

# Undertecknat dokument



## Signerad text:

Jag undertecknar och accepterar härmed innehållet i PDF-filen (1) och alla avtal däri:

Fil (1)

Namn: Inbyggt-skadevallande-i-forvaltningen-av-sjukforsakringen-260226.pdf

Storlek: 1458168 bytes

Hashvärde SHA256:

b9633430c9ca44e58d116b29a9bbad2ebff6de57049a5264770cc4f7b721910c

*Originalfilen och alla signaturer bifogas denna PDF.*

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

## Undertecknad av 1:

EVA GRUNDELIUS

Signerad med BankID 2026-02-26 14:36 Ref: 019c9a2a-35b9-74eb-9174-e89c9b91e0a8

2026-02-26

Till Riksrevisionen och Integritets-  
skyddsmyndigheten m.fl.

## Visselblåsning: Inbyggt skadevållande och skadevållande som standard i statens förvaltning av sjukförsäkringen fr.o.m. 2011

### SAMMANFATTNING

[Försäkringskassans årsredovisning 2025](#) publicerades den 20 februari. Den visar att samtliga fel, brister och oegentligheter gällande förvaltningen av sjukförsäkringen, som jag påtalade i en [skrivelse till Riksrevisionen](#) 2025-03-08, kvarstår.

Årsredovisningen ger en vilseledande bild av vilken verksamhet Försäkringskassan – enligt lag – är skyldig att bedriva. Fem sjukförsäkringsförmåner är reducerade till tre kraftigt förminskade *ersättningar*. Förmånen [rehabiliteringsåtgärder](#), som enligt socialförsäkringsbalken ska avgöra rätten till samtliga ersättningar, erbjuds noll personer. Det saknas 0,5–1 miljon ärenden per år gällande sjukas rehabiliteringsrättigheter, fr.o.m. år 2011, när lagen blev otvetydig.

Sedan decennier tillbaka arbetar Försäkringskassan systematiskt med att främja desinformation, bedrägeri och andra oegentligheter vid tillhandahållandet av sjukförsäkringen. Myndigheten har aldrig infört avgörande bestämmelser utifrån förvaltningslagen (1987), personuppgiftslagen (1998), socialförsäkringsbalken (2011), dataskyddsförordningen (2018) och förvaltningslagen (2018).

Syftet med de olagliga förfarandena är hålla sjuktalet nere. Dels genom att inte införsäkra patienter som har rätt till medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder och sjukpenning i förebyggande syfte m.m. Dels genom att – utan att en sådan rätt föreligger – vid förment fasta tidsgränser utförsäkra patienter som inte har fått effektiva rehabiliteringsåtgärder de har rätt till och inte kan försörja sig själva, eftersom de har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Den allvarligaste lögnen på Försäkringskassans [hemsida](#) och i årsredovisningarna är [påståendet](#) om att det är kassan själv och JK som reglerar rätten till skadestånd. För att få en saklig och opartisk prövning måste man stämna staten, med stöd av 3 kap. 2 § skadeståndslagen, se HD:s prejudikat i mål [T 2139–12](#).

Preskriptionstiden för en stämning är 10 år. Jag bedömer att vi är hundratusentals skadelidande som sammantaget har rätt till många miljarder i skadestånd.

---

#### ● Adress

Rådjursvägen 25  
906 43 UMEÅ

#### ● Kontakt

Mobil: 070 - 645 58 12  
[eva.grundelius@outlook.com](mailto:eva.grundelius@outlook.com)

#### ● Hemsida

[hallbarkommunikation.se](http://hallbarkommunikation.se)

Försäkringskassans verksamhet ställer höga krav på att alla anställda agerar korrekt och omdömesgillt. Genom att grovt åsidosätta sina åligganden mot sjukförsäkrade har Försäkringskassan orsakat omfattande materiella och ideella skador.

Försäkringskassans årsredovisning 2025 bör inte godkännas, eftersom sjukförsäkringsverksamheten inte lever upp till något av kraven i 3 § myndighetsförordningen. Riksrevisionen har ett stort ansvar för att rättsstaten upprätthålls.

## Innehåll

Riksrevisionen är skyldig att granska <u>om</u> Försäkringskassans arbete är lagligt	3
Jag har gjort flera visselblåsningar till Riksrevisionen som inte har tagit skruv	3
Försäkringskassan saknar adekvata riskanalyser och har en enorm riskaptit	4
Försäkringskassan desinformerar gällande hur man säkrar rätt till skadestånd	5
Allmänt om vad man behöver kunna styrka samt olika typer av skadestånd	6
Inbyggt skadevållande och skadevållande som standard sedan tre decennier	8
Alla som behöver sjukförsäkringen är patienter vilket staten inte respekterar	9
Staten desinformerar och döljer den viktigaste förmånen i sjukförsäkringen	11
Regelverket om behandling av personuppgifter är tydligt – men tillämpas inte	14
Den som litar på kassans hemsida och sjukförsäkringstjänster blir vilseledd	19
ISF har varit starkt pådrivande beträffande kassans vållande av patientskador	20
ISF Rapport 2010:1 Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna	22
ISF Rapport 2011:5 Bedömning av arbetsförmåga vid de fasta tidsgränserna	25
ISF kommenterar 2016:1 Att använda lagens bedömningsutrymme	30
ISF Rapport 2021:3 Försäkringskassans utredningsskyldighet	33
Högsta förvaltningsdomstolen dömer utan att vara inläst på rättsordningen	36
Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning är juridiskt kaputt	38
Generaldirektören bluffar om sjukförsäkringens juridik och har ingen kontroll	41
#116OmDagen har tusentals berättelser om hur patienter skadas av staten	43
Riksrevisionen ansvarar för att stoppa det pågående försäkringssvindleriet	44

