



Till Trafikförsäkringsföreningen  
Att: Carina Pettersson  
Box 24035  
104 50 Stockholm  
[carina.pettersson@tff.se](mailto:carina.pettersson@tff.se)

Vår referens: Astrid Källström  
[astrid.kallstrom@rtp.se](mailto:astrid.kallstrom@rtp.se)

Sundbyberg den 29 juni 2026

## Synpunkter på ”Revidering av det medicinska tabellverket – Smärta”

Personskadeförbundet RTP är en politiskt obunden medborgarrättsorganisation som arbetar för ett universellt utformat samhälle, där medborgarna har rätt till en livsinriktad och individuellt anpassad rehabilitering för att kunna leva ett så aktivt och självständigt liv som möjligt. Förkortningen RTP står för rehabilitering, tillgänglighet och påverkan.

Läs mer om oss på [rtp.se](http://rtp.se).

## Kommentarer på ett antal formuleringar i *Förslag till ändring med motivering*

### Sida 1

*”I vårt förslag har vi utgått från att smärta ska bedömas på samma sätt oavsett orsak till smärtan. Därför föreslår vi ett undantag från den övergripande ambitionen att undvika hänvisningar mellan tabellverken. Vi ser en fördel att kapitlet om smärta finns i samma tabellverk som kapitlet om psykiska sjukdomar eftersom det är relativt vanligt med samsjuklighet. Strukturen i kapitlet liknar också den struktur som finns i tabellverket för sjukdom.”*

### Kommentar:

Generellt anser vi att ett eget kapitel för långvarig smärta är rätt tänkt då den enligt medicinsk vetenskap och klinisk praxis betraktas som ett tillstånd i sig. Det ligger även delvis i linje med WHO:s ICD 11 men skillnaden är att långvarig smärta klassificeras där som övergripande diagnos. I WHO:s diagnossystem finns även ett antal undergrupper, beroende på om den långvariga smärtan är primär, sekundär eller långvarig utan särskild diagnos. Vi rekommenderar att tabellverkets kapitel om långvarig smärta specificeras och anpassas i sin helhet till strukturen i ICD 11.

Vi anser det är problematiskt att antyda någon form av samhörighet mellan långvarig smärta och ”psykisk sjukdom”. Det är ett otydligt begrepp som används för mångt och mycket, även i ert tabellverk om medicinska sjukdomar. Vi menar det är fel att sortera till exempel demens under ”psykisk sjukdom” (Medicinsk invaliditet – sjukdomar 2023, s. 24). Såvitt vi vet är demens ett samlingsbegrepp för neurologiska sjukdomar.

Långvarig smärta uppstår oftast till följd av en fysisk skada eller somatisk sjukdom. Att tillståndet kan leda till symtom som exempelvis nedstämdhet behöver inte tyda på en psykiatrisk samsjuklighet (om det är det ni menar med "psykisk sjukdom"). Däremot vill vi se att det tydligt framgår i tabellverket att långvarig smärta är ett komplext tillstånd med biopsykosociala faktorer som kan påverka hela livssituationen, det vill säga att klara sin vardag, umgås med närstående och vänner, leva ett självständigt liv samt även att kunna försörja sig som tidigare. Den medicinska biopsykosociala modellen har sin förankring i en helhetssyn som har visat sig gynnsam för bedömning och behandling av patienter med långvarig smärta. Det borde vara självklart att invaliditetsgraderingen följer samma princip, för patienternas och samhällets bästa.

Behandling på en rehabiliteringsmedicinsk specialistmottagning samt uppföljning är mycket viktigt för att personer med långvarig smärta ska kunna leva ett så gott liv som möjligt, särskilt med tanke på att smärtan sällan försvinner helt. Rehabilitering efter psykiatrisk sjukdom ser annorlunda ut och kan ges av regionens öppenvård och/eller kommunen, med fokus på socialtjänstens individanpassade insatser för återhämtning. Rehabilitering vid långvarig smärta fokuserar däremot mycket på fysioterapi och arbetsterapi och kan kompletteras med beteendeterapeutiska inslag. Rehabiliteringen skiljer sig åt eftersom det rör sig om olika tillstånd.

