

# Signerat dokument

via <https://signera.ebox.nu>



## Signerad text:

Jag har läst och förstår innehållet i PDF-filen (1) och samtycker och godkänner allt som avtalas däri, som om jag skrivit under en fysisk utskrift av PDF-filen (1):

(1) Avser PDF-fil enligt följande

Namn: Remissvar SOU 2024-26 från Eva Grundelius 240627.pdf

Storlek: 2089121 byte

Hashvärde SHA256:

acfc7c4303ba912afc947f7558b6575f2f9dbd9a671fe8f0efe291f87c9b822

*Originalfilen och signaturerna är bifogade som bilagor till denna PDF.*

*För att öppna bilagorna kan en dedikerad PDF-läsare krävas.*

## Signerat av 1:

EVA GRUNDELIUS

Signerat med BankID 2024-06-27 13:25 Ref: d7b322e9-b6e4-4356-b5c2-391a5b4c1d84

2024-06-27

Till [s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)

Kopia: [s.sf@regeringskansliet.se](mailto:s.sf@regeringskansliet.se)

[eeva.seppala@regeringskansliet.se](mailto:eeva.seppala@regeringskansliet.se)

Remissvar på SOU 2024:26 från Eva Grundelius, Dnr S2024/00752

## SAMMANFATTNING

### Utan rehabiliteringskedjan kan vi få rättssäkerhet och effektivitet

SOU 2024:26 ska lämna nödvändiga författningsförslag, om en utvärdering visar att sjukfallen inte avslutas så som är avsett, utan blir omotiverat långa eller att det uppstår andra negativa konsekvenser för samhället eller individen.

För att veta hur sjukfall bör avslutas måste man läsa in sig på lagen, vilket utredningen inte har gjort. Utredningen är inte införstådd med att det är rätten till två olika förmåner som ska utredas och prövas i ett vanligt sjukfall; först rätten till *rehabiliteringsåtgärder*, enligt 29–31 kap. [SFB](#) och 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#), därefter rätten till *sjukpenning*, enligt 27 kap. 2–8 §§ [SFB](#).

Av 29 kap. 2 § [SFB](#) framgår vidare att syftet med rehabiliteringsåtgärder är att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att *försörja sig själv genom förvärvsarbete*. Försäkringskassan är skyldig att i samråd med den försäkrade se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och att åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade, se 30 kap. 9 § [SFB](#). Rehabiliteringsåtgärder ska vidare alltid planeras i samråd med den försäkrade och *utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov*, se 30 kap. 3 § [SFB](#).

Bestämmelserna i den s.k. rehabiliteringskedjan, som utredningen har stirrat sig blind på, trumfas av 27 kap. 50 § [SFB](#), som innebär att rehabiliteringsåtgärder enligt 27 kap. 6 § [SFB](#) och 29–31 kap. [SFB](#) ska gå före krav på förvärvsarbete. Det sistnämnda är själva kärnan i sjukförsäkringen. Liknande bestämmelser har funnits åtminstone sedan Lag om allmän försäkring trädde kraft år 1963.

***Om vi sammanfattar vad lagen innebär ska sjukfall alltså avslutas med att de försäkrade kan försörja sig själva genom förvärvsarbete. Den anvisade metoden för att nå målet är att säkerställa att var och en får individuellt effektiva medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Sjukförsäkringsärenden ska därför alltid utredas i samarbete och beslutas individuellt.***

Det framgår dock att utredningen tror, att det endast är en sjukpenningförsäkring som ska hanteras, att det är lagligt att utförsäkra människor till arbetslöshet och bidragsberoende samt att likabehandling är tillåten, vilket inte är fallet. Utredningen har inte heller tagit fram några data gällande de enskilda sjukfallen – och vi får därför inga svar på frågan om de avslutas så som lagen föreskriver.

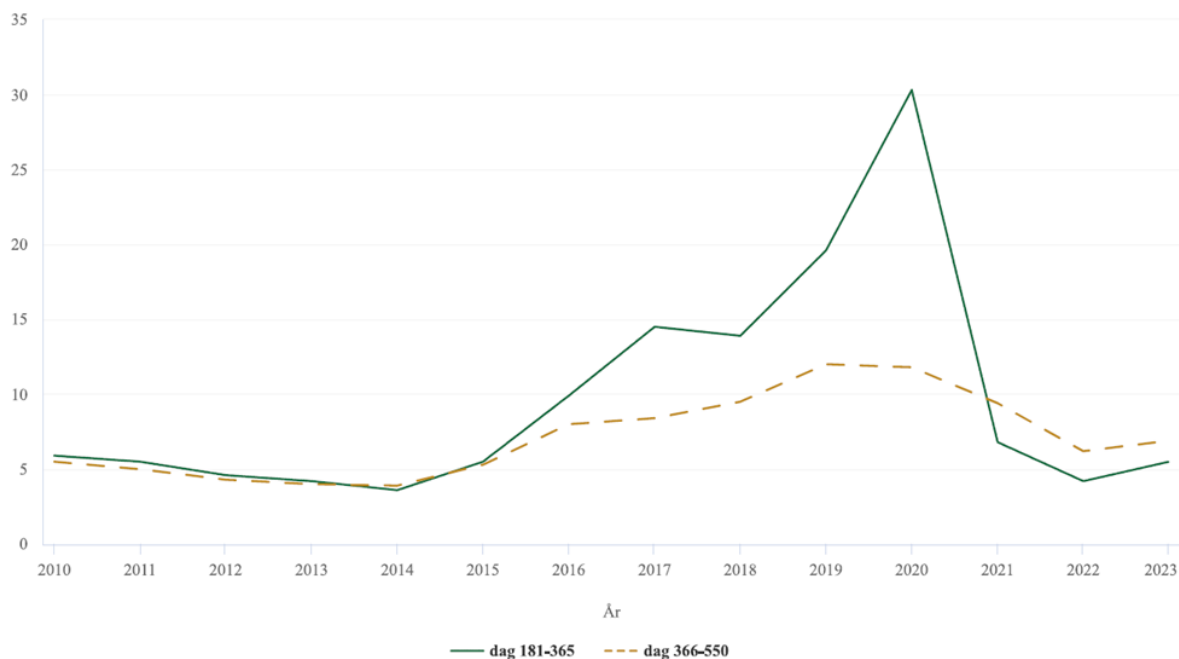
Eftersom jag själv har ägnat sju år åt att studera rättstillämpningen i sjukförsäkringen, inklusive Försäkringskassans interna styrning, bidrar jag med en egen utredning och ett eget författningsförslag. De viktigaste slutsatserna är:

1. Att staten avhände sig den rättsliga kontrollen över sjukförsäkringen, när de tre försäkringsrätterna ersattes av 24 länsrätter, den 1 juli 1991. Sedan dess har försäkringen inte varit rättssäker, inte effektiv och inte förutsägbar.
2. De rättsliga problemen förvärrades med [Prop. 1995/95:147](#), genom vilken hälso- och sjukvården smutskastades och framtogs makten över vilka som behöver rehabiliteras genom sjukskrivning. Kassan tilldelades en felaktig roll.
3. Effektivitetsproblemen eskalerade ytterligare år 1997, då de gällande rehabiliteringsbestämmelserna åsidosattes med den s.k. Steg-för-steg-modellen. Den destruktiva statliga styrningen ledde till att sjuktalen fördubblades.
4. Rehabiliteringskedjan med fasta tidsgränser borde aldrig ha införts den 1 juli 2008, eftersom den förstör både effektiviteten och rättssäkerheten. När 27 kap. 50 § [SFB](#) censureras, är rättstillämpningen även uppenbart felaktig.
5. Enligt 113 kap. 3 och 6 §§ [SFB](#) är Försäkringskassan skyldig att på eget initiativ rätta beslut som har fått en oriktig utgång på grund av kvalificerade juridiska fel. Vi har haft samma rehabiliteringsbestämmelser sedan år 1992.
6. Det finns hos Försäkringskassan ca 600 000 avslags- och indragsbeslut, fr.o.m. 1992, som bör granskas med avseende på kvalificerade juridiska fel.
7. Förvaltningsdomstolarna har inte prövat rätten till rehabiliteringsåtgärder, när de avslår en begäran om sjukpenning; ca 138 000 domar behöver granskas.
8. Om vi avskaffar rehabiliteringskedjan, gör smärre justeringar i en handfull bestämmelser samt fokuserar på försörjningsförmåga, kan vi få en sjukförsäkring som är rättssäker och effektiv, se mitt författningsförslag.
9. Det avgörande problemet i sjukförsäkringen, är att staten inte har haft konstruktiva drivkrafter. Om vi är överens om att syftet med försäkringen är att hjälpa de försäkrade tills det är styrkt att de kan försörja sig ändrar vi på det.

## Utredningen föreslår stupstockar vid 180 dagar och vid 365 dagar

Diagrammet nedan är från [Försäkringskassans databas](#) och visar hur andelen avslag på ansökan som sjukpenning fr.o.m. dag 181–550 har varierat över tid.

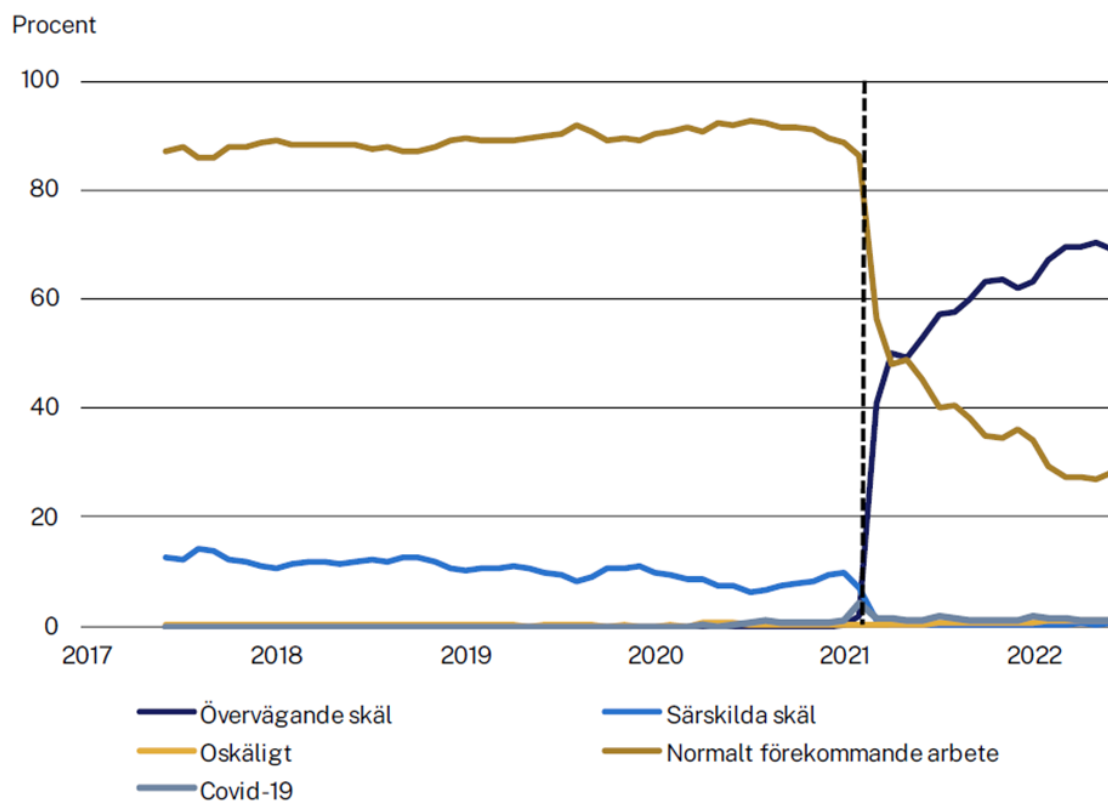
Andel avslag (%)



Mellan år 2010 och 2020 hade vi inga lagändringar av betydelse. Men när regeringen år 2015 krävde att Försäkringskassan skulle sänka sjuktalet till 9.0 år 2020, ökade Försäkringskassan avslagen mellan 181 och 365 dagar från 5 till 30 procent. Om regeringen inte hade bytt politik vintern 2020–2021 hade antagligen avslagen ökat ytterligare. ***Det är situationen som rådde när avslagen ökade kraftigt som SOU 2024:26 föreslår att vi ska återvända till – om rättstillämpningen ska vara fortsatt felaktig, genom att 27 kap. 50 § [SFB](#) censureras.***

På nästa sida är ett diagram från s. 23 i Riksrevisionens rapport [RiR 2024:14 Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning](#). Diagrammet visar hur stor skillnad en av reformerna, som SOU 2024:26 skulle utvärdera, har gjort. Innan bedömdes drygt 10 procent av ärendena mellan dag 181 och 365 enligt något av undantagen. År 2022 användes undantaget *övervägande skäl* i cirka 70 procent av ärendena.

Riksrevisionen har – till skillnad från SOU 2024:26 – studerat hur sjukförsäkringen fungerar för individerna. Med hjälp av avancerade statistiska metoder har man bl.a. kommit fram till att det finns en positiv effekt på försörjningsförmågan av att bedömas med stöd av *övervägande skäl*, jämfört med att bedömas



mot normalt förekommande arbete eller något annat undantag. ***Sannolikheten att kunna försörja sig själv genom förvärsarbete är 17 procent högre, när övervägande skäl används, se s. 26 i [RiR 2024:14](#).***

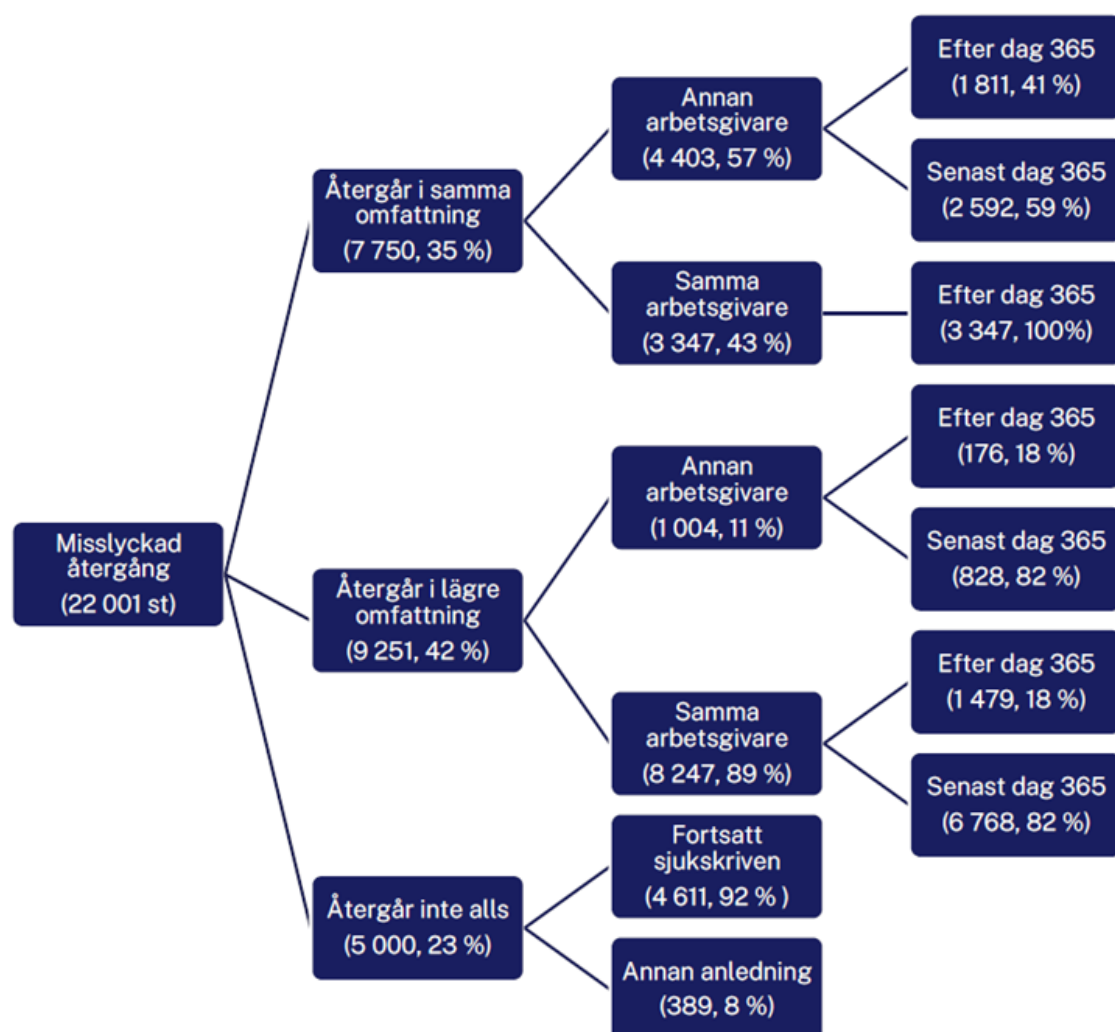
### Mitt författningsförslag ska åtgärda problemen som RiR har belyst!

Riksrevisionen (RiR) har analyserat data gällande hur 40 656 individer, som bedömdes mot undantaget *övervägande skäl*, lyckades med rehabiliteringen och försörjningen, d.v.s. gjort det som efterfrågades i direktivet till SOU 2024:26. Hur RiR har gått till väga beskrivs på s. 1–11 i [Bilagan](#) till [RiR 2024:14](#).

Det visar sig att 18 655 personer (46 %) hade återgått till det ordinarie arbetet i full omfattning före dag 365, när det definieras som att förvärsinkomsten är minst 90 procent av vad den var före sjukskrivningen. Vad som hände med de övrigas försörjning framgår av bilden på nästa sida.

22 001 personer, 54 procent av det totala antalet som fick vara sjukskrivna på grund av *övervägande skäl*, misslyckades med att inom 365 dagar komma tillbaka till det ordinarie arbetet, i samma omfattning som innan de blev sjuka.

***Av dessa var det 35 procent som lyckades med att återgå i full utsträckning efter dag 365, men 57 procent av dessa bytte arbetsgivare. Även bland dem***



*som återgick i lägre omfattning var det 11 procent som bytte arbetsgivare.*

Dessutom ser vi i figuren ovan, att det var 5 000 av 40 656 (12 %) som inte alls kom i arbete. *Totalt var det 14 251 av 40 656 personer (35 %) som efter ett år som sjukskrivna fortfarande behövde fler och bättre medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, för att förbättra hälsan och kunna försörja sig själva i samma omfattning, som de gjorde innan de blev sjuka.*

Mitt författningsförslag syftar till att konstruktivt hantera verkligheten som Riksrevisionen har kartlagt. För det första är rehabiliteringskedjan ineffektiv, för att den utgår från fördomen att rehabilitering alltid bör inledas med att den försäkrade får hjälp med att återgå till det befintliga arbetet. Om vi tar bort rehabiliteringskedjan, kan alla sjukförsäkringsutredningar inledas med frågan *om det är medicinskt lämpligt att den enskilde återgår till sitt vanliga arbete – och om den försäkrade själv är fullt motiverad till att göra det.*

För det andra har jag föreslagit att *Försäkringskassan ska göra rehabiliteringsplaner i samråd med den försäkrade m.fl. i alla sjukförsäkringsärenden*, innan beslut om rätt till sjukskrivning och sjukpenning fattas, samt även när den försäkrade behöver andra rehabiliteringsåtgärder, än sådana som innefattar sjukskrivning, för att aktivt kunna vårda sin hälsa och försörjningsförmåga.

Syftet är tvåfaldigt. Dels bör alla rehabiliteringsplaner innehålla en bedömning av vad som är ett lämpligt arbete för den försäkrade, som hen har realistiska möjligheter att kunna försörja sig på. *Är en omställning till ett annat yrke nödvändig, ska den sjukförsäkrades omskolning och rehabilitering betalas av sjukförsäkringen*, se Försäkringsöverdomstolens plenidom i Bilaga 5.

Dels ska Försäkringskassan verka för att kraven i den försäkrades arbete är rimliga och att arbetsmiljön är tillräckligt god. *Individens problem med hälsan och arbetsförmågan ska i varierande utsträckning – utifrån behov – lösas genom att arbetsgivare sänker orimliga krav och rättar till brister i arbetsmiljön.*

För det tredje har jag, redan innan Riksrevisionens rapport publicerades 2024-06-18, dragit slutsatsen att det som bör följas upp i sjukförsäkringen är om de försäkrade får effektiv hjälp, som leder till att de *kan försörja sig själva i samma utsträckning som de gjorde innan de insjuknade*. Riksrevisionen har visat hur befintlig statistik kan användas, se s. 6 i [Bilagan](#) till [RiR 2024:14](#).

För det fjärde har jag tagit fasta på att *rehabiliteringsåtgärder är en förmån i sjukförsäkringen*, se 2 kap. 11 § [SFB](#) och 23 kap. 2 § [SFB](#). Det är *inte* Försäkringskassans samordningsansvar som är förmånen, vilket myndigheten felaktigt brukar hävda, utan *de konkreta åtgärderna den försäkrade har behov av* – och därför har rätt till. Vilka åtgärderna är ska framgå av kassans rehabiliteringsplan.

För det femte är *sjukskrivning en av många tänkbara rehabiliteringsåtgärder* – och sjukskrivning kan beviljas såväl på grund av medicinska som arbetslivsinriktade behov, se kap. 29–31 a [SFB](#) samt 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#).

För det sjätte är en ansökan som sjukpenning alltid en ansökan om rehabiliteringsåtgärder, eftersom förutsättningen för att få sjukpenning är att man *behöver vara sjukskriven*. Idag är sjukskrivning den enda rehabiliteringsåtgärden som Försäkringskassan erbjuder rutinmässigt – och det förhållandet behöver ändras, om sjukförsäkringen ska bli effektiv. En av de viktigaste förändringarna som Försäkringskassan behöver göra nu, är att *differentiera handläggningen av de initiala ärendena* så att alla försäkrade, som inte redan har tillfrisknat, får en professionell och förutsättningslös genomlysning av sina rehabiliteringsbehov.

## Rehabiliteringskedjan bör ersättas av en tydlig försörjningskedja

*Innebörden av prövningen vid 180 dagar och efterföljande tidsgränser i rehabiliteringskedjan – med eller utan utredningens förslag – är att de som har enkla diagnoser, säkra prognoser, trygga anställningar och välvilliga arbetsgivare ska favoriseras.* Samtidigt ska sjukförsäkrade med långvariga och komplicerade hälsoproblem, funktionsnedsättningar, ovilliga arbetsgivare eller som står utan arbetsgivare förvägras en individuellt anpassad rehabilitering.

Rehabiliteringskedjan motsägs för det första av 1 kap. 2 § [Regeringsformen](#). Kedjan är inte förenlig med respekt för alla människors lika värde, inte med alla enskildas rätt till välfärd, och inte med förbudet mot diskriminering.

För det andra motsägs Rehabiliteringskedjan av 30 kap. 3 § [SFB](#), som stadgar att rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov. Alla sjukförsäkrade har således rätt till individuellt utformade rehabiliteringsåtgärder. Staten har inte rätt att endast rehabilitera ett A-lag, på bekostnad av ett B-lag.

För det tredje innebär 3 kap. 2 § [HSL](#) att de som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, vilket självklart inkluderar behov av sjukskrivning som stöd för effektiva medicinska behandlingar.

*Om den uppenbart felaktiga rättstillämpningen fortsätter, vilken innebär att de försäkrades rätt till förmånen rehabiliteringsåtgärder censureras i stället för att utredas, när beslut om sjukpenning fattas – och förslagen i SOU 2024:26 dessutom genomförs – då har vi inte längre en välfärdsstat.*

Det konstruktiva alternativet är att skapa en tydlig försörjningskedja; Alla som – med rimliga insatser – kan rehabiliteras till att försörja sig själva genom förvärvsarbete ska få den möjligheten. Hur lång tid det tar är ganska oväsentligt. Det viktiga är att åtgärderna som erbjuds är utarbetade i samråd med den försäkrade och övriga rehabiliteringsaktörer samt effektiva i det enskilda fallet.

De som – efter omfattande och väl dokumenterade rehabiliteringsåtgärder – inte uppnår full försörjning, men kan jobba deltid, bör erbjudas sjukpenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning som fyller ut inkomsten.

Staten behöver även utöka utbudet av anpassade arbeten. HFD har beslutat att normalt förekommande arbeten kräver normala arbetsprestationer. En fungerande arbetslinje förutsätter därför att alla typer av normalt förekommande arbeten – vid behov – kan subventioneras. De som inte kan – eller på grund av sjukdom inte bör – arbeta alls, ska slutligen ha rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning.



## Rehabiliteringskedjan är inte rättssäker eftersom den är en prognos

Ett grundläggande axiom i en rättsstat är att det endast är faktiska omständigheter, d.v.s. händelser som redan har inträffat, som kan – och ska – ledas i bevis. Förutsägelser om framtiden kan inte bevisas, utan endast prognosticeras med olika grader av sannolikhet (osäkerhet).

De flesta sjukfall kännetecknas av att det finns alltför många osäkra faktorer, för att man med någon grad av säkerhet ska kunna veta hur den försäkrades hälsotillstånd och försörjningsförmåga kommer att vara om ett halvår. Vi vill inte heller att utredningarna av sjukfallen, som Försäkringskassan är skyldig att göra inför beslut, ska vara alltför omfattande. I många fall går det dessutom inte att göra en säkrare prognos, genom att inhämta mer information. Hur den försäkrade mår och vad hen förmår ett halvår senare, styrs i många fall av omständigheter som inte någon av parterna i sjukförsäkringsprocessen kan kontrollera.

***Så länge rätten till rehabiliteringsåtgärder, sjukskrivning och sjukpenning ska grundas på osäkra prognoser kan vi aldrig skapa rättssäkerhet.***

Alternativet till att göra osäkra prognoser är att förankra sig i vetenskap och beprövad erfarenhet och anamma hälso- och sjukvårdens arbetsmetoder. När vi besöker hälso- och sjukvården är det för det första alltid nuläget (hälsotillståndet) och sjukdomshistorien (anamnesen), tillsammans med vad man kan veta om hur de olika diagnoserna brukar fungera, som utgör beslutsunderlaget.

För det andra handlar effektiv hälso- och sjukvård om att noga och systematiskt pröva sig fram till vilka åtgärder som fungerar väl för den enskilde patienten. För det tredje intensifierar hälso- och sjukvården som regel sina ansträngningar, när det visar sig att en viss metod inte fungerar. Att ge upp är endast aktuellt när alla åtgärder som har bedömts som meningsfulla är prövade.

Statens hantering av sjukförsäkringen, under de tre senaste decennierna, utmärks av brist på professionalitet såväl juridiskt, som medicinskt och arbetslivsmässigt. Man gjorde sig av med den professionella kompetensen som fanns i försäkringsdomstolarna. I stället har personer med otillräcklig sakkunskap fått påverka hur försäkringen ska utformas och styras, vilket inte är hållbart.

Om vi vill ha en sjukförsäkring, som effektivt bidrar till att alla som kan arbeta får möjlighet att försörja sig själva genom förvärvsarbete, krävs det nu att en omfattande – professionell och vetenskapligt förankrad – metodutveckling kommer i gång. Vilda idéer, från utredare som inte är sakkunniga, ska inte tas på allvar. Inte minst behöver Försäkringskassans kompetens användas klokare.

## INNEHÅLL

### **Del 1: Utredning gällande de viktigaste problemen i sjukförsäkringen 11**

Inledning – Jag har ägnat sju år åt att ingående studera rättstillämpningen 11

8.2. Rättssäkerhet – Staten censurerar sedan länge rehabiliteringsförmånen 11

*För att säkerställa rättssäkerhet behöver tre kriterier utredas och kontrolleras* 11

*Utredningen stupar på första kriteriet; sjukförsäkringsvillkoren återges inte korrekt* 13

*Rehabiliteringsåtgärder är en förmån som förvaltningsdomstolarna helt censurerar* 13

*Syftet med sjukförsäkringen är främst rehabilitering, till vad är en individuell fråga* 16

*En vanlig bil har ett betydligt bättre försäkringskydd, än vad sjukförsäkrade har* 17

2.3 Utgångspunkter Metodvalet vilar på en falsk bild av försäkringsvillkoren 19

*2.3.2 Argumentationen om genomsnittseffekter håller inte för en kritisk granskning* 19

2.4.2 Effekter för olika grupper – Utredaren tror felaktigt på likabehandling 22

2.2 Uppdraget borde styra metodvalet men så har inte utredningen arbetat 23

2.5 Utredningen har inte säkerställt att den har förstått försäkringsvillkoren 23

*Endast färdigrehabiliterade personer träffas av tidsgränserna enligt 27 kap. 50 §* 23

*Det är staten som ska låta utreda och styrka att en försäkrad kan försörja sig själv* 25

*Utan försäkringsdomstolarna har lagstiftaren raglat som en berusad mellan dikena* 26

*Försäkringskassan beslutar så som regeringarna vill, lagarna har mindre betydelse* 29

*Regeringen utövade starka påtryckningar på Försäkringskassans styrelse våren 2021* 29

*SOU 2024:26 tillhandahåller inte någon vettig lösning på det avgörande problemet* 31

*Rehabiliteringskedjan bör skrotas för att den förstör den individuella anpassningen* 31

*Staten styr sjukförsäkringen genom att tillämpa sju destruktiva härskartekniker* 32

*En rehabiliteringsutredning ska klargöra vilka arbeten som är individuellt lämpliga* 35

Kap 4 visar att rehabiliteringskedjan förstör rättssäkerheten & effektiviteten 37

*Rehabiliteringskedjan bör avskaffas eftersom den hindrar en effektiv rehabilitering* 38

*Staten behöver drivkrafter som främjar rättssäkerhet och effektivitet i försäkringen* 39

*Staten behöver sätta stopp för sin girighet och visa att man satsar på försäkringen* 41

*En avskaffad rehabiliteringskedja ger förvaltningsdomstolarna sunda drivkrafter* 42

*Försäkringskassan är skyldig att på eget initiativ rätta beslut som har blivit oriktiga* 43

*Sjukförsäkringen finns inte för att hjälpa samhället, den ska ge välfärd åt enskilda* 47

*En haveriutredning bör klarlägga skadorna av felaktig rättstillämpning sedan 1992* 48

<b>Del 2: Synpunkter på de konkreta ändringsförslagen i SOU 2024:26</b>	<b>52</b>
9 Överväganden och förslag – Utredningen grundas på uppenbart lagtrots	52
9.1 Lagförslaget gällande bedömning vid dag 180 bör inte genomföras	53
9.2 Lagförslaget gällande begreppet särskilda skäl bör inte genomföras	56
9.3 Lagförslaget om att stryka ”angiven yrkesgrupp” bör inte genomföras	57
9.4 Förslaget om medicinska skäl för ojämn arbetstid bör inte genomföras	60
9.5 Förslaget att avskaffa reglerna för behovsanställda bör ej genomföras	61
9.6 Lagförslaget att avskaffa de särskilda äldrereglerna bör ej genomföras	62
9.7 Förslaget om att behålla äldrereglerna inom sjukersättningen tillstyrkes	64
9.8 Förslaget om att harmonisera arbetsmarknadsbegreppen är feltänkt	64
9.9 Utredningens resonemang om rehabiliteringsinsatser är okunnigt	65
9.10 Förslaget om förstärkt arbetsgivaransvar behöver verklighetsförankras	66
9.11 Försäkringskassan bör be vården om ursäkt och gottgöra skadorna	66
9.12 En bortre tidsgräns bör inte utredas eftersom det inte löser problemen	67
10 Konsekvenser – Rehabiliteringskedjan har aldrig tidigare tillämpats strikt	69
Övriga upplysningar – Kassen utreder inte sjukskrivningsbehov på rätt sätt	70
<b>Del 3: Författningsförslag med tillhörande författningskommentar</b>	<b>71</b>
Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	71
Författningskommentar	75

## Bilagor

1. Bil 1 Remissvar SOU 2024–26 fr Eva Grundelius – CV 231228
2. Bil 2 Remissvar SOU 2024-26 fr Eva Grundelius – 4 avslagsmallar från FR Uppsala 221102
3. Bil 3 Remissvar SOU 2024-26 fr Eva Grundelius – Wimi-mall 15710T04 Dag 181-365 240119
4. Bil 4 Remissvar SOU 2024-26 fr Eva Grundelius – Ändamålsenlig och sammanhållen Rapport Dnr FK2022-002542 210319
5. Bil 5 Remissvar SOU 2024-26 fr Eva Grundelius – FÖP 1987-30 Dom - Mål 1984.2017
6. Bil 6 Remissvar SOU 2024-26 fr Eva Grundelius – Ds 1994-91 Rätten till förtidspension och sjukpenning
7. Bil 7 Remissvar SOU 2024-26 fr Eva Grundelius – 210406 protokoll styrelsen 4-2021
8. Bil 8 Remissvar SOU 2024-26 fr Eva Grundelius – Tydliga domskäl och FRs roll SOU 2014-76

## Del 1: Utredning gällande de viktigaste problemen i sjukförsäkringen

### Inledning – Jag har ägnat sju år åt att ingående studera rättstillämpningen

Jag är en av tiotusentals personer, som har nekats inträde i sjukförsäkringen på oriktiga grunder. Det ledde till att jag blev mycket svårt sjuk och förlorade förmågan att försörja mig själv.

