

# Recensionsessä

## *Det paradoxala arbetsförmågebegreppet*

**Rafael Lindqvist, *Aktivering och medikalisering i sjukförsäkringen: Det sociala medborgarskapets förändrade innebörder*. Malmö, Égalité, 2019.**

Denna text är en recensionsessä av en nyutkommen bok av Rafael Lindqvist, *Aktivering och medikalisering i sjukförsäkringen: Det sociala medborgarskapets förändrade innebörder* (2019), och ska läsas som en sidobelysning till de resonemang som förs i boken. Jag kommer att särskilt fokusera på begreppet arbetsförmåga.

ARBETSFÖRMÅGA ÄR ETT centralt begrepp i det svenska sjukförsäkringssystemet som många medborgare och professionella behöver använda och förhålla sig till. Det kan dock ha olika innebörd både i begreppslig mening, och i de olika system där det används. Dessa system är ofta politiskt styrda, vilket innebär att begreppet också underordnas de normsystem och sociala kontexter som råder i dessa system; det är i den processen som det används och ges betydelse. Jag kommer att argumentera för att arbetsförmåga är ett paradoxalt begrepp i den svenska sjukförsäkringen, eftersom det samtidigt kan betraktas som såväl avmedikaliserat som strikt biomedicinskt.

### **Legitima och illegitima medikaliseringsprocesser**

Lindqvist (2019) använder medikalisering som ett av sina nyckelbegrepp. Begreppet är sociologiskt och betecknar, i huvudsak, expansionen av den medicinska domänen till andra områden, där sociala fenomen eller avvikande beteenden beskrivs genom medicinens språk och hanteras genom medicinsk behandling. Denna utveckling tar sig uttryck i en ökad användning av diagnoser som förståelsegrund för olika former av problem och som en ofta nödvändig förutsättning för att få tillgång till stödresurser, t.ex. stöd i att hitta ett arbete genom funktionshinderkoder hos Arbetsförmedlingen. Det finns också en normativ dimension i medikaliseringen, där medicinsk kunskap ofta betraktas som statusfylld och där en medicinsk diagnos fungerar legitimerande (Hallerstedt 2006).

I fältet diskuterades tidigt såväl positiva som negativa konsekvenser av medikalisering: de positiva är humanitära, t.ex. mindre stigmatisering samt behandling istället för att avvikande beteenden hanteras genom rättssystemet. Bland de negativa konsekvenserna återfinns risken för expertstyre, vilket utestänger lekmän från att ha åsikter i frågan; social kontroll, vilket möjliggör handlingar som annars inte skulle kunna legitimeras, exempelvis behandling med tunga läkemedel; individualisering av sociala problem; samt avpolitisering av problem som kanske kan lösas med andra typer av åtgärder.

En fråga när medikalisering ska definieras är vad som *faktiskt* är medicinska problem som bör beskrivas i medicinska termer; vad är en legitim respektive illegitim medikalisering? Kopplingen till vetenskap är en springande punkt i många medikaliseringsprocesser, där de medicinska disciplinerna gör anspråk på att beskriva verkligheten utifrån sin tolkningsram, dvs. kring diagnoser och medicinska behandlingsmetoder. Detta kan i vissa fall tyckas rimligt, men är i andra fall är mera kontroversiellt. Å andra sidan kan det argumenteras för att frågan om vilka medikaliseringsprocesser som är legitima är felställd. Snarare bör medikalisering ses som en beskrivning av alla rörelser mot att definiera fenomen i medicinska termer. Med denna syn på medikalisering är termen neutral – den betyder ingenting annat än huruvida ett fenomen beskrivs i medicinska eller andra termer; värderingen särkopplas från definitionen. Det kan dock finnas poänger med att resonera kring vad som är relevanta områden för medicinen att beskriva, och vad som är en oskälig expansion av medicinska begrepp. Correia (2017) föreslår att medikalisering bör betraktas som analytiskt neutralt, det är istället den *politiska* dimensionen som ska fokuseras, det vill säga hur det medicinska synsättet tillåts dominera en allmän förståelse eller definition av specifika fenomen, och vilka konsekvenser det får. Medan det i den sociologiska forskningen idag finns konsensus för en mera deskriptiv användning av begreppet, kvarstår dess normativa prägel i den dagliga användningen – termen har ofta negativa konnotationer och tolkas då som en beskrivning av illegitim medikalisering, eller rentav som medicinsk imperialism.