## Bilagor

Bilaga 1 - Ds 1994-91 Rätten till förtidspension och sjukpenning

Bilaga 2 - Referensmaterial Vid Bedömning Av Arbetsförmåga från Af 200710

Bilaga 3 - Försäkringskassans interna tillsynsfunktion nov 2025

Bilaga 4 - Försäkringskassans Styrfilosofi 221004

Bilaga 5 - Kommunikation med ledningen och revisionsplan Försäkringskassan 2025

## Riksrevisionen är skyldig att granska om Försäkringskassans arbete är lagligt

Riksrevisionen är en av få myndigheter som arbetar direkt under riksdagen, d.v.s. som regeringarna inte ska styra över. I förhållande till Försäkringskassan har Riksrevisionen två uppgifter. Dels ska myndigheten göra *årliga revisioner* av kassans förvaltning. Inriktningen framgår av 5 § Lag (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m.:

Den granskning som avses i 3 § ska ske i enlighet med god revisionssed och ha till syfte att bedöma om redovisningen och underliggande redovisning är tillförlitlig och räkenskaperna rättvisande samt ... om ledningens förvaltning följer tillämpliga föreskrifter och särskilda beslut (årlig revision).

Granskningen ska efter varje räkenskapsår avslutas med en revisionsberättelse.

Dels ska Riksrevisionen bedriva *effektivitetsgranskningar* med inriktningen som anges i 4 §. Utifrån hur de två inriktningarna är beskrivna kan vi dra slutsatsen att Riksrevisionens prioriterade uppgift i förhållande till Försäkringskassan borde vara att – genom den årliga revisionen – ta reda på om myndighetens styrelse förvaltar sjukförsäkringen i god överensstämmelse med tillämpliga föreskrifter och särskilda beslut, d.v.s. om kassan följer rättsordningen.

Till stöd för de årliga granskningarna av Försäkringskassans verksamhet använder Riksrevisionen tre interna dokument; *Intern föreskrift – Riksrevisionens granskning av resultatredovisning och övrig information i årsredovisningen, inklusive ledningens bedömning av intern styrning och kontroll (IFRF)*, *Intern föreskrift – Riksrevisionens granskning av ledningens förvaltning som del av årsredovisningsgranskningen (IFRLF)* samt *Revisionsinsatser TLG 2024 syftesinstruktion till teamet*.

De två första dokumenten är allmänt hållna, det tredje rör Försäkringskassan specifikt. ***Inget av de tre dokumenten har som utgångspunkt att Riksrevisionen ska göra en oberoende granskning av Försäkringskassans förmåga att tillämpa rättsordningen korrekt.***

Sjukförsäkringen utgör nästan hälften av Försäkringskassans verksamhet. År 2025 kostade den ca 100 Mdr kr. Sedan år 1955 har Försäkringskassan haft monopol på att tillhandahålla försäkringen, vilket innebär en risk för att kvaliteten med tiden blir allt mera eftersatt.

***Trots att det finns mycket höga risker för ersättningsgilla skador, om staten misslyckas med att tillhandahålla rättigheterna som sjukförsäkringen innebär, granskar inte Riksrevisionen om Försäkringskassans verksamhet uppfyller de allra mest basala lagkraven.***

## Jag har gjort flera visselblåsningar till Riksrevisionen som inte har tagit skruv

Jag är en erfaren lednings- och organisationsutvecklare som har ägnat de senaste fem åren åt att granska hur Försäkringskassan förvaltar sjukförsäkringen. Slutsatsen är att förfarandet är uppenbart olagligt. Dels utifrån kravet om att endast åtgärder som har stöd i rättsordningen får vidtas, se 5 § förvaltningslagen (FL). Dels utifrån kraven gällande behandling av personuppgifter i dataskyddsförordningen (DFO), samt före 25 maj 2018 i personuppgiftslagen (PUL).

Sjukförsäkringen omfattar fem större förmåner; rehabiliteringsåtgärder (rehabilitering), sjukpenning, rehabiliteringsersättning, aktivitetsersättning och sjukersättning, se 23 kap. 2–5

§§ socialförsäkringsbalken (SFB). ***Inte någon av de fem sjukförsäkringsförmånerna tillhandahålls i överensstämmelse med regelverket och på ett rättssäkert sätt.***

Hur Försäkringskassans interna styrning och kontroll av sjukförsäkringen är åsidosatt har jag klargjort för Riksrevisionen i en skrivelse om heter [Oacceptabla brister i styrningen och kontrollen av sjukförsäkringen 2024 250308](#), vilken har 20 tillhörande bilagor med bevis, se min hemsida [www.hallbarkommunikation.se](http://www.hallbarkommunikation.se).

Den nämnda skrivelsen var kulmen på ett flertal visseblåsningar till Riksrevisionen, inklusive missförhållandet att minst fem av de 12 förvaltningsrätterna använder regelrätta avslagsmallar präglade av osakligt och olagligt innehåll, till stöd för prövningar av sjukförsäkringsmål, vilket jag anmälde 2024-07-30.

***Det enda mina visseblåsningar till Riksrevisionen hittills har avkastat är ett närmare 90 minuter långt telefonsamtal med Erik Jäder, som är ansvarig för de årliga revisionerna av både Försäkringskassan och Inspektionen för socialförsäkringen (ISF).*** Jäder ringde mig den 26 maj 2025 och jag har spelat in samtalet. Jag lyfte ett stort antal konkreta missförhållanden som präglar kassans förvaltning av sjukförsäkringen och Jäder hävdade kategoriskt att Riksrevisionen saknar skyldighet att agera, vilket jag menar är felaktigt.

