/78 *156*
FD 781128 dnr 792/78 97
FD 781128 dnr 1055/78 *156*
FD 781128 dnr 1058/78 *156*
FD 781128 dnr 1410/78 *153*
FD 781130 dnr 1130/78 *156*
FD 781207 dnr 888/78 *155*
FD 781212 dnr 476/78 *156*
FD 781214 dnr 836/78 127
FD 781214 dnr 861/78 *155*

FD 781221 dnr 335/78 *156*
FD 781229 dnr 1713/77 *163*
FD 781229 dnr 479/78 *156*
FD 781229 dnr 499/78 *156*
FD 781229 dnr 811/78 *156*
FD 781229 dnr 904/78 *156*
FD 781229 dnr 927/78 *155*
FD 781229 dnr 973/78 *161*
FD 781229 dnr 1126/78 *154*
FD 781229 dnr 1234/78 *156*
FD 781229 dnr 1385/78 142
FD 790123 dnr 1865/77 *158*
FD 790123 dnr 911/78 86
FD 790125 dnr 832/78 *156*
FÖD 790130 dnr 1237/78 *156*
FÖD 790201 dnr 673/78 *158*
FÖD 790208 dnr 1169/78 *156*
FÖD 790208 dnr 1233/78 *156*
FÖD 790213 dnr 1168/78 *161*
FÖD 790213 dnr 1199/78 *158*
FÖD 790220 dnr 1647/78 *156*
FÖD 790222 dnr 2705/77 87
FÖD 790308 dnr 1712/78 *155*
FÖD 790313 dnr 1645/78 *162*
FÖD 790329 dnr 1538/78 97
FÖD 790403 dnr 1127/78 105
FÖD 790405 dnr 589/78 *155*
FÖD 790405 dnr 1351/78 *156*
FÖD 790405 dnr 1970/78 *161*
FÖD 790412 dnr 1544/77 *156*
FÖD 790417 dnr 719/78 104
FÖD 790419 dnr 810/78 *156*
FÖD 790503 dnr 1056/78 o 1057/78 112
FÖD 790503 dnr 1133/78 *156*
FÖD 790508 dnr 1038/78 *156*
FÖD 790508 dnr 1400/78 108, 109
FÖD 790508 dnr 1523/78 109
FÖD 790510 dnr 1448/78 *155*
FÖD 790515 dnr 1908/78 *155*
FÖD 790517 dnr 1525/78 109

FÖD 790522 dnr 1681/78 143 f, *162*
FÖD 790531 dnr 1536/78 *156*
FÖD 790607 dnr 1972/78 *156*
FÖD 790619 dnr 1775/78 *154*
FÖD 790619 dnr 2267/78 116
FÖD 790619 dnr 1/79:3 131
FÖD 790626 dnr 1614/78 103
FÖD 790626 dnr 1884/78 *155*
FÖD 790628 dnr 1362/78 *160*
FÖD 790628 dnr 1831/78 112
FÖD 790705 dnr 1535/78 *156*
FÖD 790717 dnr 1988/78 109
FÖD 790821 dnr 2063/78 *156*
FÖD 790913 dnr 1987/78 88
FÖD 790913 dnr 2040/78 *156*
FÖD 790920 dnr 2786/77 132
FÖD 791002 dnr 2192/78 *156*
FÖD 791004 dnr 2288/78 103
FÖD 791011 dnr 1924/78 107
FÖD 791016 dnr 1665/78 *155*
FÖD 791023 dnr 2511/78 88
FÖD 791101 mål nr 312/79:8 *160*
FÖD 791108 dnr 2619/78 81
FÖD 791113 dnr 2344/78 131
FÖD 791115 dnr 2272/78 86, *157*
FÖD 791115 dnr 2566/78 103, *158*
FÖD 791120 dnr 2522/78 *163*
FÖD 791204 dnr 2785/78 *160*
FÖD 791220 dnr 2364/78 95
FÖD 800122 dnr 192/79:10 *156*
FÖD 800124 mål nr 141/79:6 *158*
FÖD 800124 mål nr 216/79:7 *156*
FÖD 800124 mål nr 301/79:6 *154*
FÖD 800129 dnr 2712/78 *155*
FÖD 800129 mål nr 181/79:4 *155*
FÖD 800210 mål nr 242/79:5 *156*
FÖD 800212 mål nr 326/79:6 *155*
FÖD 800212 mål nr 337/79:4 *154*
FÖD 800219 mål nr 299/79:3 *155*
FÖD 800219 mål nr 317/79:4 *156*

FÖD 800221 dnr 2787/78 *155*
FÖD 800226 mål nr 213/79:4 83
FÖD 800226 mål nr 315/79:2 *158*
FÖD 800226 mål nr 580/79:2 *156*
FÖD 800226 mål nr 733/79:10 *153*
FÖD 800304 mål nr 2666/78 95
FÖD 800304 mål nr 330/79:10 *154*
FÖD 800311 mål nr 236/79:8 *156*
FÖD 800313 mål nr 527/79:3 121
FÖD 800318 mål nr 245/79:8 *156*
FÖD 800318 mål nr 423/79:10 *155*
FÖD 800318 mål nr 889/79:7 *155*
FÖD 800325 mål nr 501/79:5 *158*
FÖD 800410 dnr 2768/78 *155*
FÖD 800415 mål nr 372/79:2 86
FÖD 800422 mål nr 1088/79:7 *155*
FÖD 800422 mål nr 703/79:7 145
FÖD 800430 mål nr 579/79:10 85
FÖD 800506 mål nr 578/79:9 *158*
FÖD 800506 mål nr 1038/79:6 *156*
FÖD 800513 mål nr 860/79:5 *156*
FÖD 800513 mål nr 905/79:5 79, *155*
FÖD 800527 mål nr 79/79:8 *160*
FÖD 800527 mål nr 295/79:7 *156*
FÖD 800624 mål nr 932/79:8 *154*
FÖD 800702 mål nr 1411/79:4 *154*
FÖD 800708 mål nr 1324/79:6 *154*
FÖD 800708 mål nr 138/80:7 *153*
FÖD 800709 mål nr 899/79:8 79
FÖD 800716 mål nr 923/79:8 86
FÖD 800716 mål nr 1138/79:3 *155*
FÖD 800924 mål nr 1386/79:2 *155*
FÖD 800930 mål nr 5/80:7 146
FÖD 801008 mål nr 25/80:2 *158*
FÖD 801014 mål nr 344/79:9 81
FÖD 801015 mål nr 133/80:2 *155*
FÖD 801022 mål nr 290/80:4 107
FÖD 801022 mål nr 376/80:2 *155*
FÖD 801104 mål nr 149/80:9 151 f
FÖD 801105 mål nr 1094/79:4 *154*

FÖD 801119 mål nr 956/80:4 146
FÖD 801125 mål nr 1234/79:10 *158*
FÖD 801125 mål nr 344/80:8 *154*
FÖD 801209 mål nr 944/80:9 85
FÖD 810113 mål nr 750/80:10 116
FÖD 810129 mål nr 1473/78 *157*
FÖD 810203 mål nr 431/80:5 *154*
FÖD 810303 mål nr 1132/79:6 108
FÖD 810303 mål nr 691/80:6 *153*
FÖD 810317 mål nr 1145/80:6 79
FÖD 810421 mål nr 1180/80:7 89
FÖD 810428 mål nr 1065/80:8 84
FÖD 810513 mål nr 1096/80:3 *153*
FÖD 810526 mål nr 1728/80:7 *162*
FÖD 810527 mål nr 939/80:3 *158*
FÖD 810603 mål nr 1678/80:4 82, 89
FÖD 810623 mål nr 1210/80:9 143
FÖD 810623 mål nr 1635/80:6 85
FÖD 810623 mål nr 1680/80:6 80
FÖD 810623 mål nr 1717/80:7 *154*
FÖD 810630 mål nr 407/80:8 *163*
FÖD 810630 mål nr 940/80:5 110 f, 113, *159*
FÖD 810630 mål nr 1337/80:8 99
FÖD 816030 mål nr 1430/80:8 84
FÖD 810714 mål nr 1836/80:6 105, *158*
FÖD 810715 mål nr 1494/80:2 85
FÖD 810915 mål nr 176/81:7 131
FÖD 810929 mål nr 227/81:5 105
FÖD 811103 mål nr 806/81:5 132
FÖD 811110 mål nr 429/81:9 *158*
FÖD 811110 mål nr 473/81:7 85
FÖD 811117 mål nr 615/81:5 *155*
FÖD 811117 mål nr 925/81:5 *154*
FÖD 811209 mål nr 564/81:3 108
FÖD 811215 mål nr 608/81:5 145
FÖD 811230 mål nr 464/81:8 *153*
FÖD 820112 mål nr 1381/81:6 *157*
FÖD 820202 mål nr 1030/80:8 126
FÖD 820223 mål nr 1130/81:9 93
FÖD 820323 mål nr 532/81:6 100

FÖD 820323 mål nr 889/81:8 *154*
FÖD 820406 mål nr 1394/80:8 *157*
FÖD 820406 mål nr 1169/81:5 83
FÖD 820512 mål nr 405/81:2 *154*
FÖD 820622 mål nr 1703/81:7 85
FÖD 820706 mål nr 1462/81:9 105, *158*
FÖD 820706 mål nr 1601/81:7 84
FÖD 820706 mål nr 1650/81:9 *158*
FÖD 821013 mål nr 1996/81:1, (FÖD 82:29) 84
FÖD 821020 mål nr 1762/81:1 145
FÖD 821027 mål nr 914/82:1, (FÖD 82:30) *157*
FÖD 821110 mål nr 2047/81:4 128