Eftersom jag är en erfaren lednings- och organisationsutvecklare, se min CV i Bilaga 1, har jag undersökt hur det kommer sig att staten inte gör det som är utlovat i lagen.

Sättet som SOU 2024:26 har bedrivits på är anmärkningsvärt. Utredningen har interagerat med och visat förtroende för Försäkringskassan, som sedan tre decennier tillbaka systematiskt bryter mot lagen. Men utredningen har inte inhämtat några synpunkter från representanter för de sjukförsäkrade, vilka i hundratusentals fall har utsatts för rena rättsövergrepp. För en bild av hur staten skadar de sjukförsäkrade rekommenderas ett besök på [#116 om dagen](#).

### 8.2. Rättssäkerhet – Staten censurerar sedan länge rehabiliteringsförmånen

På s. 196–198 för utredningen – felaktigt – ett resonemang där formell och materiell rättssäkerhet ställs mot varandra. På s. 27 i ISF:s [Rapport 2010:4 Rättssäker förvaltning](#) klargör dock Lena Marcusson att:

Det centrala för rättssäkerheten är att besluten är formellt ***och*** [min understrykning] materiellt riktiga.

Med formell rättssäkerhet avses exempelvis att regler om utredningsskyldighet, bevisbörda och beviskrav praktiseras korrekt. Med materiell rättssäkerhet avses att bestämmelser om enskildas skyldigheter och rättigheter praktiseras korrekt, när varje enskilt sjukfall handläggs.

Eller för att bli ännu mer konkret; I sjukförsäkringen finns det t.ex. formella regler som innebär att det endast är undersökande läkare och tandläkare som får utfärda intyg om enskildas sjukdomar, hälsotillstånd och sjukskrivningsbehov på medicinska grunder. I vilken utsträckning en försäkrad har rätt att vara sjukskriven med sjukpenning, avgörs däremot av materiella regler. Utredningens författningsförslag handlar om att förändra vissa materiella regler i socialförsäkringsbalken (SFB), vilka styr rätten att vara sjukskriven och få sjukpenning.

### ***För att säkerställa rättssäkerhet behöver tre kriterier utredas och kontrolleras***

Vi kan ta hjälp av § 1 i [Förordning \(2009:602\) med instruktion för Inspektionen för socialförsäkringen](#), för att förstå vad rättssäkerhet är. De två första styckena lyder:

Inspektionen för socialförsäkringen har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet.

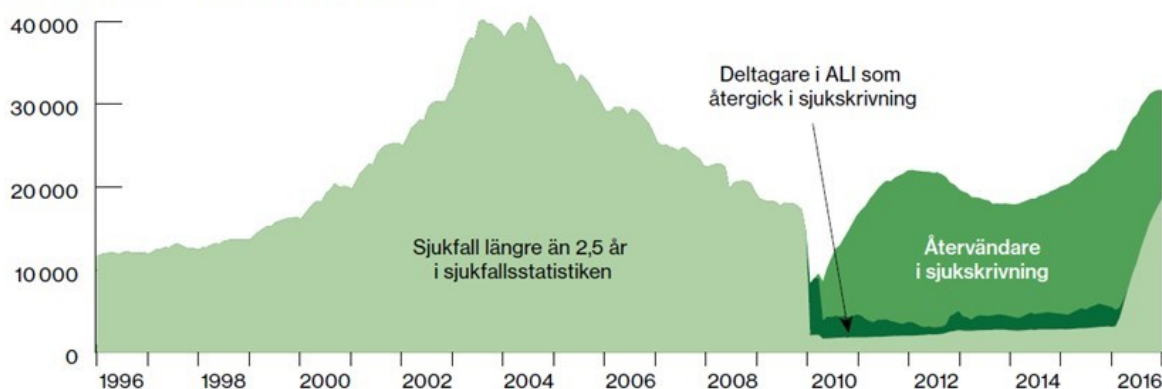
Med systemtillsyn avses granskning av om tillsynsobjektets egna system för styrning och kontroll säkerställer ***en korrekt och enhetlig tillämpning av det regelverk som tillsynsobjektet ska tillämpa*** [min kursivering]. Med effektivitetsgranskning avses granskning av om tillsynsobjektets verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

För att ta reda på om staten erbjuder en rättssäker sjukförsäkring behöver vi således besvara tre frågor:

1. Vilka lagar och regler ska Försäkringskassan och förvaltningsdomstolarna tillämpa?
2. Är regeltillämpningen *enhetlig*?
3. Är regeltillämpningen *korrekt*?

I Figur 1 nedan har vi ett exempel på rättstillämpning, som är hämtat från Försäkringskassan. Bilden beskriver hur den s.k. stupstocken i sjukförsäkringen praktiserades. Bestämmelsen innebar att endast vissa försäkrade, som var mycket svårt sjuka, hade rätt att vara sjukskrivna i mer än 2,5 år. De övriga utförsäkrades utan någon bedömning av sjukskrivningsbehovet.

Antalet pågående sjukfall längre än 2,5 år



Figur 1. Hur den s.k. stupstocken implementerades av Försäkringskassan. Från Försäkringskassans rapport [Långa sjukfall, Korta analyser 2017:2](#).

Enligt övergångsreglerna skulle bestämmelsen om stupstocken tillämpas för första gången fr.o.m. den 1 januari 2010 och den upphörde att gälla den 1 februari 2016. Det framgår för det första, av Figur 1, att Försäkringskassan följde lagen och började tillämpa bestämmelsen vid rätt datum samt att man slutade använda bestämmelsen vid rätt datum, se det ljusgröna fältet.

För det andra förefaller tillämpningen ha varit enhetlig. Närmare 90 procent av de sjukskrivna, som uppnådde en sjukskrivningstid på 2,5 år utförsäkrades automatiskt. De fick inte något beslut om att rätten till sjukskrivning och sjukpenning var utredd, prövad och indragen. I stället bokförde Försäkringskassan de som föll för stupstocken i en särskild grupp, som kallades *avslutad sjukpenning på grund av uppnådd maxtid*, i rapporter och dylikt.<sup>1</sup> De som föll för stupstocken finns inte heller med i den gängse statistiken om avslag och indrag.

För det tredje kan vi konstatera att Figur 1 inte säger någonting om ifall regeltillämpningen var korrekt. Vi vet inte om det finns signifikanta skillnader mellan dem som utförsäkrades respektive fick vara kvar i försäkringen. För att ta reda på det behöver man granska representativa stickprov av enskilda ärenden från de två grupperna. Svaret kan bli allt ifrån att sjukförsäkringen fungerade som ett lotteri, till att det var stor skillnad mellan dem som utförsäkrades respektive fick vara kvar, och att lagstiftarens intentioner verkställdes på ett bra sätt.

<sup>1</sup> Enligt mejlsvar från Karin Andersson, Försäkringskassan 2024-05-14.

### **Utredningen stupar på första kriteriet; sjukförsäkringsvillkoren återges inte korrekt**

På s. 198 skriver utredningen dels att *sjukförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring i händelse av arbetsförmåga på grund av sjukdom*. Vid några tillfällen kallas försäkringen även för *sjukpenningförsäkringen* (s. 20, 21, 213 och 215). Dels skriver utredningen på s. 198 att *sjukförsäkringen är en omställningsförsäkring*

Påståendena är missvisande. Syftet med sjukförsäkringen är att, genom medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder samt arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, vårda och återupprätta individers förmåga att försörja sig själva genom förvärvsarbete, när individerna har – eller har en förhöjd risk att få – sjukdomar, som inverkar negativt på den personliga arbets- och försörjningsförmågan.

Rätten till sjukpenning regleras i 27 kap. 2–8 §§ [SFB](#). Det är en förmån som kan betalas ut på grund av nedsatt arbetsförmåga och/eller i förebyggande syfte m.m., se 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#). För att få sjukpenning i förebyggande syfte måste inte ens en sjukdom föreligga, det räcker att det finns en förhöjd sjukdomsrisk.<sup>2</sup>

### **Rehabiliteringsåtgärder är en förmån som förvaltningsdomstolarna helt censurerar**

Anledningen till att utredningen navigerar fel i frågan om vad sjukförsäkringen syftar till, är att staten – fr.o.m. början av 1990-talet har genomfört ett antal destruktiva reformer, genom vilka såväl rättssäkerheten som effektiviteten (den individuella precisionen) i sjukförsäkringen har förstörts. I praktiken har staten ensidigt frånträtt avgörande försäkringsvillkor i lagen.

Den första reformen, som förstörde sjukförsäkringen, är det hastiga avskaffandet av försäkringsdomstolarna fr.o.m. den 1 juli 1991, se [Prop. 1990/91:80](#). Vi hade tre försäkringsrätter med kammarrättsstandard, d.v.s. tre domare, samt en försäkringsöverdomstol, som hade både domare och nämndemän.

Tillsammans hade de fyra specialdomstolarna cirka 350 socialförsäkringsexperter; bl.a. ett hundratal för ändamålet högt specialutbildade jurister, ungefär lika många nämndemän som var specialiserade på arbetslivsfrågor i förhållande till sjukdom och arbetsskador m.m. samt närmare 70 oberoende medicinska specialister (högt utbildade läkare och tandläkare), vilka var utsedda av regeringen.

Regelverket som man behöver behärska, för att kunna döma rättssäkert i socialförsäkringsmål, omfattar – då som nu – ett par tusen bestämmelser, vilka idag återfinns i bl.a. socialförsäkringsbalken, förvaltningslagen, förvaltningsprocesslagen och sjuklönelagen. Att vara domare i socialförsäkringsmål, är jämförbart med att utbilda sig till överläkare inom en medicinsk specialitet. Först krävs en lång teoretisk utbildning, därefter ska man tjänstgöra under handledning i flera steg, vilket tar ungefär ett decennium.

Att avskaffa försäkringsrätterna – till förmån för i socialförsäkringen helt utbildade, ensamma domare i länsrätterna – som regeringen Carlsson valde att göra våren 1991, är jämförbart med att hastigt avskaffa hela psykiatrin, och i fortsättningen skicka alla med psykisk ohälsa till kroppssjukvården med motiveringen att hjärnan ändå är en kroppsdel.

<sup>2</sup> Se s. 2 i [Rättsligt ställningstagande 2023:03](#) från Försäkringskassan.

Resultatet av avvecklingen av försäkringsdomstolarna blev att vi förlorade den juridiska kompetensen som skulle garantera enskildas rättssäkerhet, när Försäkringskassan gör fel. I stället kunde kassan – i kraft av sina ingående kunskaper om reglerna i socialförsäkringen och genom att förfara juridiskt felaktigt – snabbt ta kontrollen över domstolarna.

*Idag är rättsrötan i förvaltningsdomstolarna så spridd och utvecklad, att flera av förvaltningsrätterna har färdiga avslagsmallar, vilka gör sjukförsäkrade rättslösa. Jag bifogar ett dokument med fyra sådana, som jag har fått från Förvaltningsrätten i Uppsala, se Bilaga 2. Förutom att avslagsmallarna är juridiskt felaktiga, klargör användandet av mallarna att domstolarna inte är opartiska och inte beaktar allas likhet inför lagen.*

Eller samma problem uttryckt med andra ord; Det finns inte någon väl fungerande tvåpartsprocess för att avgöra socialförsäkringsmål i de 17 förvaltningsdomstolarna, eftersom staten agerar både juridiskt inkompetent och partiskt, d.v.s. missbrukar förtroendet och makten.

Det allvarligaste juridiska felet i sjukförsäkringen, som både Försäkringskassan och alla 17 förvaltningsdomstolarna rutinmässigt gör sig skyldiga till, är att rätten till förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder är helt censurerad. När en ansökan som sjukskrivning och sjukpenning avslås, ses inte sjukskrivningsbehovet som en rehabiliteringsåtgärd, vilket det är i juridisk bemärkelse.

När Försäkringskassan får in en sjukansökan, ska myndigheten upplysa den försäkrade om att hen ska ansöka om två förmåner och tillhandahålla en blankett för det. Först ska sjukskrivningsbehovet och behovet av andra rehabiliteringsåtgärder utredas, med stöd av de detaljerade förfarandebestämmelserna i 29–30 kap. [SFB](#). Rehabiliteringsbestämmelserna innebär att Försäkringskassan är skyldig att *samråda* med den försäkrade samt *samverka* med hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, m fl. berörda, se 30 kap. 2–3, 6–7 och 9–11 §§ [SFB](#).

Eftersom handläggningen av sjukförsäkringsärenden, enligt 9 § [FL](#), ska vara skriftlig är kassan således skyldig att skriftligt dokumentera hur den har ansträngt sig för att samarbeta med de berörda och vilka sakuppgifter som har kommit fram gällande den sjukförsäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder, inklusive behovet av sjukskrivning. Det är vidare uttryckligen stadgat i 30 kap. 3 § [SFB](#) att:

Rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och ***utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov*** [min kursivering].

Vad de individuellt utformade rehabiliteringsåtgärderna i sjukförsäkringen ska syfta till klargörs i 29 kap. 2 § [SFB](#):

Rehabilitering enligt bestämmelserna i denna underavdelning ska syfta till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och ***få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete*** [min kursivering] (arbetslivsinriktad rehabilitering).

***Problemet är att varken Försäkringskassan eller de 17 förvaltningsdomstolarna använder sig av några rehabiliteringsbestämmelser i socialförsäkringsbalken, varken de som finns i 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#) eller de som finns i 29–31 a kap. [SFB](#).***

När en ansökan som sjukskrivning och sjukpenning avslås, har den försäkrades rätt till förmånen rehabiliteringsåtgärder som regel inte utretts – och Försäkringskassan har inte heller fattat något beslut om vilka konkreta rehabiliteringsåtgärder den enskilde är försäkrad för och har rätt till. Försäkringskassan betraktar i skrivande stund rätten till förmånerna sjukpenning respektive rehabiliteringsåtgärder som ”två olika spår”, vilka ska utredas oberoende av varandra. Därmed ses inte behov av sjukskrivning, som det som ska ge rätt till sjukpenning.

Bilaga 3 är en aktuell avslagsmall från Försäkringskassan, vilken gäller sjukförsäkrade som har passerat dag 180 i rehabiliteringskedjan. På s. 3 kan vi se att de enda bestämmelserna som myndigheten anser sig vara skyldig att tillämpa, när en enskild som har ett förvärvsarbete inte anses ha rätt att vara sjukskriven, är 27 kap. 2–3, 45–48, 49 a §§ [SFB](#).<sup>3</sup>

Juridiskt är det inte tillåtet att förfara så som Försäkringskassan och förvaltningsdomstolarna gör. Staten har en relativt omfattande utredningsskyldighet i sjukförsäkringsärenden, och det går inte att ansöka om sjukpenning, utan att samtidigt ansöka om att få vara sjukskriven. Jag uppfattar även att vi alla är överens om att endast personer som *behöver vara sjukskrivna*, ska ha rätt att uppbära sjukpenning – och därför är alltid sjukskrivningsbehovet det första staten behöver utreda.

Anledningen till att den specifika rehabiliteringsåtgärden sjukskrivning inte finns i lagen, är vidare att rehabiliteringsåtgärder kan vara av olika slag. Det är inte säkert att problem med hälsan och arbetsförmågan alltid ska lösas genom sjukskrivning. Ibland är det bättre med andra rehabiliteringsåtgärder, t.ex. medicinska behandlingsåtgärder i kombination med anpassningar av arbetet och/eller arbetsmiljön, eller att ställa om till ett nytt yrke etc.

Det viktiga är att Försäkringskassan säkerställer att varje individ får de rehabiliteringsåtgärder som hen personligen bäst behöver, samt att åtgärderna utvärderas och uppdateras kontinuerligt, så länge det behövs, och ända tills staten – som har bevisbördan – kan göra sannolikt att den försäkrade kan försörja sig själv genom förvärvsarbete. Några transparenta och rättssäkra rutiner som säkerställer att detta sker – i varje enskilt sjukfall – har dock inte Försäkringskassan, vilket framgår av kapitel 3 i utredningen.

När Försäkringskassan (eller en förvaltningsdomstol) går till beslut angående förmånen sjukpenning – utan att den försäkrades personliga behov av förmånen rehabiliteringsåtgärder är utrett och beslutat enligt konstens alla regler – gör beslutsmyndigheterna sig skyldiga till grova förfarandefel (grova rättegångsfel).

***Rent juridiskt råder sakprövningshinder gällande sjukpenningrätten, när det inte finns en fullgod rehabiliteringsutredning, som dels visar i vilken utsträckning den försäkrade behöver vara sjukskriven för att behandla och rehabilitera sig medicinskt. Dels ska rehabiliteringsutredningen klargöra om den försäkrade även behöver arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder inom ramen för sjukförsäkringen, innan hen kan förväntas ha förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete.***

De nu gällande rehabiliteringsbestämmelserna i sjukförsäkringen infördes år 1992. Sedan dess har staten fattat beslut om att neka rätt till sjukskrivning, utan att använda sig av de tillämpliga rehabiliteringsbestämmelserna, som numera finns i 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#) samt

<sup>3</sup> När jag fick mallen i januari 2024 var dock 27 kap. 49 a § [SFB](#), som handlade om covid-19, nyligen avskaffad.



29–31 a kap. [SFB](#), vilket är en gigantisk rättsskandal. Det är hundratusentals sjukförsäkrade som inte har fått sjukskrivningen och sjukpenningen de enligt lag har rätt till.

Det finns vidare ändringsbestämmelser i 113 kap. 3 & 6 §§ [SFB](#), vilka staten är skyldig att tillämpa, när enskildas beslut är oriktiga för att rättstillämpningen har varit uppenbart felaktig. Bestämmelserna har ingen preskriptionstid. Det som har hänt, är således att staten har byggt upp en enorm sjukförsäkringskuld, för att Försäkringskassan och domstolarna har förfarit felaktigt, i förhållande till vad lagen säger.

### ***Syftet med sjukförsäkringen är främst rehabilitering, till vad är en individuell fråga***

På s. 195 drar utredaren slutsatsen att forskningen inte ger något entydigt stöd för att rehabiliteringsinsatser påskyndar återgången i arbete. Detta bör förstås mot bakgrund av att Försäkringskassan inte utreder behovet av sjukskrivning i rehabiliterande syfte, med stöd av förfarandebestämmelserna i 29–30 kap. [SFB](#) samt bestämmelserna i 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#), innan man fattar det första beslutet om rätt till sjukpenning.

Orsaken till kassans felaktiga förfarande är att staten, genom [Prop. 1994/95:147](#), ändrade på kriterierna för att få sjukpenning – utan att ändra på lagen. Man övergav idén om att de som behövde behandling för sina sjukdomar genom sjukskrivning skulle ha rätt att vara sjukskrivna. I fortsättningen skulle endast de som – juridiskt – kan bevisa att de inte kan arbeta, ha rätt till sjukpenning.

Därmed flyttades fokuset i sjukförsäkringen från vilken vård och behandling sjukförsäkrade behöver för att bli friska, till vad de försäkrade kan förväntas prestera på arbetsmarknaden, när de är sjuka. Dessutom klagade regeringen Carlsson III i propositionstexten, att alla uppgifter och intyg från sjukförsäkrade skulle överprövas av Försäkringskassans tjänstemän. I fortsättningen var det dessa – och inte hälso- och sjukvården, arbetsgivaren eller den försäkrade själv – som skulle avgöra om sjukskrivning är en lämplig åtgärd.

Det nya förfarandet – som trotsar samtliga rehabiliteringsbestämmelser i lagen – blev möjligt för att de fyra försäkringsdomstolarna vara avskaffade. Länsrätterna hade ingenting att sätta emot, eftersom de varken var inlästa på lagen eller på den praxis som Försäkringsöverdomstolen hade utvecklat.

Dessutom lyckades Försäkringskassan, tämligen omgående efter att länsrätterna tog över, övertyga domstolarna om att reglerna om bevisning i 11 § [Förvaltningsprocesslagen](#), inte ska tillämpas. När Försäkringskassans förtroendeläkare, som inte arbetade som läkare utan endast var tjänstemän, påstod att de visste bättre än undersökande läkare hur det var ställt med den försäkrades hälsotillstånd, arbetsförmåga och sjukskrivningsbehov, godtog domstolarna de obevisade påståendena från kassan, i stället för att kräva bevis i form av nya läkarundersökningar. Som en följd, krävdes de försäkrade på motbevisning av kassans falska utsagor.

***När utredaren på s. 198 beskriver sjukförsäkringen som en inkomstbortfallsförsäkring och en omställningsförsäkring – och inte som en rehabiliteringsförsäkring – är det ett ställningstagande som motsägs av rättskällorna.*** Syftet med sjuk- och rehabiliteringspenning är att möjliggöra individuellt anpassade medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, vilka förutsätter att den försäkrade avstår från (förvärvs)arbete på del- eller heltid.

Huruvida rehabiliteringsåtgärderna ska syfta till att den försäkrade kan försörja sig själv genom att fortsätta inom ett befintligt yrke (karriärområde), eller om det är lämpligt att den försäkrade får stöd till att ställa om till ett nytt yrke, ska avgöras från fall till fall – genom att Försäkringskassan *efterfrågar* den försäkrades personliga behov av rehabilitering i enlighet med 30 kap. 7 § [SFB](#) samt *samråder* med den försäkrade om vilka rehabiliteringsåtgärder som är lämpliga och effektiva i det enskilda fallet, så som stadgas i 30 kap. 3 & 9 § [SFB](#).

Hösten 2023 införde Försäkringskassan dock bakom kulisserna nya rutiner, som syftar till att utreda och hålla koll på sjukförsäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder. Problemet är att slutsatserna inte dokumenteras i en rehabiliteringsplan, som alla involverade har tillgång till.

Det är vidare viktigt att inse att alla generella regler om hur en individ ska rehabiliteras är kontraproduktiva. De förstör inte bara rättssäkerheten, utan även effektiviteten i sjukförsäkringen, eftersom de förstör den individuella precisionen.

Sjukförsäkring är i betydande utsträckning hälso- och sjukvård. Det finns dock inte några lagar som föreskriver vilka olika medicinska behandlingar patienter har rätt till. I stället finns det förfaranderegler, exempelvis i [Patientlagen](#) och i [Patientsäkerhetslagen](#), där jag vill peka särskilt på 6 kap. 1 § [PSL](#):

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

När Försäkringskassan förstår att myndigheten behöver ge sjukförsäkrade samma goda bemötande, som patienter har rätt till, kommer vi att få en mer effektiv sjukförsäkring.

### ***En vanlig bil har ett betydligt bättre försäkringsskydd, än vad sjukförsäkrade har***

Jag ska knyta ihop synpunkterna på vad utredningen har skrivit om rättssäkerhet i sjukförsäkringen, genom att jämföra med hur en vanlig bilförsäkring fungerar. För det första är det glas klart att det är det individuella fordonet, med ett unikt registreringsnummer, som är försäkrat.

För det andra, om vi tänker oss att fordonet blir påkört, råder det inte någon som helt tvekan om att det ska in på en ackrediterad verkstad, och där noga gås igenom av en fackman. Ut kommer för det tredje, ett besiktningsprotokoll och ett förslag på vad som behöver repareras, inklusive vad det kostar. Det självklara målet är vidare att fordonets skick ska återställas.

Det finns i det läget inte, för det fjärde, på kartan – att en tjänsteman på bilförsäkringsbolagets kontor får överpröva besiktningsprotokollet och reparationsförslaget, och självständigt komma fram till att det som är dokumenterat och slutsatserna om reparationsbehovet inte stämmer. Skulle bilförsäkringsbolaget göra så, skulle det snabbt tappa sina kunder och gå i konkurs.

Men hos Försäkringskassan händer rutinmässigt det sistnämnda, sedan drygt tre decennier tillbaka, för att lagstiftaren har velat ha det så. Kassan har inte ansetts sig vara skyldig att visa förtroende och respekt för dem som vet hur det är ställt med en sjukförsäkrad och vad hen behöver för att upprätthålla och vårda sin försörjningsförmåga. Genom inkompetent

handläggning i förvaltningsdomstolarna sedan drygt tre decennier tillbaka, har kassan givits makten bemöta och behandla sjukförsäkrade godtyckligt och destruktivt.

***När avslagsbeslut från Försäkringskassan och/eller domar från förvaltningsrätterna gällande sjukskrivning och sjukpenning framstår som obegripliga, är det som regel en konsekvens av att besluten är både lagtrotsiga och osakliga. Beslutsfattaren har inte gjort det som lagen kräver, ofta har denne agerat på rakt motsatt sätt.***

Både avslagsmallarna från Förvaltningsrätten i Uppsala (se Bilaga 2) och avslagsmallen från Försäkringskassan (se Bilaga 3), är goda exempel på hur det absolut inte får gå till i en rättsstat. Exempelvis hävdar Förvaltningsrätten i Uppsala att en person som arbetar som fastighetsskötare inte har rätt till sjukskrivning, för att Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare (en läkarutbildad tjänsteman) har uppgett att det *av underlagen inte framkommer några medicinska hinder eller risker vid utförande av lättare aktiviteter som inte ställer krav på kognitiv prestation eller fysisk belastning*, se s. 8 i Bilaga 2. Personen förutsätts alltså kunna jobba heltid som fastighetsskötare till kollektivavtalsenlig lön, utan att behöva anstränga vare sig kroppen eller knoppen. Sanningen om vad det aktuella yrket kräver, står dock i [Kunskapsmaterialet](#), vilket domstolen inte verkar vara förtrogen med.

På s. 2 i Försäkringskassans avslagsmall (Bilaga 3) kan vi läsa att Försäkringskassan anser sig vara förhindrad att ta hänsyn till vilken utbildning och arbetslivserfarenhet den försäkrade har, när myndigheten ska bedöma om den försäkrade kan försörja sig genom ett normalt förekommande arbete inom en angiven yrkesgrupp. Det vi ser här, är en urspårad, osaklig och destruktiv handläggning – vilken sedan länge är satt i system – och som skadar hälsan, ekonomin och försörjningsförmågan hos många sjukförsäkrade.

I ett forskningsprojekt om [Socialförsäkringslitteracitet](#), har man undersökt vad sjukförsäkrade egentligen tycker om Försäkringskassans bemötande.<sup>4</sup> Det visar sig att erfarenheterna av kontakt med Försäkringskassan är mycket negativa bland en stor del av de sjukskrivna och oberoende av om personen blivit beviljad eller nekad sjukpenning. Det går således inte att avfärda dessa erfarenheter som en konsekvens av att personen fått sin ansökan om sjukpenning nekad, skriver forskarna (s. 40). De har tagit vara på nästan 600 svar i fritext och sammanfattar:

Återkommande kommentarer kring bemötande är att personen blivit ifrågasatt och mistrodd, och att handläggare är otrevliga, nedlåtande och saknar empati. Det är också vanligt att kommunikationen uppfattas som respektlös och kränkande. Många uttrycker kritik mot lagstiftningen likväl som mot enskilda handläggare. En vanlig erfarenhet är också att handläggarnas tillgänglighet är bristfällig. Systemkritik berörde mer generella synpunkter på Försäkringskassans alltmer restriktiva bedömningar. Bland konsekvenserna av kontakten med myndigheten finns återkommande kommentarer om försämrad hälsa, självmordstankar, samt försämrade möjligheter att återgå i arbete, exempelvis genom att den som visar tecken på återhämtning alltför snabbt får sin sjukpenning indragen.

<sup>4</sup> [Forskningsrapport 2022:3](#), från Försäkringskassan.

Undersökningen gjordes 2020, när Försäkringskassan slog rekord i att neka rätt till sjukskrivning och sjukpenning – och utan att använda sig av några rehabiliteringsbestämmelser, vilket är uppenbart lagtrotsigt. Det är den ovan beskrivna situationen, med en restriktiv tillämpning av sjukförsäkringen, som SOU 2024:26 föreslår att vi ska återvända till.

## 2.3 Utgångspunkter – Metodvalet vilar på en falsk bild av försäkringsvillkoren

På s. 35–41 framkommer att utredningen gör felaktiga metodval, dels för att man gör osakliga påståenden om verkligheten. Dels för att man har en falsk bild av vilka försäkringsvillkoren är, enligt socialförsäkringsbalken.

### 2.3.2 Argumentationen om genomsnittseffekter håller inte för en kritisk granskning

På s. 36–37 argumenterar utredningen för att det är ändamålsenligt att mäta genomsnittseffekter i sjukförsäkringen. Det första argumentet lyder:

Eftersom en individ endast kan observeras som antingen behandlad eller icke-behandlad, kan effekter för den enskilde individen **aldrig** [min kursivering] mätas. I stället analyseras genomsnittseffekter av reformerna.

Ordet ”aldrig” i den första meningen stämmer inte. Det borde snarast bytas ut mot *alltid*, eftersom alla beslut i sjukförsäkringen ska vila på en utredning av individens behov av medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Effekterna av åtgärderna kan – och ska – självklart följas upp. För det andra är det rimligen data gällande individer, som ligger till grund för data på gruppnivå, vilket betyder att den andra meningen i citatet ovan är osann.

För det tredje, är det omöjligt att ta reda på vilken en effekt en viss behandling har på individer, om man inte kan mäta utfallet på individnivå. Typexemplet på detta är kliniska prövningar av läkemedel. Hur sådana går till i praktiken, beskriver exempelvis Karolinska institutet på sin hemsida, under rubriken [Vägen till godkänt läkemedel](#).

Ärligt talat, förstår jag inte varför en professor i statistik (utredaren) skriver så där. Det är enskilda – d.v.s. individer – som är sjukförsäkrade för rehabiliteringsåtgärder, se 2 kap. 11 § [SFB](#) och 23 kap. 2 § [SFB](#). Det vi vill komma åt är således vilka effekter tillämpningen av bestämmelser i försäkringen har för enskilda individer med olika rehabiliteringsbehov.