Att viss likhet i samsjuklighet existerar får inte resultera i att gränserna mellan långvarig smärta och "psykisk sjukdom" suddas ut. Det skulle försämra möjligheten till en korrekt medicinsk invaliditetsgradering på bekostnad av individen och hans livssituation. Med det sagt vill vi också lyfta att vi är mycket kritiska till att ni i befintligt underlag anger smärta som ett besvär vid "psykisk sjukdom".

Ni motiverar flytten av långvarig smärta till tabellverket för medicinska sjukdomar med likheter i samsjuklighet vid långvarig smärta och "psykisk sjukdom". Dessutom anger ni praktiska skäl som handlar att läsarna ska slippa använda två olika tabellverk samtidigt. Men det kommer även efter ändringen att ske eftersom texterna om skador och akut smärta finns då i ett annat tabellverk än kapitlet om långvarig smärta.

*"Vårt förslag bygger på att det är funktionsnedsättningen i sig som är avgörande vid bedömning av medicinsk invaliditet. Det är primärt objektiva funktionsnedsättningar som ska bedömas, det kan till exempel vara konsekvenser som subjektiva besvär ger. Även andra subjektiva beskrivningar av besvär kan tas hänsyn till, men de behöver i så fall korrelera med objektiva fynd."*

#### **Kommentar:**

Formuleringen kan försvåra en rättvis bedömning vid långvarig smärta som ibland inte kan bekräftas med dagens teknik, exempelvis vid nack- och käksmärta efter trauma eller vid långvarig huvudvärk efter mild traumatisk hjärnskada. Så länge det varken finns möjlighet att avbilda skadan eller att få vetenskapliga belägg på ett annat sätt förblir smärtan subjektiv, utan möjlighet till verifiering.

Tabellverkets preliminära text öppnar upp för att neka invaliditet delvis eller helt om de subjektiva beskrivningarna inte "korrelerar med objektiva fynd". Effekten blir en fortsatt svår livssituation med personligt lidande, risk för ökad socioekonomisk utsatthet, hög vårdkonsumtion samt en växande ojämlikhet jämfört med befolkningen i övrigt.

Att neka en invaliditetsgrad kan också strida mot funktionsrättskonventionen, det vill säga FN:s konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Den stipulerar bland annat rätten att delta i samhällslivet på lika villkor. Då Sverige har ratificerat konventionen ska alla samhällsaktörer göra sitt yttersta för att leva upp till konventionens krav.

*"I tidigare tabellverk har ramvärdet varit 35 procent. I tabellverket från 2013 fanns utöver smärta en rad andra skadeföljder som numer inte bedöms under detta avsnitt, till exempel trötthet, yrsel, huvudvärk, kognitiva besvär, smärtbetingad rörelseinskränkning, känsel- och kraftnedsättning, tinnitus, ångest, asteni, fobier, depression, psykosomatiska reaktioner, generell smärtspridning och myofasciellt syndrom. Då dessa skadeföljder numer bedöms enligt andra avsnitt i tabellverket har vi i samråd med medicinska rådgivare gjort bedömningen att ramvärdet bör sänkas till 30 procent.*

*Vi har tagit i beaktande att några medicinska rådgivare anser att ramvärdet i enskilda fall blir för lågt. Vår slutsats tillsammans med medicinska rådgivare är att föreslaget ramvärde täcker funktionsnedsättningar till följd av smärta. Vi utesluter dock inte att avsteg med individuell bedömning kan göras i särskilda mycket svåra fall."*

#### **Kommentar:**

Generellt försämrar minskningen av ramvärdet till maximalt 30 procent livssituationen för personer med mycket svår kronisk smärta. Det är oklart på vilket sätt tabellverkets strukturella förändringar kan legitimera ett minskat takbelopp. Tyvärr verkar det som svepskäl och drivkrafterna bakom minskningen förblir okända.

Vi ställer oss frågande till varför det inte redovisas (rehabiliterings-) medicinska argument för minskningen av ramvärdet samt vad som gav utslag för att nöja sig med en majoritet av röster i stället för att uppnå konsensus i beslutet. Den öppningen som formuleringen avser förefaller mycket snäv och antas vara aktuell för väldigt få personer med mycket svår kronisk smärta. Det riskerar att slå hårt mot alla andra personer som lever med svår långvarig smärta.