Kap 5

FD 1967 ref 1 *234*
FD 1968 ref 30 227
FD 1969 ref 21 *234*
FD 1972 ref 29 *232*
FD 1975 ref 44 185, *234*, 186
FD 760622 dnr 175/76 *232*
FD 760630 dnr 117/76 *232*
FD 760930 dnr 629/76 175
FD 761125 dnr 2048/75 228
FD 761202 dnr 1114/76 *232*
FD 761214 dnr 285/76 *232*
FD 761230 dnr 718/76 *238*
FD 770111 dnr 1875/76 *238*
FD 770120 dnr 628/76 *232*
FD 770125 dnr 1888/76 *233*
FD 770127 dnr 1265/76, (FD 1977 ref 15) 184, 186, 211, *234*
FD 770203 dnr 1299/76 *232*
FD 770203 dnr 1623/76 *232*
FD 770208 dnr 2365/75 *233*
FD 770208 dnr 2436/75 *232*
FD 770215 dnr 244/76 175
FD 770224 dnr 1528/76 *233*
FD 770224 dnr 2223/76 *232*
FD 770301 dnr 1760/76 *233*
FD 770301 dnr 1959/76 *232*
FD 770301 dnr 2306/76 *233*

FD 770301 dnr 2611/76 *238*
FD 770303 dnr 2312/76 176
FD 770308 dnr 2056/76 176
FD 770310 dnr 1849/76 *238*
FD 770331 dnr 959/76 *233*
FD 770405 dnr 2149/75 *232*
FD 770405 dnr 1851/76 *233*
FD 770405 dnr 2537/76 *232*
FD 770419 dnr 1104/76 *233*
FD 770419 dnr 114/77 *238*
FD 770426 dnr 1068/76 *233*
FD 770426 dnr 1800/76 *233*
FD 770426 dnr 2151/76 *233*
FD 770503 dnr 90/77 *233*
FD 770503 dnr 91/77 175
FD 770505 dnr 2569/76 *232*
FD 770524 dnr 2437/76 *233*
FD 770524 dnr 2582/76 *238*
FD 770607 dnr 27/77 *238*
FD 770607 dnr 86/77 *233*
FD 770607 dnr 87/77 *232*
FD 770609 dnr 350/76 176
FD 770614 dnr 236/77 *232*
FD 770616 dnr 1781/76 175
FD 770616 dnr 2324/76 *232*
FD 770616 dnr 2541/76 227
FD 770616 dnr 378/77 *232*
FD 770616 dnr 562/77 *232*
FD 770705 dnr 824/77 *233*
FD 770705 dnr 1001/77 *233*
FD 770901 dnr 510/77 *233*
FD 770927 dnr 211/77 *233*
FD 770927 dnr 1067/77 *232*
FD 771006 dnr 305/77 *232*
FD 771006 dnr 505/77 *232*
FD 771006 dnr 582/77 *233*
FD 771011 dnr 358/77 211
FD 771011 dnr 1038/77 *232*
FD 771013 dnr 105/77 176
FD 771018 dnr 1103/77 *233*

FD 771025 dnr 1459/77 *233*
FD 771025 dnr 1465/77 *232*
FD 771027 dnr 30/77 176
FD 771027 dnr 801/77 *232*
FD 771027 dnr 805/77 *233*
FD 771103 dnr 987/77 *233*
FD 771115 dnr 2511/76 175
FD 771117 dnr 259/77 206
FD 771124 dnr 920/77 *232*
FD 771208 dnr 788/77 *233*
FD 771230 dnr 1225/77 *232*
FD 780110 dnr 2271/77 *238*
FD 780124 dnr 258/77 *233*
FD 780126 dnr 1365/77 *232*
FD 780202 dnr 1396/77 *233*
FD 780202 dnr 1542/77 177
FD 780209 dnr 1641/77 *233*
FD 780221 dnr 1443/77 *232*
FD 780223 dnr 1607/77 223
FD 780309 dnr 1380/77 *232*
FD 780314 dnr 1489/77 *238*
FD 780314 dnr 2181/77 *232*
FD 780316 dnr 906/77 *232*
FD 780316 dnr 908/77 *232*
FD 780321 dnr 977/77 177
FD 780321 dnr 1894/77 *233*
FD 780321 dnr 271/78 *238*
FD 780330 dnr 1220/77 *233*
FD 780406 dnr 417/76 *239*
FD 780411 dnr 2080/77 *232*
FD 780411 dnr 2765/77 *232*
FD 780418 dnr 2170/77 *241*
FD 780427 dnr 2673/77 *233*
FD 780511 dnr 2141/77 *232*
FD 780511 dnr 2322/77, (FD 1978 ref 18) 223 f
FD 780518 dnr 2782/77 *240*
FD 780518 dnr 158/78 *238*
FD 780523 dnr 2575/77 *233*
FD 780523 dnr 2634/77 *233*
FD 780525 dnr 1293/77 177

FD 780530 dnr 2831/77 *232*
FD 780606 dnr 2326/77 *233*
FD 780613 dnr 1525/77 *232*
FD 780613 dnr 128/78 *238*
FD 780620 dnr 1547/77 176
FD 780620 dnr 2506/77 233
FD 780622 dnr 2428/77 *238*
FD 780627 dnr 2507/77 176
FD 780704 dnr 355/78 *238*
FD 780829 dnr 1065/78 *233*
FD 780905 dnr 2179/77 *233*
FD 780912 dnr 2544/77 *233*
FD 780919 dnr 2661/77 *233*
FD 780921 dnr 1459/78 *233*
FD 780926 dnr 2899/77 177
FD 780928 dnr 2309/77 *233*
FD 780928 dnr 2310/77 *232*
FD 780928 dnr 2767/77 *233*
FD 780928 dnr 2768/77 *232*
FD 781012 dnr 1250/78 *232*
FD 781017 dnr 2703/77 *233*
FD 781026 dnr 301/78 *238*
FD 781031 dnr 381/78 205
FD 781031 dnr 481/78 *238*
FD 781107 dnr 157/78 *232*
FD 781107 dnr 258/78 *233*
FD 781114 dnr 306/78 *238*
FD 781114 dnr 834/78 *233*
FD 781114 dnr 1482/78 *238*
FD 781121 dnr 245/78 *232*
FD 781121 dnr 246/78 *233*
FD 781130 dnr 137/77 *232*
FD 781130 dnr 419/78 *233*
FD 781130 dnr 1071/78 176
FD 781207 dnr 928/78 *232*
FD 781207 dnr 1353/78 219
FD 781214 dnr 906/78 *232*
FD 781229 dnr 715/78 *232*
FD 781229 dnr 726/78 *238*
FD 781229 dnr 835/78 *233*

FD 781229 dnr 883/78 *233*
FD 781229 dnr 1099/78 *238*
FD 781229 dnr 1111/78 *233*
FD 781229 dnr 1129/78 *233*
FD 781229 dnr 1306/78 *238*
FD 790109 dnr 975/78 *233*
FD 790116 dnr 929/78 *232*
FD 790130 dnr 971/78 177
FÖD 790206 dnr 984/78 *233*
FÖD 790213 dnr 1175/78 211
FÖD 790215 dnr 361/78 *238*
FÖD 790220 dnr 629/78 *233*
FÖD 790220 dnr 1505/78 *232*
FÖD 790220 dnr 2483/78 *238*
FÖD 790227 dnr 1018/78 *232*
FÖD 790306 dnr 1238/78 *233*
FÖD 790313 dnr 869/78 *233*
FÖD 790313 dnr 1066/78 *233*
FÖD 790313 dnr 1196/78 *233*
FÖD 790315 dnr 1183/78 177
FÖD 790329 dnr 1548/78 *233*
FÖD 790403 dnr 209/78 *233*
FÖD 790403 dnr 475/78 177
FÖD 790405 dnr 699/78 *232*
FÖD 790405 dnr 1323/78 *233*
FD 790410 dnr 185/78 *233*
FÖD 790419 dnr 1348/78 *238*
FÖD 790419 dnr 2162/78 176
FÖD 790424 dnr 1618/78 *238*
FÖD 790426 dnr 974/78 176
FÖD 790503 dnr 1252/78 *232*
FÖD 790508 dnr 2058/78 *232*
FÖD 790510 dnr 1294/78 *232*
FÖD 790517 dnr 2269/78 *234*, jfr *286*
FÖD 790517 dnr 1668/78 *233*
FÖD 790522 dnr 1422/78 *233*
FÖD 790607 dnr 1360/78 *233*
FÖD 790607 dnr 1412/78 *232*
FÖD 790619 dnr 795/78 *233*
FÖD 790619 dnr 1231/78 *232*