Därefter kommer ett argument, som talar om varför det *inte* är tillräckligt att ha kunskap på genomsnittseffekter i sjukförsäkringen. Det lyder (s. 36):

Om effekten är noll är slutsatsen att någon genomsnittlig behandlingseffekt inte finns. Samtidigt kan behandlingen haft en betydande inverkan för enskilda individer, i såväl positiv som negativ riktning.

Utifrån att vi vet att Försäkringskassan *inte* fattar sitt första beslut om rätt till sjukpenning, baserat på det individuella behovet av sjukskrivning (som man ska göra, när rehabiliteringsbestämmelserna följs), finns det goda skäl att anta att sjukförsäkringen har dålig precision åt båda hållen; Det är dels sannolikt att vi har en grupp som beviljas sjukskrivning och sjukpenning, fastän de hade varit bättre hjälpta av andra rehabiliteringsåtgärder, än sjukskrivning.

Dels vet vi att det finns en grupp av sjukskrivna som felaktigt har nekats sjukskrivning och sjukpenning, för att Försäkringskassan har haft orimliga krav på bevisning och har tillämpat en presumtion för avslag. Det senare framgår bl.a. av en rapport, som Försäkringskassans ledning stoppade från publicering för tre år sedan, se Bilaga 4. Rapporten heter *Ändamålsenlig och sammanhållen – Att styra mot uppdraget för att upprätthålla förtroendet för Försäkringskassan och sjukpenninghandläggningen*. På s. 57–58 drar utredarna följande slutsatser:

Denna rapport visar att de senaste årens styrning, som syftat till att öka rättssäkerheten i sjukförsäkringen, tycks ha haft bristande förankring i de krav som förvaltningslagen ställer på Försäkringskassans utredningsskyldighet. I de flesta rättsliga kvalitetsuppföljningar som gjorts inom sjukförsäkringen sedan 2015 har en central slutsats varit att tillämpningen bör bli mer restriktiv för att den ska bli korrekt. Detta är också en bild som är väl etablerad inom myndigheten och som har förts ut i organisationen, bland annat genom likabedömningsseminarier. Den enskildes bevisbörda har i praktiken fått en större betydelse än myndighetens ansvar för utredningen. Vidare har utredningarna haft ett huvudsakligt fokus på läkarintygen i stället för på en sammantagen bedömning av alla tillgängliga uppgifter, och ett högre beviskrav än sannolikt har tillämpats vilket motverkar det överordnade intresset att uppnå materiellt riktiga beslut.

I praktiken har det utifrån den rättsliga styrningen etablerats en presumtion för avslag – hellre fälla än fria - i tillämpningen, vilket sannolikt förklara varför avslagen har ökat sedan 2015. Det kan också förklara varför den utökade kvalitetssäkringen vid bedömningen mot normalt förekommande arbete tycks driva avslagen uppåt under 2020.

Utifrån förvaltningslagens krav ska Försäkringskassans tillämpning ha en tydlig utgångspunkt i den enskildes rättssäkerhet. En central del i detta är att sträva efter att undvika rättsförluster för enskilda. Ett felaktigt avslagsbeslut är ur detta perspektiv särskilt allvarligt. Det går inte att säga hur många beslut som blivit fel genom åren, men att styrningen har lett till en systematisk felaktig tillämpning där ersättning nekats står klart. Trots att ett ökat antal avslag innebär en ökad risk för rättsförluster för enskilda, har det perspektivet varit frånvarande i Försäkringskassans analyser och kommunikation av utvecklingen av avslag sedan 2015.

Fokus för den rättsliga styrningen kan sammanfattningsvis inte sägas ha varit att realisera den materiella avsikten med försäkringen, vilket krävs för en korrekt tillämpning. Det finns således betydande brister i ändamålsenligheten. Styrningen kan inte heller sägas ha varit sammanhållen, eftersom de grundläggande förvaltningsrättsliga utgångspunkterna gällt under lång tid samtidigt som styrningen de facto inte fullt ut beaktat dessa.

Trots att vi vet att sjukförsäkringen – precis som bilförsäkringen – är individuell, fortsätter man på s. 36–37 i SOU 2024:26 att försvara det ensidiga användandet av genomsnittseffekter:

Viktigt att poängtera är att genomsnittseffekter är de mest relevanta att studera vid välfärdsanalyser av förändringar av regelverk. Till skillnad från en viss typ av medicinsk behandling (precisionsmedicin), som syftar till att ge patienter vård och behandling som är

skraddarsydd efter patientens egna förutsättningar och behov, behöver sjukförsäkringens regelverk omfatta samtliga försäkrade.

Den sista meningen är ett falskt argument; Sjukförsäkringen är – och ska vara – just precisionsmedicin, se 30 kap. 3 § [SFB](#), om att *Rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.*

***Därmed faller, enligt min mening, utredningens samtliga argument för att det är tillräckligt att studera genomsnittseffekter av materiella reformer i sjukförsäkringen.***

Till detta kommer dessutom två helt avgörande faktorer, som utredningen inte nämner. Dels att det har gått alldeles för kort tid, efter att de aktuella reformerna genomfördes, för att det ska vara meningsfullt att utvärdera effekterna av lagändringarna. Syftet med SOU 2024:26 måste rimligen förstås mera som politisk propaganda, än som seriöst lagstiftningsarbete – och det är en kritik som bör riktas mot både regeringen Andersson och regeringen Kristersson.

Dels håller Försäkringskassan själv – sedan snart fem år tillbaka – på med att långsamt försöka räta upp den godtyckliga och oriktiga rättstillämpningen i sjukförsäkringen, vilket har en mycket större inverkan på rättstillämpningen än vad lagändringar hittills har haft i många fall. Texten i den tidigare nämnda icke publicerade rapporten, som är Bilaga 4, fortsätter på s. 58 med följande:

Rättsavdelningen inledde under hösten 2019 ett arbete för att klarlägga gällande rätt rörande innebörden av Försäkringskassans utredningsskyldighet och hur den förhåller sig till den enskildes bevisbörda samt vilket beviskrav som ska anses gälla inom socialförsäkringen. Arbetet resulterade i en revidering av vägledningen Förvaltningsrätt i praktiken och ett rättsligt ställningstagande om beviskrav i socialförsäkringen, som beslutades i oktober 2020. Ett arbete har också inletts för att förtydliganda utredningsskyldigheten i förmånsvägledningarna för sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning.

De klarlägganden som gjorts i vägledningen Förvaltningsrätt i praktiken av det som under lång tid utgjort gällande rätt, innebär i praktiken ett annat synsätt än det som under ett antal år kommit till uttryck inom Försäkringskassan. Det är rimligt att förvänta sig att det ”nya sättet att tänka” om syftet med och innebörden av utredningsskyldigheten kommer att påverka tillämpningen, och sannolikt leda till färre avslagsbeslut. Dessa förändringar i styrningen skapar goda förutsättningar för en mer ändamålsenlig och sammanhållen styrning av sjukförsäkringen.

Det som beskrivs ovan är början av en pågående förändringsprocess hos Försäkringskassan internt. Ett nyligen taget steg är Version 19 av [Vägledning 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning](#), från 2024-05-03. Här har mycket stora omarbetningar gjorts gällande synen på rehabiliteringsförmånen (se s. 167–177 och 291–293), synen på hur läkarintyg ska användas (se s. 261–270) samt gällande hur bevisvärdering ska gå till (se s. 316–318). All text som är gråmarkerad är ny.

Om det som nu står i vägledningen skulle börja tillämpas konsekvent, har vi en mindre maktfullkomlig försäkringsgivare, med större respekt och förtroende för dem som kan veta vad sjukförsäkrade behöver, för att bli återställda.

Samtidigt är det en supertanker som ska vända riktning, det är flera tusen personer som ska lära sig praktisera nya rutiner, vilket är långt ifrån enkelt. Arbetet är också bara halvfärdigt på papperet. För första gången klargör Försäkringskassan nu att rehabiliteringsåtgärder är *en förmån* i lagen (se s. 177 i Vägledningen) och på s. 173:

Att utreda och klarlägga behovet av rehabilitering ingår i Försäkringskassans utredningsansvar (JO 2076–2019). Det ska göras i alla sjukpenningärenden (jfr.prop.1990/91:141, s. 89). Det innebär att vi behöver utreda tills vi har en tydlig bild av den försäkrades behov av rehabilitering för att kunna återgå i arbete. Vilka utredningsåtgärder som behövs och när de behövs varierar beroende på ärendets beskaffenhet. Försäkringskassan ska se till att den försäkrade får de åtgärder hen behöver för en effektiv rehabilitering

Dock har man ännu inte kommit så långt att man skriver det självklara; att rätt till sjukskrivning är en typisk rehabiliteringsåtgärd vilken hälso- och sjukvården ordinerar och Försäkringskassan ska fatta beslut om, genom att tillämpa förfaranderegler i 30 kap. [SFB](#), vilka innebär att kassan är *skyldig att samarbeta* med alla inblandade.

Jag väntar på nya ansökningsblanketter, på att läkarintyget för sjukskrivning ska göras om, på att avslagsmallarna ska ändras och på att Försäkringskassans produktionsprocess för sjukförsäkringsbeslut *Process 2009:07*, som länge har varit destruktiv, ska göras om i enlighet med vad det – numera – står i Vägledningen om *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. *Process 2009:07* fokuserar på ett osakligt sätt på prestationsförmåga, i stället för på behov av rehabiliteringsåtgärder. Man beordrar dessutom kassans tjänstemän att alltid självsvåldigt överpröva bedömningarna av sjukskrivningsbehovet från dem som kan veta hur den försäkrade mår och vad hen förmår, fastän det inte är en hållbar metod.

***Min övergripande slutsats är, att det inte är rimligt att gå in och mixtra med lagen, på det sätt som SOU 2024:26 föreslår, i det här läget. Försäkringskassan – och i synnerhet de 17 förvaltningsdomstolarna – behöver i stället ges tydliga direktiv från regeringshåll om att bestämmelserna om rehabilitering i 29–31 a kap. [SFB](#) samt 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#) till punkt och pricka ska följas. Det behövs även en effektiv uppföljningsprocedur, för att – utan dröjsmål – säkerställa att så alltid sker.***

#### 2.4.2 Effekter för olika grupper – Utredaren tror felaktigt på likabehandling

På s. 40, under rubriken Effekter för olika grupper” argumenterar utredaren ånyo för att det är lämpligt att analysera genomsnittseffekter, i stället för att studera effekter för olika individer och grupper av individer. Ett av argumenten lyder:

...det [är] inte självklart vad kunskap om förekomsten av heterogena effekter tillför ur policyhänseende när sjukförsäkringen bygger ***på ett enhetligt regelverk där alla försäkrade ska behandlas lika*** [min kursivering].

Det sistnämnda är en total missuppfattning av vad sjukförsäkringen innebär. Syftet med försäkringen är att alla ska behandlas *olika*. Det är alltid de individuella behoven som ska styra vad som ska göras, precis som det är i bilförsäkringen, vilken jag jämförde med ovan.

## 2.2 Uppdraget borde styra metodvalet, men så har inte utredningen arbetat

På s. 34–35 redogör utredningen för uppdraget i åtta punkter. Sju av de åtta punkterna handlar om effekter för sjukförsäkrade individer. Endast punkt sex om försäkringskostnader gör inte det. Utredaren ska:

1. Analysera om den ekonomiska tryggheten för individer har ökat.
2. Analysera om individernas möjligheter till rehabilitering har påverkats.
3. Analysera hur sjukskrivna personers återgång i arbete har påverkats.
4. Analysera om sjukfall blir omotiverat långa eller om individer drabbas negativt på andra sätt.
5. Analysera kvaliteten i Försäkringskassans handläggning av individers ärenden.
7. Bedöma om lagändringarna är effektiva och ändamålsenliga, rimligen för individerna, eftersom försäkringen är individuell, det är personlig välfärd som ska nås.
8. Bedöma om det behövs lagändringar för att motverka negativa konsekvenser för individer.

*Som jag har klargjort ovan, tolkar utredningen det ovan beskrivna uppdraget gällande påverkan på individer som att det är lämpligt att endast studera ”genomsnittseffekter” och inte undersöka några individeffekter. Det är ett oredligt förfarande.*

## 2.5 Utredningen har inte säkerställt att den har förstått försäkringsvillkoren

För att kunna utföra sitt arbete på ett sätt som inger förtroende, hade utredningen behövt börja med att noga försäkra sig om att den har en god överblick över samtliga försäkringsvillkor som är relevanta i förhållande till uppdraget.

Eftersom utredningen har satt sig i knäet på Försäkringskassan, i stället för att inta en självständig och sakkunnig hållning, ska jag här lyfta fram det viktigaste som man behöver känna till angående sjukförsäkringen.

### **Endast färdigrehabiliterade personer träffas av tidsgränserna enligt 27 kap. 50 §**

På s. 147–150 i [SOU 2020:06](#) *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering* finns en delvis felaktig analys av bestämmelsen i 27 kap. 50 § SFB. Bestämmelsen lyder:

#### **Bedömning av arbetsförmågan vid medicinsk behandling och rehabilitering**

**50 §** I de fall den försäkrade är i behov av någon medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som avses i 27 kap. 6 § eller rehabiliteringsåtgärd som avses i 29–31 kap., ska bedömningen enligt 46–49 §§ göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga efter en sådan åtgärd.

Misstaget i SOU 2020:06 är att man inte spårar bestämmelsen längre tillbaka i tiden, än till Steg-för-steg-modellen, som infördes 1997. För att förstå den här bestämmelsen rätt, behöver vi klargöra hur rätt till rehabiliteringsåtgärder hanterades i Lag (1962:381) om allmän försäkring, vilken trädde i kraft 1963.

I [Prop. 1962:90](#) kan vi se att rehabiliteringsrätt i sjukförsäkringen garanterades genom två bestämmelser. Först 4 kap. 2 § AFL, vilken lydde:



Har sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård utgivits för nittio dagar i följd eller föreligger eljest skälig anledning, skall den allmänna försäkringskassan, i den utsträckning som riks försäkringsverket så föreskriver, undersöka huruvida skäl föreligger att vidtaga åtgärd, som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller eljest helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Befinnes åtgärd som nu sagts erforderlig, skall kassan tillse att lämplig sådan vidtages.

I 3 kap. 8 § AFL klargjordes därtill:

Vid bedömning av 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.

Är den försäkrade föremål för åtgärd av beskaffenhet, som angives i 4 kap. 2 §, skall arbetsförmågan anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att utföra förvärsarbete.

År 1991 moderniserades den förstnämnda bestämmelsen (vilken tidigare hade flyttats till 2 kap. 11 § AFL), genom att tidsgränsen på 3 månader togs bort, till förmån för en snabbare rehabilitering, se motiveringen på s. 23–24 i [Prop. 1990/91:51](#). Bestämmelsen fick nu följande lydelse:

När det finns anledning skall den allmänna försäkringskassan, i den omfattning riks försäkringsverket närmare föreskriver, undersöka om det finns skäl att vidta åtgärd, som är ägnad att förkorta den försäkrades sjukdomstid eller att annars helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av dennes arbetsförmåga. Om sådan åtgärd behövs skall kassan se till att den vidtas.

Ett år senare, ersattes den senast citerade bestämmelsen med de utvecklade rehabiliteringsbestämmelserna i 22 kap. [AFL](#), se [Prop. 1990/91:141](#). I syfte att markera betydelsen av rehabiliteringsreglerna, infördes samtidigt en ny mening i 1 kap. 1 § [AFL](#) med lydelsen:

Till sjukförsäkringen hör frågor om rehabilitering.

Rehabiliteringsbestämmelserna är således, åtminstone sedan Lag (1962:381) om allmän försäkring trädde i kraft 1963, en bärande del av sjukförsäkringen. De senaste 32 åren, har Försäkringskassan vidare varit skyldig att *snarast* klarlägga sjukförsäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder samt se till att individuella, effektiva åtgärder vidtas så fort det är möjligt.

***Det har alltså sedan mycket länge stått klart att rehabiliteringsåtgärder – precis som lagen säger idag, se 27 kap. 6–7 och 50 § [SFB](#) – ska ha företräde framför krav på att förvärsarbete. Det är det som är själva vitsen med att ha en sjukförsäkring,***

En försäkring som endast ger dem som juridiskt kan bevisa att de rent faktiskt inte kan arbeta rätt att avstå från förvärsarbete, kommer oundvikligen att orsaka ökad ohälsa, eftersom det nödvändiga stödet till att minska arbetsbelastningen i syfte att göra det som krävs för att bli frisk – inklusive nödvändig tid för återhämtning och läkning – uteblir.

***I statens hantering av sjukförsäkringen är dessutom genomgående själva rehabiliteringsarbetet helt osynliggjort. Jag syftar på den konkreta, många gånger omfattande,***

***kanske till och med livslånga och tydligt riktade arbetsinsatsen, som krävs av en sjukförsäkrad om livsstilen, hälsotillståndet och arbetsförmågan stadigvarande ska förbättras.***

Förhållandet kan jämföras med hur vi under lång tid har osynliggjort det obetalda hemarbetet. I stället för att hjälpa, ställer Försäkringskassan och förvaltningsdomstolarna orimliga krav på sjuka personer – samt orsakar många gånger själva en omfattande negativ belastning på hälsan i form av en destruktiv byråkrati vilken det inte går att resonera med, eftersom handläggningen är både kunskapsfientlig och auktoritär.

Bestämmelsen i 27 kap. 50 § [SFB](#) borde självklart ha placerats före 27 kap. 46 § [SFB](#), d.v.s. den borde ha inlett rehabiliteringskedjan under rubriken ”Grundläggande bestämmelser”. I stället för att lägga ett sådant förslag – och kräva att bestämmelsen alltid ska tillämpas – vek dock [SOU 2020:06](#) ned sig inför den allena rådande rättsröten, se s. 150.

***Om vi håller oss till vad lagen säger, kan vi dock notera att inte ens det egna arbetet är aktuellt på heltid, så länge en sjukförsäkrad behöver sådana rehabiliteringsåtgärder som avses i 29–31 kap. [SFB](#), och när de individuellt anpassade rehabiliteringsåtgärderna – som ska ha företräde – inkräktar på förmågan att utföra förvärvsarbete.***

***Det är staten som ska låta utreda och styrka att en försäkrad kan försörja sig själv***

En av de allvarligaste konsekvenserna av att vi har 17 förvaltningsdomstolar som agerar partiskt och lagtrotsigt, är att det råder kaos gällande utredningsskyldighet, bevisbörda och beviskrav i sjukförsäkringen.

I likhet med utredningen jag nu lämnar synpunkter på, agerar förvaltningsdomstolarna okunnigt och undfallande i förhållande till Försäkringskassan, i stället för sakkunnigt och med den pondus, som någon som kan granska kassans förehavanden ska ha. Konsekvensen blir att sjukförsäkrade åläggs en bevisbörda de inte har enligt lagen. För att råda bot på de rådande missförhållandena, behöver vi gå tillbaka i tiden och studera Försäkringsöverdomstolens (FÖD:s) praxis, vilket vi kan göra i en plenidom från 1987, se Bilaga 5.

Målet handlar om en bageriarbetare som har fått lungtuberkulos och till följd av det behöver utbilda sig till ett nytt yrke. Det drivs av Riksförsäkringsverket, i syfte att klarlägga vad som ska gälla angående statens skyldigheter att erbjuda rehabilitering, när den försäkrade behöver en ny försörjning. På s. 4–5 kan vi läsa följande gällande statens skyldighet att säkerställa att den försäkrade kan få ett lämpligt arbete:

Riksförsäkringsverket vill särskilt framhålla att den svenska arbetsmarknaden under senare år undergått betydande förändringar. Bl.a. har förekomsten av sådana arbeten som en arbetssökande direkt utan utbildning eller praktik kan klara starkt minskat. Vidare förekommer en betydande arbetslöshet. Vid bedömningen av arbetsförmågan hos en försäkrad som under en följd av år varit verksam inom ett yrkesområde skall därför enligt verkets mening beaktas endast sådant arbete som den försäkrade har en reell möjlighet att få och behålla. En försäkrad som på grund av sjukdom inte längre bedöms bära fortsätta i sitt gamla arbete kan under sådana förhållanden inte heller antas – utan rehabilitering – vara arbetsförmögen i annat arbete. Bedömningen av arbetsförmågan ger då samma resultat oberoende av om bedömningen görs i förhållande till det gamla arbetet eller till arbetsmarknaden i stort.

FÖD menar att endast sådana arbeten som den försäkrade ”har en reell möjlighet att få och [kan] behålla”, bör ses som möjliga att försörja sig på för den försäkrade. Avgörande för vilka arbeten det i praktiken rör sig om, är både den försäkrades hälsotillstånd och hans utbildning och arbetslivserfarenhet.

Försäkringsöverdomstolens plenum landar i total enighet om att den försäkrade har rätt att få sjukpenning under en 42 veckor lång kontorskurs. Motiveringen klargör att bedömningen ska vara individuell och att ett antal villkor bör vara uppfyllda, den lyder:

En förutsättning för att sjukpenning skall kunna utgå vid sådan omskolning som här är i fråga är att omskolningen kan anses utgöra åtgärd enligt 2 kap. 11 § första stycket AFL. Vid bedömningen av om sådan åtgärd föreligger anser domstolen att det skall kunna konstateras att det finns ett behov av omskolning för att häva eller förebygga en nedsättning av arbetsförmågan. Omskolningen bör dessutom syfta till ett för den försäkrade lämpligt arbete. Det bör, som verket framhållit, inte vara så att det även utan omskolning går att ordna annat lämpligt arbete åt den försäkrade. Försäkringsöverdomstolen anser att omskolning, som under angivna förutsättningar planerats i samråd med läkare och arbetsmarknadsmyndighet, i regel skall i sin helhet godtas som åtgärd enligt 2 kap. 11 § första stycket AFL.

***FÖD klargör alltså att det är statens ansvar att låta utreda och göra sannolikt att den försäkrade kan erhålla ett lämpligt arbete, som hen kan försörja sig själv på.*** När svaret bedöms vara Nej, har den försäkrade rätt till rehabilitering i syfte att få såväl arbets- som försörjningsförmåga. Jämför med vad det står i 29 kap. 2 § [SFB](#) idag, samt om ”Försäkringskassans skyldigheter” i 30 kap. 9–11 samt 3 §§ [SFB](#).

### ***Utan försäkringsdomstolarna har lagstiftaren raglat som en berusad mellan dikena***

Konsekvensen av att inte ha fungerande domstolar, som säkerställer att lagen tillämpas enhetligt och korrekt, är att lagstiftaren får ett fritt spelrum för experiment, i vilka de sjukförsäkrade behandlas som försökskaniner. Vi ska nu förklara de våldsamma svängningarna gällande sjukfrånvaron på s. 44 i utredningen, utifrån hur lagstiftaren har agerat. Figuren återges nedan:

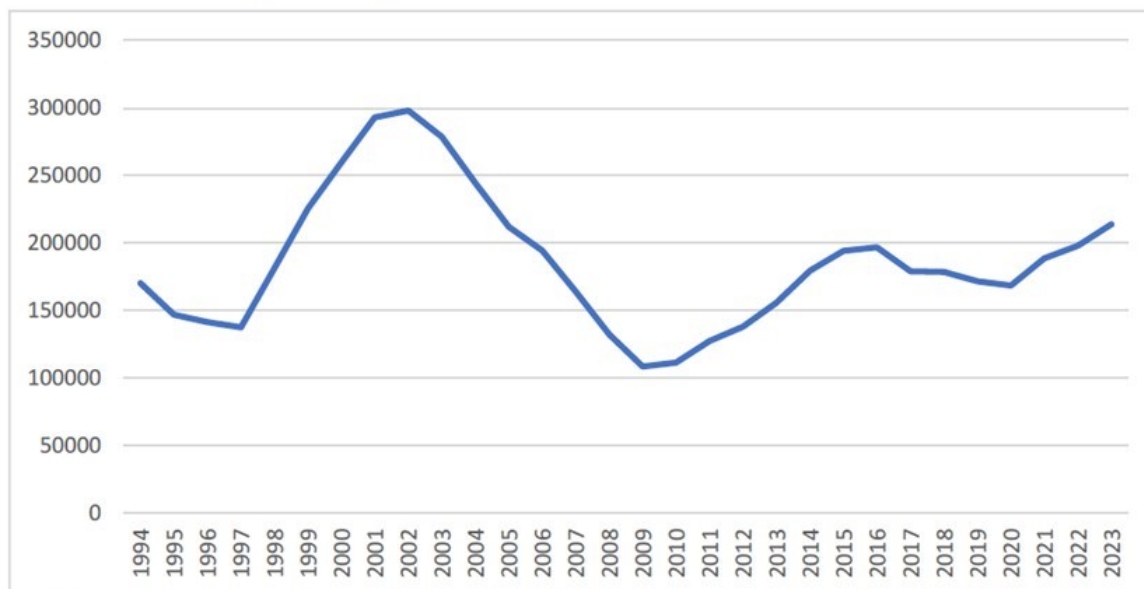
Sänkningen av sjuktalet 1994–1997 orsakades av försämrade villkor i sjukförsäkringen, till följd av 1990-talskrisen. En karensdag infördes och ersättningsnivåerna sänktes, se s. 10 i [Prop. 1992/93:50](#).

Fördubblingen av sjuktalet 1997–2002 bör med största sannolikhet tillskrivas införandet av den s.k. Steg-för-steg-modellen, se [Prop. 1996/97:28](#). I stället för att tillämpa de befintliga rehabiliteringsbestämmelserna i 22 kap. [AFL](#), d.v.s. samma bestämmelser som vi har i dag, infördes ett parallellt system, som gick ut på att alla sjukförsäkrade skulle följa samma rehabiliteringsförlopp.

Modellen skapades i Ds 1994:91 (se Bilaga 6)<sup>5</sup> genom att ta ett enda rättsfall, det som finns i Bilaga 5 (FÖP 1987:30) – och låta dess juridik styra hur samtliga sjukförsäkrade i Sverige ska rehabiliteras medicinskt och arbetslivsinriktat över tid, se s. 45–46 i Bilaga 6.

<sup>5</sup> Jag har skannat in promemorian, eftersom den inte finns på nätet.

Figur 3.1 Pågående sjukfall (december) över tid



Källa: Försäkringskassans hemsida.

Figur 3.1 från s. 44 i SOU 2024:26.

***Ds 1994:91 ligger till grund för [Prop. 1996/97:28](#) och där förstörs effektiviteten i sjukförsäkringen för tre decennier framåt, eftersom det inte längre är individens personliga behov och förutsättningar som avgör vilka rehabiliteringsåtgärder som ska vidtas. Det som skedde år 1997, är jämförbart med om alla patienter på ett större sjukhus skulle erbjudas samma behandlingsförlopp – oavsett vilka sjukdomar de har och hur svårt sjuka de är, samt oavsett vilka konkreta åtgärder de personligen behöver såväl akut, som på längre sikt.***

Alla som tänker efter, inser att det inte vore effektivt. Vi har olika specialiseringar inom hälso- och sjukvården, inom utbildningsväsendet och på arbetsmarknaden, för att det inte är vettigt tro att alla människor kan eller ska göra samma sak på samma sätt. Det är för att vi är olika, med olika förutsättningar och behov, som ett sjukförsäkringsärende alltid måste utredas och handläggas individuellt, om vi vill att personen ska kunna bli självförsörjande.

Från och med införandet av Steg-för-steg-modellen 1997, kommer staten att systematiskt att fuska med sin skyldighet att säkerställa att sjukförsäkrade kan försörja sig själva genom förvärvsarbete, innan de utförsäkras, jfr. med vad det står i 27 kap. 48 § [SFB](#) idag.

Resonemanget bakom bluffen är trefaldigt och finns på s. 46 i Ds 1994:91 (Bilaga 6). För det första används nyspråk. Att söka och bli erbjuden ett lämpligt (heltids)arbete på den öppna arbetsmarknaden till kollektivavtalsenlig lön kallas för ”kan den försäkrade direktplaceras i annat arbete på den öppna arbetsmarknaden”? Vem är det som har makten att ”direktplacera” den försäkrade hos en ny arbetsgivare, undrar jag?

För det andra, när den sjukförsäkrade inte har något lämpligt arbete att försörja sig på, då beskrivs den avgörande frågan som ”kan den försäkrade *klara* ett arbete på den öppna arbetsmarknaden”? Det är dock feltänkt. För att bli erbjuden ett arbete på den öppna arbetsmark-

naden måste man kunna konkurrera ut alla andra som vill ha samma jobb. För att lyckas med det, behöver den sjukförsäkrade antingen ha en god arbetsförmåga inom ett bristyrke. Alternativt behöver hen ha någon konkurrensfördel, framför alla andra som söker ett visst arbete när det råder överskott på arbetskraft. Vad det skulle kunna vara, när man har varit och kanske fortfarande är sjuk, och det inte är fråga om en subventionerad anställning, har jag svårt att se.

För det tredje klargörs i på s. 46 i Ds 1994:91 att staten struntar i om den sjukförsäkrade kan försörja sig själv eller inte. Det står:

Om lämpligt arbete inte för närvarande finns att tillgå får samhällets stöd i form av arbetsmarknadspolitiska åtgärder och ersättning under arbetslöshet användas.

Med den formuleringen frånträdde staten – ensidigt – försäkringsvillkoret om att sjukförsäkrade inte är färdigrehabiliterade, förrän de kan försörja sig själva genom förvärvsarbete, se 27 kap. 46–49 §§ [SFB](#). Med andra ord upprätthåller staten inte en arbetslinje.

Hur sjukförsäkringskostnaderna skenade, till följd av försäkringskassornas nya inflytande över sjukförsäkrades rätt till rehabiliteringsåtgärder i enlighet med Steg-för-steg-modellen, åskådliggörs i Diagram 2 på s. 16 i [Prop. 2002/03:89](#). Avsikten på 1990-talet var att spara 3 Mdr på sjukförsäkringen. År 2003 hade i stället kostnaderna ökat med 57 Mdr.

Regeringens svar blev ett mål om halverat sjuktal till år 2008, se s. 8 ff. i [budgetpropositionen för år 2003, utgiftsområde 10](#). Man både stramade upp och satsade på Försäkringskassornas handläggning och krävde att precisionen i arbetet med sjukskrivningarna skulle öka, inte minst medicinskt. Kortsiktigt löstes vidare problemet genom omfattande förtidspensioneringar av personer som hade varit sjukskrivna ett år eller längre, se i [Prop. 2002/03:89](#). I många fall tillfrågades inte ens de långtidssjukskrivna, om de ville ha ett gott stöd till att åter kunna arbeta, eller om de vill bli förtidspensionerade.

Som vi kan se i figuren ovan, ledde åtgärderna till att balansen med pågående sjukfall sjönk med – fullständigt häpnadsväckande – två tredjedelar på fem år, från ca 300 000 pågående sjukfall i december år 2003 till cirka 100 000 sjukfall år 2008.

Därefter infördes den s.k. rehabiliteringskedjan med tidsgränser för sjukskrivningsrätten genom [Prop. 2007/08:136](#), d.v.s. bestämmelserna som den nu liggande utredningen (SOU 2024:26) har i uppdrag att analysera. De trädde i kraft den 1 juli 2008 och ledde under de följande två åren till att sjuktalet pressades ned ytterligare. Botten nåddes år 2010, när kostnaderna för sjukpenning var så låga som 16 Mdr, att jämföra med 40,8 Mdr år 2002 och 42,7 Mdr år 2023.