## Medikaliseringen och sjukförsäkringen

Lindqvist (2019) beskriver hur sjukförsäkringen sedan den etablerades på 1950-talet har slitit med sjukdomsbegreppet och hur den ska förhålla sig till vilka tillstånd som ska berättiga till ersättning från systemet. Sjukdomsbegreppet utvidgades fram till 1990-talet till att bli mera holistiskt och biopsykosocialt, dvs. ett socialmedicinskt sjukdomsbegrepp, och kom därmed att involvera ett brett perspektiv på vad som påverkar hälsa och sjukdom, där t.ex. sociala och arbetsmarknadsrelaterade faktorer ses som relevanta aspekter i en persons sjukdomsbild. I lagstiftningen kring sjukförsäkringen framgår att sjukdom inte ska definieras juridiskt – istället ska begreppet följa det synsätt som är vedertaget i den medicinska vetenskapen. I och med att det medicinska sjukdomsbegreppet har kommit att utvidgas innebär detta att sjukförsäkringen, om den följer denna utveckling, också behöver erbjuda ersättning för situationer som kan betraktas som sjukdom enligt denna modell. I detta fall valde istället lagstiftaren att

under 1990-talet revidera lagtexten till att explicit exkludera sociala och arbetsmarknadsrelaterade faktorer, vilket har inneburit ett avsteg från den medicinska synen på sjukdom.

Detta avsteg har också lett till att nya konfliktytor uppstått mellan sjukvården och Försäkringskassan. Striden om tolkningsföreträdet har alltsedan dess pågått, där medicinen tillgriper vetenskapen och politiken makten att lagstifta som vapen. Definitionen av sjukdom har direkt betydelse för hur en patients ohälsa beskrivs, och i en reell sjukskrivningskontext är det möjligt att diagnoser som erkänns av sjukvården inte godkänns av Försäkringskassan som grund för sjukskrivning – särskilt gäller detta för symtomdiagnoser där objektiva medicinska fynd ofta är svåra att etablera, eller där sociala faktorer kan förväntas spela större roll i beskrivningen av situationen. Denna utveckling har således stärkts av det politiska systemets möjligheter till maktutövning gentemot läkarkåren.

Politikens syfte med inskränkningen av sjukdomsbegreppet har varit att minska medikaliseringen av ohälsan, men den faktiska effekten kan bli den motsatta: eftersom många personer upplever en ohälsa som de anser bör vara grund för sjukskrivning kommer denna ohälsa i än högre grad att formuleras i termer av sjukdom, i biomedicinsk mening. Där medikaliseringen fram till 1990-talet handlade om att alltfler tillstånd beskrevs i medicinska termer står vi idag inför att tillstånd som med ett socialmedicinskt sjukdomsbegrepp ses som sjukdom nu omdefinieras till biomedicinska diagnoser för att ge rätt till ersättning. I dessa fall finns en (social)medicinsk anledning till att personen inte klarar av att arbeta, och andra alternativ (t.ex. arbetslöshet) framstår som sämre. Eftersom besvären beskrivs i biomedicinsk terminologi blir också förslagen på lösningar därefter – i termer av medicinsk behandling snarare än insatser i det sociala livet eller arbetsmiljön, där grundorsaken finns. Denna typ av fall innebär att sociala eller arbetsmiljörelaterade problem individualiseras och medikaliseras, trots att den politiska intentionen var den motsatta.