FÖD 790628 dnr 1669/78 *238*
FÖD 790703 dnr 1741/78 *233*
FÖD 790705 dnr 2094/78 *232*
FÖD 790705 dnr 2095/78 *232*
FÖD 790717 dnr 1988/78 *232*
FÖD 790911 dnr 1474/78 *232*
FÖD 790913 dnr 1885/78 *238*
FÖD 791004 dnr 2293/78 *233*
FÖD 791106 dnr 2037/78 *238*
FÖD 791108 dnr 2353/78 *233*
FÖD 791113 dnr 2467/78 *238*
FÖD 791115 dnr 2514/78 *232*
FÖD 791115 mål nr 1075/79:3 207
FÖD 791127 dnr 2191/78 *233*
FÖD 791129 dnr 2294/78 *233*
FÖD 791206 dnr 2244/78 o 2245/78 *232*
FÖD 791220 dnr 2790/78 *238*
FÖD 791228 dnr 2428/78 176
FÖD 791228 dnr 2714/78 *232*
FÖD 800122 mål nr 184/79:6 *233*
FÖD 800122 mål nr 203/79:3 *232*
FÖD 800129 dnr 2464/78 177
FÖD 800129 mål nr 81/79:10 *232*
FÖD 800129 dnr 129/79:3 *233*
FÖD 800212 dnr 2792/78 223
FÖD 800212 mål nr 279/79:4 *235*
FÖD 800219 dnr 2391/78 226
FÖD 800226 mål nr 394/79:4 *238*
FÖD 800226 mål nr 418/79:5 *233*
FÖD 800304 mål nr 576/79:7 *233*
FÖD 800409 mål nr 532/79:8 *233*
FÖD 800415 mål nr 364/79:2 *233*
FÖD 800415 mål nr 761/79:2 *233*
FÖD 800506 dnr 1612/78 *232*
FÖD 800506 mål nr 1044/79:6 *233*
FÖD 800513 mål nr 549/79:7 *238*
FÖD 800701 mål nr 2148/78 178
FÖD 800715 mål nr 369/79:8 178, *233*
FÖD 801015 mål nr 259/80:4 *236*
FÖD 801203 mål nr 1255/79:3 *241*

FÖD 810303 mål nr 868/80:9 o 869/80:9 208
FÖD 810304 mål nr 45/80:3 186
FÖD 810317 mål nr 915/80:5 *241*
FÖD 810414 mål nr 599/80:6 *241*
FÖD 810505 mål nr 710/80:6, (FÖD 81:21) 190
FÖD 810623 mål nr 1497/80:6 *233*
FÖD 810630 mål nr 1019/80:5 *233*
FÖD 810630 mål nr 1408/80:6 *233, 241*
FÖD 810715 mål nr 547/81:3, (FÖD 81:25) 199 f
FÖD 810922 mål nr 132/81:10 *241*
FÖD 811021 mål nr 546/81:2 200
FÖD 811208 mål nr 983/81:7 204
FÖD 811215 mål nr 1057/81:7 178
FÖD 811229 mål nr 36/81:5 208
FÖD 820127 mål nr 378/81:3 208
FÖD 820127 mål nr 1621/81:3 o 1622/81:3 206
FÖD 820223 mål nr 650/81:8 228
FÖD 820223 mål nr 842/81:5 218
FÖD 820324 mål nr 723/81:4 208
FÖD 820525 mål nr 148/81:6 178
FÖD 820623 mål nr 1769/81:4 178
FÖD 820713 mål nr 1393/81:5 187
FÖD 820720 mål nr 1515/81:5 178
FÖD 821027 mål nr 1868/81:2 *241*
FÖD 830329 mål nr 1726/82:10 *237*

Kap 6

FD 1966 ref 34 270, *290*
FD 1967 ref 25 281, *293*
FD 760511 dnr 917/75 *287*
FD 760511 dnr 2052/75 *287*
FD 760525 dnr 1918/75 280 f
FD 760603 dnr 2323/75 *287*
FD 760615 dnr 1707/75 *288*
FD 760622 dnr 513/75 *287*
FD 760921 dnr 137/76 *287*
FD 760923 dnr 391/76 *293*
FD 760928 dnr 1324/75 *293*
FD 760930 dnr 1750/75 *287*
FD 761019 dnr 2393/75 o 2435/75 *287*

FD 761116 dnr 2380/75 o 2381/75 *293*
FD 761125 dnr 1050/76 *287*
FD 761216 dnr 928/76 *291*
FD 761221 dnr 1016/76 *293*
FD 761230 dnr 1432/76 *287*
FD 761230 dnr 1486/76 *287*
FD 770125 dnr 2007/76 *287*
FD 770127 dnr 1589/75 *288*
FD 770201 dnr 2321/76 *292*
FD 770222 dnr 1758/76 *291*
FD 770222 dnr 2142/76 *287*
FD 770224 dnr 2146/76 *287*
FD 770310 dnr 1728/76 *287*
FD 770321 dnr 2423/76 *287*
FD 770322 dnr 1916/76 *287*
FD 770324 dnr 2201/76 *287*
FD 770329 dnr 1942/76 *287*
FD 770331 dnr 2045/76 *287*
FD 770426 dnr 2451/76 *293*
FD 770510 dnr 1053/76 266
FD 770517 dnr 1841/76 260, *293*
FD 770607 dnr 1733/75 *287*
FD 770607 dnr 2147/76 *287*
FD 770607 dnr 112/77 *291*
FD 770609 dnr 2156/76 282, *293*
FD 770614 dnr 309/77 *291*
FD 770621 dnr 420/76 *287*
FD 770621 dnr 2520/76 *287*
FD 770628 dnr 1005/76 *293*
FD 770628 dnr 509/77 *287*
FD 770705 dnr 554/77 *287, 288*
FD 770915 dnr 1831/76 *289*
FD 770920 dnr 2040/76 *291*
FD 770922 dnr 750/77 *287*
FD 770927 dnr 1048/77 266
FD 771011 dnr 1066/77 263 f, *287*
FD 771027 dnr 514/77 *287*
FD 771103 dnr 716/77 *287*
FD 771103 dnr 743/77 271 f
FD 771103 dnr 810/77 *287*

FD 771110 dnr 1610/77 *287*
FD 771115 dnr 97/77 *291*
FD 771122 dnr 186/77 *287*
FD 771128 dnr 1005/77 269
FD 771129 dnr 2292/76 *293*
FD 771129 dnr 2609/76 *289*
FD 771201 dnr 1475/77 *287*
FD 771208 dnr 2310/76 *292*
FD 771213 dnr 1608/77 *287*
FD 771215 dnr 513/77 *286*
FD 771230 dnr 1197/77 *291*
FD 771230 dnr 1198/77 *287*
FD 780110 dnr 1449/77 *287*
FD 780110 dnr 1635/77 *287*
FD 780112 dnr 1175/77 o 1257/77 *287*
FD 780112 dnr 1361/77 264, *287*
FD 780112 dnr 2666/77 *287*
FD 780119 dnr 1551/77 *287*
FD 780202 dnr 113/77 *287*
FD 780202 dnr 1989/77 *287*
FD 780209 dnr 1535/77 265
FD 780221 dnr 546/76 *291*
FD 780221 dnr 511/77 257
FD 780223 dnr 1496/77 *287*
FD 780228 dnr 2109/77 *287*
FD 780302 dnr 2081/77 *287*
FD 780309 dnr 2220/77 *292*
FD 780314 dnr 1491/77 *293*
FD 780314 dnr 1884/77 *292*
FD 780321 dnr 2212/77, 2213/77 o 2214/77 265
FD 780323 dnr 151/76 *287, 288*
FD 780411 dnr 1309/77 *287*
FD 780413 dnr 519/78 *287*
FD 780516 dnr 2475/77 281
FD 780523 dnr 2505/77 *287*
FD 780525 dnr 2684/77 *292*
FD 780530 dnr 2541/77 *287*
FD 780530 dnr 2828/77 *289*
FD 780620 dnr 2533/77 *291*
FD 780620 dnr 2803/77 268

FD 780620 dnr 2964/77 o 2965/77 *287*
FD 780622 dnr 593/78 *287*
FD 780704 dnr 278/78 *287*
FD 780706 dnr 555/78 262 f
FD 780822 dnr 577/78 *287*
FD 780829 dnr 1065/78 *287*
FD 780905 dnr 254/77 *288*
FD 780919 dnr 175/78 266
FD 780921 dnr 522/76 *287*
FD 780926 dnr 1149/78 *287*
FD 781012 dnr 210/78 *287*
FD 781024 dnr 308/78 *287*
FD 781024 dnr 817/78 *287*
FD 781026 dnr 515/78 *287*
FD 781026 dnr 970/78 *287*
FD 781031 dnr 2056/78 *287*
FD 781107 dnr 547/78 *287*
FD 781107 dnr 728/78 *287*
FD 781114 dnr 74/78 *289*
FD 781121 dnr 2274/78 *289*
FD 781128 dnr 1005/77 268 f
FD 781128 dnr 2912/77 *287*
FD 781128 dnr 1079/78 *289*
FD 781130 dnr 2079/77 *287*
FD 781207 dnr 907/78 *287*
FD 781207 dnr 1067/78 *287*
FD 781214 dnr 28/78 *287*
FD 781214 dnr 73/78 *293*
FD 781214 dnr 654/78 *287*
FD 781214 dnr 745/78 *287*
FD 781229 dnr 1035/78 *293*
FD 781229 dnr 2711/77 *287*
FD 781229 dnr 972/78 *287*
FD 781229 dnr 1021/78 *287*
FÖD 790213 dnr 2574/77 260, 264
FÖD 790215 dnr 542/78 260
FÖD 790220 dnr 873/78 *293*
FÖD 790220 dnr 1402/78 *291*
FÖD 790308 dnr 893/78 *287*
FÖD 790313 dnr 856/78 *287*