Efter åtstramningarna, som nådde botten år 2010, kom en förhållandevis kraftig rekyl år 2011–2015, vilken förorsakades av omfattande kritik mot Försäkringskassans inhumana handläggning. Antalet pågående sjukfall fördubblades, från den rekordlåga nivån på 100 000 personer i december år 2010, till mera normala 200 000 personer i december 2015. Sjukpenningkostnaden steg följaktligen från 16 Mdr 2010, till 31,5 Mdr år 2015.

Som vi kan se i Figur 1 på s. 12 ovan, hade inte heller den s.k. stupstocken, de avsedda effekterna på hur många som ansåg sig behöva nyttja sjukförsäkringen. Att automatiskt utförsäkra ett stort antal personer, efter två och ett halvt års sjukskrivning, ledde inte till att de

sjukförsäkrade i någon betydande utsträckning kunde försörja sig själva genom förvärvsarbete. De allra flesta, runt 80 procent, återvände till sjukförsäkringen, se [Rapport 2022:5](#) om *Avskaffandet av den bortre tidsgränsen* från Inspektionen för socialförsäkringen (ISF).

***Vad som är synnerligen viktigt att förstå här, är att lagstiftningen var i princip likadan under hela perioden 2010–2015.*** Den enda förändringen som gjordes i rehabiliteringskedjan, var återinförandet av begreppet ”normalt förekommande arbete”, i stället för ”den reguljära arbetsmarknaden”, i 27 kap. 48 § [SFB](#) den 1 juli 2012, se [Prop. 2011/12:113](#).

Uppgången i sjuktalen och försäkringskostnaderna bröts av regeringen Löfven I, genom att sätta ett nytt mål; år 2020 skulle sjuktalet vara sänkt till 9,0, se [Regeringsbeslut 2015-11-12](#), som heter *Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en väl fungerande sjukskrivningsprocess*

***Även nu förändrades Försäkringskassans rättstillämpning mycket påtagligt – och den här gången i motsatt riktning – utan att några lagar hade ändrats.***

### ***Försäkringskassan beslutar så som regeringarna vill, lagarna har mindre betydelse***

I Tabell 1 på nästa sida har jag sammanställt data från Försäkringskassan gällande hur ärenden om sjukskrivning och sjukpenning beslutas. Här ser vi för det första, i kolumn B och C, att i vilken utsträckning Försäkringskassan väljer att säga Ja eller Nej till en initial ansökan om sjukpenning är tämligen godtyckligt.

Om kassan skulle ha följt lagen, skulle den ha tagit ställning till vilket rehabiliteringsbehov den försäkrade har, genom att samråda med den enskilde och samverka med hälso- och sjukvården, arbetsgivaren m.fl. berörda, i enlighet med vad som stadgas i 29–30 kap. [SFB](#) och 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#) – och de bestämmelserna har varit likadana sedan år 1992. Ändå varierar andelen som får nej på en initial ansökan från 0,53 procent år 2005 och 0,48 procent år 2023 till 3,46 procent år 2020, d.v.s. med en faktor sju.

För det andra har vi även, utan att det har gjorts några lagändringar, en lika stor variation gällande indrag av sjukpenning, jämför siffran 1,04 procent år 2014 med 6,95 procent år 2020, se kolumn D och E i Tabell 1.

***Utifrån siffrorna i Tabell 1 kan vi dra slutsatsen att lagen har en mycket begränsad inverkan på inverkan på Försäkringskassans arbete med sjukförsäkringsärendena. Som jag har försökt klargöra ovan, kastas Försäkringskassan under olika tidsperioder – och beroende på hur de politiska vindarna blåser – mellan en mer generös och en mer restriktiv tillämpning, men det finns inga data som styrker att tillämpningen har någonting med rättssäkerhet i de enskilda sjukfallen att göra.***

### ***Regeringen utövade starka påtryckningar på Försäkringskassans styrelse våren 2021***

Den 5 mars 2021 besökte socialförsäkringsminister Ardalan Shekarabi Försäkringskassans styrelsemöte. Syftet var att klargöra att regeringen var mycket missnöjd med Försäkringskassans alltför restriktiva rättstillämpning, att myndigheten inte hade tillräckligt fokus på rehabilitering och att förtroendet för socialförsäkringen hos medborgarna var mycket lågt. Besöket

A	B	C	D	E	F	G
År	Avslag antal	Avslag %	Indrag antal	Indrag %	Totalt	Sjp Mdr
2005	3701	0,53	5604	0,80	9305	31,3
2006	6000	0,90	4287	0,64	9188	29,5
2007	6478	1,07	3441	0,57	9285	25,6
2008	4784	0,88	3702	0,68	8486	21,5
2009	13929	2,86	10010	2,06	23939	17,8
2010	15730	3,35	8905	1,90	24635	16
2011	15044	3,18	7122	1,50	22166	18,4
2012	12402	2,47	6192	1,23	18594	21,3
2013	10334	1,94	5758	1,08	16092	23,9
2014	8370	1,49	5855	1,04	14225	27,5
2015	10899	1,79	9919	1,63	20818	31,5
2016	14227	2,27	24106	3,85	38333	33,5
2017	16452	2,72	32496	5,36	48948	32,1
2018	16683	2,77	28525	4,74	45208	32,3
2019	20411	3,45	36709	6,21	57120	32,8
2020	23488	3,46	47253	6,95	70741	33,2
2021	10895	1,76	17799	2,87	28694	33,6
2022	5633	0,91	12651	2,05	18284	38,5
2023	3027	0,48	12977	2,06	16004	42,7

*Tabell 1. Hur sjukförsäkringsärendena har handlagts av Försäkringskassan efter att myndigheten bildades 2005. Kolumn B är antalet avslag på initial ansökan om sjukskrivning och sjukpenning. Kolumn C är Avslag i procent av antalet personer som fick sjukpenning det året. Kolumn D är antalet Indrag, där den försäkrade tidigare har beviljats sjukskrivning och sjukpenning. Kolumn E är Indrag i procent av antalet personer som fick sjukpenning det året. Kolumn F är det totala antalet Avslag och Indrag, d.v.s. summan av kolumn B och D. Kolumn G är Försäkringskassans kostnader för sjukpenning. Underlaget till tabellen kommer från Försäkringskassans årsredovisningar.*

resulterade i ett styrelseprotokoll, i vilket regeringens kritik sannolikt hade mildrats och där kraven på förändring inte var särskilt konkreta.

Uppenbarligen var man inte nöjd med hur budskapet hade tagits emot på Socialdepartementet. Den 6 april besökte departementet ånyo Försäkringskassans styrelse, den här gången i kraft av statssekreteraren Alejandro Firpo, se protokollet som är Bilaga 7.

Firpo höll ett långt anförande och nu lindades inga budskap in. Statssekreteraren klar gjorde att regeringen förväntar sig att Försäkringskassan vidtar omedelbara åtgärder för att komma till rätta med den bristande rättstillämpningen, bl.a. betonade han att:

Det är av stor vikt att endast de som inte ska ha ersättning nekas ersättning.

***Det är alltså fullständigt oklart i vilken utsträckning det var den av utredningen analyserade lagändringen gällande särskilda skäl, som trädde i kraft den 15 mars 2021 – respektive regeringens direkta påtryckningar – som ledde till att Försäkringskassan omedelbart började tillämpa lagen mer generöst och kraftigt minskade såväl antalet avslag som antalet indrag i sjukförsäkringen.***

Som framgår av Tabell 1 ovan, ledde regeringens direkta påtryckningar till att antalet avslag sänktes med 87 procent på tre år, fastän lagen har varit densamma sedan år 1997. Indragen minskades med 73 procent, under samma tidsperiod (2020–2023). Till saken hör att ledamöterna i Försäkringskassans styrelse arbetar på uppdrag av regeringen, se t.ex. s. 18 i [Vägledning för statliga myndighetsstyrelser](#), från Regeringskansliet.

### ***SOU 2024:26 tillhandahåller inte någon vettig lösning på det avgörande problemet***

Det avgörande problemet i sjukförsäkringen, så som den har praktiserats av staten under de senaste tre decennierna, är att valet mellan en mer generös eller mer restriktiv tillämpning är ett pest-eller-kolera-val, d.v.s. destruktivt. Orsaken är att Försäkringskassan, i de enskilda ärendena, inte skaffar sig tillräckliga kunskaper om vem som behöver vad – eftersom individuella rehabiliteringsbehov inte klarläggs från början och framgent på ett professionellt sätt.

Resultatet blir att när tillämpningen är mer generös, då kommer oundvikligen personer som behöver mer ändamålsenliga rehabiliteringsåtgärder, än enbart sjukskrivning, att slentrianmässigt beviljas *endast* sjukskrivning, vilket leder till inlåsnings effekter och skador i form av utebliven hjälp till att få en god försörjningsförmåga.

När tillämpningen däremot är mer restriktiv, är det inte rätt personer som nekas sjukskrivning och sjukpenning, eftersom både medicinsk och arbetslivsinriktad precision saknas, vilket leder till såväl effektivitets- som rättsförluster samt utanförskap, i stället för en väl fungerande arbetslinje.

***Utredningens förslag är att vi nu ånyo ska inleda en cykel med en mer restriktiv tillämpning, i stället för att kräva att Försäkringskassan – i varje enskilt sjukfall – ska vara kapabel att tillämpa bestämmelserna i 29–31 kap. [SFB](#) om rätt till rehabiliteringsåtgärder korrekt och rättssäkert, genom att samarbeta konstruktivt med alla berörda.***

***Det är inte det minsta hållbart och kommer endast att leda till att ännu fler sjukförsäkrade, än vad som är fallet under de senaste tre decennierna, plågas och skadas av staten. Efter en tid med en restriktiv tillämpning kommer sjuktalen visserligen att vara lägre, men då måste staten ge efter, eftersom förtroendet för den förda politiken är alltför lågt.***

### ***Rehabiliteringskedjan bör skrotas för att den förstör den individuella anpassningen***

Att tillämpa tidsgränserna i rehabiliteringskedjan, d.v.s. 27 kap. 46–55 b §§ [SFB](#), utan att tillämpa bestämmelsen i 27 kap. 50 § [SFB](#), är varken förenligt med de individuella rehabiliteringsbestämmelserna i 29–31 kap. [SFB](#) eller med de grundläggande stadgandena i 3 kap. 1–2 §§ [Hälso- och sjukvårdslagen](#) (HSL), som lyder:

**1 §** Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.



Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. ***Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården*** [min kursivering].

**2 §** Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Syftet med sjukförsäkringen måste rimligen i första hand vara att alla medborgare ska garanteras en individuellt anpassad och effektiv hälso- och sjukvård, samt att de som har de största behoven av medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder ska ges företräde, i stället för att som nu – och i ännu högre utsträckning med utredningens förslag – utförsäkras på grund av fasta tidsgränser, vilka dessutom grundas på en lagtrotsig rättstillämpning.

***Enligt min uppfattning borde rehabiliteringskedjan aldrig ha införts, dels eftersom den inte tillför något konstruktivt jämfört med den befintliga rehabiliteringslagstiftningen i 29–31 kap. SFB. Dels för att rehabiliteringskedjan förhindrar att individuellt optimala behandlings- och rehabiliteringsåtgärder sätts in redan vid starten av varje sjukfall.***

Alternativt hade staten, när rehabiliteringskedjan infördes år 2008, behövt avskaffa alla rehabiliteringsbestämmelserna i sjukförsäkringen utom rehabiliteringskedjan, d.v.s. avskaffa 27 kap. 6–7 §§ SFB och 29–31 a kap. SFB, så att det blev lagligt att favorisera enkla diagnoser med säkra prognoser och samtidigt diskriminera de flesta som behöver ett mer avancerat och långvarigt medicinskt och arbetslivsinriktat stöd, för att kunna försörja sig själva.

***Rehabiliteringskedjan förstör vidare all trovärdighet angående att staten vill satsa på en arbetslinje, eftersom de som är i störst behov av hjälp och stöd lämnas i sticket.***

### ***Staten styr sjukförsäkringen genom att tillämpa sju destruktiva härskartekniker***

Enligt 6 § FL ska Försäkringskassan hjälpa alla sjukförsäkrade att tillvarata sina intressen. Det som pågår, sedan tre decennier tillbaka, är dock raka motsatsen. Det är genom att systematiskt praktisera destruktiva [härskartekniker](#) som staten reglerar tillgången till sjukförsäkringen.

För det första tillämpar Försäkringskassan härskartekniken ***undanhållande av information, när myndigheten informerar om vilka förmåner sjukförsäkringen består av.*** Om vi studerar *Definitioner och förklaringar* gällande vad en förmån är i 2 kap. 11 § SFB kan vi se att det finns två sorters förmåner:

**11 §** Med förmåner avses i denna balk dag ersättningar, pensioner, livräntor, kostnadsersättningar, bidrag samt andra utbetalningar eller åtgärder som den enskilde är försäkrad för enligt 4-7 kap.

Dels har vi förmåner som utges i form av pengar. De kallas *ersättningar* av Försäkringskassan, se t.ex. s. 2 i kassans informationsmaterial om [Socialförsäkringen](#).

Dels kan man vara försäkrad för konkreta *åtgärder*, vilket Försäkringskassan, förvaltningsdomstolarna, tillsynsmyndigheterna och lagstiftaren döljer. Av 23 kap. 2 § SFB framgår dock att sjukförsäkringen består av *fem förmåner*:

**2 §** Förmåner vid sjukdom eller arbetsskada enligt denna avdelning är

- sjukpenning som lämnas vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga,
- rehabiliteringsåtgärder vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga,

- rehabiliteringsersättning i samband med rehabiliteringsåtgärder,
- sjukersättning eller aktivitetsersättning när arbetsförmågan är långvarigt nedsatt,

När Försäkringskassan och andra statliga myndigheter hanterar sjukförsäkringen hävdar de dock att sjukförsäkringen endast handlar om pengar, se t.ex. s. 87 i [Försäkringskassans årsredovisning 2023](#):

Sjukförsäkringen omfattar förmånerna sjukpenning, rehabiliteringsersättning, aktivitetsersättning och sjukersättning.

Förmånen som heter *rehabiliteringsåtgärder* saknas helt i Försäkringskassans senaste årsredovisning och i tidigare årsredovisningar, se t.ex. uppräkningsdelen av vad kassan arbetar med på s. 11–12 i årsredovisningen för 2023.

Det pågår dock, som jag har framhållit ovan, en långsam omsvängning sedan fem år tillbaka, genom vilken Försäkringskassan försöker bli bättre på att tillgodose sjukförsäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder. Nyligen, 2024-05-03, har kassan klargjort att rehabiliteringsåtgärder är en förmån i Version 19 av [Vägledning 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning](#), se s. 177.

Där klargör Försäkringskassan även att alltid krävs en skriftlig ansökan för att ha rätt till rehabiliteringsåtgärder, samt att en sådan måste lämnas in av försäkrade som inte har någon sjukpenninggrundande inkomst och/eller om arbetsförmågan inte är nedsatt med så mycket som 25 procent, vilket är kravet för att få sjukpenning.

Utifrån hur Försäkringskassan – numera – formulerar sig, kan vi dra slutsatsen att den som har lämnat in en vanlig ansökan om sjukpenning även har ansökt om förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder, eftersom en ansökan om sjukpenning alltid är en ansökan om att få vara sjukskriven – och sjukskrivning är en rehabiliteringsåtgärd.

Det står vidare på s. 90 i författningskommentaren i [Prop. 1990/91:141](#), angående Försäkringskassans skyldigheter, att:

Det är av vikt att kassan i varje sjukärende uppmärksammar frågan om eventuell rehabilitering. När ett rehabiliteringsbehov har klarlagts, skall kassan verka för att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering snarast vidtas.

***Härskartekniken undanhållande information får sitt mest destruktiva uttryck i kommunicerings- och beslutsbrev samt domar i förvaltningsdomstolarna, genom vilka sjukförsäkrade nekas rätt till sjukskrivning – utan att någon rehabiliteringsutredning har gjorts av Försäkringskassan i gott samarbete med den försäkrade och övriga aktörer i rehabiliteringsprocessen.***

Sådana beslut är standard sedan tre decennier tillbaka, se exemplet i Bilaga 3. Besluten utgör grova förfarandefel och/eller grova rättegångsfel. Man känner igen uppenbart lagtrotsiga beslut på att samtliga rehabiliteringsbestämmelser som borde ha tillämpats saknas, d.v.s. 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#) samt relevanta bestämmelser i 29–31 kap [SFB](#).

***För det andra osynliggör staten, genom sitt auktoritära, kunskapsfientliga och lagtrotsiga sätt att handlägga sjukförsäkringsärenden, kunskaperna hos de försäkrade själva och övriga rehabiliteringsaktörer gällande vilka rehabiliteringsåtgärder den sjukförsäkrade***

*personligen behöver för att kunna försörja sig själv.* I stället för att erbjuda ett [personcentrerat](#) bemötande, vilket är nödvändigt om rehabiliteringen ska bli effektiv och en arbetslinje ska kunna upprätthållas, har Försäkringskassan under lång tid haft rutiner, vilka går ut på att man ska ha så lite som möjligt att göra med den försäkrade personligen.

*För det tredje hånas och förlöjligas den försäkrades och övriga rehabiliteringsaktörers undersökningar, bedömningar och slutsatser, när staten nekar sjukskrivning och sjukpenning.* Försäkringskassans lagstridiga och arroganta attityd, när det gäller vem som kan veta om en försäkrad behöver vara sjukskriven uttrycks också klart och tydligt på myndighetens hemsida under rubriken [Försäkringsmedicin på Försäkringskassan](#). Kursiveringen är min och det står:

### **Annan bedömning av arbetsförmågan**

En annan anledning till att patienten inte får sjukpenning kan vara att Försäkringskassan gör en annan bedömning av patientens arbetsförmåga än läkaren. **Det kan vara så att Försäkringskassan har mer ingående information om de krav som arbetet ställer på individen** och att de funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som läkaren beskriver i läkarintyget till Försäkringskassan inte bedöms sätta ner arbetsförmågan i förhållande till arbetet.

Ur såväl medicinskt som juridisk synpunkt är det kursiverade påståendet synnerligen anmärkningsvärt. Att Försäkringskassan skulle kunna ha mer ingående kunskaper om vilka krav ett visst arbete ställer på en viss individ, än vad individen själv, arbetsgivaren och den legitimerade vården – som undersöker individen – har är naturligtvis aldrig sant. All information som Försäkringskassan behöver angående hur en viss individ vid en viss tidpunkt klarar av att leva upp till kraven i ett visst arbete måste ju inhämtas från dem som vet bäst, än vad kassan gör.

*För det fjärde dubbelbestraffar Försäkringskassan personer som nekas sjukpenning. Minsta förmåga ses som ett tecken på att personen är kapabel att arbeta heltid och ska utförsäkras.* Likaså om den försäkrade klagar på ett felaktigt handlagt ärende på ett kompetent sätt, då anses hen vara fullt arbetsför. Ger den försäkrade upp och inte klarar att driva sitt ärende, t.ex. genom att inte överklaga ett beslut till Förvaltningsrätten inom rätt tid för att hen är alltför sjuk, då ses det uteblivna överklagandet som ett bevis på att Försäkringskassan har gjort rätt. Med sådana spelregler finns det inte någon rättssäkerhet.

*För det femte anser Försäkringskassan att när en försäkrad nekas sjukpenning, då är det den försäkrades eget fel, eftersom hen inte har inkommit med tillräckligt bra bevisning. Därigenom påläggs den försäkrade skuld och skam, när det i själva verket är Försäkringskassan som har gjort fel – och som dessutom har bevisbördan när det gäller att rehabiliteringsbehovet snarast ska vara klarlagt genom att samarbeta med den försäkrade och övriga aktörer.*

*För det sjätte innebär Försäkringskassans bedömningar av rätten till sjukpenning med stöd av instruktionerna i Process 2009:07 en ren objektivisering av de försäkrade.<sup>6</sup> I stället*

---

<sup>6</sup> Process 2009:07 *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning* är det avgörande interna styrdokumentet som reglerar hur alla som handlägger sjukförsäkringen ska arbeta. Fr.o.m. 2024-03-07 gäller version 20.

för att ge sjukförsäkrade ett personligt bemötande som präglades av värme, intresse, professionell kunskap, respekt och ett gott omdöme, möter de som får avslag på sina ansökningar om sjukskrivning en destruktiv försäkringsmiljö, i vilken den försäkrade är uppsåtligt helt utestängd från alla diskussioner och beslut.

Hur Försäkringskassan egentligen har gjort, för att komma fram till att en försäkrad inte har rätt till sjukskrivning och sjukpenning framgår inte av någon skriftlig dokumentation, vilket i sig är ett förbjudet förfarande, se 9 § [FL](#) om att handläggningen ska vara skriftlig. Den avgörande bedömningen sker i endast huvudet på handläggaren. Eftersom handläggaren inte samarbetar med de berörda och inte har tillräckligt med information, har hen dessutom mest fördomsfulla killgissningar att gå på.

***För det sjunde innebär sättet som Försäkringskassan och förvaltningsdomstolarna handlägger ansökningar om sjukskrivning och sjukpenning på ett konstant – latent – hot om våld. Försäkringskassan kan när som helst kan dra in sjukpenningen eller helt godtyckligt låta bli att en släppa in en försäkrad i sjukförsäkringen – och utan att den försäkrade kan göra något för att påverka sin situation.*** Försäkringskassans makt är total och den försäkrade har inget att säga till om i den egna sjukförsäkringen, fastän lagen säger att det ska vara på motsatt sätt. Försäkringskassan har inte rätt fatta beslut om sjukpenning – utan att skriftligt kunna styrka hur man har ansträngt sig för att samarbeta med de som är berörda.

Arbetsmiljölagstiftningen är också väldigt tydlig med hur man ska göra för att skapa en god psykosocial arbetsmiljö, som inte leder till att människor blir sjuka. Det framgår t.ex. av 9–11 och 13–14 §§ i [AFS 2015:4](#). Genom att organisera arbetet felaktigt – och göra på motsatt sätt i förhållande till vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet gällande vilket bemötande sjukförsäkrade behöver, för att kunna må bra, skapar Försäkringskassan en omfattande psykisk ohälsa hos många personer som ansöker om sjukskrivning och sjukpenning.

I Version 19 av [Vägledning 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning](#), som trädde i kraft 2024-05-03, förespråkas dock mer ett konstruktivt förhållningssätt såväl till de sjukförsäkrade, som till hälso- och sjukvården och arbetsgivare m.fl. Se särskilt s. 261–270 om hur läkarintyg ska användas samt s. 316–318 om bevisvärdering.

I vilken utsträckning Försäkringskassan lyckas med att genomföra det som står i Vägledningen, är dock högst oklart, eftersom det förutsätter att samtliga verktyg, styr- och stöddokument görs om, samt att en synnerligen omfattande avläring gällande osakliga och arroganta beteenden hos tusentals medarbetare genomförs.

### ***En rehabiliteringsutredning ska klargöra vilka arbeten som är individuellt lämpliga***

Det allra viktigaste i en rehabiliteringsutredning, enligt 29–31 kap. [SFB](#), är att klargöra vilka konkreta och realistiska möjligheter en sjukförsäkrad person har att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Rehabiliteringskedjan förstör effektiviteten i sjukförsäkringen, genom att förutsätta att det endast är det befintliga arbetet som är aktuellt under de första sex månadernas rehabilitering, om inte arbetsgivaren erbjuder andra arbetsuppgifter som passar bättre. När Steg-för-steg-modellen infördes år 1997, började staten dessutom låtsas att sjuka personer skulle kunna få

vilka normalt förekommande arbeten som helst, som Försäkringskassan tyckte att de borde kunna utföra. På s. 20 i [Prop. 1996/97:28](#) står det:

Om den försäkrade, trots den sjukdom han eller hon har, kan klara ett annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete har han eller hon inte rätt till ersättning från försäkringen. Den försäkrade är, objektivt sett, arbetsför även om arbetet inte är direkt tillgängligt för honom eller henne.

Det ovanstående citatet är osakligt och destruktivt manipulativt, eftersom det relevanta är om den sjuka personen har goda chanser att *bli erbjuden* lämpligt arbete till kollektivavtalsenlig lön, i konkurrens med alla andra som vill ha samma jobb. Genom att skjuta in ordet ”direkt” i den sista meningen, ges även sken av att ett lämpligt förvärvsarbete skulle kunna vara indirekt tillgängligt, vilket inte är relevant.

*Vad vi ser här, är dessutom en lagstiftare som skriver en sak i propositionstexten och något helt annat i lagtexten, vilket har varit vanligt förekommande under de tre senaste decennierna.* I lagtexten på s. 4 i [Prop. 1996/97:28](#) betonas tydligt att inte är förmågan att kunna utföra ett förvärvsarbete som är det väsentliga, utan *förmågan att försörja sig själv* genom förvärvsarbete – vilken förutsätter att den sjukförsäkrade blir erbjuden ett lämpligt sådant. Det står:

Om det efter prövning enligt fjärde stycket bedöms att den försäkrade inte kan återgå till arbete hos arbetsgivaren eller försörja sig själv genom annat förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, skall vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning särskilt beaktas om den försäkrade efter åtgärd som avses i 7 b § eller 22 kap. kan försörja sig själv genom sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

I det ovanstående citatet har vi en tydlig bekräftelse på att sjukförsäkrade som inte kan försörja sig själva har rätt till rehabiliteringsåtgärder inom ramen för sjukförsäkringen. Det är det som hänvisningen till 3 kap. 7 b § [AFL](#) och 22 kap. [AFL](#) i citatet ovan innebär.

Eftersom sjukförsäkringen, så som lagen har sett ut åtminstone sedan år 1963, ska täcka skador på den försäkrades försörjningsförmåga som orsakas av sjukdom, bör en rehabiliteringsutredning i det enskilda fallet alltid inledas med frågor om hur den försäkrade försörjde sig innan hen blev sjuk, d.v.s. vilka yrken och arbetsuppgifter den försäkrade har tillräckligt färska erfarenheter av att utöva, på sätt som arbetsgivare är nöjda med.

Nästa fråga bör vara hur den försäkrades hälsotillstånd begränsar den enskildes försörjningsförmåga. Är det realistiskt att behandla och rehabilitera den försäkrade, så att hen kan fortsätta arbeta i en befintlig anställning? Eller behöver den försäkrade få ett gott stöd till att ställa om till ett nytt yrke? Vilka yrken kan i så fall vara aktuella? Och vilka kostnader och risker är förknippade med en sådan omställning?

***Lagen är extremt tydlig med hur en rehabiliteringsutredning ska bedrivas. Det finns inte på kartan att Försäkringskassans handläggning av enskilds ärende ska utföras över***

*huvudet eller bakom ryggen på den försäkrade, så som är standard idag och sedan tre decennier tillbaka, se bl.a. avslagsmallarna som är Bilaga 2 och 3.*

*Tvärtom är Försäkringskassan skyldig att ”samråda” med försäkrade och att ”samverka” med vården och företrädare för arbetsmarknaden. Rehabiliteringsåtgärder ska alltid vara baserade på den försäkrades individuella förutsättningar och behov och vara effektiva ur just den individens perspektiv, se 30 kap. 2–3, 6–7 och 9–11 §§ [SFB](#).*

Dessutom ska samverkansprocessen vara ordentligt skriftligt dokumenterad, innan en myndighet har rätt att gå till beslut angående den enskildes rätt till rehabiliteringsåtgärder, vilket varken Försäkringskassan eller förvaltningsdomstolarna hittills har brytt sig om.

Slutsatsen är att en rehabiliteringsutredning alltid ska klargöra vilka arbeten som är lämpliga för den sjukförsäkrade personligen, eftersom den informationen – tillsammans med hälsotillståndet – ska avgöra vilka rehabiliteringsåtgärder som behövs och kan förväntas vara effektiva, för att den försäkrade ska kunna försörja sig själv.

Huruvida den försäkrade ska fortsätta försörja sig ett inom yrke hen har erfarenhet av och på en arbetsplats där hen är anställd, bör alltid vara en individuell fråga, som ska avgöras från fall till fall – och där den försäkrade självklart ska ha mycket att säga till om.

*Det viktiga är att det är staten som ska stå för kostnaden för en eventuell omställning till ett nytt yrke, eftersom omskolning ingår i sjukförsäkringen, för dem som behöver sådana åtgärder, se 30 kap. 12–14 §§ och 31 kap. [SFB](#). Det är inte förenligt med lagstiftningen att utförsäkra sjukförsäkrade till arbetslöshet och bidragsberoende.*

## **Kapitel 4 visar att rehabiliteringskedjan förstör rättssäkerheten & effektiviteten**

I kapitel 4 i utredningen ges en god beskrivning av hur Försäkringskassan arbetar med delar av den s.k. rehabiliteringskedjan, närmare bestämt bestämmelserna i 27 kap. 46–49 §§ [SFB](#) – samtidigt som alla bestämmelser i lagen censureras, vilka ger sjukförsäkrade rätt till individuellt utformade rehabiliteringsåtgärder. Värt att notera är följande:

1. Försäkringskassans rättstillämpning innebär att alla sjukförsäkrade ska följa samma, juridiska förlopp; Antingen ska de – utan eftertanke – rehabiliteras tillbaka till det befintliga arbetet, eller åtminstone till den befintliga arbetsgivaren. Eller också ska de – i många fall utan att vara färdigrehabiliterade – skickas ut i arbetslöshet.
2. När Försäkringskassan avslår en ansökan om sjukskrivning och sjukpenning och den sjukförsäkrade skickas ut i arbetslöshet, kallas det för att ”tillvarata” den försäkrades ”arbetsförmåga”, se. t.ex. rubriken på s. 105.
3. När ett sjukfall börjar hos Försäkringskassan, görs aldrig någon utredning angående vad som är ett lämpligt arbete för den försäkrade, som hen ska antas kunna försörja sig på, efter genomgången rehabilitering.
4. I stället sjabblas de första månaderna av rehabiliteringstiden bort i en första linje i Försäkringskassans produktionsprocess, där man enbart fokuserar på rätt till sjukpenning, och i vilken de minst kvalificerade medarbetarna hos Försäkringskassan arbetar.

5. Till linje två kommer därför undermåligt utredda ärenden utan rehabiliteringsplaner, se s. 77–78 i utredningen. Det blir därmed svårt att hinna vidta meningsfulla rehabiliteringsåtgärder, innan de första 180 dagarna i rehabiliteringskedjan har förflutit.
6. Försäkringskassans handläggning tar inte hänsyn till att alla sjukförsäkrade har rätt till specifika, individuellt anpassade rehabiliteringsåtgärder, och att det är en förmån i socialförsäkringen, som alltid ska utredas och beslutas i enlighet med bestämmelserna i 29–31 kap. [SFB](#), eftersom den försäkrade har ansökt om rätt till sjukskrivning.
7. I stället för att ta reda på vilka de individuella förutsättningarna och rehabiliteringsbehoven är hos de sjukförsäkrade individerna – och hur behoven mest effektivt kan tillgodoses i den enskilda fallen – för kassan statistik över olika handläggningsaktiviteter, hur enstaka bestämmelser tillämpas samt vilket utslag det ger på gruppnivå.
8. Handläggningen av ärendena är mestadels auktoritär, i stället för transparent och [personcentrerad](#). Rutinerna har inte gått ut på att Försäkringskassan ska samråda med de försäkrade och samverka med vården och arbetsgivaren m.fl. Fokus ligger på att avgöra vilka individer som ska få avslags- eller indragsbeslut, respektive vilka som ska tillåtas vara kvar i försäkringen ännu en tid – oklart hur länge och av vilka skäl.
9. Bifallsbeslut delges som regel inte de försäkrade – och de är inte heller individuellt och klargörande motiverade – vilket de måste vara efter den 1 juli 2018, när vår nuvarande Förvaltningslag trädde i kraft, se s. 186 ff. i [Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag](#).
10. Sjukförsäkrade med enkla diagnoser och säkra prognoser, och som har en välvillig arbetsgivare – favoriseras framför sjukförsäkrade som är svårare sjuka, har en dålig försörjningsförmåga, har en ovillig arbetsgivare eller saknar en arbetsgivare. Så som undantagen från tidsgränserna i rehabiliteringskedjan är formulerade diskrimineras – systematiskt och uppsåtligt – de sistnämnda. De utförsäkras som regel till arbetslöshet, i stället för att erbjudas anpassade arbeten eller sjuk- eller aktivitetsersättning. Förfarandet strider mot såväl den personliga rätten till rehabiliteringsåtgärder enligt 29–31 kap. [SFB](#), som mot bestämmelsen om att ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”, i 3 kap. 2 § [HSL](#).