Mot slutet av samtalet framkommer att Jäder inte vet vilka de viktigaste förmånerna i sjukförsäkringen är eller hur han kan ta reda på det. Det gjorde mig fullständigt perplex. Innan det hände ingick det inte i min föreställningsvärld att vi har en Riksrevision som saknar elementära kunskaper om såväl rättsordningen som juridisk metod.

En övergripande reflektion gällande samtalet med Jäder är att när Riksrevisionen läser Försäkringskassans årsredovisningar, då skiljer man inte mellan vilken verksamhet kassan uppger att den bedriver, respektive – enligt rättsordningen – är skyldig att bedriva. Det blir som om en revisor i en förening skulle underlåta att granska vad styrelsen har gjort under året och om styrelsens arbete följer stadgarna.

För att kunna granska Försäkringskassans verksamhet ordentligt, behöver man – på djupet – förstå vad verksamheten syftar till. Det finns inget självändamål med att transferera en stor summa pengar till sjuka personer, ca 100 Mdr kr per år beträffande sjukförsäkringen.

***Att förvalta socialförsäkringen innebär en skyldighet att tillhandahålla ett komplext system av individuella juridiska rättigheter till människor som i många fall är särskilt sårbara, t.ex. så sjuka att de inte bör utföra arbetsuppgifter de är väl förtrodda med. De socialförsäkrade saknar därtill rätt till oberoende juridisk rådgivning och staten erbjuder ingen rättshjälp. Risker för att staten agerar olagligt och kör över medborgarna är påtaglig.***

## **Försäkringskassan saknar adekvata riskanalyser och har en enorm riskaptit**

Det finns minst två regelverk, enligt vilka Försäkringskassan är skyldig att göra adekvata riskanalyser och vidta förebyggande åtgärder, så att ersättningsgilla skador på dem som behöver använda sjukförsäkringen inte inträffar. Dels internrevisionsförordningen, som syftar till att säkerställa att rättsordningen och gällande rätt följs. Dels dataskyddsförordningen (DFO), även i dagligt tal kallad GDPR, som reglerar hur Försäkringskassan får – och ska – behandla personuppgifter gällande patienter som behöver använda sjukförsäkringen.

Under min femåriga utredning av hur Försäkringskassan de facto arbetar med sjukförsäkringen har jag fått del av ett stort antal interna styrdokument, men sällan några riskanalyser. Utifrån kontrollstrukturen i Process 2009:07 *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringssättning* kan man dock dra slutsatsen att kassan *inte* granskar om enskilda skadas på grund av att de inte får sjukförsäkringsförmåner de behöver och har rätt till.

I oktober 2025 fick jag även del av fyra konsekvensbedömningar med stöd av DFO, som berör sjukförsäkringen, från Försäkringskassans rättsavdelning. Jag upplystes om att delar av texten i PDF-filerna var sekretessbelagd, men fick inget besked om med stöd av vilka bestämmelser kassan ansåg sig ha rätt att maskera betydande delar av innehållet.

Det visade sig dock att sekretessmarkeringarna var klantigt gjorda. All text var – eller kunde med enkla kommandon göras – läsbar när man öppnade filerna i Word. Såvitt jag kan se, ger inte heller något av de sju skälen i 2 kap. 2 § [Tryckfrihetsförordningen](#) Försäkringskassan rätt att hemlighålla informationen som myndigheten försökte dölja för mig.

***Avgörande slutsatser utifrån innehållet i konsekvensbeskrivningarna är för det första att Försäkringskassan förvaltar sjukförsäkringen utan att tillämpa de grundläggande principerna gällande hur personuppgifter ska behandlas i Artikel 5 DFO. De nödvändiga utredningsåtgärderna har inte vidtagits och registerarades rättigheter verkställs inte.***

För det andra ser inte kassan några risker med att arbeta som om kraven i dataskyddsförordningen – och tidigare personuppgiftslagen (PUL) – saknar betydelse. För det tredje verkar det inte heller spela någon roll för Försäkringskassan om en identifierad risk bedöms vara hög, vad gäller såväl sannolikhet som konsekvenser. Det enda myndigheten gör är att skriva några rader om hur risken kanske, någon gång i framtiden, skulle kunna åtgärdas och sedan fortsätter man med att behandla personuppgifter på sätt som skadar de registrerade.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att riskanalyserna, som Försäkringskassan beskriver under rubriken *Intern styrning och kontroll* på s. 240–245 i [Försäkringskassans årsredovisning 2025](#), haltar betänkligt. Riskanalyserna som listas i vänstra spalten på s. 241 existerar endast delvis och vad gäller avgörande aspekter inte alls.

***Framför allt verkar kassan helt sakna riskanalyser gällande skyldighet att utge skadestånd, på grund av att sjukförsäkringen är felaktigt förvaltd, vilket är anmärkningsvärt.***

Dels för att det sedan länge finns utförliga och mycket allvarliga klagomål på hur sjukförsäkringen sköts, från såväl patienter, hälso- och sjukvården som arbetsgivare m.fl. Dels för att person- och förmögenhetsskadorna som uppstår, till följd av fel och försummelse vid Försäkringskassans myndighetsutövning, kan vara mycket omfattande och dyra att ersätta.