FÖD 790313 dnr 1066/78 *287*
FÖD 790313 dnr 1196/78 *287*
FÖD 790320 dnr 1352/78 *287*
FÖD 790320 dnr 1540/78 *286*
FÖD 790403 dnr 1477/78 *288*
FÖD 790403 dnr 2323/78 *287*
FÖD 790405 dnr 1235/78 *287*
FÖD 790405 dnr 2089/78 258
FÖD 790405 dnr 2546/78 *288*
FÖD 790410 dnr 1093/78 *289*
FÖD 790419 dnr 720/78 *291*
FÖD 790424 dnr 1528/78 *288*
FÖD 790508 dnr 1556/78 *287*
FÖD 790508 dnr 1719/78 *287*
FÖD 790510 dnr 831/78 *289*
FÖD 790517 dnr 2269/78 *286*, jfr *234*
FÖD 790612 dnr 1925/78 *286*
FÖD 790619 dnr 492/78 *293*
FÖD 790626 dnr 1862/78 *287*
FÖD 790628 dnr 336/78 *287*
FÖD 790628 dnr 1762/78 *288*
FÖD 790719 dnr 2568/78 *293*
FÖD 790821 dnr 2409/78 *289*
FÖD 790831 dnr 1222/78 *293*
FÖD 790906 dnr 2361/78 *286*
FÖD 791011 dnr 2174/78 264, *287, 288*
FÖD 791018 dnr 2547/78 *288*
FÖD 791108 dnr 2300/78 264
FÖD 791113 dnr 2536/78 *287*
FÖD 791127 dnr 2191/78 *287*
FÖD 791129 dnr 2166/78 *287*
FÖD 791129 dnr 2377/78 *287*
FÖD 791129 dnr 2689/78 *289*
FÖD 791204 dnr 1856/78 260
FÖD 800117 dnr 2506/78 281 f, *287*
FÖD 800122 mål nr 184/79:6 *286*
FÖD 800129 mål nr 195/79:3 *289*
FÖD 800205 mål nr 437/79:6 260
FÖD 800219 mål nr 416/79:3 *287*
FÖD 800219 mål nr 512/79:6 *287*

FÖD 800226 dnr 2388/78 267, *289*
FÖD 800311 mål nr 506/79:10 *292*
FÖD 800325 dnr 1902/78 o 231/79:6 *291*
FÖD 800410 dnr 2682/78 *287*
FÖD 800422 mål nr 711/79:5 *286*
FÖD 800506 mål nr 558/79:8 *292*
FÖD 800506 mål nr 1133/79:7 260
FÖD 800611 mål nr 853/79:2 o 854/79:2 *286*
FÖD 800930 mål nr 874/80:7 *288*
FÖD 810113 mål nr 340/80:10 *288*
FÖD 810120 mål nr 568/80:7 *285*
FÖD 810120 mål nr 728/80:6 *285*
FÖD 810225 mål nr 1215/80:4 *285, 288*
FÖD 810303 mål nr 523/80:8 *285, 286*
FÖD 810429 mål nr 108/81:5 *290*
FÖD 810526 mål nr 889/80:5 268, *290*
FÖD 810616 mål nr 1367/79:8 *285, 286*
FÖD 810915 mål nr 176/81:7 *290*
FÖD 810922 mål nr 980/80:9 *285*
FÖD 810929 mål nr 287/81:8 259, *286*
FÖD 811006 mål nr 380/81:5 *288, 290*
FÖD 811021 mål nr 888/80:4 *288, 290, 293*
FÖD 811021 mål nr 1470/80:2 *285, 286*
FÖD 811110 mål nr 309/81:5 *285, 287*
FÖD 811117 mål nr 178/81:9 272, *287*
FÖD 811118 mål nr 724/80:2 *285, 286, 293*
FÖD 811202 mål nr 1527/80:2 *286, 293*
FÖD 811208 mål nr 1531/81:5 *286*
FÖD 811215 mål nr 86/81:8 *285, 290*
FÖD 811222 mål nr 1294/81:5 *285, 286, 288*
FÖD 811229 mål nr 1662/80:6 *293*
FÖD 811230 mål nr 84/81:6 *290*
FÖD 820112 mål nr 544/81:8 *288, 290*
FÖD 820209 mål nr 728/81:9 *287, 288, 290*
FÖD 820217 mål nr 753/81:4 o 754/81:4 256
FÖD 820309 mål nr 711/81:10 *288, 290*
FÖD 820317 mål nr 1741/81:2 *293*
FÖD 820406 mål nr 1842/80:10 *290*
FÖD 820420 mål nr 1950/81:6 256 f, *285, 288*
FÖD 820504 mål nr 952/81:8 264

FÖD 820511 mål nr 799/81:6 259, *285, 286*
FÖD 820601 mål nr 1690/81:5 260, *285, 286, 290*
FÖD 820706 mål nr 917/81:9 *285, 288*
FÖD 820706 mål nr 1317/81:10 *288, 289, 290*
FÖD 820824 mål nr 2302/81:7 269, *288*
FÖD 821102 mål nr 545/81:10 *288*
FÖD 821123 mål nr 667/82:7 *288*
FÖD 830419 mål nr 2388/82:11 *286, 289*
FÖD 830621 mål nr 2257/82:6 *289*

Kap 7

FD 1967 ref 42 317, 341, *342*
FD 1967 ref 44 311, *342*
FD 1973 ref 19 I o II *346*
FD 1974 ref 7 328
FD 760518 dnr 1321/75 *344*
FD 760622 dnr 387/74 317
FD 760916 dnr 370/76 *343*
FD 760928 dnr 348/76 *344*
FD 761230 dnr 1182/76 307
FD 761230 dnr 1606/76 *343, 344*
FD 770118 dnr 2256/75 *344*
FD 770127 dnr 263/75 330
FD 770201 dnr 878/76 308, *343*
FD 770208 dnr 2277/76 318
FD 770222 dnr 1791/76 *344*
FD 770224 dnr 2183/76 *344*
FD 770414 dnr 146/75 *346*
FD 770414 dnr 610/75 330 f
FD 770414 dnr 2150/75 328, 330 f
FD 770419 dnr 132/77 323
FD 770503 dnr 135/77 304 f
FD 770505 dnr 136/77, (FD 1977 ref 30) 323
FD 770510 dnr 2608/76 *344*
FD 770607 dnr 383/76 *343, 344*
FD 770616 dnr 103/77 314
FD 770621 dnr 1252/75 328
FD 770621 dnr 1611/76 329
FD 770908 dnr 265/77 305
FD 770913 dnr 395/77 333

FD 770922 dnr 512/77 333
FD 770922 dnr 1715/77 329
FD 770929 dnr 1606/77 329
FD 771018 dnr 2388/76 327
FD 771020 dnr 119/77 *346*
FD 771103 dnr 485/77 *344*
FD 771115 dnr 640/77 314
FD 771201 dnr 838/77 323, *346*
FD 771208 dnr 2017/76 315
FD 771213 dnr 1294/77 *344*
FD 780112 dnr 504/77 329, *346*
FD 780112 dnr 1035/77 *345*
FD 780117 dnr 1315/77 *345*
FD 780119 dnr 1642/77 *344*
FD 780202 dnr 481/77 324
FD 780202 dnr 1213/77, (FD 1978 ref 6) 319, *345*
FD 780202 dnr 3040/77 329, *346*
FD 780228 dnr 332/77 *344*
FD 780228 dnr 589/77 *343, 344*
FD 780316 dnr 58/77 325
FD 780316 dnr 2272/77 *345*
FD 780330 dnr 1003/77 *346*
FD 780404 dnr 1546/77 324
FD 780404 dnr 2151/77 326
FD 780601 dnr 1534/77 *343, 344*
FD 780627 dnr 2876/77 313 f
FD 780921 dnr 49/78 329
FD 780926 dnr 2764/77 326
FD 780928 dnr 124/78 312, *345*
FD 781003 dnr 2340/77 333 f
FD 781003 dnr 2914/77 308, *343*
FD 781012 dnr 57/78 *343*
FD 781024 dnr 11/78 o 788/78 *344*
FD 781026 dnr 408/78 *343, 344*
FD 781026 dnr 510/78 332
FD 781107 dnr 590/78 334
FD 781130 dnr 40/78 329
FD 781229 dnr 509/78 *344*
FÖD 790215 dnr 1790/78 *345*
FÖD 790313 dnr 414/78 305 f, *343*