Ett avgörande skäl till att de ovanstående missförhållandena råder, är utformningen av Försäkringskassans standardrutiner. De innebär att staten inte tar ansvar för att sjukförsäkrade individer får en effektiv rehabilitering, vilken ska leda till en av staten styrkt god försörjningsförmåga, i ett för den försäkrade personligen lämpligt arbete på den öppna arbetsmarknaden.

### **Rehabiliteringskedjan bör avskaffas eftersom den hindrar en effektiv rehabilitering**

Som jag har klargjort ovan, borde rehabiliteringskedjan, d.v.s. det som idag är 27 kap. 46 § första stycket och 47–55 b §§ [SFB](#) aldrig ha införts. Dels för att den fokuserar på fel sak; d.v.s. gissningar angående en försäkrads prestationsförmåga när hen är sjuk, i stället för vilka åtgärder en försäkrad behöver för att bli frisk och få en god förmåga att försörja sig själv.

Dels för att det är vansinnigt, d.v.s. ineffektivt, att inte fr.o.m. inledningen av en sjukskrivning förutsättningslöst tillhandahålla just de rehabiliteringsåtgärder som den sjukförsäkrade individen behöver mest och bäst.

Dessutom lades både Steg-för-steg-modellen och sedan rehabiliteringskedjan i fel kapitel i Lag (1962:381) om allmän försäkring (AFL). De lades i kapitel 3 i [AFL](#), som handlar om förmånen sjukpenning, när de borde ha lagts i kapitel 22 i [AFL](#), som handlar om förmånen rehabiliteringsåtgärder, eftersom det är rätten till sjukskrivning som regleras. Det felet rättades inte heller till, när socialförsäkringsbalken skapades.

*Jag kan inte se några nackdelar med att avskaffa rehabiliteringskedjans bestämmelser, till förmån för att tillämpa de individuella rehabiliteringsbestämmelserna i 29–31 kap. [SFB](#) och i 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#). Tvärtom tror jag att det är nödvändigt och konstruktivt att göra den förändringen, så att ingenting står i vägen för ett [personcentrerat](#) samarbete med de sjukförsäkrade, under ledning av Försäkringskassan, och i god samverkan med hälso- och sjukvården och aktuella arbetsgivare.*

### **Staten behöver drivkrafter som främjar rättssäkerhet och effektivitet i försäkringen**

En förtjänst med SOU 2024:26 är att det förs en diskussion om drivkrafter. Ett problem är att statens drivkrafter – och i synnerhet förvaltningsdomstolarnas – belyses ofullständigt eller inte alls. Ett resonemang om drivkrafter behöver – för att vara funktionellt – huvudsakligen fokusera på dem som har mest makt. Om/när makthavares drivkrafter är destruktiva, blir hela systemet destruktivt.

Hanteringen av sjukförsäkringen går att förstå som en direkt följd av statens administrationskostnader, utifrån hur handläggningen hos Försäkringskassan bedrivs. Sedan 15 år tillbaka, när den första versionen av Process 2009:07 *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning* sattes upp, har sjukförsäkringsutredningarna skötts, som om det är en massproducerad bil som ska monteras på ett löpande band, d.v.s. som om det finns standardiserade människor och/eller att det endast är normala människornas rättigheter som ska tillgodoses.

Produktionsprocessen klargör exakt vilka handläggningsmoment som ska göras i sjukförsäkringsärendena, i betydande utsträckning hur de ska utföras och utesluter samtidigt tänkbara handläggningsmoment som inte ingår i – den i detalj tidsstuderade – processen. Allt är med andra ord standardiserat, men inte utifrån lagkraven, utan i många fall i direkt motsättning till vad lagen säger och för att det ska vara praktiskt hanterbart för Försäkringskassan.

Det billigaste för Försäkringskassan, är om myndigheten på förhand kan veta vilka sjukförsäkringsärenden som kommer att bli okomplicerade, och där den försäkrade kommer att tillfriskna och återgå i arbete utan att kassan behöver engagera sig. Det har gjorts flera försök från Försäkringskassans sida, under de senaste två decennierna, att på förhand förutspå vilka ärenden det är. Försöken är dock misslyckade, eftersom det finns för många felkällor.

Ytterligare ett viktigt skäl till att det är svårt att lyckas med en sådan strategi, är att sjukförsäkrade som inte spontant blir friska snabbt, behöver en konstruktiv och engagerad försäkringsmiljö vilken är tillgänglig och som de kan känna förtroende för och samarbeta med, för att kunna tillfriskna och försörja sig själva.



Hur Försäkringskassan bemöter sjukförsäkrade har alltså en tendens att bli självuppfyllande, eftersom det är kassan som sitter på hela makten. Med ett kompetent och engagerat professionellt bemötande präglat av omtanke och respekt, kan effektiva rehabiliteringsåtgärder överenskommas och större problem förebyggas och vice versa.

Det näst billigaste för Försäkringskassans administration är sannolikt att förhålla sig passiv och invänta att en tidsgräns i rehabiliteringskedjan uppnås, som ger myndigheten rätt att utförsäkra den sjukförsäkrade i strid med vad lagen säger. Några effektiva rehabiliteringsåtgärder har då kanske inte ens varit på tapeten, eftersom de 17 förvaltningsdomstolarna inte har några krav på att Försäkringskassan ska följa lagen, inte själva använder sig av rehabiliteringsbestämmelserna i lagen och inte kräver att kassan ska samarbeta med den försäkrade.

***Det dyraste alternativet för Försäkringskassans administration är nog att tidigt i sjukfallen – och innan det första beslutet om rätt till sjukpenning och/eller rehabiliteringspenning tas – göra professionella rehabiliteringsutredningar i samarbete med alla inblandade och utgående från varje sjukförsäkrads individuella förutsättningar och behov, d.v.s. att följa lagen.*** På s. 13 i [Försäkringskassans årsredovisning 2023](#) kan vi dessutom läsa att:

Under 2023 betalade Försäkringskassan ut 248,9 miljarder kronor. Nästan hälften av pengarna gick till personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller till personer med funktionsnedsättning. ... Kostnaden för att administrera förmånerna och övriga uppdrag uppgick till 10,8 miljarder kronor.

Det vi kan se här, är att administrationskostnaderna hos Försäkringskassan är felräkningspengar, i förhållande till det som utbetalas i olika ersättningar. Det finns sannolikt mycket att vinna, även i rena besparingar, på att höja ambitionsnivån i sjukförsäkringshandläggningen, så att en trygg och effektiv rehabilitering erbjuds alla som behöver det.

För att nå dit behöver Försäkringskassan för det första mätas på rätt saker. ***När det gäller sjukförsäkringen finns det ett mått som är mer relevant än alla andra; I vilken utsträckning kan den försäkrade försörja sig själv? Kan den försäkrade – efter att rehabiliteringsarbetet är slutfört – försörja sig själv i samma utsträckning som hen gjorde, innan hen insjuknade?***

Endast om svaret är Ja, bör försäkringsärendet definitivt avslutas. Lämpliga uppföljningsdatum är 6 och 12 månader efter avslutad sjukskrivning. En lyckad rehabilitering bör kunna hålla i åtminstone ett år. En person som inte behöver återkomma till sjukförsäkringen, mer än gällande ett fåtal veckor inom ett år, bör bokföras som färdigrehabiliterad.

När det gäller hur försäkrades försörjningsförmåga ska mätas, har Riksrevisionen nyligen bidragit med konstruktiv metodutveckling, se s. 6–11 i [Bilagan till RiR 2024:14 Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning](#). I sammanfattningen ovan har jag också tagit med fler resultat från den rapporten.

För det andra bör Försäkringskassan mätas på de sjukförsäkrades nöjdhet med bemötandet och servicen och där det ställs höga och tillräckligt detaljerade krav på information och kvalitet i handläggningen, utifrån de konkreta rättigheterna som lagen ger. Kassan gör redan årliga s.k. kundundersökningar, men de genomförs slentrianmässigt – och man låter sig nöja med usla resultat. På s. 78 i [Försäkringskassans årsredovisning 2023](#) kan vi läsa följande:

## **De försäkrades upplevelse av kvaliteten i utredningar, bedömningar och beslut**

De försäkrades upplevelse av kvaliteten i utredningar, bedömningar och beslut har försämrats för alla tre förmåner sedan föregående år. Medelvärdet på en femgradig skala ligger mellan 2,6 och 3,1. Det kan jämföras med föregående år då motsvarande värden var mellan 3,1 och 3,7, men eftersom urvalet har ändrats ska alla jämförelser tolkas med försiktighet. Kundnöjdheten är lägst inom sjukersättning.

Det ovanstående bör inte ses som acceptabla siffror. ***Oavsett om en sjukförsäkrad får ett bifalls- eller ett avslagsbeslut bör hen kunna känna sig nöjd med bemötandet och servicen, för att hen har känt sig delaktig, är införstådd med hur ärendet har hanterats och har upplevt en reell möjlighet att konstruktivt påverka sin situation och sin rätt till försäkringen.***

Det finns vidare tydliga bestämmelser i 110 kap. 52–58 §§ [SFB](#) om sjukförsäkrades skyldigheter att samarbeta med Försäkringskassan inom ramen för sjukförsäkringen. Bestämmelserna syftar till att situationer, där en sjukförsäkrad på otillbörliga sätt försöker utnyttja en samarbetsvillig Försäkringskassa, ska kunna avstyras och hanteras rättssäkert.

I vilken utsträckning Försäkringskassan klarar av att övergå till att förvalta sjukförsäkringen konstruktivt är oklart. Mot det talar att vi har haft samma rehabiliteringsbestämmelser i 32 år, vilka kassan har valt att fuska bort. För talar att man faktiskt har gjort betydande konstruktiva förändringar, av ett stort antal rättsliga dokument, under senare år.

## ***Staten behöver sätta stopp för sin girighet och visa att man satsar på försäkringen***

Sedan två decennier tillbaka använder staten sjukförsäkringspremierna till att berika sig själv, se det färgglada diagrammet angående utvecklingen av arbetsgivaravgifterna på [Näringslivets ekonomifakta](#). År 2004 var sjukförsäkringsavgiften 11,08 procent och den allmänna löneavgiften (en ren beskattning) 3,13 procent. Idag är läget det omvända; endast 3,55 procent går till sjukförsäkringen och 11,62 procent är allmän löneavgift.

Staten lägger alltså beslag på två tredjedelar av det som tidigare var inbetalningar till sjukförsäkringen, att använda till annat. Det var vidare under Alliansregeringens tid, år 2007–2011 som de största sänkningarna av sjukförsäkringspremierna genomfördes. Vad vi ser är en stat, som hellre satsar på sig själv, än på de sjukförsäkrade – och det är antagligen den viktigaste drivkraften som behöver förändras.

Om staten vill att medborgarna ska ha förtroende för statens förmåga att garantera alla som behöver det en ändamålsenlig rehabilitering, så att de ges rätt och möjlighet att försörja sig själva, behöver staten visa att den menar allvar och satsar på sjukförsäkringen. Det måste vara slut på snålandet, som syftar till att staten ska stoppa premien från arbetstagarna i den egna fickan. Utan en sådan förändring, har inte talet om en arbetslinje någon trovärdighet.

När det sedan visar sig att det finns sjukförsäkrade som inte kan – eller bör – rehabiliteras till att försörja sig själva genom förvärvsarbete, inklusive subventionerade anställningar, ska sjuk- eller aktivitetsersättning erbjudas utan knussel

När sakkunniga rehabiliteringsutredningar genomförs i alla sjukfall, som blir längre än någon månad, och sedan uppdateras över tid, finns det efter något år ett gott underlag för att bevilja det som förut kallades förtidspension (sjuk- eller aktivitetsersättning).

Det är vidare viktigt att personer med en permanent ersättning, som vill ha fortsatta rehabiliteringsåtgärder erbjuds sådana när det är ändamålsenligt. Det bör som huvudregel inte vara statens val att utestänga någon från förvärsarbete. Så långt det är möjligt, bör även anpassade arbeten erbjudas tillfälligt eller mer permanent, till de som behöver.

### ***En avskaffad rehabiliteringskedja ger förvaltningsdomstolarna sunda drivkrafter***

För att få ordning på ett destruktivt sjukförsäkringssystem behöver vi börja från toppen, med förvaltningsdomstolarna. Det mest effektiva sättet att få dem att fokusera på vad lagen säger, är sannolikt att avskaffa bestämmelserna i rehabiliteringskedjan. Då måste de rimligen börja intressera sig för vilka konkreta rehabiliteringsåtgärder varje sjukförsäkrad individuellt behöver för att kunna försörja sig själv, samt vem som kan veta vad om det, d.v.s. vad som verkligen är tillräckligt väl utrett och bevisat (styrkt) i ett enskilt sjukförsäkringsärende/mål.

Utöver detta, behöver samtliga 17 förvaltningsdomstolar en rejäl utbildningsåtgärning, så att de lär sig alla relevanta bestämmelser i socialförsäkringsbalken samt får klart för sig hur relevanta delar av Försäkringsöverdomstolens praxis är utformad.

Alternativt behöver vi ånyo bygga upp försäkringsdomstolar, som är specialiserade på de cirka 2 000 bestämmelserna i socialförsäkringen. Dessa bör i så fall ges kammarrättstandard, med tre domare, så att de kan diskutera sig fram till en hållbar rättspraxis som är väl förankrad i lagen och den rådande arbetsmarknaden.

Det är vidare ett uppenbart problem, att förvaltningsdomstolarna vägrar att intressera sig för hur Försäkringskassan sköter eller missköter handläggningen av sjukförsäkringsärendena. Jag har läst ungefär 150 domar i sjukförsäkringsmål från de 17 förvaltningsrätterna. När sjukförsäkrade klagar på kassans handläggning, slår domstolarna alltid det ifrån sig. Här är ett exempel i en nygjord dom från 2024-05-03 (Mål 1157–23 hos Förvaltningsrätten i Umeå):

#### **Försäkringskassans handläggning**

NN är kritisk till Försäkringskassans handläggning av hans ärende och framför bl.a. att Försäkringskassan uppsåtligt och systematiskt handlagt hans sjukförsäkringsärende i strid med lagstiftningen, att myndigheten trotsat lagen, att handläggningen varit slö, slapp och likgiltig istället för professionell och rättssäker samt agerat osakligt och gjort sig skyldig till grovt förfarandefel, när myndigheten genom det felaktiga grundbeslutet den X maj 20XX tvingande hen att i förtid avbryta den pågående medicinska rehabiliteringen. Förvaltningsrätten utövar inte någon tillsyn över Försäkringskassan och vad NN anför i denna del föranleder därför inte någon åtgärd från förvaltningsrättens sida.

Den sista meningen i citatet ovan stämmer inte. Enligt är [SOU 2014:76](#) *Fortsatt utveckling av förvaltningsprocessen* är det tvärtom förvaltningsdomstolarnas uppgift att kontrollera att Försäkringskassan har tillämpat rätt bestämmelser på rätt sätt. I Bilaga 8 har jag gjort två sammanställningar angående vad den nämnda utredningen säger, om hur rättssäkerhet ska skapas i förvaltningsdomstolarna.

***Om inte förvaltningsdomstolarna själva anser att de är skyldiga att – på ett transparent sätt – säkerställa enskildas rättssäkerhet, när Försäkringskassan beter sig uppenbart felaktigt***

*tigt och lagtrostigt och fråntar sjukförsäkrade deras lagstadgade rättigheter, bör domstolarna – för allas bästa – diskvalificeras från uppdraget att döma i sjukförsäkringsmål.*

### **Försäkringskassan är skyldig att på eget initiativ rätta beslut som har blivit oriktiga**

Två ändringsbestämmelser i 113 kap. 3 och 6 §§ [SFB](#) ger sjukförsäkrade, som har fått oriktiga grund- eller omprövningsbeslut, men inte har överklagat till förvaltningsdomstol, en stark ställning.

Hur beslut som har fått en oriktig utgång, på grund av att underlaget har varit uppenbart felaktigt eller ofullständigt och/eller på grund av att rättstillämpningen har varit uppenbart felaktig, ska utredas och ändras framgår av Försäkringskassans [Vägledning 2018:1](#) om *Rättelse och ändring av beslut enligt socialförsäkringsbalken och förvaltningslagen*, se särskilt s. 17–30.

I [Rättsligt ställningstagande 2022:04](#) om *Prövningen av om ett beslut är riktigt enligt 113 kap. 3 § första stycket 2 och 3 socialförsäkringsbalken (SFB)* klargörs dessutom att Försäkringskassan ska göra den ytterligare prövning och utredning som krävs för att avgöra om utgången i ärendet är riktig.

Detta är en mycket kraftig juridisk omsvängning. Kassan skriver på s. 2–3 i det rättsliga ställningstagandet, bl.a.:

Försäkringskassan har tidigare begränsat prövningen till att avse om de nya uppgifter som kommit in, tillsammans med befintlig utredning, gett stöd för att samtliga villkor för att fatta ett annat beslut varit uppfyllda. Om det tillgängliga underlaget inte gett stöd för att samtliga villkor för en annan utgång i ärendet varit uppfyllda, har någon ändring av beslutet inte gjorts. ...

Rättskällorna ger däremot ett mer direkt stöd för ett annat sätt att göra prövningen. När det finns ett kvalificerat fel som innebär att beslutet inte kan stå kvar på den grund som tidigare varit avgörande för utgången, ska Försäkringskassan göra den prövning och utredning som behövs för att avgöra om utgången i ärendet är riktig.

Stöd för att göra prövningen på detta sätt finns framför allt i Försäkringsöverdomstolens (FÖD) avgörande FÖD 1992:1. I det avgörandet ansåg FÖD att det i och för sig fanns ett kvalificerat fel, men att Försäkringskassan behövde utreda och pröva ytterligare frågor för att avgöra vilken utgång som var riktig i ärendet.

Det finns också stöd för detta i förarbetena. Där tas upp att ett nytt underlag kan ge anledning till en ny bedömning av ett villkor för att bevilja en förmån (se exemplet om sjukpenning i [prop. 1977/78:20](#) s. 94). ...

En prövning på detta sätt bör dessutom bidra till att färre enskilda blir utan ersättning på grund av bristande beslutsunderlag eller andra fel. Att bestämmelsen tillämpas på ett sätt som bidrar till att så få enskilda som möjligt blir utan ersättning på grund av oriktiga beslut är något som förespråkas i äldre litteratur (se Lavin, [Gäst hos Försäkringsöverdomstolen](#), 1991, s. 90).

Viktigt att påpeka här är för det första att ändringsskyldigheten vid s.k. kvalificerade juridiska fel är tvingande. Kassen ska ändra beslut som har blivit oriktiga på grund av att underlaget har varit uppenbart felaktigt eller ofullständigt och/eller på grund av att rättstillämpningen har varit uppenbart felaktig eller av annan liknande orsak – och det gäller även när den försäkrade inte har begärt omprövning. Samma sak gäller också felaktiga omprövningsbeslut, som inte har överklagats till förvaltningsrätten.

För det andra finns det inte någon preskriptionstid gällande ändring av beslut, som har en oriktig utgång på grund av kvalificerade juridiska fel. Enligt 113 kap. 6 § [SFB](#) får ändring:

ske även senare än två år efter den dag då beslutet meddelades

1. om det först därefter kommit fram att beslutet har fattats på uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag, eller
2. om det finns andra synnerliga skäl.

Begreppet ”får” i 113 kap. 6 § [SFB](#) innebär inte att det är frivilligt för Försäkringskassan att ändra på oriktiga sjukförsäkringsbeslut efter två år. ”Får” i 113 kap. 6 § [SFB](#) ska rimligen tolkas som en begränsning av ”ska” i 113 kap. 3 § [SFB](#). Innebörden är endast att skälen i 113 kap. 3 § punkt 1 [SFB](#), som handlar om mindre fel och slarvfel etc., inte utgör skäl för ändring av ett mer än två år gammalt beslut som har blivit oriktigt.

Villkoret i punkt 1 i 113 kap. 6 § [SFB](#) om att skyldighet att ändra föreligger när det först efter två år (eller längre tid) kommit fram att beslutet har fattats på ett uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag, är i allra högsta grad relevant när det gäller Försäkringskassans totala censur av rehabiliteringsbestämmelserna och rätten till förmånen rehabiliteringsåtgärder i sjukförsäkringen, som har pågått i tre decennier. Det är kassan (och förvaltningsdomstolarna) som är skyldiga att säkerställa att alla relevanta bestämmelser i lagen tillämpas.

Försäkringskassan är dessutom skyldig att informera de sjukförsäkrade om vilka förmåner som finns att tillgå och hur de ska styrka sin rätt till samtliga aktuella förmåner, vilket följer dels av 6 § [FL](#) om serviceskyldighet och dels av 2 § punkt i [Förordning \(2009:1174\) med instruktion för Försäkringskassan](#).

I stället för att informera om att alla sjukförsäkrade har rätt att ansöka om förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder, har Försäkringskassan aktivt och uppsåtligt gjort allt som står i dess makt för att censurera att det finns en sådan förmån. Det tog mig inte mindre än sex års aktiva studier av sjukförsäkringen, innan jag upptäckte att kassan vilseleder systematiskt och grovt gällande vilka rättigheter sjukförsäkrade enligt lag ska ha. Som jag har klargjort ovan, låtsas Försäkringskassan att Socialförsäkringen endast ger rätt till ekonomiska ersättningar och inte till specifika åtgärder, som den enskilda är försäkrad för.

Den konkreta följden av att Försäkringskassan inte har tillämpat rehabiliteringsbestämmelserna som finns i 29–31 kap. [SFB](#) samt 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#) är att några rehabiliteringsutredningar i gott samarbete med den försäkrade och övriga rehabiliteringsaktörer, som regel inte har gjorts, innan man har gått till beslut och avslagit rätten till sjukpenning enligt anspråk.

***Förutom att det är ett grovt förfarandefel att inte utreda den försäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder innan man avslår en ansökan om sjukpenning, eftersom ärendet inte***

**är utrett så som dess beskaffenhet kräver (se 110 kap. 13 § [SFB](#)), föreligger alltså en tvingande skyldighet för staten att göra om utredningen och därvid beakta samtliga relevanta uppgifter som finns i ärendet, från alla som kan veta något om den försäkrades hälsotillstånd och behov av sjukskrivning. Även sentida uppgifter som är relevanta ska ingå.**

Begreppet ”andra synnerliga skäl” i 113 kap. 6 § punkt 2 [SFB](#) inkluderar vidare ”uppenbart felaktig rättstillämpning eller annan liknande orsak”, som det står i 113 kap. 3 § punkt 3 [SFB](#). När det gäller ”annan liknande orsak” ger Försäkringskassan följande förklaring på s. 23 i [Vägledning 2018:1 Rättelse och ändring av beslut enligt socialförsäkringsbalken och förvaltningslagen](#):

Ett beslut kan också ändras om det blivit oriktigt av någon annan liknande orsak. I förarbetena anges som exempel att det ibland kan vara svårt att avgöra om beslutsfattaren har förbisett eller missförstått en bestämmelse eller om hen har misstagit sig om en faktisk omständighet som ingår i beslutsunderlaget. För att tolkningsproblem av det här slaget inte ska uppstå, finns regeln om att ändring ska göras även vid annan liknande orsak. Det ska dock vara fråga om en uppenbar felaktighet ([prop. 1977/78:20](#) s. 95).

Uppenbart felaktig rättstillämpning föreligger, när den försäkrade, hälso- och sjukvården, kanske även arbetsgivaren m.fl. har försett Försäkringskassan med uppgifter angående den försäkrades behov sjukskrivning i rehabiliterande syfte inför ett beslut om sjukpenning, och kassan har valt att censurera dessa uppgifter eftersom den inte har ansett sig vara skyldig att tillämpa några bestämmelser om rätt till förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder. **Det finns alltså att fullgott underlag i ärendet, men Försäkringskassan har valt att göra en felaktig bevisvärdering, för att man vill kunna avslå ansökan om sjukpenning genom att förfara felaktigt med rättstillämpningen.**

Utmärkande för sådana avslagsbeslut är som regel ett antal grova missförhållanden. För det första brukar det framgå av såväl kommuniseringsbrev som grundbeslut att Försäkringskassan – trots att det är en sjukförsäkring den försäkrade försöker använda – *inte* fokuserar på vilka sjukdomar den försäkrade har och hur de bäst kan botas. Det är *inte* den försäkrades sjukdomstillstånd – d.v.s. inte den försäkrades hälsotillstånd och vilka åtgärder hen behöver för att blir frisk – som står i fokus för kassans ”bedömning”.

I stället står det, för det andra, ofta i avslags- och indragsbesluten att ”man tittar på förmågan att utföra arbete trots att man har besvär”. Det första ”man” är kassans beslutande handläggare. Det andra ”man” är den försäkrade. Men handläggaren saknar helt egen kunskap om vad den försäkrade brukade uträtta under en arbetsvecka när hen var frisk – och kan inte heller se hur den försäkrade fungerar, när hen försöker arbeta och är sjuk.

Med Försäkringskassans nu gällande instruktioner angående bevisvärdering och hur läkarintyg ska användas i [Vägledning 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringssättning](#), som trädde i kraft 2024-05-03, är det beskrivna förfarandet inte bara olämpligt utan otillåtet, se s. 261–270 om läkarintyg och s. 316–318 om bevisvärdering.

Utmärkande för uppenbart oriktiga avslags- och indragsbeslut i sjukförsäkringen är för det tredje att Försäkringskassan som regel har använt den s.k. DFA-kedjan på ett otillåtet sätt. Man har krävt att läkare juridiskt ska kunna bevisa att den försäkrade inte kan arbeta genom

observationer och objektiva fynd av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Ibland framgår det av motiveringar i själva besluten, men många gånger behöver man begära ut journalen i ärendet från Försäkringskassan, för att se att det är så man har förfarit.

Idén om att sjukförsäkringen ska hanteras på det beskrivna sättet, i stället för att man ska lita på läkares undersökningar och bedömningar av om den försäkrade behöver avstå från förvärvsarbete för att kunna bli frisk, kommer från Ds 1994:91 (se Bilaga 6). Här flyttas bedömningsmakten från dem som kan veta hur den försäkrade mår och vad hen förmår om hen ska kunna bli fullt arbetsför, i stället för sjukare, till Försäkringskassans tjänstemän, vilket är både osakligt och destruktivt.

Förfarandet bygger på en felaktig föreställning om att läkare ska tillhandahålla fullständiga intyg i vilka det i detalj redogörs för hur samtliga sjukförsäkrade i Sverige, med samtliga sjukdomar man kan ha, och i förhållande till samtliga arbeten som man kan försörja sig på, utför samtliga arbetsuppgifter som ingår i jobbet under veckor och månader. På s. 47 i Ds 1994:91 står det:

Till grund för bedömningen behövs således ett bra läkarutlåtande som klart och tydligt beskriver den försäkrades medicinska status/funktionsnedsättning och vad han kan och inte kan göra för slag av rörelser och aktiviteter på grund av sin sjukdom. För psykiska tillstånd är det nödvändigt att veta på vilket sätt och i vilka situationer besvären påverkar förmågan att arbeta.

De sju tjänstemännen som hittade på det där lyckades förstöra sjukförsäkringen för tre decennier framåt, eftersom den ovanstående idén inte är det minsta hållbar och realistisk. Dels för att sjukförsäkrade inte arbetar på ett för arbetsveckan eller arbetsmånaden representativt sätt, när de är hos doktorn.

För att någon annan ska kunna veta hur det är ställt med en viss individs arbetsförmåga behöver individen utföra alla sina arbetsuppgifter och observeras och mätas angående hur det fungerar. Klarar hen att prestera normalt, utan att det får negativa konsekvenser för hälsan och arbets- och försörjningsförmågan framgent? Det vettiga sättet att besvara frågan, är att noga intervjua den försäkrade och utreda och bedöma om det som sägs verkar trovärdigt, vilket är exakt vad undersökande läkare gör. Men alla data från en sådan bedömning redovisas självklart inte i läkarintyg, och endast det viktigaste står i patientens journal.

Dels bygger citatet från Ds 1994:91 på att samtliga rehabiliteringsbestämmelser – inklusive rätten till sjukskrivning i terapeutiskt/profylaktiskt syfte – inte ska tillämpas. Detta beror dock inte på att de som förstörde sjukförsäkringen inte var medvetna om bestämmelserna finns. Tvärtom valde de medvetet bort dem, för att kunna genomföra sitt ogenomtänkta lagförslag, vilket framgår på s. 35–36 och s. 42 i Ds 1994:91 (se Bilaga 6).

I juni 2023 pratade jag med en av författarna till Ds 1994:91, Per Åkesson. När jag sa till honom att etthundra procent av de som ansöker om sjukpenning, menar att de behöver få vara sjukskrivna för att kunna behandla och rehabilitera sin arbets- och försörjningsförmåga, blev det alldeles tyst i luren. Så hade inte han tänkt, eftersom han inte hade gjort klart för sig vad förmånen rehabiliteringsåtgärder i sjukförsäkringen innefattar och syftar till.

***Min hypotes är att de som har ändrat på bestämmelserna i sjukförsäkringen, under de senaste tre decennierna efter att försäkringsdomstolarna avvecklades, inte har haft koll på samtliga bestämmelser i olika lagar som är relevanta och ska tillämpas.***

Det har inte funnits något väl fungerande lagstiftningsarbete, utan bara mer eller mindre osakliga utredningar och propositioner, vilka alla utmärks dels av att de sjukförsäkrades perspektiv på saken är totalt frånvarande. Dels av att lagförslagen inte är genomgångna av erfarna jurister på det sätt som skulle ske, om vi till exempel hade en författningsdomstol.

SOU 2024:26 befinner sig alltså i gott sällskap, när både de som har skrivit direktiven och de som har utrett stirrar sig blinda på några enstaka bestämmelser, i stället för att sätta in frågorna i det större juridiska, medicinska och arbetslivsinriktade sammanhanget, som avgör om det som föreslås är konstruktivt eller destruktivt.

### ***Sjukförsäkringen finns inte för att hjälpa samhället, den ska ge välfärd åt enskilda***

Enligt direktivet ska SOU 2024:26:

... lämna nödvändiga författningsförslag om utvärderingen visar att sjukfallen inte avslutas så som är avsett utan blir omotiverat långa eller att det uppstår andra negativa konsekvenser för samhället eller individen.