Då människan bör bedömas utifrån ett helhetsperspektiv blir det antagligen nödvändigt att göra avsteg ofta och vid lägre smärtintensitet. Enligt tabellverkets preliminära version verkar det inte vara möjligt med undantag för särskilda mycket svåra fall. Där finns en risk att det slår hårt mot många människor med smärta som inte ingår i gruppen "särskilda mycket svåra fall".

#### **Sida 2**

*"Vid framtagande av struktur och nivåer har vi jämfört med andra sjukdomar, såsom reumatologi och astma. Vi har konsulterat medicinska rådgivare inom ortopedi, neurologi, algologi/reumatologi samt psykiatri. Vi har också tagit in synpunkter från medicinska rådgivare inom kirurgi och gynekologi/obstetrik."*

#### **Kommentar:**

Här saknar vi rehabiliteringsmedicinen som har specialistkompetens för behandling av långvarig smärta. Det är oklart för oss varför reumatologi och lungmedicin framstår som vägledande discipliner för definiering av invaliditetsnivåer vid långvarig smärta när specialisterna finns inom rehabiliteringsmedicinen. Enligt vår bedömning är det ett allvarligt misstag.

Vi rekommenderar starkt att inhämta rehabiliteringsmedicinsk specialistkompetens och skicka ut tabellverken igen efter en kompletterande rehabiliteringsmedicinsk översyn.

*”När det gäller tidpunkt för bedömning anser vi och de medicinska rådgivare vi har konsulterat att man bör ha ställts inför de utmaningar och sociala sammanhang som man ställs inför som vuxen.*

*För att fastställa en definitiv invaliditet är det också värdefullt om man provat vara mer självständig i ADL genom eget boende. Det blir då mer tydligt hur smärtan påverkar ADL, det blir mer objektivt verifierbart. Eftersom detta inte uppnås vid en specifik ålder, har vi valt ett åldersspann.”*

#### **Kommentar:**

Vi anser att resonemanget kring tidpunkt för bedömning behöver ses över. Anledningen är att det är oklart vad som menas med vuxenliv. Handlar det om att flytta hemifrån, utbilda sig eller börja arbeta? Dagens ungdomar har ofta svårt att få tag på ett eget boende eftersom det saknas billiga hyresrätter. Det gäller särskilt storstadsregionerna där högskolorna och jobben finns. En grupp som har stora svårigheter att ta steget till vuxenlivet är unga med funktionsnedsättning då det finns brist på anpassade lägenheter och boenden för unga med fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning. Enligt er beskrivning av tidpunkten för bedömning riskerar de nämnda grupperna att exkluderas, vilket strider mot funktionsrättskonventionen.

Att göra ett självständigt liv som kriterium för bedömning av invaliditet blir för många unga med speciella behov och långvarig smärta en tröskel som är mycket svårt att ta sig över. Vi efterfrågar ett öppnare resonemang med tydlig förankring i funktionsrättsperspektivet.

#### **Sida 3 – Gradering av besvär**

*”Mycket svåra besvär: Ihållande ej avledbar smärta av intensiv karaktär med mycket stor påverkan på funktion och ADL. Påverkar psykiska elementarfunktioner och sociala aktiviteter i mycket hög grad. Smärtan är objektivt invalidiserande.”*

#### **Kommentar:**

Formuleringen avser gradering 3, det vill säga 30 procent invaliditet och beskriver en mycket svår livssituation med stort lidande, beroende av närstående eller andra i närheten för att klara vardagen och i princip obefintlig förmåga att försörja sig. Vi menar att invaliditetsgraden inte återspeglar situationens allvar och måste höjas till 35 eller högre för att på något sätt stå i paritet med en nästan outhärdlig form av långvarig smärta. Utöver det anser vi att graderingen borde börja med någon procent. Detta för att undvika risken att subjektiv eller objektivt verifierbar smärta som ligger mellan lindrig och måttlig generellt hamnar på noll procent, trots att det är en nivå av smärta som kan påverka vardagen för vissa. Låga procenttal anges för övrigt vid andra tillstånd som ingår i tabellverken för skada och sjukdom.

Med vänliga hälsningar

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marina Carlsson', written in a cursive style.

Marina Carlsson, Förbundsordförande Personskadeförbundet RTP

Kontakt:

Astrid Källström, kommunikatör, 08-629 27 97, [astrid.kallstrom@rtp.se](mailto:astrid.kallstrom@rtp.se)