FÖD 790320 dnr 743/78 *346*
FÖD 790426 dnr 1059/78 *344*
FÖD 790426 dnr 1326/78 309 f
FÖD 790503 dnr 1176/78 *343*
FÖD 790510 dnr 1253/78 306, *343*
FÖD 790510 dnr 2273/78 *343*
FÖD 790515 dnr 1594/78 326
FÖD 790517 dnr 1680/78 306 f, *343*
FÖD 790612 dnr 1646/78 326
FÖD 790626 dnr 1812/78 332
FÖD 790626 dnr 2196/78 324
FÖD 790719 dnr 1526/78 319
FÖD 790911 dnr 1387/78 326
FÖD 791009 dnr 1870/78 329, 330
FÖD 791009 dnr 2147/78 327
FÖD 791023 dnr 1816/78 334
FÖD 791025 dnr 1813/78 313, *344*
FÖD 800219 mål nr 259/79:6 *346*
FÖD 800221 mål nr 639/79:9 311, 312 f
FÖD 800401 mål nr 613/79:8 *344*
FÖD 800422 mål nr 811/79:6 *344*
FÖD 800429 mål nr 735/79:4 327, *346*
FÖD 800611 mål nr 698/79:2 312 f
FÖD 800611 mål nr 1247/79:4 *344*
FÖD 801022 mål nr 1058/79:1, (FÖD 81:2) 319 ff
FÖD 801216 mål nr 2112/78 338 f
FÖD 801223 mål nr 2692/78 327
FÖD 810120 mål nr 1248/79:6 329
FÖD 810127 mål nr 1815/78 337 f
FÖD 810217 mål nr 1416/79:10 337
FÖD 810225 mål nr 1339/79:4 329
FÖD 810324 mål nr 1199/80:7 338
FÖD 810909 mål nr 35/81:4 329
FÖD 810930 mål nr 1652/80:3 *343*
FÖD 811229 mål nr 595/81:5 341
FÖD 820216 mål nr 872/81:9 *343*
FÖD 820601 mål nr 1677/81:7 *343*
FÖD 830111 mål nr 247/82:10 o 248/82:10 *343, 344*
FÖD 830202 mål nr 829/81:1, (FÖD 83:8) 339, 342

Zusammenfassung

In dieser Arbeit geht es um das Recht auf Krankengeld, wie es in der schwedischen Rechtsprechung in einer Vielzahl von gerichtlicehn Entscheidungen geformt worden ist. Die Schwerpunktbildung in der Analyse der Rechtsprechung soll eine möglichst breite Beschreibung tatsächlicher Situationen möglich machen, die von Gerichten mit dem Ziel einer Entscheidung über Rechtsansprüche des Versicherten geprüft worden sind.

Selbstverständlich kann ich keine Darstellung der gesamten Rechtsprechung geben, die etwa 4.300 Entscheidungen der Versicherungsgerichte erster Instanz, *försäkringsrätter,* und des Oberversicherungsgerichts, *försäkringsöverdomstolen,* bzw. des Vorgängers dieses letzteren Gerichts, des Versicherungsgerichtshofes, *försäkringsdomstolen,* omfasst. Ich habe mich jedoch dafür entschieden, aus der Rechtsprechung eine grosse Zahl von Entscheidungen ausführlich wiederzugeben. Mehrere Kapitel bestehen deshalb zu wesentlichen Teilen aus konzentrierten Referaten der sozialen Situation des fraglichen Versicherten und der einschlägigen rechtlichen Erwägungen der entscheidenden Instanz. Diese Methode habe ich für erforderlich gehalten, weil die underschiedlichen sozialen Situationen und ihre rechtliche Beurteilung die Tatsachenbasis dieser Untersuchung bilden.

Ausser der Beschreibung dieses von mir gewählten Rechtsgebietes habe ich eine *Systematisierung* vornehmen wollen. Und zwar habe ich die Entscheidungen ausgehend von verschiedenen Faktoren systematisiert, die sich in der Rechtsanwendung als bedeutsam für die Leistungsrechte des Versicherten und eventuelle Leistungsminderungen erwiesen haben. Grundsätzlich gilt, dass Krankengeld gezahlt wird, wenn der Versicherte krank und arbeitsunfähig ist. Alle Faktoren, die dazu führen können, dass Krankengeld nicht oder nicht mehr gezahlt wird, sind deshalb für meine Untersuchung von grösstem Interesse, die ja eine Analyse des Rechtes auf Krankengeld bieten soll.

Ich versuche auch, die Rechtsprechung möglichst *kritisch* zu sehen.

Die Anmeldung des Krankheitsfalles (Kapitel 4.1) ist für das Recht des Versicherten auf Krankengeldleistungen sehr wichtig. Als Grundregel gilt, dass der Versicherte vor der Anmeldung kein Krankengeld bekommen kann, und zwar auch dann nicht, wenn er an sich nachweisen kann, dass er wegen Krankheit ganz oder mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig war. Der Versicherte kann dennoch leistungsberechtigt sein, wenn die Unterlassung der Anmeldung entschuldbar ist. Ausser den Voraussetzungen Krankheit und Arbeitsunfähigkeit verlangt die Versicherungskasse also die weitere, subjektive, dass beim Versicherten nicht culpa vorliegt. Im Gesetz über die Allgemeine Versicherung wird zur Anmeldung nur gesagt, dass Krankengeld nicht für die Zeit vor der Anmeldung des Krankheitsfalles bei der Versicherungskasse gezahlt werden darf, "sofern der Anmeldung nicht Gründe entgegenstanden oder sonst keine besonderen Gründe für die Zahlung des Krankengeldes gegeben sind".

Hinter dieser Bestimmung steht das Bedürfnis der Versicherungskasse an Einblick in jeden Krankheitsfall und seine Kontrolle. Nur wer wirklich krank und arbeitsunfähig ist, soll Leistungen in Anspruch nehmen können. Sollen Einblick und Kontrolle der Versicherungskasse die Beschaffung von Beweismaterial zur Leistungsberechtigung des Versicherten ermöglichen, ist die Aufrechterhaltung eines Formerfordernisses, wie es die Anmeldung darstellt, gerechtfertigt. Kann aber Krankheit und Arbeitsunfähigkeit des Versicherten dennoch nachgewiesen werden, etwa durch eine ärztliche Bescheinigung, wie sie sieben Tage nach Anmeldungszeitpunkt üblicherweise als hinreichendes Beweismaterial akzeptiert wird, kann eine Leistungsverweigerungsregel nicht mehr mit Einblick- und Kontrollbedürfnissen motiviert werden. Der Verlust der Leistung kann in solchen Situationen nur den Zweck haben, den Versicherten für seine Säumnis bei der Anmeldung zu "bestrafen". Das bedeutet, dass Kapitel 3 § 10 Abs. 4 des Gesetzes über die Allgemeine Versicherung häufig als Sanktionsregel wirkt.

Die Zulässigkeit eines Begehrens der Versicherungskasse auf Vorlage eines *ärztlichen Attestes* (Kapitel 4.2) ist in Kapitel 3 § 7 Abs. 3 Gesetz über die Allgemeine Versicherung geregelt, wonach die Kasse, "wenn Gründe vorliegen, verlangen darf, dass die Minderung der Arbeitsfähigkeit durch eine ärztliche Bescheinigung

nachgewiesen wird". Nach Anweisungen des Reichsversicherungsamtes (1979 Nr. 16) darf Versicherten eine entsprechende Auflage normalerweise erst für die Zeit ab siebtem Tag nach der Krankmeldung gemacht werden.

Hat nun der Versicherte aus welchem Grund auch immer kein ärztliches Attest für die von der Versicherungskasse bestimmte Zeit vorgelegt, kann die Kasse dennoch Krankengeld zahlen, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind, nämlich dass der Versicherte *wahrscheinlich* machen kann, dass er an einer *Krankheit* im Sinne von Kapitel 3 § 7 Gesetz über die Allgemeine Versicherung gelitten hat und dass er *angemessene* Anstrengungen unternommen hat, um sich eine ärztliche Bescheinigung zu beschaffen. Hinsichtlich der ersten Voraussetzung hat das Reichsversicherungsamt Wahrscheinlichkeit als hinreichend für die Annahme der Krankheit akzeptiert. Sinnvollerweise bedeutet Wahrscheinlichkeit in diesem Sinne, dass keine Umstände gegen die Richtigkeit der Angaben des Versicherten sprechen dürfen. Die Analyse der Rechtsprechung zeigt jedoch, dass Darlegung der "Wahrscheinlichkeit" nicht hinreicht, sondern erheblich mehr verlangt wird.

Hinsichtlich der zweiten Voraussetzung muss die Versicherungskasse die Angemessenheit beurteilen. In den Situationen, die ich beschrieben habe, hat das ärztliche Attest überwiegend Kontrollfunktionen, die mehr oder weniger deutliche Sanktionsmomente enthalten. Die Sanktion besteht darin, dass selbst bei Nachweis von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit kein Krankengeld gezahlt wird, weil der Versicherte die einschlägigen Vorschriften nicht befolgt hat.

Während der Krankheit kann der Versicherte ins Ausland reisen (Kapitel 4.3) und dennoch seine Krankengeldrechte behalten. Wer während einer Krankheit ins Ausland reist, ist jedoch verpflichtet, vor der Abreise die Zustimmung der Versicherungskasse zu Krankengeldleistungen während des Auslandsaufenthaltes einzuholen. Geschieht das nicht, kann das Krankengeld herabgesetzt oder können Krankengeldleistungen ganz eingestellt werden. Liegen Gründe vor, kann die Versicherungskasse nämlich ganz oder teilweise Krankengeldleistungen an denjenigen verweigern, der während einer Krankheit ins Ausland abreist (Kapital 3 § 17 Abs. 1 b) Gesetz über die Allgemeine Versicherung).