## **Försäkringskassan desinformerar gällande hur man säkrar rätt till skadestånd**

Skadeståndsrätt, förmedlad av de allmänna domstolarna genom att man stämmer staten, respektive den mycket begränsade rätten till skadestånd, som tillhandahålls av Försäkringskassan och Justitiekanslern (JK) är två olika världar med olika juridiska spelregler.

I det första fallet styr rättegångsbalken och en omfattande rättspraxis, vilken har utvecklats under lång tid och som borgar för god juridisk kvalitet, d.v.s. rättssäkerhet. För att lyckas med att stämna staten behöver man anlita en väl meriterad advokat. I hemförsäkringar ingår

vanligen ett rättsskydd som – efter en förhandsbedömning – kan användas för täcka större delen av egna och motpartens rättegångskostnader, ifall man mot förmodan skulle förlora.

***Det jag just beskrev är en rätt till skadestånd som Försäkringskassan döljer för de sjukförsäkrade.*** På hemsidan, under rubriken *Om du inte är nöjd* och underrubriken [Begära skadestånd](#) framgår det endast att Försäkringskassan själv har rätt reglera vissa skadestånd. På s. 24 i [Försäkringskassans årsredovisning 2025](#) är desinformationen ännu mer uttalad:

### **Skadestånd, JO-anmälningar och personuppgiftsincidenter**

Justitiekanslern eller Försäkringskassan beslutar i ärenden inom socialförsäkringsområdet som handlar om begäran om skadestånd till följd av fel eller försummelse vid myndighetsutövning. Det kan gälla felaktiga beslut, fel information eller fel vid behandling av personuppgifter.

För att komma åt sanningen gällande rätt till skadestånd behöver man förstå den djupare innebörden av det som förklaras på bl.a. s. 10 i [Vägledning 2024:1 Skadestånd och ersättning av allmänna medel](#). Det som Försäkringskassan och/eller JK tillhandahåller, som svar på en begäran om skadestånd, är ett s.k. *partsbesked*. I ett sådant förmedlas endast statens egen syn på ett undermåligt utrett skadeståndsanspråk från en enskild. Den enskilde saknar status som en part, vilken staten juridiskt måste respektera och ta på allvar, se t.ex. s. 56 i [Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag](#).

***Av detta följer att det är direkt olämpligt att försöka få skadestånd från staten genom partsbesked, när det föreligger en rättighetskränkning och Försäkringskassan, samt ofta även någon annan relevant myndighet t.ex. en förvaltningsdomstol, har gjort sig skyldiga till desinformation samt fel eller försummelse vid myndighetsutövning.***

Att partsbesked inte är riktiga förvaltningsbeslut, vilka inte ens duger till att överklagas, berättar inte Försäkringskassan för de sjukförsäkrade. Följden är att det nästan inte finns några tvistemål gällande skadestånd på grund av uteblivna sjukförsäkringsförmåner hos de allmänna domstolarna, fastän allt tyder på att det finns hundratusentals svårt skadade personer som skulle kunna komma till sin rätt, om de visste hur de behöver gå till väga.

Det är vidare inte till någon nackdel för försäkrade, om det har hunnit gå ett antal år efter att de skadegörande handlingarna vidtogs av staten. Preskriptionstiden är 10 år och det är mycket lättare att beräkna det ekonomiska värdet av ersättningsgilla skador när dessa inte ligger i framtiden, utan utgör historiska fakta som kan styrkas.

***Jag menar att Riksrevisionens undermåliga årliga revisioner av Försäkringskassans och ISF:s verksamhet, bidrar till att dölja behovet av och rätten till skadestånd. En verksamhet som präglas av så stora brister som förvaltningen av sjukförsäkringen gör sedan lång tid tillbaka, borde inte heller få fortsätta utan skarpa krav på genomgripande förändringar. Sjukförsäkringen som tillhandahålls i dagläget är ett rättshaveri.***

### **Allmänt om vad man behöver kunna styrka samt olika typer av skadestånd**

Den som vill ha en introduktion till skadeståndsrätten rekommenderas läsa boken [Skadestånd](#) av Bertil Bengtsson och Märten Schultz samt Försäkringskassans [Vägledning 2024:1](#). Det är

tre saker man behöver kunna styrka för att få rätt till skadestånd, när staten har misslyckats med att tillhandahålla sjukförsäkringen som ska finnas enligt lag.

För det första att man har blivit skadad. Grovt indelat kan fyra typer av skador vara aktuella; personskador (förlorad fysisk och psykisk hälsa, inklusive nedsatt arbets- och försörjningsförmåga), saksador (mindre vanligt), förmögenhetsskador (t.ex. uteblivna ersättningar från sjukförsäkringen och förlorade förvärvsinkomster) samt ideella skador (kränkningar).

För det andra ska man styrka att staten har åsidosatt sina skyldigheter. Antingen genom att överträda bestämmelser staten var skyldig att tillämpa (PUL och DFO), eller också att staten har förfarit vårdslöst, vilket inkluderar underlåtenhet att agera när det var påkallat.

För det tredje ska det finnas en adekvat kausalitet mellan ansvarsgrundande händelser och uppkomna skador. Den orsakade effekten ska vara förutsebar eller sannolik för skadevällaren, d.v.s. för staten. Rättspraxis innebär att full kompensation ska utges för styrkta skador.

Det finns ett prejudikat från Högsta domstolen som specifikt gäller sjukförsäkringen och har stor allmängiltighet; mål [T 2139–12](#) från 2013-12-27. Den försäkrade hade lämnat in flera läkarintyg gällande sjukpenning till Försäkringskassan, av vilka det framgick att hon behövde beredas möjlighet att ansöka om sjukersättning. Kassan förhöll sig dock passiv och underlät att vägleda henne till rätt blankett för att ansöka om förmånen.