Denna form av medikalisering kan leda till etiska dilemman. Det blir i vissa situationer snarast oetiskt att *inte* medikalisera problemen – det rör sig inte sällan om en situation utanför personens kontroll som leder till ett sjukdomstillstånd som hindrar denne från att klara sitt arbete, eller utsätter personen för risk för framtida sjukfrånvaro. Medikaliseringen blir här en försvarsmekanism för att säkra personens sociala rättigheter: om personen nekas sjukpenning med grund i att problemet inte är (bio)medicinskt och skickas tillbaka till en orimlig situation som denne inte har möjlighet att påverka är konsekvenserna troligen mer allvarliga än vad det skulle innebära att ge personen ersättning (där kritiker till medikalisering gärna pekar på risken för passivisering och stödjandet av en sjukroll). Samtidigt finns risken att sjukpenning i dessa fall leder till en individualiserad behandling som lämnar personen utan möjlighet att påverka orsakerna, som exempelvis kan vara relaterade till en ohållbar arbetsmiljö.

Politiken, med Försäkringskassan som sin förlängda arm, har genomfört en rad åtgärder för att minska medikaliseringen, t.ex. införande av tidsgränser, försäkringsmedicinska riktlinjer, och ett tydligt fokus på arbetsförmåga snarare än sjukdom. Det framgår i försäkringsmedicinska dokument hur detta perspektiv blivit alltmer

framträdande, exempelvis i de riktlinjer som utarbetats för utbildningen av läkare på grund- och specialistnivå, där det explicit uttalas att medikalisering är en risk som ska undvikas (Sveriges Kommuner och Landsting 2018). Det är här tydligt hur begreppet ges en negativ innebörd, och detta fokus återspeglas också i delar av läkarkåren där några av de mest högljudda kritikerna till medikalisering i sjukförsäkringen återfinns. Dessa kritiker har anammat politikens aktiveringspråk och använder det för att positionera sig mot andra.

I takt med att sjukförsäkringen blivit alltmer aktiveringsorienterad har den också blivit alltmer restriktiv, och Lindqvist beskriver hur det som en reaktion på detta har bildats föreningar för att protestera mot denna utveckling. Vanliga synpunkter från dessa föreningar handlar om att sjuka ska ha rätt till sjukpenning, vilket återspeglar ett socialmedicinskt sjukdomsbegrepp som står i skarp kontrast mot det biomedicinska perspektiv som representeras av Försäkringskassan och förvaltningsrätten. Arbetsgivare, å sin sida, intar ofta en relativt passiv roll i sjukskrivningsprocessen och kan använda sig av medikaliseringsspråket som ett argument för att inte agera. Ett socialmedicinskt sjukdomsbegrepp skulle kunna medföra att arbetsgivaren snarare involverades mera, medan det rådande biomedicinska perspektivet resulterar i en individualisering av såväl problembeskrivningar som lösningsförslag, vilket innebär en bekväm väg ut för den arbetsgivare som inte vill anpassa arbetsmiljön, utan begränsa sina insatser till att erbjuda stresshanteringskurser och mindfulness-appar (Frayne 2019).

## Den reduktionistiska och den holistiska arbetsförmågan

Av än större vikt i sjukförsäkringen är kanske hur synen på sjukdom översätts till synen på arbetsförmåga. Rörelsen mot en socialmedicinsk förståelse av sjukdom inom medicinen har sin motsvarighet i forskningen kring arbetsförmåga – det är inte tillräckligt att definiera begreppet som en enkel relation mellan en persons fysiska och kognitiva förmågor och en arbetsuppgift, eftersom det påverkas av ett komplext samspel mellan faktorer på individ- organisations- och samhällsnivå. Arbetsförmågan är alltid *relativ*, eftersom den är såväl situationell som relaterad till individuella och kontextuella faktorer (Ekberg 2014). Det är således komplicerat att på rent biomedicinsk väg konstatera att en persons arbetsförmåga är nedsatt. Den *specifika* arbetsförmågan, i relation till ett definierat arbete, skiljer sig också från den *generella* arbetsförmågan, där den senare är avsevärt mera komplicerat att bedöma. En relevant bedömning behöver vara multidimensionell och ta hänsyn inte bara till personens fysiska och kognitiva förmågor, utan även till dennes kompetens, utbildning, position på arbetsmarknaden, ålder, etc., vilka behöver relateras till en faktisk arbetsmarknad och de krav som kan tänkas ställas i de yrken som skulle vara realistiska alternativ för personen ifråga.