Die Anwendung der einschlägigen gesetzlichen Regelung untersuche ich unter Einbeziehung von Stellungnahmen der Versiche-

rungskasse zu Anträgen auf Krankengeld während Auslandsaufenthaltes, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen (noch) nicht vorliegen. In solchen Fällen soll die Versicherungskasse nach den Empfehlungen des Reichsversicherungsamtes eine erneute Prüfung vornehmen. Aber selbst wenn der Versicherte ein ärztliches Attest vorlegt, aus dem sich Arbeitsunfähigkeit und Krankheit ergeben, kann schon der Umstand, dass der Versicherte ins Ausland reisen will, dazu führen, dass die Versicherungskasse die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr für gegeben ansieht. Ergibt sich aus der Tatsache des Antrages, dass der Versicherte hinreichende Kräfte für eine Auslandsreise hat, wird er gelegentlich als nicht mehr mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig betrachtet.

Auch wenn hierzu nichts im Gesetzestext enthalten ist, muss geprüft werden, ob die Auslandsreise während der Krankheit aus medizinischen Erwägungen sinnvoll ist oder nicht. Die Versicherungskasse geht davon aus, dass sie ein wirtschaftliches Interesse daran hat, dass der Versicherte seine Krankheit und seine Arbeitsfähigkeit nicht durch sein Verhalten negativ beeinflusst und dadurch die Krankheitsdauer unnötigerweise verlängert. Die Kasse nutzt insoweit ihre Möglichkeiten als bewilligendes Organ zur Einflussnahme auf das Verhalten des Versicherten in ihrem Sinne. Wird dem Versicherten die Krankengeldzahlung verweigert, dürfte er meist auf die Reise verzichten. Auf diese Weise bleiben der Versicherungskasse im übrigen ihre Kontrollmöglichkeiten im Verhältnis zum Versicherten.

Wird Krankengeld nicht oder nur reduziert gezahlt, weil der Versicherte die Entscheidung der Krankenkasse nicht eingeholt oder abgewartet hat, hat die entsprechende Massnahme der Kasse in erster Linie Sanktionscharakter.

In Kapitel 20 § 3 Gesetz über die Allgemeine Versicherung geht es um die Verweigerung oder Herabsetzung von verschiedenen Sozialversicherungsleistungen aus dem Bereich des Gesetzes über die Allgemeine Versicherung (Kapitel 4.4). Will sich der Versicherte nicht einer ärztlichen Untersuchung unterziehen oder ärztliche Vorschriften nicht befolgen oder ist er auf andere Weise grob unachtsam in gesundheitlicher Hinsicht, können Versicherungskasse bzw. Versicherungsgerichte Krankengeldleistungen an den Versicherten nach Kapitel 20 § 3 Abs. 1 c) verweigern oder herabsetzen. Aus Kapitel 20 § 3 letzter Abs. ergibt sich, dass das Krankengeld dem Versicherten verweigert oder es herabgesetzt werden kann,

wenn der Versicherte sich nicht Rehabilitierungsmassnahmen unterzieht, die die Versicherungskasse nach Kapitel 2 § 11 Gesetz über die Allgemeine Versicherung verlangt. In dieser letzteren Bestimmung wird vorgeschrieben, dass die Versicherungskasse untersuchen muss, ob Rehabilitierungsmassnahmen erforderlich sind, wenn ein Versicherter für 90 zusammenhängende Tage Krankenversicherungsleistungen erhalten hat oder sonst entsprechende Gründe vorliegen. Ergibt die Prüfung, dass solche Massnahmen erforderlich sind, muss die Kasse dafür sorgen, dass sie durchgeführt werden. In Kapitel 3 § 13 Abs. 1 Gesetz über die Allgemeine Versicherung wird vorgeschrieben, dass Kapitel 2 § 11 des Gesetzes auf Krankengeldleistungen entsprechend anzuwenden ist. Die Rehabilitierung kann berufsbezogen sein oder eine Vielzahl von medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsformen der verschiedensten Art umfassen. Auch soziale Massnahmen können in Frage kommen, wenn die Beschwerden des Versicherten sozialmedizinischer Art sind. Zu Rehabilitierungsmassnahmen gehören auch eine Reihe von nicht eigentlich medizinischen Untersuchungen.

Will sich der Versicherte nicht den geforderten Rehabilitierungsmassnahmen unterziehen, kann die Weigerung ihren Grund darin haben, dass die Massnahmen auf Familienprobleme stossen oder dass der Versicherte wegen seiner Krankheit meint, er habe nicht die Kraft zu den fraglichen Massnahmen. In der Rechtsprechung sind mehrfach Fälle aktuell geworden, in denen der Versicherte sich schon vorher Rehabilitierungsmassnahmen unterzogen und sich also schon den Wünschen der Kasse gefügt hatte.

Gelegentlich wird zur Begründung nicht auf Kapitel 20 § 3 Gesetz über die Allgemeine Versicherung verwiesen, sondern statt dessen allgemein gesagt, der Versicherte sei überhaupt nicht leistungsberechtigt. Die Versicherungsverwaltung fasst diese Leistungsverweigerungen offenbar wie Verweigerungen nach Kapitel 3 § 17 und Kapitel 20 § 3 auf, wie sich auch daraus ergibt, dass alle diese Entscheidungen statistisch unter der gemeinsamen Bezeichnung Verweigerung von Krankengeld erfasst werden.

Krankengeld ist mit vollen Tagessätzen zu zahlen, wenn volle Arbeitsunfähigkeit besteht. Ist zwar nicht volle, aber doch mindestens halbe Arbeitsunfähigkeit gegeben, wird Krankengeld mit halben Tagessätzen gezahlt (Kapitel 3 § 7 Abs. 2 Gestetz über die Allgemeine Versicherung). Inwieweit ein Versicherter, der während der Krankheitszeit arbeitet, volles oder halbes Krankengeld erhält,

ist von Art und Umfang der Arbeitsleistung abhängig (Kapitel 4.5). Auch wenn ein ärztliches Attest vorliegt, in dem volle oder mindestens halbe Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird, kann dennoch das Recht des Versicherten auf Krankengeld in Frage gestellt werden, wenn sich später ergibt, dass er sich nicht ganz oder nicht mindestens zur Hälfte der Arbeit enthalten hat.

Für volles Krankengeld muss also volle Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Es wird vorausgesetzt, dass Arbeit und andere Aktivitäten unmöglich sind. Krankengeld als Kompensation für Einkommensverluste setzt voraus, dass der Versicherte nicht auf andere Weise Geld verdienen und sich insoweit Kompensation verschaffen kann. Arbeitet der Versicherte oder ist er auf andere Weise während seiner Krankheit aktiv, verstösst er also gegen ein implizites Verbot. Inhalt und Umfang seiner Tätigkeit bilden dann die Grundlage für eine Entscheidung über die eventuelle Nichtfortzahlung oder Herabsetzung des Krankengeldes. Hin und wieder ist es völlig klar, dass der Versicherte im Hinblick auf die von ihm entwickelten Aktivitäten nicht mehr als arbeitsunfähig bezeichnet werden kann und deshalb das Krankengeld zu Recht nicht mehr gezahlt wird. In anderen Fällen wiederum ist ebenso eindeutig der Versicherte arbeitsunfähig im üblichen Sinne des Wortes, so wie es im Bereich der Krankengeldversicherung gebraucht wird. Dennoch findet man in Entscheidungen von Versicherungskassen und Versicherungsgerichten Formulierungen, dass Arbeitsunfähigkeit nicht nachgewiesen sei, weil der Versicherte sich während der Krankheitszeit anderweitig betätigt hat. In diesen Fällen wird man von einem gewissen Sanktionscharakter sprechen müssen.

In Kapitel 5 behandele ich zum einen Faktoren, die mit der *Beurteilung* des ärztlichen Attestes, d. h. seines Beweiswertes, durch Versicherungskassen und Gerichte zusammenhängen. Zum anderen gehe ich auf Faktoren ein, die mit dem *Inhalt* des Attestes zusammenhängen, d. h. welchen Inhalt Versicherungskassen, Gerichte und Ärzte den Begriffen Krankheit und Arbeitsunfähigkeit geben. Die Beurteilung ist deutlich davon abhängig, *wer* der bescheinigende Arzt ist und *wo* das Attest ausgestellt wird. Auch der *Inhalt* des Attestes hat Bedeutung für seine Beurteilung. Erhält aber der Versicherte wegen des Attestinhaltes kein Krankengeld, wird deutlich, dass Arzt und Versicherungskasse bzw. Gerichte nicht darüber einig sind, was bescheinigt wird. Im Grunde geht es also nicht um ein Beweisproblem, sondern um eine Rechtsfrage, nämlich nach dem

Inhalt der beiden Voraussetzungen Krankheit und Arbeitsunfähigkeit.

Grenzt man den versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff so ab, wie es seinerzeit im Zuge von Gesetzesvorarbeiten die Sozialfürsorgekommission getan hat ("jeder unnormale Zustand des Körpers und der Seele, die nicht mit dem normalen Lebensprozess zusammenhängt"), dürfte der Begriff von medizinischen Ausgangspunkten her ausgefüllt werden. Das dürfte die Kommission auch so beabsichtigt haben, denn sie ging davon aus, dass der Begriff vom allgemeinen Sprachgebrauch und üblichen medizinischen Auffassungen her ausgelegt werden sollte. Die Rechtsanwendungsanalyse macht aber deutlich, dass der sozialversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff nicht ganz mit den medizinischen Krankheitsbegriffen übereinstimmt, was also die Gesetzesvorarbeiten behaupten wollen.