HD bedömde att Försäkringskassans inaktivitet var ett brott mot serviceskyldigheten i förvaltningslagen. Den försäkrade fick genom HD:s dom rätt till sammanlagt 58 månaders sjukskrivning 7–12 år i efterhand, närmare en halv miljon i sjukersättning på garantinivå (inklusive ränta) samt ersättning för rättegångskostnader i tre instanser på drygt 100 000 kr.

Av särskilt intresse, när det gäller Försäkringskassans verksamhet och rätten till skadestånd, är att den försäkrade *inte* behöver utreda och kunna styrka hur det gick till när myndigheten gjorde fel. I punkt 17 på s. 8 i domen förklarar Högsta domstolen:

Bedömningen av om en myndighet har varit oaktsam ska vara objektiv och ske från den skadelidandes synpunkt, dvs. utan hänsyn till den enskilde tjänstemannens oaktsamhet. Man ska inte heller se till den skadegörande handlingens uppkomst från skadevällarens eller myndighetens synpunkt. Det är bara resultatet – skadan – som är av intresse, inte orsaken till att den uppkom. Om flera tjänstemän har begått fel ska myndighetens samlade oaktsamhet vägas samman, även om vart och ett av felen kanske inte skulle vara skadeståndsgrundande. Det saknar betydelse om man kan fastställa vem som har begått fel. Det handlar främst om vad den skadelidande är berättigad att begära avseende myndighetsutövningen och inte om eller i vad mån någon enskild handläggare kan klandras. (Se prop. 1972:5 s. 496 ff. och 517 ff. samt prop. 1989/90:42 s. 14 ff.)

HD framhåller det som borde vara självklart; att det är lagarna – regelverket – som ger oss berättigade förväntningar på innehållet i sjukförsäkringen och hur försäkringen ska tillhandahållas. Allt som Försäkringskassan gör eller inte gör, när myndigheten har fått information om att en viss person är sjuk måste ha stöd i rättsordningen, vilket även klargörs i 5 § [FL](#).

***Alla som har haft problem med sjukförsäkringen och kommit till skada, som en följd av det, vet dock att Försäkringskassan kan vara fullständigt omöjlig att ha att göra med. Det spelar ingen roll vilka bestämmelser eller faktiska omständigheter (personuppgifter)***

*den sjukförsäkrade pekar på. Svaren man får är obegripliga, osakliga och likgiltiga, vilket beror på att de är olagliga; Kassan har inte utrett ärendet på rätt sätt.*

När man påtalar Försäkringskassans utredningsbrister i ett överklagande till förvaltningsrätten, får man som regel inte heller någon rättvis rättegång. I stället hävdar domstolen att den inte är ”en tillsynsmyndighet” och därför saknar skyldighet att utreda vilka bestämmelser kassan var skyldig att följa. Det man får från en förvaltningsdomstol liknar mest ett partsbesked. Kvaliteterna som utmärker de allmänna domstolarnas arbete saknas.

## **Inbyggt skadevållande och skadevållande som standard sedan tre decennier**

Jag har lagt ned mycket arbete på att följa hur sjukförsäkringen har förändrats över tid, från att den blev allmän år 1955 och fram till idag. Den övergripande slutsatsen är att vi har två politiska krafter som befinner sig i en ojämn dragkamp.

Den dominerande kraften handlar om att regeringarna utövar regelrätta politiska påtryckningar på de inblandade myndigheterna, vilka syftar till att sätta legalitetsprincipen – d.v.s. det rådande regelverket – ur spel. Från politiskt håll anses det inte nödvändigt att vara väl förtrogen med alla relevanta delar av rättsordningen och att skickligt tillämpa juridisk metod, när man vill påverka sjukförsäkringens praktik. Den offentliga makten utövas *inte* under lagarna.

De här problemen började för exakt 50 år sedan, när riksdagen avskaffade straffansvaret för ringa tjänstefel och tjänstefel av normalgraden. Med den reformen flyttades ansvaret för att rätt bestämmelser tillämpas på rätt sätt från de byråkratiska experterna hos myndigheterna till arbetsgivarna, fastän de senare omöjligt kan besitta all den sakkunskap som krävs.

Den första juli 1991 ersattes de tre försäkringsrätterna, som hade kammarrättsstandard, samt försäkringsöverdomstolen av de numera 17 förvaltningsdomstolarna. Bokstavligen över en natt gick flera decenniers omsorgsfullt utvecklad rättspraxis och specialistkompetens gällande socialförsäkringen förlorad. Vi fick skenrättegångar, vilka inte ens lever upp till de mycket sparsamma kraven i förvaltningsprocesslagen (FPL), t.ex. om domstolens utredningskyldighet (8 § FPL) eller kravet på att staten måste presentera motbevisning (11 § FPL).

Utan domstolar som kunde säga ifrån och ställa till rätta blev det fritt fram för politikerna att hitta på i stort sett vilka dumheter som helst. De senaste 35 årens regeringar har alla bidragit till att skapa förvirring, godtycklighet och anarki i sjukförsäkringen, genom fantasifulla utredningar och propositionstexter vilka inte baseras på den befintliga lagstiftningen.