Här är det viktigt att förstå att det övergripande syftet med sjukförsäkringen inte är att hjälpa samhället. Tvärtom är det samhället som – utan att diskriminera någon – ska hjälpa de enskilda, som är sjukförsäkrade, vilket framgår av 1 kap. 2 § [RF](#):

Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. ...

Det allmänna ska verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och för att barns rätt tas till vara. Det allmänna ska motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person.

***Det är alltså alltid den enskilda individen och hens välfärd som ska stå i centrum för sjukförsäkringen – och det har inte de som har genomfört SOU 2024:26 beaktat.*** Utredningen redovisar inte vilka konkreta effekter sjukförsäkringen har för dem som är försäkrade. Påståendet på s. 36 i utredningen om att ”genomsnittseffekter är de mest relevanta att studera vid välfärdsanalyser av förändringar av regelverk” är helt enkelt inte sant. Det är framför allt utfallen för olika individerna vi behöver komma åt – och några sådana data tillhandhåller inte utredningen.

Utifrån hur utredningen argumenterar, kan vi även sluta oss till att man verkar anse att det är bra om sjukförsäkringen kostar så lite som möjligt för samhället. Det är dock en enfaldig



tankefigur. Det viktiga är om resurserna används effektivt, d.v.s. hur omfattande och smarta individuellt effektiva rehabiliteringsåtgärder vi får för pengarna, som leder till att fler sjukförsäkrade – hållbart – kan försörja sig själva.

När sjukförsäkringen blir mer effektiv, tjänar dock även samhället på det, eftersom det inte finns någon motsättning mellan en välskött sjukförsäkring och ett välmående samhälle, det är en typisk vinna-vinna-situation. Så länge staten dock ser på det som att sjukförsäkringen ska tjäna antingen individen *eller* samhället, kommer den att fortsätta vara dysfunktionell.

### **En haveriutredning bör klarlägga skadorna av felaktig rättstillämpning sedan 1992**

I Tabell 2 nedan redovisas hur många beslut det finns i sjukförsäkringen, sedan Försäkringskassan blev en myndighet år 2005, där den försäkrade har nekats sjukskrivning och sjukpenning (kolumn B) och hur många av de besluten som överklagades till förvaltningsdomstol (kolumn C).

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>År</b>	<b>Avslag och indrag</b>	<b>Överklaganden</b>	<b>Sjp kr/person</b>
2005	9305	3989	44921
2006	9188	4925	44182
2007	9285	4764	42120
2008	8486	4321	39651
2009	23939	4907	36563
2010	24635	6673	34114
2011	22166	5004	38871
2012	18594	5065	42459
2013	16092	3421	44884
2014	14225	2934	48827
2015	20818	2758	51654
2016	38333	2901	53555
2017	48948	5486	52995
2018	45208	7039	53684
2019	57120	5753	55497
2020	70741	6851	48847
2021	28694	4979	54253
2022	18284	2450	62284
2023	16004	2196	67728
<b>Summa:</b>	<b>491579</b>	<b>86416</b>	

*Tabell 2. Antalet avslag och indrag i sjukförsäkringen enligt Försäkringskassans årsredovisningar (kolumn B). Antalet överklaganden av omprövningsbeslut i sjukförsäkringen enligt kassans årsredovisningar (kolumn C). Kolumn D visar vad sjukförsäkringen kostade i genomsnitt per person som fick tillgång till sjukförsäkringen och även underlaget för den beräkningen kommer från Försäkringskassan.*

Eftersom förfarandereglererna gällande rätt till förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder i sjukförsäkringen konsekvent och uppsåtligt har censurerats av staten i drygt 32 år, är det rimligt att anta att nästan alla avslags- och indragsbeslut, samt flertalet överklaganden som har avslagits av förvaltningsdomstolarna, har tillkommit genom uppenbart felaktig rättstillämpning; Staten har dels försummat sin lagstadgade utredningsskyldighet och gått till beslut när sakprövningshinder föreligger. Dels har staten gjort en uppenbart felaktig bevisvärdering, när relevanta uppgifter om behovet av sjukskrivning och rehabiliteringsåtgärder har ignorerats.

***I vilken utsträckning staten har gjort sig skyldig till kvalificerade juridiska fel, borde vidare vara lätt att preliminärt kontrollera genom att låta en generativ AI granska de tagna besluten. Beslut som inte redan är digitala, kan OCR-skannas eller läsas in med hjälp av mer avancerad AI-teknik.***

För det första kan man kontrollera vilka bestämmelser som har tillämpats. Saknas förfarandereglererna i 29–31 kap. [SFB](#) samt bestämmelserna om rätt till sjukpenning i förebyggande syfte m.m. i 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#), bör beslutet gå vidare till en utökad granskning.

Ett andra steg kan vara att undersöka om det står något i beslutet om att Försäkringskassan har samrått med den försäkrade respektive samverkat med hälso- och sjukvården och arbetsgivaren m.fl. i syfte att få en riktig bild av den försäkrades behov av sjukskrivning och andra rehabiliteringsåtgärder. Eftersom lagen kräver att så ska ske, och handläggningen dessutom ska vara skriftlig, bör det tydligt framgå av beslutet.

En tredje och antagligen snabbt framkomlig väg är vidare att leta efter osakliga och lagtrotsiga avslagsmotiveringar som har varit vanligt förekommande genom åren. Exempelvis om det står att det inte är medicinskt styrkt att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst 25 procent på grund av sjukdom – och det samtidigt finns uppgifter och intyganden från den försäkrade själv och hälso- och sjukvården som visar att det inte är sant.

På s. 2 i Bilaga 3 ser vi också att Försäkringskassan låtsas att man har rätt att bedöma om den försäkrade kan klara ett normalt förekommande arbete, samtidigt som man bortser från den försäkrades utbildning och arbetslivserfarenhet. Förfarandet är en lagtrotsig tolkning av bestämmelsen i 27 kap. 3 § SFB vilken lyder:

Vid bedömningen av om den försäkrade är sjuk ska det bortses från arbetsmarknads-  
mässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

Den bestämmelsen har ingenting med Försäkringskassan att göra, eftersom kassans tjänstemän inte är behöriga att undersöka och bedöma vilka sjukdomar en sjukförsäkrad har. Det får endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal göra, och det är endast undersökande läkare och tandläkare som får utfärda intyg angående försäkrades sjukdomar och hälsotillstånd. Numera framhålls på s. 263 i Version 19 av [Vägledning 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning](#), från 2024-05-03, att:

Det är den sjukskrivande läkaren som ska ställa diagnos och bedöma om den försäkrade har en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan. Den diagnos som läkaren angett bör inte ifrågasättas.

Dessutom klargjorde lagstiftaren redan för tre decennier sedan, på s. 21 i [Prop. 1994/95:147](#), att bestämmelsen som nu finns i 27 kap. 3 § [SFB](#) innebär att sjukdomstillstånd, vilka kan ha utlösts av något av de nämnda förhållandena, ska kunna ge rätt till sjukpenning.

Av de anvisade utredningsbefogenheterna i 110 kap. 14 § [SFB](#) samt 11 § [Förvaltningsprocesslagen](#) följer vidare att om Försäkringskassan, eller en förvaltningsdomstol, vill ifrågasätta en av den undersökande läkaren satt diagnos och den tillhörande professionella bedömningen av i vilken utsträckning den försäkrade bör arbeta, behöver man låta den försäkrade genomgå en bättre utförd läkarundersökning, som trumfar den första.

När det gäller förvaltningsdomstolarna kan även en preliminär sortering av alla avslagsdomar i sjukförsäkringen sedan år 1992, göras med stöd av Domstolsverkets målkoder och genom att tillämpa bestämmelser i [DVFS 2022:20](#) som är *Domstolsverkets föreskrifter för förvaltningsrätt om registrering av mål i Vera*.

Sedan socialförsäkringsbalken infördes år 2011 har mål gällande förmånen rehabiliteringsåtgärder respektive förmånen sjukpenning olika målkoder (38 20 respektive 38 03). Förvaltningsdomstolarna är vidare enligt § 2 i [DVFS 2022:20](#) skyldiga att utreda och registrera vad saken gäller och vilka målkoder som är aktuella.

Min granskning av domar i sjukförsäkringsmål visar dock – entydigt – att de 17 förvaltningsdomstolarna utgår från att målen endast handlar om förmånen sjukpenning, eftersom Försäkringskassan har gjort så. En utredning av förmånen rehabiliteringsåtgärder saknas.

***Eftersom de två förmånerna dock är kumulativa – man behöver alltid utreda det individuella behovet av sjukskrivning, innan man tar ställning till rätten till sjukpenning – kan vi utgå från att förvaltningsdomstolarna har gjort fel, när de endast fokuserar på sjukpenning och censurerar rätten till förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder.***

Faktum är att det endast finns ett fåtal mål, som är klassificerade som gällande rehabiliteringsåtgärder enligt 29–31 a kap. [SFB](#) och ingen rättspraxis överhuvudtaget, eftersom kammarrätterna dels har nekat prövningstillstånd när den försäkrade har överklagat. Dels har kammarrätterna gjort en felaktig bedömning vad det är som ska prövas, och påstått att saken gäller ”samordning av rehabilitering”. Det sistnämnda är dock inte en förmån i lagen, utan en administrativ skyldighet som Försäkringskassan har i samtliga sjukförsäkringsärenden enligt 30 kap. 8–11 §§ [SFB](#). Självfallet ska man inte heller behöva ansöka i särskild ordning om att Försäkringskassan ska följa lagen. Poängen med att ha lagar, är att de är bindande.

Utifrån siffrorna i Tabell 2 kan vi göra en uppskattning av hur många beslut hos Försäkringskassan, respektive hur många domar det finns i förvaltningsdomstolarna, fr.o.m. år 1992, som behöver granskas, för att de kan utgöra uppenbart oriktig rättstillämpning, eftersom rätten till individuellt utformade, effektiva rehabiliteringsåtgärder inte är utredd och tillgodosedd inom ramen för sjukförsäkringen.

***Om vi tänker oss att länsförsäkringskassorna har fattat i genomsnitt 9 000 avslags- och indragsbeslut gällande sjukpenning under perioden 1992–2004, blir det ytterligare 117 000 beslut som ska granskas och då landar den totala siffran hos Försäkringskassan ca 608 000 beslut, vilka behöver granskas med avseende på uppenbart felaktig rättstillämpning och uppenbart felaktiga och/eller ofullständiga underlag.***

Här har jag vidare inte räknat in skadorna av den s.k. stupstocken, vilken var i kraft mellan den 1 januari 2010 och den 1 februari år 2016. Den innebar att 76 650 sjukfall (68 594 unika individer) automatiskt utförsäkrades.<sup>7</sup>

I det här fallen finns det inte ens några motiverade beslut, eftersom lagstiftningen inte medgav någon bedömning. Alla som inte uppfyllde de mycket stränga undantagskraven i rehabiliteringskedjan för att få vara kvar, utförsäkrades automatiskt efter 2,5 års sjukskrivning, om de inte ansågs aktuella för att gå över till sjuk- eller aktivitetsersättning. Drygt 10 procent utförsäkrades dessutom mer än en gång p.g.a. stupstocken, vilket beror på att man hade rätt att ansöka om inträde i sjukförsäkringen igen, efter 3 månaders karens, se Figur 1 på s. 12 ovan.

***När det gäller förvaltningsrätternas (tidigare länsrätternas) domar kan vi för det första, utifrån Tabell 2, gissa oss till att antalet sjukförsäkringsdomar per år var cirka 4 000 under perioden 1992–2004, vilket innebär att det är 52 000 domar, som ska adderas till siffran 86 416, vilket ger totalt ca 138 000 domar som behöver granskas med avseende på om de innehåller kvalificerade juridiska fel.*** Från dessa ska cirka en sjundedel dras, för att de försäkrade har fått rätt, samtidigt som – framför allt Försäkringskassan – har överklagat till högre instans och fått prövningstillstånd och därefter har fått rätt. Kanske tar de siffrorna ut varandra.

***I stället för att genomföra förslagen i SOU 2024:26, behöver regeringen tillsätta en ny utredning som undersöker vilka skador staten har orsakat sjukförsäkrade, genom uppenbart oriktig rättstillämpning fr.o.m. år 1992, när dagens rehabiliteringsbestämmelser trädde i kraft och länsrätterna hade övertagit överklagningsärendena från försäkringsrätterna.***

Jag förutsätter vidare att de drabbade inte endast ska få ursäkter och kompenseras med sjukpenningen de oriktigt har gått miste om, utan att också mer omfattande skador på sjukförsäkrades hälsa, ekonomi och försörjningsförmåga – till följd av en uppenbart lagtrotsig handläggning – ska kompenseras i sådan utsträckning att staten upprättar ett gott förtroende för sin förmåga att fortsatt leverera välfärd.

Situationen kan jämföras med två stora rättsskandaler, vilka just nu rullas upp och hantearas i Storbritannien. I den ena har ca 3 000 postombud felaktigt anklagats och dömts för bedrägeri m.m., när det i själva verket var det statliga postbolagets bokföringssystem som det var fel på. I den andra har cirka 30 000 personer fått allvarliga skador av smittat blod. I båda fallen kompenseras nu offren generöst – och det blir dyrt för staten.

***Sjukförsäkringsskandalen i Sverige är betydligt mer omfattande, än de två rättsskandalerna i Storbritannien. Här rör det sig om hundratusentals enskilda, som har fråntagits sina rättigheter genom att utsättas för en synnerligen destruktiv byråkrati, vilken det har varit omöjligt att påverka, fastän man egentligen har såväl lagarna som bevisen på sin sida.***

En viktig lärdom som kan dras, är att om staten riggar ett system där den bestämmer allt själv och det inte finns något utrymme för den enskilde att bli lyssnad till och tagen på allvar – när man har viktiga och vettiga saker att komma med – då blir staten sin egen värsta fiende. Staten förvandlas från god till ond, för att det inte finns några krafter som balanserar en destruktiv och verklighetsfrånvärd maktutövning. I stället börjar staten gynna sig själv, på

<sup>7</sup> De angivna siffrorna finns inte på nätet, jag har begärt ut dem från Försäkringskassan.

bekostnad av dem som den är satt att tjäna. Fenomenet, där intressena hos de egna medarbetarna ses som viktigare än intressena hos dem som verksamheten är till för – i det här fallet de sjukförsäkrade medborgarna – brukar kallas för stöttande illojalt destruktivt ledarskap.

Skulle man vidare begrunda var riskerna för att staten spårar ur är som störst, är sjukförsäkringen en bra kandidat, eftersom sjuka personer inte kan försvara sig mot systematiska rättsövergrepp, bl.a. för att de har dålig – eller ingen - arbetsförmåga. De har inte heller rätt till ersättning för juridiska ombud och regelverket är extremt komplext.

Man behöver vara frisk, ha tillgång till ett internet och ett hemmakontor och arbeta uthålligt i flera år med att fiska ut relevanta styrdokument från Försäkringskassan m.fl., så som jag har gjort, för att någorlunda väl begripa sig på hur sjukförsäkringen är gjord och – rätteligen – borde fungera.

## Del 2: Synpunkter på de konkreta ändringsförslagen i SOU 2024:26

### 9 Överväganden och förslag – Utredningen grundas på uppenbart lagtrots

På s. 201 betecknar utredningen den svenska sjukförsäkringen som ”generös”. Det är inte sant. Utmärkande för sjukförsäkringen, sedan 32 år tillbaka, är att statens rättstillämpning är uppenbart lagtrotsig, oförutsägbar och ineffektiv.

Försäkringskassan, de 17 förvaltningsdomstolarna, tillsynsmyndigheterna och lagstiftaren döljer att sjukförsäkringen består av fem – och inte fyra – förmåner, se 23 kap. 2 § [SFB](#). Förmånen som de uppsåtligt censurerar heter *rehabiliteringsåtgärder*. Sjukförsäkrades rätt till den förmånen regleras i 29–31 a kap. [SFB](#) samt i 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#).

När utredningen, på s. 202 skriver att ”rehabiliteringsinsatser och andra typer av aktiva insatser i sjukskrivningsprocessen bör användas med försiktighet” är det således en direkt uppmaning till staten att fortsätta göra sig skyldig till kvalificerade juridiska förfarandefel, vid utredning och beslut i sjukförsäkringen.

De avgörande problemen i sjukförsäkringen är dels att det inte finns någon rättssäkerhet för de försäkrade individerna, efter att försäkringsrätterna avvecklades den 1 juli 1991. Dels att försäkringen är ineffektiv, eftersom bestämmelserna i rehabiliteringskedjan leder till fel fokus och förstör möjligheterna att – snarast – få individuellt effektiva rehabiliteringsåtgärder, som leder till att de sjukförsäkrade kan försörja sig själva, se 29 kap. 2 § [SFB](#), 30 kap. 2–3, 6–7 och 9–11 §§ [SFB](#) samt 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#).

Utredningens påstående på s. 202 om att ”sjukförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring i händelse av arbetsoförmåga till följd av sjukdom” leder tanken fel. Syftet med sjuk- och rehabiliteringspenning är att möjliggöra medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, vilka planeras i samråd med den försäkrade och i samverkan med övriga rehabiliteringsaktörer. Enligt lagen ska åtgärderna vara effektiva genom att de alltid ska baseras på den försäkrades individuella förutsättningar och behov, och de ska syfta till att den försäkrade ska kunna försörja sig själv genom förvärvsarbete. Allt detta framgår klart och tydligt av bestämmelser som staten censurerar.

Utredningen påstår också på s. 202 att sjukförsäkringen ”inte ska ta arbetsmarknadsmässig hänsyn”, vilket är rent nonsens. Lagen – och bl.a. den praxis som Försäkringsöverdomstolen utvecklade – säger tvärtom. Självfallet måste man utgå från hur arbetsmarknaden fungerar, om man ska lyckas med att rehabilitera de försäkrade så att de blir erbjudna lämpliga arbeten.

Vidare klargörs att ”sjukförsäkringen är en omställningsförsäkring som ställer krav på omställning för den som på grund av arbetsförmåga inte kan återgå i sitt tidigare arbete”. Det är helt riktigt, men vi saknar tre viktiga upplysningar.

För det första att bestämmelserna i 29–31 kap. [SFB](#) ger sjukförsäkrade rätt till omställning fr.o.m. starten av rehabiliteringskedjan. För det andra att det är staten som ska stå för behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, inklusive eventuell omskolning, inom ramen för sjukförsäkringen. För det tredje att det – vid oenighet – är staten som har bevisbördan, gällande att den sjukförsäkrade är färdigrehabiliterad och har goda möjligheter att bli erbjuden ett lämpligt arbete att försörja sig på. Utförsäkring till arbetslöshet ska således inte förekomma. När det sker har staten gjort fel, d.v.s. trotsat lagen.

Sammanfattningsvis har utredningen missförstått (inte satt sig in i) de gällande villkoren i sjukförsäkringen. Den har inte förstått att statens rättstillämpning är lagtrotsig och godtycklig, sedan tre decennier tillbaka – och att det finns hundratusentals sjukförsäkrade som inte har fått sjukskrivning och sjukpenning de har rätt till.

Utredningen har inte heller en korrekt bild av vad det skulle kunna innebära att tillämpa den rådande lagstiftningen enhetligt och korrekt, och den vet inte hur långt från ett sådant ideal som Försäkringskassan och övriga statliga myndigheter, inklusive lagstiftaren själv, befinner sig. Till detta kommer att utredningen inte har förstått hur formell och materiell rättssäkerhet utgör två nödvändiga sidor av samma mynt.

Inledningen till kapitel 9 avslutas dock med att utredningen skriver att dess mål är att ”säkerställa en rättssäker och effektiv sjukförsäkring med hög legitimitet över tid.” Det är bra att en sådan ambition finns, men då behöver utredningen läsa på i lagen samt inse att allt som är viktigt i sjukförsäkringen handlar om hur enskilda individer bemöts och behandlas. Får individerna snabbt ett vänligt och professionellt bemötande och smarta och effektiva rehabiliteringsåtgärder, som leder till att de kan försörja sig själva?

Eller möter de sjukförsäkrade en Försäkringskassa, där tjänstemännen elakt sitter och lurpassar på den försäkrade, i syfte att så snart det bedöms möjligt utförsäkra personen till arbetslöshet, om hen inte tillfrisknar av sig själv och har ett befintligt arbete att återgå till?

På s. 109 beskriver utredningen hur det är omöjligt för dem som handlägger sjukförsäkringen att komma till tals med dem som arbetar med sjukersättning, för att de senare agerar destruktivt och inte svarar på tilltal. Reflektionen är att man har betett sig likadant när det gäller rätt till sjukpenning, innan de senaste reformerna 2021–2022.

## 9.1 Lagförslaget gällande bedömning vid dag 180 bör inte genomföras

I kapitel fem gör utredningen ett stort antal beräkningar, vilka den påstår handlar om ”reform-effekter”. Med det avses att man har antagit att Försäkringskassan och förvaltningsdomstolarna tillämpar lagen enhetligt och korrekt, vilket inte alls stämmer.

Som jag ingående har redogjort för ovan, i Del 1 i det här remissvaret, kan vi vara helt säkra på att staten tillämpar bestämmelserna i sjukförsäkringen godtyckligt samt att rättstillämpningen är osaklig och instabil. I Tabell 1 på s. 30 ovan, kan vi se hur antalet Indrag av sjukpenning har varierat sedan Försäkringskassan blev en myndighet år 2005.

Trots att i stort sett samma lagstiftning gällde år 2009 till 2020, varierade antalet indragsbeslut i absoluta tal mellan 5 758 år 2013 och 47 253 år 2020. Sett till andelen av hur många som tog del av sjukförsäkringen under ett givet år skiljer andelen indragsbeslut med nästan en faktor sju, mellan år 2014 och 2020.

***Siffrorna och analyserna som utredningen redovisar i kapitel 5 beskriver inte reformeffekter, eftersom det inte är hur lagen är utformad, som styr hur Försäkringskassan utreder och fattar beslut. Andra faktorer – och framför allt vad de olika regeringarna vill med sjukförsäkringen – har mycket större betydelse för när och i vilken utsträckning sjukförsäkrade individer blir in- respektive utförsäkrade, än vad lagen har.***

Faktum är, att Försäkringskassan, sannolikt på grund av att man vet att rättstillämpningen under lång tid har varit uppenbart felaktig, har slutat att ens försöka undersöka om de enskilda besluten i sjukförsäkringen – vilka alltid ska baseras på en individuell utredning och bedömning – är rättssäkra. Detta framgår exempelvis av [Statskontorets slutrapport](#) om *Försäkringskassans åtgärder för en bättre förvaltning av sjukförsäkringen*, från 2023-03-01. Under rubriken ”Ingen bedömning av om rätt beslut har fattats” på s. 104 klargörs bl.a.:

Bedömningarna ska enbart gälla om nyckelkontrollerna är genomförda och inte om beslutsunderlaget är tillräckligt eller om rätt beslut har fattats. Enligt förslaget skulle det bli alltför metodmässigt komplicerat och kostsamt att bedöma detta på ett tillförlitligt sätt.

***Här ser vi alltså för det första en Försäkringskassa som inte anser att den är skyldig att säkerställa att rättstillämpningen i varje enskilt sjukförsäkringsärende är enhetlig och korrekt. För det andra, har inte Försäkringskassan några fungerande verktyg med vars hjälp myndigheten sakligt och opartiskt kan undersöka hur kvaliteten i rättstillämpningen har förändrats över tid.***

Jag skulle tro, att det är Försäkringskassans totala brist på fungerande styrning och kontroll gällande rättssäkerheten i sjukförsäkringen, som har smittat av sig på SOU 2024:26 och som leder till att utredningen helt och hållet har struntat i att ta fram data gällande sjukförsäkrade individer, i enlighet med vad som tydligt efterfrågades i direktiven (se s. 34–35 i utredningen).

***När det gäller utredningens förslag om att ta bort undantaget övervägande skäl, som grund för beviljande av sjukpenning efter dag 180, anser jag att lagändringen inte bör genomföras. I stället bör hela rehabiliteringskedjan, d.v.s. 27 kap. 46 § första stycket och 47–55 b §§ SFB utmönstras ur lagen.***

Rehabiliteringskedjan med specificerade tidsgränser, och dess föregångare Steg-för-steg-modellen 1997, borde aldrig ha införts. För det första för att de förstör effektiviteten i sjukförsäkringen, när alla försäkrade ska följa samma åtgärdsschema, i stället för att direkt få individuellt anpassade, effektiva rehabiliteringsåtgärder som leder till att varje sjukförsäkrad person får goda förutsättningar att kunna försörja sig själv.

För det andra favoriserar den faktiska tillämpningen av rehabiliteringskedjan sjukförsäkrade med enkla diagnoser, säkra prognoser och välvilliga arbetsgivare, samtidigt som den – uppsåtligt och systematiskt – diskriminerar sjukförsäkrade som har bestående funktionsnedsättningar och/eller mer svårbehandlade sjukdomar med osäkra prognoser och samarbetsovilliga arbetsgivare eller är arbetslösa.

För det tredje är rehabiliteringskedjan som sådan inte förenlig med kravet i 3 kap. 2 § [HSL](#) om att ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”, och inte heller med bestämmelsen i 30 kap. 3 § [SFB](#) om att ”Rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.”

***För det fjärde har tillämpningen av rehabiliteringskedjan aldrig varit lagenlig, eftersom bestämmelsen i 27 kap. 50 § [SFB](#) är konsekvent censurerad av Försäkringskassan och förvaltningsdomstolarna. Bestämmelsen lyder:***

#### **Bedömning av arbetsförmågan vid medicinsk behandling och rehabilitering**

**50 §** I de fall den försäkrade är i behov av någon medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som avses i 27 kap. 6 § eller rehabiliteringsåtgärd som avses i 29–31 kap., ska bedömningen enligt 46–49 §§ göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga efter en sådan åtgärd.

När sjukförsäkrade utförsäkras med hänvisning till tidsgränser i rehabiliteringskedjan, har staten som regel inte utrett och tillgodosett den försäkrades behov rehabiliteringsåtgärder i enlighet med 29–31 kap. [SFB](#) och 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#), vilket utgör ett grovt förfarandefel (grovt rättegångsfel).

Om det fattade beslutet om utförsäkring är oriktigt (d.v.s. borde ha haft ett annat utfall i sak), och felet beror på att Försäkringskassan har använt sig av ett uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag, eller har gjort sig skyldig till uppenbart felaktig rättstillämpning eller annan liknande orsak, föreligger dessutom en tvingande skyldighet för Försäkringskassan att – självmant – ändra på det oriktiga beslutet, enligt 113 kap. 3 & 6 §§ [SFB](#).

Har en förvaltningsdomstol dömt fel, på grund av de angivna skälen, kan den försäkrade även ha rätt till resning och återställande av försutten tid. Sjukförsäkrade, vars hälsa, ekonomi och försörjningsförmåga har skadats av statens vårdslösa rättstillämpning, bör även ha rätt till skadestånd med stöd av 3 kap. [Skadeståndslagen](#), förutom sjukpenningen de har gått miste om.

För det femte skulle ett avskaffande av rehabiliteringskedjan innebära att Försäkringskassan – till punkt och pricka – skulle vara uppenbart skyldig att alltid tillämpa rehabiliteringsbestämmelserna i 29–31 kap. [SFB](#) och 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#) samt förfarandereglererna i 110 kap. [SFB](#), vilket sannolikt enbart skulle ha goda effekter. Då skulle vi för första gången i senmodern tid (efter den 1 juli 1991) kunna få en effektiv och rättssäker sjukförsäkring, för att lagen tillämpas enhetligt och korrekt.

***Sammanfattningsvis har statens tillämpning av bestämmelserna i rehabiliteringskedjan givit staten destruktiva drivkrafter. Man har betett sig respektlöst och tappat fokus på vilka konkreta rehabiliteringsåtgärder de försäkrade behöver, för att kunna försörja sig själva.***



## 9.2 Lagförslaget gällande begreppet särskilda skäl bör inte genomföras

Utredningens argumentation på s. 204–207 visar mycket tydligt att rehabiliteringskedjan har destruktiva effekter. Allt fokus ligger på juridiska resonemang. Endast sjukförsäkrade som har lyckats få fram omfattande och väl gjorda medicinska utredningar anses ha rätt att få fortsatt stöd av sjukförsäkringen, till att bli friska och fullt arbetsföra.

Övriga ska utförsäkras till arbetslöshet, eller till deltidsarbete i ett befintligt arbete på grund av sjukdom, om de inte är så svårt sjuka att det anses oskäligt. Det vi ser är alltså raka motsatsen till en väl fungerande arbetslinje, om vi med det menar att alla som kan ska erbjudas ett lämpligt arbete som de kan försörja sig på, anpassat eller inte anpassat.

***Utredningens förslag, om att särskilda skäl endast ska kunna tillämpas från dag 180 till och med dag 365 och om prognosen i det medicinska underlaget är tydlig, bör inte genomföras. I stället bör hela rehabiliteringskedjan, d.v.s. 27 kap. 46 § första stycket och 47–55 b §§ SFB utmönstras ur lagen.***

När det gäller varför rehabiliteringskedjan bör avskaffas, vill jag hänvisa till skälen under punkt 9.1 ovan.

Utöver detta, vill jag för det första och apropå vad utredningen skriver på s. 206–207, påpeka att Högsta förvaltningsdomstolen inte har utvecklat någon rättspraxis i sjukförsäkringsmål som överensstämmer med lagen, eftersom HFD inte tillämpar rehabiliteringsbestämmelserna i 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#) samt 29–31 kap. [SFB](#). Det är vidare oklart om det missförhållandet beror på att HFD inte kan lagen, eller om det beror på att de inte anser att det ingår i domstolens uppdrag att tillgodose sjukförsäkrades lagstadgade rättigheter.

För det andra framgår det tydligt av utredningens resonemang, att man har en dysfunktionell syn på rättssäkerhet, för att man inte förstår att det är individuella behov av rehabiliteringsåtgärder som ska tillgodoses inom ramen för sjukförsäkringen, samt att åtgärderna ska leda fram till att den försäkrade försörjer sig själv, innan sjukfallet får avslutas.

Kanske blir det lättare att förstå, om vi plockar upp liknelsen med bilförsäkringen, som jag gjorde tidigare i det här remissvaret, se s. 17–18. Det är alltid de konkreta skadorna på ett unikt fordon som ska repareras, när en bil har råkat ut för en olycka – och varken mer eller mindre. Bilen ska återställas till det skick som den hade före olyckan.

Samma sak gäller i sjukförsäkringen – och det är den försäkrades förmåga att försörja sig själv som ska återställas. ***Rehabiliteringskedjan är vansinnig, eftersom den inte fokuserar på att hjälpa dem som har störst behov av rehabiliteringsåtgärder på effektiva sätt. I stället för att fokusera på vilka konkreta åtgärder en sjukförsäkrad behöver, pröva åtgärderna och ta reda på om de fungerar, ägnar Försäkringskassan sin tid och sina resurser åt att med felaktigt använd juridik skapa osäkra prognoser, vilka syftar till att sortera ut dem som inte ska få ändamålsenlig hjälp till att kunna försörja sig.***

Både redogörelserna för Försäkringskassans arbete i kapitel 3–4 och utredningens argumentation angående förslaget i punkt 9.2, visar tydligt att staten helt saknar fokus på det som är viktigt; d.v.s. att göra effektiva rehabiliteringsplaner *tillsammans* med alla sjukförsäkrade, vilka ska gälla fr.o.m. början av rehabiliteringskedjan och uppdateras regelbundet i gott samarbete med alla inblandade – och ända till dess att den försäkrade ånyo kan försörja sig själv.