Denna breda syn på arbetsförmåga återspeglas inte i sjukförsäkringen. Även om sjukdom är en förutsättning för ersättning från sjukförsäkringen så är det inte tillräckligt – sjukdomen (diagnosen) måste innebära en funktionsnedsättning, som i sin tur leder till en aktivitetsbegränsning, som sätter ner förmågan att arbeta (den sk. DFA-kedjan). Först då kan rätt till sjukpenning beviljas. Arbetsförmågan i sin tur

bedöms olika vid olika tidpunkter; den relateras till personens nuvarande arbete under 90 dagar, därefter till andra arbetsuppgifter som arbetsgivaren kan erbjuda, och efter 180 dagar (om inte särskilda skäl finns) mot normalt förekommande arbete. I samtliga steg behöver DFA-kedjan vara intakt, och för varje steg blir bedömningen alltmer abstrakt – i det sista steget bedöms personens medicinska situation i relation till en högst hypotetisk arbetsmarknad, vilket Lindqvist (2019) benämner en *fiktiv* arbetsförmåga.

Arbetsförmåga tolkas således i strikt biomedicinsk mening – Lindqvist (2019) ger flera exempel på hur domstolar resonerar vid överklaganden där detta perspektiv är tydligt framträdande. Det blir här tydligt hur systemets användning av ett biomedicinskt sjukdomsbegrepp går i otakt med många sjukskrivnas och läkares syn på sjukdom, och att detta får konsekvenser för personernas möjligheter till rehabilitering. Att begreppet dessutom tolkas och används olika av olika aktörer komplicerar den praktiska tillämpningen av begreppet (Lindqvist 2019). Ett systemteoretiskt perspektiv kan här begripliggöra aktörers respektive drivkrafter att propagera för sin tolkning (Ståhl 2015). Det ligger i Arbetsförmedlingens och vårdens intresse att använda begreppet i den bredare socialmedicinska betydelsen, vilket skapar konflikter gentemot Försäkringskassans mera reduktionistiska tolkning (Ståhl et al. 2009). Kritik har också riktats mot hur förvaltningsrätter hanterar begrepp kring arbete och arbetsmarknad, där det finns en risk för bristande rättssäkerhet i samband med att det saknas definitioner av vad som avses med ett faktiskt arbete på arbetsmarknaden (Mannelqvist et al. 2016).

Vi kan konstatera att sjukförsäkringen använder sig av en förenklad kausalitetskedja, där det biomedicinska tillståndet som enda faktor ska påverka förmågan att utföra en arbetsuppgift – medan vi ur ett bredare perspektiv ser att det alltid finns flera faktorer som påverkar i vilken utsträckning en medicinsk nedsättning påverkar arbetsförmågan. Dessa faktorer kan antingen innebära att arbetsförmåga föreligger trots nedsättningen, eller att en relativt måttlig biomedicinsk nedsättning leder till en rejält påverkad arbetsförmåga.

## En kort polemik

Lindqvist (2019) beskriver föredömligt hur medikalisering och aktivering agerar som varandras motpoler i den svenska sjukförsäkringen, och hur det förra propageras av sjukskrivna och läkare, medan politiken agerar för det senare via lagstiftning och riktlinjer. Han diskuterar lika föredömligt hur denna utveckling förhåller sig till det sociala medborgarskapet och åtstramningen av de rättigheter medborgare kan förvänta sig vid sjukdom.