De mest skadevållande handlingarna, som staten praktiserar rutinmässigt i sjukförsäkringen, är alla utmejslade av sju namngivna departementstjänstemän i Ds 1994:91 *Rätten till förtidspension och sjukpenning*, se Bilaga 1. De olagliga och osakliga idéerna har därefter omsatts i politisk handling, genom framför allt tre propositionstexter och en statlig utredning, vilka riksdagen aldrig har fullföljt med lagändringar som överensstämmer med idéerna. Jag syftar på [Prop. 1994/95:147](#), [Prop. 1996/97:28](#), [Prop. 2007/08:136](#) samt [SOU 2009:89](#).

***Genom att under tre decennier förfara så som det förespråkas i de nämnda texterna – fastän det motsägs av lagen – har staten, otillbörligt utnyttjat, kört över och gjort sig mer eller mindre osams med alla som behöver hjälpas åt, om vi ska ha en rättssäker och effektiv sjukförsäkring, d.v.s. med de försäkrade och deras familjer, med hälso- och sjukvården,***

*med arbetsgivarna, med arbetstagarorganisationerna, med Arbetsförmedlingen, med kommunerna och med ideella föreningar som samlar olika typer av patienter.*

Samtidigt med förfallet i sjukförsäkringen har dock ett antal nya lagar införts, vilka – ännu så länge mest på papperet – har bidragit till att tydliggöra och stärka sjukförsäkrades rättigheter. Utmärkande för de konstruktiva lagarna är att de har nagelfarits av Lagrådet, att det annars finns logiskt överensstämmande och förnuftiga utredningar bakom förslagen, vilka baseras på god kunskap om rättsordningen, eller att det är regelverk som kommer från EU.

Viktigast i ett sjukförsäkringsperspektiv är förra förvaltningslagen som införde service-skyldigheten (1987), det nya 22 kap. om rätt till individuellt anpassade rehabiliteringsåtgärder i Lag om allmän försäkring (1992), personuppgiftslagen (1998), patientsäkerhetslagen respektive socialförsäkringsbalken (2011), dataskyddsförordningen (25 maj 2018) samt den nuvarande förvaltningslagen (1 juli 2018) med krav på att beslut ska vara klargörande motiverade.

Många av oss som behöver använda sjukförsäkringen lever dock i en mardröm på det sättet att den förvaltningsrättsliga sidan av staten inte använder sig av rättsordningen, så som den skulle vara skyldig att göra i en rättsstat. Vi har en rättsordning som formellt är ändamålsenlig och sammanhängande, men vi saknar rättstillämpare som praktiserar juridisk metod på ett professionellt sätt. Så är det hos förvaltningsmyndigheterna, hos tillsynsmyndigheterna, hos de 17 förvaltningsdomstolarna, hos regeringarna, hos riksdagen och inom forskning.

Problemet kan liknas vid om vi tänker oss ett stort och fullt utrustat universitetssjukhus utan medicinskt utbildad och legitimerad personal. I stället för professionell kompetens anlitar den som ansvarar för driften av sjukhuset ett genomsnitt av vanliga medborgare, vilka tillåts ansvara för patienternas hälso- och sjukvård.

Alla förstår att det skulle leda till omfattande patientskador – och så fungerar det i sjukförsäkringen, eftersom den berörda delen av staten inte skiljer mellan vad som är sant och falskt, konstruktivt och destruktivt, professionellt eller amatörmässigt, stöds av rättsordningen respektive inte gör det, etc.

***Resultatet är att vi har fått en sjukförsäkring som i sin praktik är skadevällande. Genom att konsekvent blunda för de uppenbara riskerna för ersättningsgilla skador och under decennier och miljontals gånger upprepa samma misstag i handläggningen – samt slå ifrån sig sakligt berättigad kritik och aktivt undvika att ta lärdom – har staten gjort sig själv till en obekymrad förövare, där makt går före rätt.***

Den ordningen kan fortgå ostörd, så länge ingen pekar ut vilka berättigade förväntningar på sjukförsäkringen staten rutinmässigt döljer för medborgarna och underlåter att uppfylla. Nedan redogör jag för några av de viktigaste rättsliga och faktiska förutsättningarna i sjukförsäkringen som staten konsekvent vägrar att acceptera och realisera.

## **Alla som behöver sjukförsäkringen är patienter vilket staten inte respekterar**

Alla fem sjukförsäkringsförmånerna har samma grundläggande rekvisit (villkor). Det som ska klarläggas är om en viss person har – eller har en förhöjd risk att få – *nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom*, d.v.s. om hen personligen behöver vara sjukskriven.

Med 6 kap. 1–2 §§ Patientsäkerhetslagen har vi fått en mycket tydlig beskrivning av hur hälso- och sjukvården ska arbeta:

**1 §** 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.

**2 §** Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Första stycket innebär ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt denna lag eller annan författning.

I Ds 1994:91, som blir Prop. 1994/95:147, förstör staten hälso- och sjukvårdens möjligheter att agera professionellt i syfte att hjälpa patienterna att bli friska och arbetsföra. I praktiken avskaffas den i sjukförsäkringen ingående rätten till effektiva medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder, vilka förutsätter rätt till sjukskrivning.

Läkarintyg görs obligatoriska, när man ansöker om sjukpenning, men inte för att vårdens professionella utredningar och bedömningar ska gälla. I stället införs en helt ny – till den befintliga lagstiftningen parallell – reglering som går ut på att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ska användas som nyttiga idioter.

Vården ska fortsättningsvis endast lämna uttryckligen efterfrågade medicinska uppgifter till Försäkringskassan. Syftet med uppgifterna är vidare *inte* att säkerställa att patienterna får god och nödvändig hälso- och sjukvård för sina besvär.