Die medizinischen Krankheitsbegriffe können wie auch ihr sozialversicherungsrechtliches Gegenstück wegen ihrer Vieldeutigkeit, Unbestimmtheit und Flexibilität auf gegensätzliche Weise angewandt werden. Natürlich gibt es eine Vielzahl von Zuständen, die aus medizinischem und aus sozialversicherungsrechtlichem Blickwinkel Krankheiten darstellen. Vor allem gilt das für somatische Komplikationen, die objektiv feststellbar sind. Im medizinischen Sprachgebrauch ist hier die Rede vom biologischen Krankheitsbegriff. Andererseits hat sich gezeigt, dass somatische Komplikationen, die dank besserer Diagnosemethoden und anderer medizinischer Fortschritte heute objektiv festgestellt werden können, in bestimmten Fällen nur mit Schwierigkeiten als Krankheiten im sozialversicherungsrechtlichen Sinne eingeordnet werden konnten.

Meiner Meinung nach wäre es natürlicher, als leistungsberechtigt jene Zustände zu klassifizieren, die vom sog. sozialmedizinischen Krankheitsbegriff umfasst werden. Dieser Begriff betont die Bedeutung des Gesamtbildes des Patienten. Man verlangt nicht, dass medizinische Symptome mit Hilfe klinischer Methoden nachzuweisen sind, sondern dass sie durch die medizinisch-psychosoziale Gesamtsituation des Patienten belegt werden sollen. Insoweit werden also eigenen Empfindungen des Patienten zu seinen medizinischen Symptomen und seiner Arbeitsfähigkeit Bedeutung beigelegt. Medizinische Symptome (ohne Rücksicht auf den Anlass), die Arbeitsunfähigkeit und damit Einkommenseinbussen beim Patienten

herbeiführen, dürften genau die Umstände sein, die durch das Krankengeld kompensiert werden sollen.

Der Grund dafür, dass der krankenversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff nicht mit dem sozialmedizinischen übereinstimmt, dürfte in der dem Versicherungssystem immanenten Missbrauchsfurcht liegen. Die Kriterien für den biologischen Krankheitsbegriff sind leichter festzustellen und damit auch leichter zu kontrollieren. Von Behörden und Gerichten kann das Vorhandensein der Krankheit viel leichter kontrolliert werden, wenn der Beweiswert des ärztlichen Attestes beispielsweise durch Röntgenbilder und Laborresultate, die die Existenz der Krankheit belegen, untermauert werden kann. Gibt es keine derartigen Beweise für das Vorhandensein einer Krankheit, enthält das Attest des Arztes nur eine Symptomdiagnose und den Nachweis, was der Versicherte subjektiv empfindet, kommt die Versicherungsverwaltung häufig zu dem Ergebnis, dass das Vorliegen der krankenversicherungsrechtlichen Krankheitsvoraussetzung nicht nachgewiesen ist.

Aus Kapitel 3 § 7 Gesetz über die Allgemeine Versicherung scheint sich zu ergeben, dass Arbeitsfähigkeit eine quantifizierbare Eigenschaft ist. Die Voraussetzung der Arbeitsunfähigkeit ist nämlich *vom Umfang her* beschrieben. Denn bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit soll volles und in anderen Fällen halbes Krankengeld gezahlt werden (Kapitel 3 § 7 Abs. 2 Gesetz über die Allgemeine Versicherung). Das bedeutet im Prinzip, dass hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit gegeben sein muss, damit volles Krankengeld gezahlt werden kann. Ist die Arbeitsfähigkeit auf 50 - 99 % vermindert, ist halbes Krankengeld zu zahlen, und beträgt die Arbeitsfähigkeit 1 - 49 % wird kein Krankengeld gezahlt.

Mit Beispielen aus der Rechtsprechung habe ich zeigen wollen, dass die Rechtsprechung den Begriff der Arbeitsunfähigkeit nicht als einen Begriff mit materiellem Inhalt verwendet sondern als Sammelbezeichnung für verschiedene technische Erwägungen. Die versicherungsjuristische Feststellung der um mindestens die Hälfte verminderten Arbeitsfähigkeit, also der gesetzlichen Voraussetzung für Krankengeldleistungen, umfasst technische Erwägungen, inwieweit der Versicherte seine Arbeitszeit um mindestens die Hälfte vermindert hat. Diese Erwägungen sind nicht immer mit den medizinischen Erwägungen zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten deckungsgleich. Die Feststellung, inwieweit der Versicherte seine Arbeitszeit um mindestens die Hälfte vermindert hat oder nicht, was wie gesagt zu

juristisch-technischen Schwierigkeiten führen kann, enthält zugleich die Feststellung, inwieweit der Versicherte mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist oder nicht. Natürlich spielen die medizinischen Erwägungen, die u. a. im ärztlichen Attest zum Ausdruck kommen, eine wichtige Rolle. Man kann aber nicht von einer Feststellung sprechen, "medizinische Arbeitsunfähigkeit" sei bewiesen. Es wird statt dessen festgestellt, inwieweit Krankengeld zu zahlen ist oder nicht.

Die Arbeitsfähigkeit ist auch *zeitlich* relatiert. Untersucht man, um was es bei der Arbeitsunfähigkeit geht, kommt man zu unterschiedlichen Ergebnissen für die ersten sieben Tage der Krankheit, für die Zeit vom achten bis zum 90. Tag, für die folgenden drei Monate bis zum 180. Tag und schliesslich für die Zeit danach. Während der attestfreien Zeit entscheidet mit wenigen Ausnahmen die eigene Auffassung des Versicherten über das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeitsvoraussetzung. Für die folgenden etwa drei Monate ist die Ansicht des Versicherten zusammen mit der eines Arztes entscheidend für die Stellungnahme der Versicherungskasse zu Krankengeldleistungen, wenn auch Ausnahmen vorkommen. Für die Zeit danach kann die Entscheidung über die Arbeitsunfähigkeit von einer Reihe äusserer Faktoren wie der Lage auf dem Arbeitsmarkt, dem Vorhandensein von Arbeitsplätzen für Problemfälle, der Anweisung anderer Arbeitsaufgaben usw. abhängig sein. Derartige äussere Faktoren sind u. a. im Hinblick auf Direktiven des Reichsversicherungsamtes in die Entscheidungen der Versicherungskassen eingeflossen, die ergangen sind, um lange Krankheitszeiten möglichst zu Ende zu bringen und eine wirksame Krankheitskontrolle ausüben zu könnnen. Diese Krankheitsfälle unterliegen starker Kontrolle. Zu den oben erwähnten Zeitpunkten ergreift die Versicherungskasse unterschiedliche Massnahmen. U. a. wird immer das Recht auf Krankengeldleistungen überprüft. Bei der Beurteilung der Arbetisunfähigkeit wird anderen Faktoren Relevanz zuerkannt als jenen, die zu Beginn der Krankheit interessant waren. Der Inhalt der Arbeitsunfähigkeitsvoraussetzung ändert sich also mit der Länge der Krankheitszeit.

Die zeitlichen Fragen der Arbeitsunfähigkeit hängen mit dem *Arbeits*element der Arbeitsunfähigkeitsvoraussetzung zusammen. Nach dem Gesetz soll bei Krankheitsfällen von vermutlich kurzer Dauer die Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf die gewöhnliche Arbeit des Versicherten beurteilt werden (Kapitel 3 § 8 Abs. 1 Gesetz über

die Allgemeine Versicherung). Über andere Krankheitsfälle wird nichts gesagt. Im Wege des Umkehrschlusses wird allerdings bei vermutlich längerer Dauer (und was längere Dauer ist, kann natürlich auch diskutiert werden) die Arbeitsfähigkeit nicht auf die frühere Arbeit des Versicherten sondern auf eine beliebige Arbeit bezogen. Die Arbeit, auf die man sich bezieht, braucht als realistische Alternative für den Versicherten nicht zu existieren. Ist beispielsweise der Versicherte in Norrland wohnhaft, ist die Bezugnahme auf eine Art Arbeit möglich, die am Wohnort des Versicherten oder überhaupt auf dem fraglichen Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht. Die Beurteilung ist insoweit hypothetisch und kann auf dieser Grundlage zu dem Ergebnis kommen, dass der Versicherte nicht mehr arbeitsunfähig ist. Selbstverständlich kann dieses Verfahren für den Versicherten fühlbare Effekte bekommen, wenn plötzlich die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr im Verhältnis zu der ursprünglichen Arbeit, sondern statt dessen im Verhältnis zu einer beliebigen "leichteren" Arbeit vorgenommen wird.

Finden Rehabilitierungsmassnahmen statt, gilt der Versicherte als arbeitsunfähig, solange er wegen der Massnahme keine Erwerbstätigkeit ausüben kann (Kapitel 3 § 8 Abs. 2 Gesetz über die Allgemeine Versicherung). In diesem Zusammenhang bedeutet Arbeitsunfähigkeit, dass man gehindert ist zu arbeiten, weil man nicht gleichzeitig arbeiten und Rehabilitierungsmassnahmen über sich ergehen lassen kann.

Wer während der speziellen Rehabilitierungsmassnahmen der Arbeitsfürsorge Krankengeldleitstungen erhalten kann, ist jedoch vom Reichsversicherungsamt in einer Anweisung (1978 Nr. 32) dadurch genauer spezifiziert worden, dass die Arbeitsunfähigkeit auf das *Einkommen* bezogen wird. Könne angenommen werden, dass der Versicherte ohne die Arbeitsfürsorgemassnahmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein Einkommen in Höhe mindestens der Hälfte des Einkommens im gesunden Zustand erzielen könne, solle man die Arbeitsfähigkeit nicht um mindestens die Hälfte gemindert ansehen. Das bedeutet, dass dann auch kein Krankengeld gezahlt werden kann. Man nimmt also eine hypothetische Einkommenbeurteilung vor.