På ett ställe blir jag dock oense med Lindqvist. I sin beskrivning av arbetslösheten noterar han mycket riktigt hur denna för vissa grupper medikaliseras via funktionshinderkodning och tillgången på medicinsk expertis inom Arbetsförmedlingen. När han analyserar utsagor från sjukskrivna som utförsäkrades under den period då det fanns en bortre gräns för antalet sjukskrivningsdagar betecknar han dock även dessas (ofta kortvariga) inträde i arbetslöshet som ett exempel på medikalisering av arbetslös-

het. Jag skulle snarare betrakta detta som ett led i systemets försök att avmedikalisera sjukfrånvaro – personerna är enligt medicinsk expertis och enligt Arbetsförmedlingen för sjuka för att arbeta, men i enlighet med aktiveringspolitikens premisser är de efter en tidsgräns inte längre sjuka utan arbetslösa.

Sjukskrivning är, som Lindqvist beskriver, en arbetsam process, som kan delas in i medicinskt, rehabiliterande och biografiskt arbete. Kaluza (2018) menar att sjukskrivna har en avsevärd arbetsbörda genom att de *samskapar* sjukförsäkringen tillsammans med handläggarna på Försäkringskassan: de behöver driva processen framåt, sätta sig in i hur försäkringen fungerar, fylla i formulär, delta i utredningar, etc. Andra studier har konstaterat att kommunikationen mellan handläggare och sjukskrivna skiljer sig åt; de som förmår att kommunicera sakligt och argumentera med stöd i intyg och regelverk tycks få mera gehör än de som argumenterar emotionellt eller i lekmannatermer (Karlsson et al. 2019). Här går också att ana att individers resurser spelar roll, vilket illustreras av att personer med lägre utbildning i högre grad får indragen sjukpenning (Försäkringskassan 2018), och att rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen i högre utsträckning ges till yngre tjänstemän utan tidigare sjukskrivningshistorik (Wählin et al. 2013). Många som får sin sjukpenning indragen kommer att behöva leva på anhöriga eller skrivas in som arbetslösa. För denna grupp, liksom för de som utförsäkrades, vore det olyckligt att betrakta deras arbetslöshet som medikaliserad; det vore mera rimligt att betrakta deras sjukfrånvaro som avmedikaliserad.

Här kan vi, till skillnad från den vanliga ståndpunkten att medikalisering är uttryck för en illegitim expansion av medicinen till andra domäner, tala om en *illegitim avmedikalisering* av sjukförsäkringen. I sin iver att hindra medikaliseringen har politiken valt att med lagar och riktlinjer gå emot den medicinska vetenskapens sjukdomsbegrepp, med konsekvensen att systemet blivit så pass restriktivt att rättssäkerheten ifrågasatts (Mannelqvist et al. 2016), och där det inte längre är självklart att den som enligt ett (social)medicinskt synsätt är för sjuk för att arbeta berättigas ersättning. Detta illustrerar en pågående kamp där politiken använt sig av sina maktresurser (lagstiftning och normering via riktlinjer) för att konsekvrera sina tolkningar, och på detta sätt angripa den tidigare dominanta medicinen.

## Slutsatser

Vi bör försöka hålla två tankar i huvudet samtidigt: ett problem – och dess lösning – kan vara *både* medicinskt och socialt. En persons hälsoproblem kan ha sin grund i organisatoriska eller sociala orsaker, och kan likväl innebära faktiska – och medicinskt konstaterbara – nedsättningar. Den sammantagna bilden kan innebära att personen inte kan arbeta, och att det vore direkt olämpligt att denne återgår till arbetet utan insatser som påverkar orsakerna. En huvudlös aktiveringspolitik kommer, som vi har sett, att förlägga orsakerna i organisatoriska eller sociala förhållanden för att kunna neka sjukpenning, men kommer sedan att individualisera ”lösningarna” genom att lämna individen att själv hantera problem som ligger utanför dennes påverkan. Ett socialmedicinskt sjukdoms- och arbetsförmågebegrepp skulle å andra sidan inbegripa

sociala orsaker, och därmed också innebära ett ökat fokus också på att lösningarna förläggs i den sociala kontexten.