Alternativt ska de som inte kan rehabiliteras till att få ett lämpligt arbete att försörja sig på, erbjudas ett anpassat (subventionerat) arbete eller beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning.

I Del 3 nedan bidrar jag med ett eget författningsförslag, som bl.a. rättar till ett misstag som gjordes när socialförsäkringsbalken infördes. I 22 kap. 6 § i [AFL](#), stod det att alla som hade rätt till rehabiliteringsåtgärder för vilka ersättning kunde utges, också hade rätt till rehabiliteringsplaner. De som utformade socialförsäkringsbalken insåg inte att med ”ersättning” avsågs även sjukpenning och inte endast rehabiliteringsersättning. Kassan gjorde även fler rehabiliteringsplaner före den 1 juli 2018, då arbetsgivare (ånyo) fick en sådan skyldighet.

I praktiken innebär mitt förslag att bestämmelserna i 30 kap. 12–14 §§ [SFB](#), även ska omfatta dem som behöver medicinska rehabiliteringsåtgärder och får sjukpenning, vilket borde vara fullständigt självklart. Med ett sådant krav, kan Försäkringskassan styras till att fokusera sitt arbete på det som är meningsfullt och konstruktivt för de sjukförsäkrade.

Det är vidare viktigt att ha klart för sig att Försäkringskassans rehabiliteringsplaner ska vara en sammanlänkning av de två rehabiliteringsplanerna som hälso- och sjukvården respektive arbetsgivaren är skyldiga att göra, så fort den försäkrade behöver vara sjukskriven i ett par månader eller längre.

Kassan behöver därvid säkerställa att samarbetet mellan alla inblandade fungerar, samt att arbetsgivaren förstår att hens primära ansvar är den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, vilken syftar till att underlätta för den försäkrade när hen befinner sig på arbetsplatsen. Hälso- och sjukvården, å den andra sidan, ska även hjälpa den försäkrade att göra allt som hen behöver för att bli frisk och arbetsför så snart som möjligt, när hen inte arbetstränar eller förvärvsarbetar. Om det t.ex. behövs förändringar av livsstilen, ska sådana aktivt främjas.

### 9.3 Lagförslaget om att stryka ”angiven yrkesgrupp” bör inte genomföras

Att hänvisa en sjukförsäkrad, som inte har fått medicinska och arbetslivsinriktades rehabiliteringsåtgärder i enlighet med rättigheterna som följer av bestämmelserna i 29–31 kap. [SFB](#) till ”ett normalt förekommande arbete”, är ett mycket tydligt tecken på att Försäkringskassan inte har fullgjort utredningsskyldigheten, som följer av 110 kap. 13 § [SFB](#), och som innebär att varje ärende ska utredas så som dess beskaffenhet kräver.

***Bland det första Försäkringskassan behöver ta reda på, när en rehabiliteringsplan ska upprättas, är vad som är eller kan vara lämpliga arbeten för den sjukförsäkrade att försörja sig på. Om man inte vet vilka yrken den försäkrade är utbildad för och behörig att utöva, personligen fallen för och har goda möjligheter att bli anställd inom, när hen söker sådana jobb, kan man inte rehabilitera personen effektivt.***

Har den sjukförsäkrade redan ett arbete som hen kan rehabiliteras till att återuppta, som hen vill fortsätta med och som inte har blivit olämpligt på grund av sjukdom, är det yrket det naturliga valet. Staten bör naturligtvis inte bekosta en omställning, när det inte finns starka skäl för en sådan. Sjukförsäkringen ger rimligen inte rätt till omställning, när det inte är medicinskt motiverat. Vill den försäkrade göra en omställning av andra skäl än medicinska, behöver den bekostas med andra resurser, t.ex. omställningsstudiestödet som parterna på arbetsmarknaden har förhandlat fram.

***Utredningens förslag, om att stryka begreppet ”angiven yrkesgrupp” i 27 kap. 48 § SFB, bör inte genomföras. I stället bör hela rehabiliteringskedjan, d.v.s. 27 kap. 46 § första stycket och 47–55 b §§ SFB utmönstras ur lagen.***

Gällande varför rehabiliteringskedjan bör avskaffas, vill jag hänvisa till skälen under punkt 9.1 ovan, samt min utredning av de viktigaste problemen i sjukförsäkringen, som utgör Del 1 i det här remissvaret.

Utöver detta vill jag klargöra att Försäkringskassan har ägnat 15 år åt att utveckla uppenbart lagtrotsiga och rättsosäkra metoder för att bedöma sjukförsäkrades arbetsförmåga, vilka är inspirerade av osakliga idéer som presenterades i den s.k. Arbetsförmågeutredningen, [se SOU 2009:89](#), *Gränslandet mellan sjukdom och arbete – Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*.

Arbetsförmågeutredningen förslög att i stället för att följa lagen och rehabilitera sjukförsäkrade medicinskt, skulle ett politiskt instrument utvecklas, med vars hjälp sjukförsäkrade kunde utförsäkras, se sammanfattningen och särskilt vad det står på s. 14 i utredningen.

Det ledde till att Försäkringskassan först tog fram [Kunskapsunderlaget](#) och därefter Referensmaterialet (RAF). I båda fallen påstår man att kraven i normalt förekommande arbeten endast och huvudsakligen ska relateras till grundläggande förmågor, vilka vi utvecklar som barn och behöver för att klara grundskolan. Dessa förmågor kallas i Arbetsförmågeutredningen för ”medicinska förutsättningar för arbete”. Försäkringskassan har döpt om dem till det mer generella ”medicinska förutsättningar för aktivitet”. Exakt vilka förmågor som avses framgår av s. 14–25 [FKFS 2019:1](#).

Med stöd av Kunskapsunderlaget och Referensmaterialet har Försäkringskassan gjort gällande att det finns speciella fysiska och psykiska krav som är ”medicinska”, till skillnad från sådana fysiska och psykiska krav som krävs för att kunna utöva ett specifikt yrke och som man förvärvar genom utbildning efter grundskolan och genom yrkesverksamhet.

Det är en vansinnig idé. Sanningen är att allt som vi personligen lär oss genom utbildning och arbetslivserfarenhet resulterar i förmågor som alltid är både fysiska och psykiska, eftersom hjärnan är en kroppsdel. När jag exempelvis har ägnat ett antal år åt att studera rätts-tillämpningen i sjukförsäkringen, då har jag byggt upp unika nervbanor i min hjärna, som andra inte har. När jag gör mina gympass håller jag även resten av kroppen i trim, etc.

[SOU 2020:06](#) *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*, hissade Referensmaterialet (RAF) och uppenbarligen utan att genomskåda bluffen, genom vilken yrken beskrevs som mycket enklare att utöva än vad de i praktiken är. Det var så vi fick [Kunskapsmaterialet](#), som ligger på Arbetsförmedlingens hemsida.

Utredningen skriver på s. 208 att införandet av Kunskapsmaterialet har lett till att ”tröskeln för att avslå en begäran om sjukpenning i praktiken har höjts.” Det är säkert riktigt. Förklaringen är dock att Kunskapsmaterialet ger en betydligt mer realistisk bild av vad som krävs för att kunna utöva ett yrke i en viss yrkesgrupp, än vad såväl Kunskapsunderlaget (2013) som Referensmaterialet (RAF, 2018) gjorde.

Både Kunskapsunderlaget och Referensmaterialet vilseledde mycket grovt, när det gäller att förmedla en sann bild av vad olika yrken kräver. Det är alltså inte lagändringen om att

yrkesgrupp ska anges, som har föranlett en mindre restriktiv bedömning av rätten till sjukpenning, utan en sund och konstruktiv anpassning till verkliga förhållanden, i stället för rent önsketänkande och galna teorier, som motsägs av vetenskap och beprövad erfarenhet.

Faktum är vidare att det som ska bedömas enligt lagen, när den försäkrade inte redan har ett lämpligt arbete, är om personen kan försörja sig själv, genom att erhålla – d.v.s. bli erbjuden – ett lämpligt arbete i konkurrens med alla andra som söker samma jobb. Detta följer både av rehabiliteringsrätten enligt 29 kap. 2 § och 30 kap. 2 § [SFB](#) och av 27 kap. 47 och 48 §§ [SFB](#), enligt vilka det avgörande är om den försäkrade har ”förmåga att försörja sig själv”.

Hur en sådan bedömning bör göras, om/när Sverige är en rättsstat, framgår vidare av Försäkringsdomstolens plenidom, FÖP 1987:30, se s. 25–26 ovan samt Bilaga 5.

Slutligen vill jag påpeka att utredningen är ute och cyklar, när den på s. 209 påstår att lagen inte medger att den försäkrade bedöms mot yrken som påstås ha högre tolerans mot aktivitetsbegränsningar, än vad som framgår av Kunskapsmaterialet. Kunskapsmaterialet i sig har dock inte någon rättsverkan, se författningskommentaren på s. 22 i [Prop. 2020/21:171](#).

På s. 171 exemplifieras även med parkeringsvakt och spärrvakt. Parkeringsvakt ingår dock i Yrkesgruppen som heter [Arbeten inom ordning och säkerhet](#) i Kunskapsmaterialet. Vill man specifikt veta vilka krav som ställs för att komma i fråga för ett arbete som [Parkeringsvakt](#) kan man ge sig ut på nätet och bl.a. hitta en översiktlig beskrivning av kraven i yrket på [statsskuld.se](#). Där framgår att arbetet är både fysiskt och psykiskt krävande. Det står:

Att arbeta som parkeringsvakt kan vara fysiskt och psykiskt utmanande. Det är viktigt att vara beredd på att hantera både väder och vind samt konflikter på ett professionellt sätt. Att ha ett tjockt skinn kan vara en fördel då man ofta stöter på missnöjda individer. Att ständigt vara uppdaterad om lokala trafikregler och författningar är också avgörande för att utföra jobbet korrekt.

Inte heller att arbeta som [Spärrvakt](#), är så mycket enklare. När utredningen tror att det finns enkla arbeten med låga krav till kollektivavtalsenlig lön, på svensk arbetsmarknad, handlar det mest om fördomar och spekulationer. Vi har brist på enkla jobb sedan många decennier.

Vad som är viktigt att förstå här, är för det första att det inte är lagen – eller statligt utarbetade hjälpmedel/metoder till lagen, som exempelvis [Kunskapsmaterialet](#) – som definierar vad som krävs för att bli anställd inom ett visst yrke, utan verkligheten och konkurrensen på arbetsmarknaden. Arbetsgivare väljer helt självständigt vilka personer de vill anställa – och sjuka personer står som regel sist i kön. Är de även äldre, är anställningsviljan ännu lägre.

För det andra, innebär sjukförsäkringen att det alltid ska göras en professionell medicinsk utredning och bedömning av undersökande läkare angående vad som är en lämplig arbetsbelastning, för den sjukförsäkrade individen specifikt och utgående från dennes samtliga diagnoser och hälsotillstånd. I en sådan bedömning behöver man även inkludera vilka typer av arbetsuppgifter och vilken slags arbetsmiljö som är lämpliga, om individen ska kunna rehabiliteras till att – i verkligheten, på riktigt – försörja sig själv genom ett tillgängligt arbete och utan att bli sjuk igen, på grund av alltför hög och/eller ohälsosam arbetsbelastning.

Allt som står i vägen för att staten lär sig att arbeta [personcentrerat](#) med sjukförsäkringen, bidrar till att försäkringen blir både rättsosäker och ineffektiv – och därför bör rehabiliterings-

kedjan snarast avskaffas. När staten förstår, att det är verkliga individer som ska rehabiliteras till att komma i fråga för (eller kunna behålla) verkliga anställningar, på den öppna arbetsmarknaden, kan det konstruktiva arbetet börja.

***Rehabiliteringskedjan kan aldrig bli rättssäker, eftersom den önskvärda säkerheten i prognoserna i de flesta fall är en illusion. Det konstruktiva alternativet är att rehabiliteringsplanera alla sjukskrivningar, som blir längre än ett par månader, i gott samarbete med alla berörda. Ett nuläge i ett sjukfall kan alltid utredas tillräckligt nog. Det går alltid att resonera sig fram till vilka arbeten som utgör en realistisk försörjning, för en försäkrad att rehabiliteras mot – och då faller den osakliga idén om att ett stort antal ”normalt förekommande arbeten” skulle vara tillgängliga för sjuka personer.***

Det behövs med andra ord ingen uppdatering av Kunskapsunderlaget, vilket utredningen föreslår på s. 209. För det första för att det inte är vad staten råkar skriva om ett yrke, som avgör hur lätt eller svårt det är att jobba heltid för en kollektivavtalsenlig lön i det yrket.

För det andra finns det redan tillförlitliga översiktliga beskrivningar gällande alla SSYK-klassificerade yrken på nätet. Problemet är att förvaltningsdomstolarna agerar lagtrotsigt och kunskapsfientligt, när de inte kräver att Försäkringskassan ska göra sakliga utredningar av hur sjukförsäkrade – på riktigt – ska kunna försörja sig själva.

För det tredje är det osakligt att fantisera om att sjuka personer kommer att erbjudas jobb, vilka friska kandidater söker, och som staten har gjort i tre decennier. Arbetsmarknaden för sjuka och till åren komna personer är naturligtvis mycket mer begränsad, än vad den är för unga och friska.

#### **9.4 Förslaget om medicinska skäl för ojämn arbetstid bör inte genomföras**

På s. 210 påstår utredningen att den har ”två tungt vägande skäl” för att inte tillåta ojämn fördelning av arbetstiden vid deltidssjukskrivning, om det inte är medicinskt motiverat att göra så. Det första lyder:

Vår uppfattning är att med nu gällande undantaget är bedömningsutrymmet stort, vilket gör att förutsägbarheten blir låg och liknande fall kan komma att bedömas olika.

Argumentet är falskt, för att det bygger på felaktiga uppfattningar om vad rättssäkerhet i sjukförsäkringen är. För det första är kallad likabedömning inte tillåten i sjukförsäkringen. Inte ens likartade bedömningar av olika sjukfall är tillåtna. I stället är staten skyldig att låta utreda varje sjukfall individuellt och fatta individuellt motiverade beslut. Exempelvis klargörs på s. 173 version 19 av [Vägledning 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning](#), från 2024-05-03:

Att utreda och klarlägga behovet av rehabilitering ingår i Försäkringskassans utredningsansvar (JO 2076–2019). Det ska göras i alla sjukpenningärenden (jfr.prop.1990/91:141, s. 89). Det innebär att vi behöver utreda tills vi har en tydlig bild av den försäkrades behov av rehabilitering för att kunna återgå i arbete. Vilka utredningsåtgärder som behövs och när de behövs varierar beroende på ärendets beskaffenhet. Försäkringskassan ska se till att den försäkrade får de åtgärder hen behöver för en effektiv rehabilitering.,

Att det skulle finnas ett stort bedömningsutrymme i sjukförsäkringen är i själva verket en myt, som staten har odlat sedan lång tid tillbaka, för att ge sig själv tillåtelse att agera godtyckligt, i stället för rättssäkert.

Vad som finns, är en omfattande statlig utredningsskyldighet, där staten är skyldig att låta utreda varje ärende så noga att man vet vilka åtgärder den unika individen sannolikt behöver för att bli frisk. Att då, som utredningen föreslår, detaljreglera, hur deltidsarbetstid ska förläggas – och kräva att en jämn förläggning ska vara norm och att en ojämn förläggning måste vara bevisligen medicinskt gynnsam – för att få genomföras är extremt klåfingrigt.

För det andra, verkar utredningen inte vara införstådd med att arbetsförmågenedsättningen vid deltidsarbete oftast har terapeutiska/profylaktiska inslag, vilket innebär att läkare avråder från heltidsarbete av medicinska skäl.<sup>8</sup> Läkaren avgör tillsammans med den försäkrade vad som är lämpligt i det enskilda fallet, och Försäkringskassan ska använda sig av all information som är relevant när ett ärende utreds och beslutas, se t.ex. s. 261–270 i [Vägledning 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning](#).

För det tredje uttrycker utredningen på s. 177 en generell misstro mot arbetsgivare, vilken inte bör vara utgångspunkt för hur lagen ska tillämpas, eftersom det inte hjälper den försäkrade. Staten ska visa förtroende för och *samarbeta* med arbetsgivaren, i enlighet med förfarandereglererna i bl.a. 30 kap. 6, 6 a och 10 §§ [SFB](#). Visar det sig att arbetsgivaren inte har rent mjöl i påsen, ska det hanteras i särskild ordning.

***Utredningens lagförslag om att möjlighet till ojämn förläggning av arbetstiden endast ska finnas om det är uttryckligen medicinskt motiverat bör inte genomföras, eftersom det innebär att staten försöker detaljstyra på en nivå som är helt orimlig. Det finns snarare stora behov av regelförenklingar i sjukförsäkringen, om den ska bli effektiv.***

## 9.5 Förslaget att avskaffa reglerna för behovsanställda bör ej genomföras

På s. 214 för utredningen ett resonemang som går ut på att om behovsanställda får rätt till sjukskrivning under de första 90 dagarna de är sjuka, då främjas drivkrafter som leder till att fler arbetsgivare i högre utsträckning vill nyttja behovsanställda.

Förutom att resonemanget mest är en spekulering, är det inte de behovsanställda som ska stå en sådan risk och berövas sin rätt till sjukförsäkring av det skälet. ***Jag vill påminna om att syftet med sjukförsäkringen är att erbjuda enskilda personlig välfärd, se 1 kap. 2 § [RF](#).*** Vill staten styra arbetsgivare till att i högre grad använda tryggare anställningar, får man vidta lämpliga åtgärder, som inte går ut över dem som är behovsanställda.

Det kan även vara på sin plats att påminna om att innan de destruktiva förslagen i [Prop. 1994/95:147](#) trädde i kraft i okt 1995, krävdes inte läkarintyg i samband med alla sjukskrivningar, se den vänstra spalten på s. 8–9 i propositionen. Utgångspunkten var att de flesta sjukförsäkrade var ärliga och att staten skulle lägga sina kontrollresurser där det bäst behövdes.

Genom att bygga upp en enorm kontrollapparat, där allt ska granskas in minsta detalj, i stället för att bygga upp fungerande relationer mellan människor som samarbetar, har staten

<sup>8</sup> För en förklaring av begreppet terapeutisk/profylaktisk arbetsförmåga, se s. 28 i [Vägledning 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning](#).

skapat en ond cirkel, där ingen är personligen ansvarig för någonting och där det går att komma långt med fusk, när man ljuger. Eftersom även staten själv ljuger, när den informerar om och handlägger sjukförsäkringen, finns det knappast heller någon heder att förvalta.

**Utredningens lagförslag om att behovsanställda ska fråntas rätten till sjukförsäkring bör inte genomföras. I stället bör Försäkringskassan – som utgångspunkt – ta den sjukförsäkrades uppgifter om hur hen skulle ha jobbat i ansökan om sjukskrivning och sjukpenning för sanna.** En ansökan om att bli insläppt i sjukförsäkringen innehåller alltid en tydlig sanningsförsäkran som lyder:

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i ansökan är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.

Det framgår vidare av utredningens undersökning att det tar tid för Försäkringskassan att få väl fungerande rutiner på plats. **I fallet med behovsanställda är det även uppenbart att kassan inte har ansträngt sig tillräckligt (eller alls) för att informera målgruppen om att lagen är ändrad, och att de numera har möjlighet att ansöka som sjukskrivning och sjukpenning.** Målgruppen anges i utredningen till 104 000–147 000 personer, men endast ett par tusen ansökte under 8 månader år 2022, se s. 161 och 163.

Den här reformen aktualiserar frågan om hur ombytlig staten kan vara utan att – på goda grunder – helt förlora medborgarnas förtroende. Vi kan inte ha en sjukförsäkring där staten, hattar hit och dit med lagstiftningen. Det minsta man kan begära är att en reform genomförs ordentligt och får sätta sig, innan den utvärderas.

## 9.6 Lagförslaget att avskaffa de särskilda äldrereglerna bör ej genomföras

Utredningens resonemang om de särskilda äldrereglerna på s. 216 visar klart och tydligt att det är själva rehabiliteringskedjan som är destruktiv – och som omöjliggör en konstruktiv lösning på frågan om vad som är lämpligt för sjukförsäkrade som närmar sig ålderspension.

När en person som är 60 plus blir sjuk behöver sjukförsäkringen – om den ska vara effektiv – innebära att inga fördomar ska stå i vägen för att noga utreda vad som är mest lämpligt i det enskilda fallet. Beroende på bl.a. vem det är som blir sjuk, vilka sjukdomar det rör sig om, vilket arbete personen har försörjt sig på och var personen är rotad, skulle – om inte regelverket var så stelbent – följande fyra alternativ kunna vara konstruktiva:

- A. Med rätt rehabiliteringsåtgärder i gott samarbete mellan alla berörda – och tillräckligt med driv och tålamod hos alla inblandade – kan den försäkrade återgå till det befintliga arbetet (eventuellt med inslag av andra arbetsuppgifter) hos sin befintliga arbetsgivare i samma omfattning som innan hen blev sjuk.
- B. Den försäkrade klarar sannolikt inte längre att arbeta heltid hos sin befintliga arbetsgivare, men kan rehabiliteras till att fungera väl i det vanliga arbetet, om arbetstiden reduceras i viss utsträckning. Skillnaden täcks av sjukpenning.

- C. Den försäkrade har så stora och bestående hälsoproblem att sjukersättning bör beviljas på del- eller heltid.
- D. Det är trots den höga åldern lämpligt att rehabilitera den försäkrade till att ställa om till ett nytt yrke – för att den försäkrade är motiverad, generellt kompetent och har lätt för att lära sig nya saker. Staten står för omställningskostnaden (se 29–31 kap. [SFB](#)) och bedömer att den försäkrades möjligheter att få jobb inom det nya yrket är goda.

Men eftersom rehabiliteringskedjan står i vägen, gjordes ingen rehabiliteringsutredning när en 60-plussare hade insjuknat. I stället har Försäkringskassan – före de nu gällande reglerna som utredningen vill avskaffa – passivt lurpassat på den sjukförsäkrade och väntat in första, bästa tillfälle att utförsäkra den sjukförsäkrade till arbetslöshet – och det gjorde man till och med hellre än Alternativ B ovan.

***Utredningens lagförslag om att ta bort de särskilda äldrereglerna i 27 kap. 49 d–49 e §§ SFB bör inte genomföras. I stället bör hela rehabiliteringskedjan, d.v.s. 27 kap. 46 § första stycket och 47–55 b §§ SFB avskaffas. Syftet är att göra det möjligt att – med stöd av bestämmelserna i 29–31 a kap. SFB och 27 kap. 6–7 §§ SFB – förutsättningslöst utreda och fatta beslut om att göra det som har bäst förutsättningar att fungera i varje enskilt sjukfall, när det gäller äldre sjukförsäkrades framtida försörjning.***

Det är vidare viktigt att betona att sjukförsäkringen endast kan fungera rättssäkert och effektivt, när Försäkringskassan samarbetar [personcentrerat](#). Myndigheten behöver omedelbart upphöra med att missbruka sin makt och ställning, och övergå till att professionellt och ödmjukt tjäna medborgarna man är satt att hjälpa.

Innan jag lämnar det här avsnittet vill jag också kommentera utredningens val av statistiska mått för att mäta hälsa. Man har undersökt om det finns signifikanta skillnader när det gäller besök i öppen specialistvård, dagar i slutenvård samt förskrivna dygnsdoser läkemedel. I de flesta fallen finner man inga sådana skillnader.

På s. 148 har man dock funnit att antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel har ökat (!) bland försäkrade med yrken inom service, omsorg och försäljningsarbete med 23% och kommentaren lyder:

Resultatet antyder att reformen skulle fått negativa hälsoeffekter för denna yrkesgrupp. Eftersom resultatet sticker ut från ett mönster där inga tydliga effekter av reformen återfunnits för något av hälsomåtten, bör det tolkas försiktigt och inga stora växlar dras.

För det första skulle jag vilja veta hur utredningen kan belägga att högre konsumtion av öppen specialistvård, slutenvård och läkemedel generellt betyder att hälsan är sämre? I alla tre fallen handlar det ju om typiska medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder vilka syftar till att förebygga, lindra och/eller bota sjukdom, d.v.s. skapa och långsiktigt upprätthålla hälsa.

För det andra skulle jag vilja veta varför utredningen anser att så grova mått på hälsan, som att undersöka antalet besök i öppen specialistvård, antalet dagar i slutenvård samt förskrivna dygnsdoser läkemedel är tillfyllest? A och O, när det gäller effektiv medicinsk behandling och rehabilitering är att diagnosticera rätt och att tillgodose individuella förutsättningar och behov med sådan behandling som är rätt för den personen.



Det finns ingen viss nivå på de använda hälsomåtten som är bra för alla individer. Såväl överkonsumtion, som underkonsumtion, som fel konsumtion är skadliga. För att uppnå optimal hälsa behöver varje försäkrad få det som just hen behöver, vid rätt tidpunkt och i rätt ordning, vilket kräver en hög professionell kvalitet på arbetet i hela vård- och försäkringskedjan.

Med stigande ålder får vi för det tredje generellt fler sjukdomar och blir mer beroende av en väl fungerande hälso- och sjukvård samt att arbetsgivare inte ställer orimliga krav. I brist på andra data har utredningen ansett att hälsotillståndet hos 59–61-åringar bör vara jämförbart med dem som är 62–64 år. Jag tror inte det är en jämförelse som håller.

Jag vill avsluta det här avsnittet med att påminna om att utredningen enligt direktiven på s. 34–35 skulle ta fram data på individnivå gällande:

1. Om den ekonomiska tryggheten för individer har ökat.
2. Hur individernas möjligheter till medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering har påverkats.
3. Hur sjukskrivna personers återgång i arbete har påverkats.
4. Om sjukfall blir omotiverat långa eller om individer drabbas negativt på andra sätt.
5. Om kvaliteten i Försäkringskassans handläggning av de enskilda ärendena har ökat.
7. Bedöma om lagändringarna är effektiva och ändamålsenliga för de försäkrade.
8. Bedöma om det behövs lagändringar för att motverka negativa konsekvenser för individer.

*Inte i något av de ovanstående fallen har utredningen tagit fram de data angående individer, som har efterfrågats, och som behövs för att kunna bedöma hur väl försäkringen egentligen fungerar. Sannolikt beror detta på att de som är ansvariga för utredningen inte är medvetna om att syftet med sjukförsäkringen är att erbjuda medicinsk och arbetslivsinriktad precisionsrehabilitering till alla individer, vilken syftar till att de – var och en utifrån sina personliga förutsättningar – ska kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete i samma omfattning, som de gjorde innan de insjuknade.*

## 9.7 Förslaget om att behålla äldrereglerna inom sjukersättningen tillstyrkes

## 9.8 Förslaget om att harmonisera arbetsmarknadsbegreppen är feltänkt

När jag läser texten på s. 218–219 i utredningen är jag inte klar över vad utredningen egentligen menar. Jag tror att det avgörande problemet är att Högsta förvaltningsdomstolen, för femton år sedan, fastslog kriterier för vad som utgör ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden; Det ska röra sig om ett vanligt arbete på arbetsmarknaden, där den försäkrades arbetsförmåga kan tas tillvara i full eller närmast full omfattning. Vidare ska arbetet innebära krav på normal prestation och det ska inte krävas någon anpassning i annat än möjligtvis ringa omfattning med hänsyn till funktionshinder eller medicinska besvär hos den försäkrade, se [RÅ 2008 ref. 15](#).

Definitionsmässigt är det endast drygt halva arbetskraften som kan prestera normalt – eller bättre än så – i ett förvärvsarbete. När domstolen dessutom har bestämt att individuella anpassningar på grund av sjukdom eller funktionshinder inte ska behöva förekomma mer än i ringa omfattning, blir gränserna för vem som kan prestera normalt ännu hårdare. Personer med medfödda – eller förvärvade – funktionsvariationer ses inte som ”normalpresterande”, även om de kan göra ett fullgott arbete med rätt anpassningar.

Vidare klargör utredningen ånyo på s. 218 att syftet med sjukförsäkringen endast är att ge inkomsttrygghet – och inte att erbjuda individuellt effektiva rehabiliteringsåtgärder, vilket är vad lagen säger. Därmed har man enligt min mening målat in sig i ett hörn. Vad ska vi göra med den tredjedelen av befolkningen i arbetsför ålder, som inte – utan effektiva rehabiliterings- och anpassningsåtgärder – kan komma till sin fulla rätt och prestera optimalt och någorlunda normalt i ett förvärvsarbete?

Som jag förstår texten på s. 218 vänder sig utredningen vidare mot att sjukförsäkringen ska ge social omsorg. Men det ingår faktiskt i sjukförsäkringens uppdrag enligt [RF 1:2](#):

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.

Alla medborgare har rätt till det som beskrivs ovan och inte endast de 2/3 av arbetskraften som presterar normalt eller bättre än så. Det är inte hållbart, varken socialt eller ekonomiskt, att dela in arbetskraften i ett A och ett B-lag, där de senare inte ges goda förutsättningar att bidra med sin arbetsförmåga, för att de inte lever upp till A-lagets krav.

Vi behöver ett samhälle där alla ges möjlighet att bidra efter förmåga. Vill vi ha kollektivavtal med höga ingångslöner, då måste staten – i betydligt högre utsträckning än nu och mycket bredare på arbetsmarknaden än vad som är fallet – subventionera anställningar samt erbjuda sjuk- och aktivitetsersättning på deltid, för dem som inte är normalpresterande.

## 9.9 Utredningens resonemang om rehabiliteringsinsatser är okunnigt

På s. 219–221 för utredningen ett förvirrat resonemang om rehabiliteringsinsatser, där det avgörande problemet är att utredningen inte kan lagen och inte är införstådd med att staten sedan länge – uppsåtligt och systematiskt – har trotsat sjukförsäkrades rätt till förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder, se vad jag har skrivit om detta i Del 1 ovan.

Det avgörande problemet här är att Försäkringskassan inte kan tillhandhålla goda förutsättningar för rehabilitering, så länge man fortsätter arbeta uppenbart lagtrotsigt och auktoritärt samt organiserar sin verksamhet som om det vore en bilfabrik.

Av största vikt att förstå, är att fungerande rehabilitering är en [personcentrerad](#) samarbetsprocess, där gäller att med ömsesidigt förtroende gemensamt prova sig fram till vad som fungerar för den sjukförsäkrade, precis som i annan hälso- och sjukvård samt när arbetslivsinriktad rehabilitering fungerar som den ska. På en punkt har utredningen helt rätt; Försäkringskassan så som myndigheten fungerar nu, verkar inte ha den organisation och kompetens som

krävs för att kunna bedriva effektivt rehabiliteringsarbete, trots att samma rehabiliteringsbestämmelser har gällt i 32 år.

Delvis beror bristerna på att rehabiliteringskedjan förstör både rättssäkerheten och effektiviteten, men det räcker inte som förklaring. Försäkringskassan har ett betydande manöverutrymme som har använts destruktivt i tre decennier – och är man inte villig att ändra på det nu, bör förvaltningen av sjukförsäkringen flyttas till någon som kan göra jobbet bättre. Vi har ju t.ex. ett flertal försäkringsbolag, både privatägda och medlemsägda, som är vana vid att hantera sjukförsäkringsfrågor professionellt och har nöjda kunder.

### 9.10 Förslaget om förstärkt arbetsgivaransvar behöver verklighetsförankras

Som man ropar får man svar. Utredningen har tagit vara på Försäkringskassans synpunkter och perspektiv, men inte tagit reda på hur arbetsgivare tycker att Försäkringskassan bemöter dem och samarbetar med dem.