***I stället väljer staten att fortsättningsvis se patienterna i första hand som arbetskraft.***

Undersökande läkare förväntas kunna redogöra för samtliga relevanta faktiska medicinska funktionsnedsättningar som en viss patient – bevisligen, helst genom objektiva undersökningsfynd – har i förhållande till vad som anses normalt i befolkningen.

Någon analys av om det är ett sakligt och rimligt krav att efterfråga sådana personuppgifter från vården – eller om det ens är lagligt – genomförs aldrig. Brist på data, d.v.s. att undersökande läkare inte kan belägga avgörande personliga funktionsnedsättningar, tolkas som regel till patientens nackdel. Försäkringskassans tjänstemän ges tolkningsföreträde gällande undersökande läkares medicinska utredningar och bedömningar, och det gäller i synnerhet de s.k. förtroendeläkarna, vilka inte arbetar som läkare samt saknar nödvändig personkännedom.

Det beskrivna tilltaget skadar många patienter av två skäl. Dels för att det blir svårt eller omöjligt att hävda rätt till sjukskrivning i medicinskt rehabiliterande syfte, d.v.s. när botandet av sjukdom förutsätter att patienten befrias från förvärsarbete helt eller delvis under en viss tid. De behandlande läkarna berövas förtroendet att avgöra sådana medicinska frågor, som de – och inte kassans tjänstemän – är behöriga att utreda.

Dels innebär nymodigheterna att Försäkringskassan på bred front inför profilering i sjukförsäkringen, fastän det är olagligt, eftersom sjukförsäkringen alltid ska baseras på individuella utredningar, förutsättningar och behov, se t.ex. 27 kap. 2 § [SFB](#) och 30 kap. 3 § [SFB](#).

Profilering är att göra statistiska förutsägelser om individer; att med hjälp av vissa, utvalda personuppgifter sluta sig till något om enskild individ, baserat på statistik om liknande kvaliteter hos andra personer. Försäkringskassan använder manuellt utförd profilering i sjukförsäkringen – som dessutom är baserad på undermåliga underlag – sedan början av 1990-talet.

Sedan något år tillbaka har kassan även börjat använda AI-verktyg, för att plocka ut personuppgifter från läkarintyg och konstruera s.k. DFA-kedjor. Förfarandet innebär att myndigheten ger personuppgifter ett nytt sammanhang och en ny tolkning, som både den undersökande läkaren och patienten saknar insyn i. Det skulle möjligen kunna vara lagligt om de nya personuppgifterna återkopplas och stäms av med de berörda, i enlighet med samtliga krav i artiklarna 5–6 och 12–22 DFO. Det sker dock inte, eftersom det samtidigt skulle betyda att de som har lämnat personuppgifterna har tydliga rättigheter som kassan inte får kränka.

De olika profileringsmetoderna hos Försäkringskassan går under paraplybeteckningen ”försäkringsmedicin”, vilket inte är en juridisk term. Det finns även en Riktlinje 2016:10 om *Det försäkringsmedicinska arbetet på Försäkringskassan* (version 2, 2025-05-28), vilken går ut på hälso- och sjukvårdens utredningar och slutsatser ska köras över och att serviceskyldigheten i förvaltningslagen inte ska tillämpas. ”Försäkringsmedicin” verkar vara ett kodord för sådant som Försäkringskassan gör i sjukförsäkringen, i stället för att visa förtroende och samarbeta med alla berörda, på de sätt som rättsordningen föreskriver.

***I stort sett alla beslut Försäkringskassan fattar i sjukförsäkringen sedan 15 år tillbaka är baserade på profilering, vilket är olagligt och missgynnar alla som avviker från det som anses vara normalt. På grund av profilering kan man både få för mycket och för lite sjukskrivning samt sjukskrivning utan tydliga överenskommelser om lämpliga rehabiliteringsåtgärder – och alla tre sakerna är som regel djupt skadliga, om än på olika sätt.***

Det lagliga alternativet till profilering är sådan juridiskt kvalitetssäkrad bevisvärdering, som en allmän domstol är skyldig att göra med stöd av rättegångsbalken, vilket är en metod som varken Försäkringskassan, förvaltningsdomstolarna, ISF, Riksrevisionen eller Statskontoret förespråkar, för att nämna några viktiga aktörer. Konsekvensen blir att faktiska personuppgifter om omständigheter, som borde vara avgörande för en viss persons rätt till sjukförsäkringsförmåner, ignoreras av staten i stället för att efterfrågas och tas på största allvar.

***Den som blir sjuk har dock full rätt att förvänta sig att staten utgår från att hen är en patient inom hälso- och sjukvården, som i första hand ska beredas optimala möjligheter till medicinsk behandling och rehabilitering, baserat på hälso- och sjukvårdens regelverk.***

## Staten desinformerar och döljer den viktigaste förmånen i sjukförsäkringen

De flesta som insjuknar och behöver nyttja sjukförsäkringen är anställda som har fått två veckors sjuklön av sin arbetsgivare. På den 15:e sjukdagen ska arbetsgivaren göra en sjukansökan till Försäkringskassan.

***Eftersom den enskilde ska bestämma vilka sjukförsäkringsförmåner hen behöver ansöka om – och det kan finnas flera sjukförsäkringsförmåner som är aktuella i ett vanligt***

***sjukförsäkringsärende – är det avgörande att staten tillhandahåller fullständig och korrekt information om vilka sjukförsäkringsförmåner som finns och vad de syftar till, hur man styrker sin rätt till förmånerna samt vilka uttalade skyldigheter Försäkringskassan har.***

Sedan vi fick socialförsäkringsbalken för 15 år sedan, råder det inte heller några tveksamheter om vad som ska gälla. Förmåner är såväl *ersättningar* som *åtgärder*, vilka *den enskilde* är försäkrad för (2 kap. 11 § SFB). Vilka förmåner vid sjukdom som kassan måste tillhandahålla står i 23 kap. 2 § [SFB](#). I 3 § anges vilka specialbestämmelser som ska tillämpas gällande de olika förmånerna och i § 4 vilka allmänna regler som gäller.