Medikalisering är inte i sig ett normativt begrepp, utan endast en beskrivning av hur fenomen benämns, tolkas och hanteras via medicinsk terminologi. Det är dock ett begrepp som ofta, via politiska processer, används normativt. Det politiska systemet har sedan 1990-talet arbetat för att avmedikalisera sjukförsäkringen och renodla sjukdomsbegreppet till en strikt biomedicinsk tolkning, vilket står i kontrast till det mer socialmedicinska sjukdomsbegrepp som företräds av sjukvården och andra aktörer. Jag argumenterar för att denna utveckling kan ses som en illegitim avmedikalisering, eftersom det leder till att personer som är för sjuka för att arbeta nekas ersättning från systemet. Istället bör vi betrakta sjukskrivning, både avseende orsaker och lösningar, som en kombination av medicinska och sociala faktorer, och organisera stödsystemen därefter.

Arbetsförmåga är i forskningen ett holistiskt och kontextuellt begrepp, som är avsevärt bredare än hur sjukförsäkringssystemet använder det. Paradoxalt nog kan sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp sägas vara avmedikaliserat, *samtidigt* som det tolkas i rent biomedicinska termer. Denna paradox är möjlig eftersom detta snäva sjukdomsbegrepp rimmar illa med hur såväl sjukdoms- som arbetsförmågebegreppet beskrivs i den vetenskapliga litteraturen. Det innebär att systemet, om det ska använda termen arbetsförmåga, antingen borde bredda sitt synsätt på vad detta begrepp innebär (och därmed tillåta flera aspekter att påverka bedömningen), eller att sluta kalla det de bedömer för arbetsförmåga.

*Christian Ståhl*

Linköpings universitet

## Referenser

- Correia, T. (2017) "Revisiting Medicalization: A Critique of the Assumptions of What Counts As Medical Knowledge", *Frontiers in Sociology* 2 (14). doi: 10.3389/fsoc.2017.00014.
- Ekberg, K., Ed. (2014) *Den relativa arbetsförmågan: Teoretiska och praktiska perspektiv*. Lund, Studentlitteratur.
- Frayne, D., Ed. (2019) *The Work Cure: Critical essays on work and wellness*. Monmouth, PCCS Books.
- Försäkringskassan (2018) *Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365*. Stockholm, Försäkringskassan.
- Hallerstedt, G., Ed. (2006) *Diagnosens makt: Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg, Daidalos.
- Kaluza, J. (2018) *Sjukskrivnas arbetsbörda: Arbetande medborgare möter en kundorienterad byråkrati*, Karlstad universitet.
- Karlsson, E. A., I. Seing, J. Sandqvist & C. Ståhl (2019) "Communication charac-

- teristics between clients and stakeholders within the Swedish sickness insurance system – a document analysis of granted and withdrawn sickness benefit claims”, *Disability and Rehabilitation* 1-11. doi: 10.1080/09638288.2019.1592247
- Lindqvist, R. (2019) *Aktivering och medikalisering i sjukförsäkringen: Det sociala medborgarskapets förändrade innebörder*. Malmö, Égalité.
- Mannelqvist, R., B. Karlsson & B. Järholm (2016) *Arbete och arbetsmarknad i sjukförsäkringen*. Stockholm, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering
- Ståhl, C. (2015) ”Arbetsrehabiliteringens aktörer och roller - ett systemteoretiskt perspektiv”, i K. Ekberg, M. Eklund & G. Hensing (red.) Återgång i arbete: Processer, bedömningar åtgärder. Lund, Studentlitteratur.
- Ståhl, C., T. Svensson, G. Petersson & K. Ekberg (2009) “The Work Ability Divide: Holistic and Reductionistic Approaches in Swedish Interdisciplinary Rehabilitation Teams”, *Journal of Occupational Rehabilitation* 19 (3): 264-273. doi: 10.1007/s10926-009-9183-2.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2018) *Kompetensutveckling i försäkringsmedicin. Vägledningar för planering, ledning och styrning*. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Wåhlin, C., K. Ekberg, J. Persson, L. Bernfort & B. Öberg (2013) “Evaluation of Self-Reported Work Ability and Usefulness of Interventions Among Sick-Listed Patients”, *Journal of Occupational Rehabilitation* 23 (1): 32-43. doi:10.1007/s10926-012-9376-y.