Ziel der Erwägungen zum Umfang und zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Prüfung von Arbeitsmöglichkeiten und erzielbarem Einkommens scheint der Ausschluss von Versicherten

aus dem Kreis der Leistungsberechtigten zu sein, den man durch diese verschiedenen "Bedeutungen" des Arbeitsunfähigkeitsbegriffes steuern will. Durch "wohlwollende" Rechtsanwendung kann der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert und durch strenge Masstäbe verringert werden. Im Grunde bedeutet Arbeitsunfähigkeit – wozu dieser Begriff auch immer in Beziehung gesetzt wird – *zur Leistung berechtigende Arbeitsunfähigkeit.* Ja, eigentlich könnte man das Wort Arbeitsunfähigkeit streichen. Letztlich ist es inhaltslos. Statt dessen sind es andere Faktoren wie Zeit, Charakter der Arbeit, eventuelles Einkommen u. a., die zusammen mit sonstigen Voraussetzungen (Krankheit, Wohnsitz, krankengeldfähigem Einkommen) entscheiden, ob man Leistungen in Anspruch nehmen kann oder nicht. Argumentiert man, als habe die Arbeitsunfähigkeit einen medizinischen Inhalt, bedeutet das, dass man Entscheidungen über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Leistungsrechten medizinischen Status verleiht. Die Mitwirkung des Arztes an den juristischen Entscheidungen hat wichtige legalisierende Funktion. Man beruft sich auf den wissenschaftlichen Status des Arztes und legalisiert so, was eigentlich eine juristische Kontrolle der Leistungsberechtigung ist.

Nicht nur die Arbeitsunfähigkeitsvoraussetzung wird je nach Dauer des Krankheitsfalles unterschiedlich beurteilt. Ähnliches gilt auch für die Krankheitsvoraussetzung (Kapitel 6). Den objektiv feststellbaren Umständen wird völlig andere Relevanz zugemessen als der psychosozialen Gesamtsituation des Versicherten. Der Zeitpunkt und die sonstigen Umstände variieren, wenn es um Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf den Gesamtarbeitsmarkt geht. Die Urteilsbegründungen sind häufig so kurz gefasst, dass es dem Leser bzw. dem Versicherten kaum möglich ist, sich ein Bild der Arbeitsunfähigkeitserwägungen zu machen. Viele der lange andauernden Krankheitsfälle werden dadurch abgeschlossen, dass das Krankengeld dem Versicherten gemäss Kapitel 3 § 7 Gesetz über die Allgemeine Versicherung verweigert wird. Insoweit hat die Verweigerung nicht den Charakter einer Sanktion, weil sich etwa der Versicherte nicht im gewünschten Sinne verhalten hat, sondern äusserlich liegt der Grund in mangelnder Uebereinstimmung der Auffassungen von Versicherungskasse und behandelndem Arzt über das Gegebensein von Krankheit und Arbeitsfähigkeit in der Person des Versicherten. Die lange andauernden Krankheitsfälle, die nicht dadurch abgeschlossen worden sind, dass der Versicherte wieder eine

Arbeit aufnimmt, und in denen keine Verweigerung des Krankengeldes in Frage kommt, werden gewöhnlich abgeschlossen, indem dem Versicherten vorläufige oder endgültige Rentenleistungen gewährt werden. Die grosse Masse der von der Versicherungskasse eingeleiteten Fälle solcher vorzeitigen Rentengewährung zeigen, dass Verwaltung und Gerichte den Uebergang zur Frührente neben der Einbehaltung des Krankengeldes aus medizinischen Gründen als normale Entscheidungsalternative ansehen, wenn der Krankheitsfall längere Zeit gedauert hat.

Die Anwendung von Kapitel 3 § 8 Abs. 2 Gesetz über die Allgemeine Versicherung bereitet Versicherungskassen und -gerichten erhebliche Schwierigkeiten (Kapitel 7). Dem Wortlaut der Vorschrift nach geht es darum, ob eine Rehabilitierungsmassnahme als sog. 2:11-Massnahme bezeichnet werden kann, d. h. eine Massnahme nach Kapitel 2 § 11 Gesetz über die Allgemeine Versicherung, die geeignet ist, die Krankheitszeit abzukürzen oder auf andere Weise einer Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten ganz oder teilweise vorzubeugen oder abzuhelfen (siehe oben).

Für Krankengeldleistungen während Arbeitsfürsorgemassnahmen ist wie gesagt erforderlich, dass die Arbeitsfähigkeit mindestens um die Hälfte vermindert ist, dass die Arbeitsfrage auf den gesamten Arbeitsmarkt bezogen wird (so scheint es jedenfalls in der Mehrzahl der Fälle zu sein) und dass eine Qualifizierung durch die dargestellten hypothetischen Einkommenserwägungen vorgenommen wird. Für den Versicherten ist das Risiko gross, dass in einer derartigen Situation Krankengeldleistungen verweigert werden. Denn für eine positive Entscheidung sind Erwägungen mit Ermessenscharakter bzw. hypothetische Annahmen erforderlich, nämlich die Feststellung, dass der Versicherte mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist (der erste Schritt) hinsichtlich aller Arbeitsformen, die dem Versicherten ein Einkommen in Höhe von mindestens der Hälfte dessen einbringt, was er hätte verdienen können, wenn er gesund gewesen wäre (der zweite Schritt). Die "Richtigkeit" dieser Feststellungen kann der Versicherte nicht beurteilen; das bedeutet, dass seine Kontroll- und Klagmöglichkeiten gegen derartige Krankengeldentscheidungen vermindert werden.

Soweit es um die medizinische Rehabilitierung durch verschiedene Arten von Funktionsübungen geht, ist nach einer wichtigen wegweisenden Entscheidung die Beschaffenheit der Rehabilitierungsmassnahme der primäre und der Inhalt des Arbeitsunfähigkeitsbegriffes der sekundäre Gesichtspunkt.

Die Voraussetzungen von Krankengeldleistungen bei Krankenpflegemassnahmen im Ausland sind teilweise dieselben wie bei Funktionsübungen. Wird die Krankenpflege vom Träger der Krankenfürsorge bezahlt, gilt nach Anweisungen des Reichsversicherungsamtes (1981 Nr. 4) die Massnahme als 2:11-Massnahme, d. h. Krankengeld ist gemäss Kapitel 3 § 8 Abs. 2 Gesetz über die Allgemeine Versicherung zu zahlen. Das bedeutet, dass die Beschaffenheit der Rehabilitierungsmassnahme, nicht aber der Inhalt des Arbeitsunfähigkeitsbegriffes als primär angesehen werden. Die Versicherungskasse braucht die Minderung der Arbeitsfähigkeit nicht festzustellen und braucht auch nicht zu erwägen, zu welchen Arbeitsformen die Arbeitsunfähigkeit ins Verhältnis zu setzen ist und welche Dignität die Arbeit haben soll, zu der das Verhältnis hergestellt wird. Diese Schritte müssen jedoch von der Versicherungskasse vorgenommen werden, wenn die Krankenpflegemassnahmen im Ausland nicht vom Träger der Krankenfürsorge bezahlt werden, wie im Umkehrschluss aus den erwähnten Anweisungen des Reichsversicherungsamtes entnommen werden kann. Zudem muss im Einzelfall geprüft werden, ob die Auslandspflege eine zu Krankengeld berechtigende 2:11-Massnahme darstellt oder nicht. Methodisch entspricht das Vorgehen dem Entscheidungsgang bei der Prüfung von Krankengeldleistungen während Arbeitsfürsorgemassnahmen. Vor kurzem hat jedoch das Oberversicherungsgericht in einer Entscheidung Fälle, in denen die Pflege nicht vom Träger der Krankenpflegeleistungen bezahlt wird, mit Fällen gleichgestellt, die jenen Kriterien entsprechen, die in den erwähnten Anweisungen des Reichsversicherungsamtes formuliert sind.

Sjukdom och arbetsoförmåga

Om rätten till sjukpenning

Denna bok tar upp de två centrala förutsättningarna för rätten till sjukpenning, nämligen sjukdom och arbetsoförmåga. Den innehåller även kapitel om försäkringsadministrationen, om förutsättningarna i allmänhet för sjukpenning samt om den försäkrades förpliktelser i samband med sjukfallet.

Syftet med boken är att ge en realistisk bild av

- hur rättstillämpningen fungerar
- hur besluten fattas
- vilka grupper som får respektive inte får ersättning
- hur reglerna kan påverka de försäkrades beteende.

Både sjukdomsvillkoret och begreppet arbetsoförmåga kan användas på olika sätt, vilket ger upphov till rättsliga problem. Det förstnämnda villkoret kan användas för att ta in eller utestänga olika grupper av försäkrade. I begreppet arbetsoförmåga spelar ibland det medicinska innehållet mindre roll. Vid exempelvis partiell arbetsoförmåga kan det vara arbetets uppläggning och inkomstens storlek som avgör om rätt till sjukpenning föreligger.

Boken vänder sig till jurister och berörd personal inom försäkringsadministrationen samt till sjukvårdspersonal.

ISBN 91-1-837431-x