Så länge Försäkringskassan fortsätter ljuga om vilka förmåner det finns i sjukförsäkringen och betar sig allmänt arrogant och vägrar samarbeta konstruktivt, är det inte läge att klaga på arbetsgivarna. Steg ett är att Försäkringskassan visar att man respekterar arbetsgivarna och vill samarbeta i syfte att den försäkrade ska få en effektiv rehabilitering.

En avskaffad rehabiliteringskedja är vidare nödvändig, för att undvika att sjukförsäkrade låses in på arbetsplatser, där varken den försäkrade eller arbetsgivaren är nöjda med arrangementet. När det behövs, ska staten bekosta en effektiv omställning för den sjukförsäkrade till en arbetsgivare som välkomnar den försäkrade.

### 9.11 Försäkringskassan bör be vården om ursäkt och gottgöra skadorna

Vid sidan av de försäkrade själva och deras anhöriga, är det hälso- och sjukvården som har farit mest illa av tre decenniers statligt vanstyre av sjukförsäkringen. På s. 54–56 i Ds 1994:91 (se Bilaga 6) smutskastas hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningarna, men utan att några ordentliga källor anges.

Syftet är att ta makten över sjukskrivningarna från hälso- och sjukvården och lägga över den på Försäkringskassans beslutande tjänstemän, vilka saknar både medicinsk utbildning och tillräcklig personkännedom. Sedan dess har en destruktiv maktkamp utspelats mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och där hundratusentals sjukförsäkrade har fått betala med sin hälsa och försörjningsförmåga. Mitt på s. 224 demonstrerar utredningen att den inte alls förstår problematiken, den skriver:

De försvårande omständigheterna kring läkarnas arbete med att bedöma patienternas arbetsförmåga är väl dokumenterade. Ett grundläggande problem är att arbetsförmågan inte är fullt observerbar och därför inte fullt mätbar. Problemet blir särskilt tydligt vid psykisk ohälsa, där objektiva undersökningsfynd ofta saknas och där läkarens bedömning i hög grad baseras på patientens beskrivning av symtom och besvär. Vidare ger det faktum att den försäkrade i regel har mer kunskap om sin funktionsnedsättning och sina möjligheter att arbeta än läkaren, upphov till så kallad *moralisk risk* där den försäkrade kan använda sitt informationsövertag för att öka chanserna till sjukskrivning.

Med den inställningen, som utredningen ger uttryck för här, går det inte att skapa en effektiv sjukförsäkring. Den försäkrade betraktas som en same på 1930-talet, vars skalle skulle mätas – och det beskrivs som ett problem att den försäkrade vet mer om vad hen behöver och vad som kan fungera för hen personligen, än vad läkaren gör. Det utredaren förespråkar är destruktivt och oförenligt med bl.a. kraven i 6 kap. 1 § [PSL](#) och med [personcentrerad vård](#).

***Utredaren ger uttryck för en stat som inte bara är monumentalt okunnig om vad lagen egentligen säger och om vad som krävs för att kunna hjälpa en sjuk individ. Det är också en stat som är ond, för att den är uppenbart inhuman. Staten saknar förtroende för den försäkrade, vill inte samarbeta och är rädd för att bli lurad och bedragen.***

Om staten inte har bättre kompetens och självförtroende än så, är den inte en lämplig förvaltare av en sjukförsäkring. Det var från början medborgarna själva som skapade sjukförsäkringen. Jämför med A-kassorna, de finns fortfarande kvar. På s. 226 påstår utredningen att:

det i dag saknas tydliga drivkrafter för vårdgivare att agera i enlighet med sjukförsäkringens syfte.

Sanningen är att det är utredningen som har fått syftet med sjukförsäkringen om bakfoten, bl.a. eftersom man inte är inläst på lagen. Riksrevisionen, som utredningen hänvisar till på s. 226, har inte heller fattat att sjukförsäkringen är en rehabiliteringsförsäkring. I rapporten [RiR 2016:31](#) *Är sjukskrivning bra för hälsan?* hävdade man t.ex. på s. 5 att:

Sjukförsäkringens syfte är att kompensera för inkomstbortfall vid arbetsoförmåga som orsakats av sjukdom, och därmed ***ge individen möjlighet att tillfriskna i lugn och ro innan återgång i arbetslivet*** [min kursivering].

Ingenting kan vara mera fel. Sjukförsäkringen är en rehabiliteringsförsäkring och syftet med rehabiliteringsåtgärder är att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (arbetslivsriktad rehabilitering). Läkning kan oftast förbättras med lämpliga rehabiliteringsåtgärder.

Hälso- och sjukvården har ägnat tre decennier åt att stå på sig blodiga för att försöka hjälpa sina patienter till en väl fungerande behandling och rehabilitering. Ibland har det fungerat, men i alltför många fall har man blivit motarbetad av staten.

I Version 19 av [Vägledning 2015:1](#) *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*, från 2024-05-03, kan vi dock – äntligen – se en viss omsvängning från Försäkringskassans sida, där man verkar mer inställd på att samarbeta, än på att förstöra hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsåtgärder, se s. 167–168, 172–174, 261–270, 291–293 och 316–318. All text som är gråmarkerad i vägledningen är ny. Det som står här är långt ifrån tillräckligt, men i bästa fall är det en god början.

## 9.12 En bortre tidsgräns bör inte utredas, eftersom det inte löser problemen

När det gäller en bortre tidsgräns, vill jag för det första peka på Figur 1 på s. 12 ovan, som visar att den bortre tidsgränsen, den s.k. stupstocken som gällde 1 januari 2010 till 1 februari 2016, var ett misslyckat experiment. De flesta som utförsäkrades återvände till sjukförsäkringen, efter den 3 månader långa karensen, eftersom de inte kunde försörja sig själva.

För det andra, eftersom sjukpenning är en dag ersättning, som syftar till att göra ändamålsenliga rehabiliteringsåtgärder möjliga, bör man naturligtvis inte hålla på med sådana åtgärder hur länge som helst, om de inte leder till att den försäkrade kan försörja sig själv genom förvärvsarbete. Men då ska svaret från staten vara antingen ett anpassat (subventionerat) arbete eller sjuk- eller aktivitetsersättning – och inte utförsäkring till arbetslöshet.

Utredningen påstår för det tredje på s. 227 att en bortre tidsgräns skulle

upprätthålla drivkrafterna för samtliga aktörer att hitta en lösning för den försäkrade innan tidsgränsen nås,

Tyvärr finns det ingenting i de senaste tre decenniernas statliga praktik, som talar för att det är sant. Staten skäms inte det allra minsta för att utförsäkra svårt sjuka personer till arbetslöshet, eller att vägra införsäkra den som inte kan försörja sig själv, se exempelvis [HFD 667–17](#). I Del 1 av den här utredningen har jag uppskattat att det finns hundratusentals sjukförsäkrade, som inte har fått sjukskrivning och sjukpenning de enligt lag har rätt till, för att staten har betett sig illa sinnat och avsiktligt ägnat sig åt uppenbart felaktig rättstillämpning.

Det har inte funnits någon rättssäkerhet efter att försäkringsrätterna hastigt avskaffades den 1 juli 1991 och okunniga länsrätter tog över socialförsäkringen. Tidsgränserna i rehabiliteringskedjan, som infördes den 1 juli 2008, har vidare inneburit att handläggare hos Försäkringskassan som är känslolika, stresståliga och osjälvständigt lyder direktiv som riskerar att allvarligt skada de försäkrades hälsa passar bra in i organisationen.

För det fjärde visar ISF i [Rapport 2022:5](#) om *Avskaffandet av den bortre tidsgränsen – En analys av effekterna på långtidssjukskrivnas ekonomiska situation och användning av sjukförsäkringen*, att de flesta som utförsäkrades, på grund av tidsgränsen 2010–2016 på max 2,5 år, redan var ekonomiskt utsatta: På s. 8–9 kan vi läsa att:

Cirka 75 procent av gruppen hade genomgående en bruttoinkomst som understeg den för medianpersonen inom samma kommun, åldersspann, kön och kalenderår.

Reformen minskade den disponibla inkomsten tre år efter uppnådd tidsgräns med 7 procent. För medianpersonen i gruppen innebär detta en minskning av den disponibla inkomsten på cirka 1 000 kronor per månad jämfört med året före utförsäkringen, från 14 100 kronor per månad till 13 100 kronor per månad.

Med 13 000 kr per månad före skatt är man inte ordentligt försörd. Att som ISF, inte förstå att 1 000 kronor mer eller mindre per månad – på den inkomstnivån – har stor betydelse för livskvaliteten är tondövt. Utredningen skriver på s. 228 att:

Det bör utredas närmare vad en maximal tid som berättigad till ersättning ska vara och hur en eventuell rutin för överlämning till Arbetsförmedlingen ska utformas för de som når den bortre tidsgränsen.

***Men det är inte Arbetsförmedlingen som ska omhänderta dem som faller för en tidsgräns. För att en sådan lagstiftning ska bli laglig, behöver först alla bestämmelser om rätt till rehabiliteringsåtgärder i socialförsäkringsbalken avskaffas, d.v.s. 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#) samt kap. 29–31 a [SFB](#). Några sådana lagförslag har dock inte utredningen lagt fram.***

Jag tycker att det är bra att utredningen, så tydligt som man gör i skrivningarna om drivkrafter på s. 221–228, visar att man är genuint mistrogen och auktoritär, gärna spekulerar om olika åtgärders effekter, samt inte är intresserad av att främja väl fungerande relationer och samarbeten mellan den försäkrade och de olika aktörerna i rehabiliteringsprocessen, inklusive Försäkringskassan och förvaltningsdomstolarna.

Då vet vi att utredningen inte har pekat ut en hållbar väg – och att vi inte har någon anledning att känna förtroende för utredningens arbete och slutsatser, förutom det uppenbara; att utredningen inte är tillräckligt väl inläst på lagen samt att inga effekter av de studerade reformerna på de konkreta sjukfallen, d.v.s. på individnivå, har undersökts.

## 10 Konsekvenser – Rehabiliteringskedjan har aldrig tidigare tillämpats strikt

När rehabiliteringskedjan med tidsgränser infördes den 1 juli 2008 ledde inte det till några dramatiska förändringar, eftersom Försäkringskassan inte styrs så mycket av lagen, utan mera av vad olika regeringar vill. Se min argumentation angående detta i Del 1 ovan, samt särskilt siffrorna angående avslag och indrag i sjukförsäkringen i Tabell 1 på s. 30.

*Om regeringen och riksdagen skulle genomföra utredningens förslag – och staten samtidigt fortsätter att censurera alla bestämmelser om rätt till rehabiliteringsåtgärder i socialförsäkringsbalken, skulle vi få en situation som Sverige aldrig tidigare har upplevt.* Konfliktnivån skulle snabbt eskalera, för att vi i praktiken får två stupstockar i sjukförsäkringen, en vid 180 dagar och en vid 365 dagar. Så tufft har inte Försäkringskassan vågat gå fram tidigare, eftersom det i många fall skulle upplevas som direkt stötande.

Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse, om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, skulle också sättas ur spel, eftersom personer med enkla diagnoser och säkra prognoser – enligt rehabiliteringskedjan – ska favoriseras framför personer med mer komplicerade hälsotillstånd och som behöver längre behandlingar, vilka ska diskrimineras (se 3 kap. 2 § [HSL](#)).

Särskilt skulle personer med långa utbildningar och karriärer, t.ex. någon som är docent och har satsat 20 år på att bli världsledande inom ett forskningsområde och får utmattningssyndrom, bli utförsäkrad efter ett halvår – och behöva starta en ny karriär från scratch med att konkurrera om enklare jobb, som hen inte kommer att bli erbjuden. Detsamma gäller folk som jobbar i bristyrken. De skulle inte få stöd till att rehabilitera sig och kunna fortsätta i sitt yrke.

*Vad vi talar om här är således en ren – av staten planerad förstörelse – av humankapital, som det har tagit decennier att bygga upp, och som landet behöver och är beroende av, för att kunna upprätthålla välbefinnande. Det finns ingen motsättning mellan att ge individer optimala möjligheter till rehabilitering, så att de kan försörja sig själva, och att bygga välbefinnande för alla.*

Tvärtom, är det hur väl vi vårdar de individuella arbetsförmågorna, som avgör vad vi kan åstadkomma tillsammans. En utredning som inte förstår det – och gömmer sig bakom genomsnittseffekter – är inte värd att ta på allvar.

## Övriga upplysningar – Kassan utreder inte sjukskrivningsbehov på rätt sätt

Sedan ett drygt halvår tillbaka har Försäkringskassan kompletterat sin produktionsprocess (Process 2009:07 *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*) med en ny metod som heter *Inledande kartläggning av rehabiliteringsbehov* (IKR). Enligt Försäkringskassan själv är syftet att klarlägga sjukförsäkrades behov av rehabilitering och stöd, vilket är bra och i överensstämmelse med kassans skyldigheter enligt 30 kap. [SFB](#).

Problemet är dock för det första att rehabiliteringskedjan förstör ett klarläggande av rehabiliteringsåtgärder, som baseras på den sjukförsäkrades individuella förutsättningar och behov. Orsaken är att rehabiliteringskedjan förutsätter att alla som har ett arbete ska rehabiliteras till att återgå till det. De som behöver ställa om till ett nytt arbete att försörja sig på, för att det befintliga inte är lämpligt ur medicinsk synpunkt, får inget effektivt stöd till att göra en nödvändig omställning fr.o.m. starten av rehabiliteringskedjan.

För det andra, betraktar Försäkringskassan rätt till sjukpenning, respektive rätt till konkreta rehabiliteringsåtgärder som två olika frågor, som olika ”spår”, i produktionsprocessen. Det är inte konstruktivt, eftersom det bör vara det personliga behovet av sjukskrivning i behandlande och rehabiliterande syfte, som bör styra rätten till sjukpenning.

I praktiken fattar Försäkringskassan alltid det första beslutet om sjukpenning *utan* att med stöd av förfaranderegler i 29–31 kap. [SFB](#) samt bestämmelserna i 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#) noga ha låtit utreda vilka konkreta rehabiliteringsåtgärder den försäkrade bäst behöver. Därmed blir det, från och med inledningen av en sjukskrivning inte klarlagt om den försäkrade behöver andra medicinska och/eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder än sjukskrivning, samt om den försäkrade direkt har rätt till anpassningar av arbetet och/eller arbetsmiljön, som innebär att behovet av sjukskrivning minskar, såväl på kort som på lång sikt.

***Det är mycket viktigt att ha en individuell och nyanserad syn på sjukskrivning, om vi vill att sjukförsäkringen ska vara rättssäker och effektiv.*** Orsaken till rehabiliteringskedjans stela utformning, är den juridiska hanteringen av ett enda sjukfall, se s. 45–46 i Ds 1994:91 (Bilaga 6) och FÖP 1987:30 (Bilaga 5). I just det sjukfallet var det inte medicinskt lämpligt att rehabilitera den försäkrade till att försörja sig så som hen gjorde före insjuknandet – och staten befanns vara skyldig att finansiera ett par års arbetsprövning och omskolning.

Av detta följer dock inte att alla sjukförsäkrade ska gå samma väg. Utgångspunkten, när Försäkringskassan får in en sjukanmälan, bör vara att så snart det är möjligt – och helst omgående – låta utreda hur den försäkrade ska kunna försörja sig framgent och vilket slags arbete som bedöms vara lämpligt och realistiskt i det enskilda fallet. Finns det medicinska skäl till att inleda en karriäromställning, bör en sådan inledas omedelbart – och bekostas av staten.

Att vägra att införsäkra en person, som på grund av sjukdom inte kan försörja sig själv, eller att utförsäkra en sjukförsäkrad till arbetslöshet och långvarigt bidragsberoende bör aldrig vara ett alternativ i sjukförsäkringen, eftersom det är raka motsatsen till att den försäkrade har förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

I Del 1 ovan, har jag pläderat för att det är nödvändigt att ge staten konstruktiva drivkrafter i sjukförsäkringen. I vilken utsträckning den sjukförsäkrade har fått effektiva rehabiliteringsåtgärder, bör följas upp genom att den försäkrades inkomst från förvärvsarbete regist-

reras 6 respektive 12 månader efter avslutad sjukskrivning. Kan den försäkrade inte försörja sig själv genom förvärvsarbete i samma utsträckning, som innan hen insjuknade, bör fler – individuellt anpassade – rehabiliteringsåtgärder vidtas. Alternativt bör staten se till att den försäkrade får en lämplig, anpassad anställning eller sjuk- eller aktivitetsersättning på hel- eller deltid. Så fungerar de flesta andra varor och tjänster vi nyttjar till vardags. Lever de inte upp till vad som är utlovat, har man rätt till kompensation.

*Sjukförsäkringen är inte en yrkesförsäkring, men det är meningen att den ska vara en försörjningsförsäkring. Så länge den försäkrade fullgör sina skyldigheter enligt 30 kap. 7 § [SFB](#), d.v.s. lämnar de upplysningar som behövs för att klarlägga hans eller hennes behov av rehabilitering, och efter bästa förmåga aktivt medverkar i rehabiliteringen, ska staten göra sin del för att hjälpa den försäkrade att försörja sig genom förvärvsarbete.*

### Del 3: Författningsförslag med tillhörande författningskommentar

#### Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

*dels* att 27 kap. 47–55 b §§ ska upphöra att gälla,

*dels* att de två rubrikerna närmast före 27 kap. 46 § ska utgå,

*dels* att 27 kap. 1 §, 2 § och 46 § samt 30 kap. 9 §, 12 § och 14 § ska ha följande lydelse:

Nuvarande lydelse	Föreslagen lydelse
<p><b>27 kap. 1 §</b> I detta kapitel finns bestämmelser om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rätten till sjukpenning i 2-8 §§,</li> <li>- samordning med sjuklön i 9 §,</li> <li>- sjukpenning för anställda och vissa andra vid kortare sjukdomsfall, m.m. i 10-16 a §§,</li> <li>- sjukanmälan i 17 och 18 §§,</li> <li>- ersättningsnivåer i 19 §,</li> <li>- förmånstiden och karens i 20-38 §§,</li> <li>- allmänt högriskskydd i 39 och 39 a §§,</li> <li>- särskilt högriskskydd i 40-44 §§,</li> <li>- förmånsnivåer och arbetsförmåga i 45 §,</li> <li>- bedömning av arbetsförmågans nedsättning (rehabiliteringskedjan) i 46-55 b §§, och</li> <li>- arbetsgivarinträde m.m. i 56-61 §§. Lag (2021:1240).</li> </ul>	<p><b>27 kap. 1 §</b> I detta kapitel finns bestämmelser om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rätten till sjukpenning i 2-8 §§,</li> <li>- samordning med sjuklön i 9 §,</li> <li>- sjukpenning för anställda och vissa andra vid kortare sjukdomsfall, m.m. i 10-16 a §§,</li> <li>- sjukanmälan i 17 och 18 §§,</li> <li>- ersättningsnivåer i 19 §,</li> <li>- förmånstiden och karens i 20-38 §§,</li> <li>- allmänt högriskskydd i 39 och 39 a §§,</li> <li>- särskilt högriskskydd i 40-44 §§,</li> <li>- förmånsnivåer och arbetsförmåga i 45-46 §§, och</li> <li>- arbetsgivarinträde m.m. i 56-61 §§. Lag (2021:1240).</li> </ul>



<i>Nuvarande lydelse</i>	<i>Föreslagen lydelse</i>
<p><b>27 kap. 2 §</b> En försäkrad har rätt till sjukpenning vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel.</p> <p>Med sjukdom likställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga som orsakats av sjukdom för vilken det lämnats sjukpenning, om tillståndet fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört.</p>	<p><b>27 kap. 2 §</b> En försäkrad har rätt till sjukpenning vid sjukdom <i>eller förhöjd sjukdomsrisk</i> som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel.</p> <p>Med sjukdom likställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga som orsakats av sjukdom för vilken det lämnats sjukpenning, om tillståndet fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört.</p> <p><i>Med nedsatt arbetsförmåga avses att den försäkrade på grund av sjukdom inte kan utföra ett tillgängligt förvärvsarbete eller att den försäkrade på grund av sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk inte bör utföra förvärvsarbete på heltid, för att undersökande läkare eller tandläkare avråder från det av medicinska skäl, (så kallad terapeutisk/profylaktisk arbetsförmåga) eller att den försäkrade har rätt till medicinska och/eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i enlighet med bestämmelserna i 29–31 a kap. vilka förhindrar att den försäkrade förvärvsarbetar på heltid eller att det är oskäligt att kräva att den försäkrade ska försörja sig genom förvärvsarbete.</i></p>

<i>Nuvarande lydelse</i>	<i>Föreslagen lydelse</i>
<p><b>27 kap. 46 §</b> Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder honom eller henne.</p> <p>Om den försäkrade på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärvsarbete under minst en fjärdedel av sin normala arbetstid en viss dag, ska hans eller hennes arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande grad den dagen.</p> <p>Vid bedömningen av i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt enligt 45 § 2-4 gäller att arbetstiden varje dag ska minskas i motsvarande grad eller, om arbetstiden förläggs på ett annat sätt, att arbetstidens förläggning inte får försämra möjligheterna till återgång i arbete. Lag (2021:1240).</p>	<p><b>27 kap. 46 §</b> Om den försäkrade på grund av <i>sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk</i> behöver avstå från förvärvsarbete under minst en fjärdedel av sin normala arbetstid en viss dag, ska hans eller hennes arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande grad den dagen.</p> <p>Vid bedömningen av i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt enligt 45 § 2-4 gäller att arbetstiden varje dag ska minskas i motsvarande grad eller, om arbetstiden förläggs på ett annat sätt, att arbetstidens förläggning inte får försämra möjligheterna till återgång i arbete. Lag (2021:1240).</p>
<p><b>30 kap. 9 §</b> Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs, och</li> <li>- de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.</li> </ul>	<p><b>30 kap. 9 §</b> Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- den försäkrades behov av <i>konkreta rehabiliteringsåtgärder klarläggs innan beslut om rätt till sjukskrivning fattas</i>, och</li> <li>- de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade, <i>med målet att den försäkrade ska kunna försörja sig själv genom förvärvsarbete i samma utsträckning som innan hen blev sjuk</i>.</li> </ul>

<i>Nuvarande lydelse</i>	<i>Föreslagen lydelse</i>
<p><b>30 kap. 12 §</b> Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken rehabiliteringsersättning kan lämnas, ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska i den utsträckning det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.</p>	<p><b>30 kap. 12 §</b> Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken <i>sjukpenning eller</i> rehabiliteringsersättning kan lämnas, ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska i den utsträckning det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.</p> <p><i>En rehabiliteringsplan ska även upprättas om den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk och behöver andra rehabiliteringsåtgärder än sjukskrivning, för att kunna försörja sig själv genom förvärsarbete i samma utsträckning som innan hen blev sjuk.</i></p>
<p><b>30 kap. 14 §</b> Försäkringskassan ska fortlöpande se till att en rehabiliteringsplan följs och att det vid behov görs ändringar i den.</p>	<p><b>30 kap. 14 §</b> Försäkringskassan ska fortlöpande se till att en rehabiliteringsplan följs och att det vid behov görs ändringar i den.</p> <p><i>Försäkringskassan ska säkerställa att den försäkrade har fått effektiva rehabiliteringsåtgärder, genom att låta utreda den sjukförsäkrades förvärsinkomst 6 respektive 12 månader efter avslutad sjukskrivning.</i></p> <p><i>Kan den försäkrade inte försörja sig själv genom förvärsarbete i samma utsträckning, som innan insjuknandet, bör i första hand fler – individuellt anpassade – rehabiliteringsåtgärder snarast vidtas.</i></p>

## Författningskommentar

### 27 kap. 1 §

Rehabiliteringskedjan, d.v.s. 47–55 b §§ samt första stycket i 46 §, är borttagna. Rehabiliteringskedjan bör utgå, eftersom den förhindrar att bestämmelserna om rätt till rehabiliteringsåtgärder i 29–31 kap. SFB och 27 kap. 6–7 §§ SFB tillämpas enhetligt och korrekt, d.v.s. individuellt och effektivt.

### 27 kap. 2 §

Bestämmelsen har förtydligats på flera sätt. För det första klargörs att även förhöjd sjukdomsrisk kan ge rätt till sjukpenning, vilket även framgår av 27 kap. 6–7 §§.

För det andra klargörs att arbetsförmågan kan vara nedsatt i såväl faktisk, som profylaktisk bemärkelse. För en förklaring av begreppen, se s. 28 i [Vägledning 2015:1](#).

För det tredje betonas att medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder ska gå före förvärvsarbete, jämför med nuvarande 27 kap. 50 §.

För det fjärde har oskälighetsrekvisitet, från 27 kap. 48 §, flyttats hit.

### 27 kap. 46 §

De två rubrikerna närmast före 46 § har tagits bort. Första stycket har utgått, eftersom rehabiliteringskedjan föreslås avskaffas. När en sjukförsäkrad har sjukanmält sig, bör Försäkringskassan låta utreda om det är medicinskt lämpligt att rehabilitera den försäkrade till att återgå till ett befintligt arbete. Om det är uppenbart att så inte är fallet, bör en omställning till ett nytt yrke inledas och bekostas av staten.

Vilket arbete det är lämpligt att rehabilitera den sjukförsäkrade i förhållande till, kan givetvis även behöva omprövas i senare rehabiliteringsplaner, när man har en klarare bild av den försäkrades styrkor och svagheter samt möjligheter att bli erbjuden ett lämpligt arbete att försörja sig på.

Det viktigaste är att Försäkringskassan – fullt ut och med förtroende – samarbetar med den försäkrade och övriga rehabiliteringsaktörer, under hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, samt att man i de mest svårrehabiliterade sjukfallen gemensamt och systematiskt prövar sig fram till vad som har bäst förutsättningar att fungera.

### 30 kap. 9 §

Bestämmelsen har förtydligats på två sätt. För det första har uppmaningen till Försäkringskassan att ”snarast” klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering, ersatts av att det dels är den försäkrades behov av *konkreta rehabiliteringsåtgärder* som ska klarläggas, dels att rehabiliteringsutredningen bör göras innan det är aktuellt att besluta om rätt till sjukskrivning.

Syftet med förändringen är att i största möjliga utsträckning undvika att sjukskrivningar inleds slentrianmässigt och/eller i stället för andra rehabiliteringsåtgärder, vilka kan antas vara mer effektiva i det aktuella sjukfallet. Hela rehabiliteringsverktygslådan bör således kunna användas, redan när ett sjukförsäkringsärende inleds hos Försäkringskassan.

För det andra, har ett tydligt mål för rehabiliteringen införts i bestämmelsen, så att alla berörda vet vad det är som normalt ska eftersträvas och följas upp. Att målet är att försäkrade, som har drabbats av sjukdom, ska kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete framgår redan av 29 kap. 2 §.

Nu förtydligas dock även att försäkringen ska täcka att den försäkrade ska kunna försörja sig i samma utsträckning, som innan hen blev sjuk, eftersom det är själva poängen med att ha en sjukförsäkring. Jämför med andra försäkringar. En bilförsäkring ska t.ex. återställa en bil, som råkar ut för en olycka, till det skick som just den bilen hade innan tillbudet.

### 30 kap. 12 §

Enligt första stycket ska en rehabiliteringsplan även upprättas, när den försäkrade behöver medicinsk behandling och medicinska rehabiliteringsåtgärder, vilka ger rätt till sjukpenning. Förändringen är en återgång till vad som gällde innan socialförsäkringsbalken infördes. Jämför med vad det stod i 22 kap. 6 § [AFL](#).

Att endast göra rehabiliteringsplaner när försäkrade får rehabiliteringspenning, är nästan meningslöst. Enligt s. 92 [Försäkringskassans årsredovisning 2023](#), var det 231 613 personer som mottog sjukpenning i december 2023, men endast 447 personer som fick rehabiliteringspenning. De sistnämnda utgör endast 2 promille.

Försäkringskassan ändrade hösten 2023 på instruktionerna i Process 2009:07 *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*, så att det numera ingår i handläggningen att alla ärenden ska ha en aktuell rehabiliteringsplanering. Efter en nygjord uppdatering, är det vidare klart utsagt dels att syftet med rehabiliteringsplaneringen är att klarlägga den försäkrades prognos, behov av rehabilitering och stöd. Dels att utredningar av rehabiliteringsbehov ska göras genom att den försäkrade, arbetsgivaren, hälso- och sjukvården och vid behov övriga aktörer kontaktas.

Vad som saknas i skrivande stund är att bl.a. att den försäkrade och övriga aktörer får del av den aktuella rehabiliteringsplanen. Enligt kassans nuvarande instruktioner ska man endast översiktligt beskriva i den försäkrades journal, vilken typ av rehabiliteringsplanering som är gjord, men inte vad den konkret består i, inklusive vilka åtgärder som är aktuella samt när, hur och av vem de ska följas upp.

Det andra stycket är nytt. Det har tillkommit för att förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder är helt formlös. Om det är lämpligt att vidta medicinska och/eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, vilka leder till att den försäkrade inte behöver vara sjukskriven alls eller sjukskriven i mindre utsträckning än vad som hade varit fallet utan rehabiliteringsåtgärderna, ska sådana åtgärder givetvis genomföras och följas upp.

### 30 kap. 14 §

Andra och tredje stycket är nytt. För att säkerställa att sjukförsäkringen sköts effektivt, är det nödvändigt att ge staten tydliga konstruktiva drivkrafter, vilka är lätta att följa upp. Eftersom målet med sjukförsäkringen är att den försäkrade ska kunna försörja sig genom förvärvsar-

bete, i samma utsträckning som innan hen blev sjuk, bör Försäkringskassan följa upp att målet uppnås 6 och 12 månader efter avslutad sjukskrivning.

Uppföljningen görs lämpligen genom att registrera förvärvsinkomsten vid de aktuella tidpunkterna. För metodförslag, se s. 6–11 i [Bilagan](#) till [RiR 2024:14 Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning](#).

Kan den försäkrade inte försörja sig genom förvärvsarbete i samma utsträckning som innan hen blev sjuk, är inte statens rehabiliteringsuppdrag färdigt (såvida den sjukförsäkrade inte är ordentligt undersökt och helt friskförklarad av undersökande läkare).

Den försäkrade bör då i första hand snarast erbjudas fler – individuellt anpassade – rehabiliteringsåtgärder, som syftar till att förbättra försörjningsförmågan. I andra hand, om möjligheterna att vidta effektiva rehabiliteringsåtgärder som leder till full arbetsåtergång anses uttömda, men den försäkrade kan arbeta minst 50 procent i ett befintligt arbete bör den försäkrade erbjudas sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning som fyller upp tiden. Alternativt bör den försäkrade erbjudas ett lämpligt anpassat (subventionerat) arbete, som hen kan försörja sig på. I sista hand bör rätt till hel sjuk- eller aktivitetsersättning prövas.

Det viktiga här är att staten – i egenskap av försäkringsgivare – lever upp till vad som kan förväntas i en rättsstat och som följer av grundlagarna, bl.a. 1 kap. 1, 2, 6 och 9 §§ [Regeringsformen](#). Det vill säga att sjukförsäkrade, som tidigare har förvärvsarbetat, men inte längre kan försörja sig själva, ges en hållbar försörjning och inte utsätts för orimliga krav och negativ stress från en försäkringsgivare, vilken inte vill göra rätt för sig.

Umeå, dag som ovan.



Eva Grundelius

*Metodutvecklare, pedagog & kommunikationskonsult*