I stället för att peka ut de nämnda bestämmelserna och förtydliga informationen vilseleder Försäkringskassan konsekvent om sina skyldigheter. Kassan berättar inte om – och tillhandahåller överhuvud taget inte – den viktigaste förmånen i sjukförsäkringen som är *rehabiliteringsåtgärder*. I årsredovisningarna finns det ingen rehabiliteringsåtgärdsförmån redovisad och myndigheten skriver osant på s. 87 i [Försäkringskassans årsredovisning 2025](#):

Sjukförsäkringen omfattar förmånerna sjukpenning, rehabiliteringsersättning, aktivitetsersättning och sjukersättning.

***Det finns, trots att lagen har varit glasklar i 15 år, inte någon ansökningsblankett för rehabiliteringsåtgärdsförmånen, det finns inget läkarintyg med relevanta frågor och det finns inte någon organisation eller några datatekniska lösningar hos Försäkringskassan, som syftar till att – på det sätt som anges i 29–31 kap. SFB – utreda och fatta beslut om vilka konkreta rehabiliteringsåtgärder sjukförsäkrade behöver och har rätt till.***

Skadorna på de sjukförsäkrade på grund av statens rehabiliteringsbedrägeri är enorma. För det första för att ingen som har insjuknat garanteras rätt till sådan medicinsk behandling och rehabilitering eller social eller arbetslivsinriktad rehabilitering som hen personligen behöver – *när hen behöver det* – eftersom det inte går att ansöka om konkreta rehabiliteringsåtgärder för en specifik sjukperiod och få ett professionellt och rättssäkert bemötande.

För det andra påverkas rätten till alla fyra ersättningarna i sjukförsäkringen negativt, när inte det personliga behovet av effektiva rehabiliteringsåtgärder utgör det huvudsakliga motivet för ersättningsrätten. Lagen anger av vilka skäl de fyra ersättningarna ska utges. I samtliga fall finns det en tydlig koppling till behov av rehabiliteringsåtgärder, som är logisk och förnuftig samt syftar till att alla sjuka personer som kan, ska rustas med goda möjligheter att försörja sig själva genom förvärvsarbete.

Med texten – men inte lagstiftningen – i Prop. 2007/08:136 styrde dock Alliansregeringen Försäkringskassan till att ersätta det mesta av rehabiliteringsarbetet med en olaglig utförsäkringsrutin. Det politiska budskapet var att ju snabbare en sjuk person kunde utförsäkras, desto större möjligheter skulle hen ha att få ett nytt – mycket lättare – arbete som hen kunde försörja sig på, i konkurrens med yngre och friskare som söker samma jobb. Den tidigare så kallade Steg-för-steg-modellen gavs bestämda tidsgränser, som gick ut på att de flesta skulle vara skyldiga att byta jobb efter 3–6 månader, om de inte hade blivit friska innan dess.

Hela tilltaget var dock en bluff på det sättet att den formella rätten till rehabiliteringsåtgärder, som alltid har funnits i sjukförsäkringen, fanns kvar – och nu till och med förtydligad, se nuvarande 27 kap. 50 § [SFB](#). Försäkringskassan hävdar dock att det inte finns någon an-

visning i Prop. 2007/08:136 om hur den bestämmelsen ska tillämpas *i förhållande till rehabiliteringskedjan* och att myndigheten av det skälet saknar skyldighet att göra bruk av rätten till förmånen rehabiliteringsåtgärder, se s. 113 i [Vägledning 2025:1](#) om sjukpenning m.m.

Så kan man dock inte resonera av två skäl. Dels för att den aktuella bestämmelsen *har* en otvetydig referens till konkreta bestämmelser i rehabiliteringskedjan (nuvarande 46–49 §§). Dels eftersom bärande lagstiftning gällande rätt till en förmån, som har funnits sedan länge och är grundläggande för sjukförsäkringens funktion, rimligen inte kan sättas ur spel (censureras) genom att vara okommenterad – eller ens felaktigt kommenterad – i en propositionstext.

Om vi går till s. 12–13 i [Prop. 2007/08:136](#) kan vi se hur Alliansregeringen valde att ta med sig den tidigare gällande rätten till förmånen rehabiliteringsåtgärder, för den som på grund av sjukdom inte kan återvända till sitt vanliga arbete, inte kan få ett annat arbete hos samma arbetsgivare eller inte bedöms ha förmåga att försörja sig själv genom annat förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Av detta följer att man även behöver läsa Prop. 2006/07:28 och äldre förarbeten, för att förstå sig på rätten till rehabilitering.

När någon har insjuknat ska Försäkringskassan för det första vägleda personen till att avgöra om hen – förutom sjukpenning – även behöver ansöka om förmånen *rehabiliteringsåtgärder*, vilket inte förekommer. För det andra ska en personlig och individuell rehabiliteringsåtgärdsutredning göras snarast av kassan, genom att *samråda* med den försäkrade och *samverka* med övriga rehabiliteringsaktörer så som föreskrivs i 29–30 kap. SFB.

***Rehabiliteringsåtgärdsutredningen ska mynna ut i ett formellt beslut om vilka konkreta åtgärder den enskilde behöver och har rätt till under den aktuella sjukperioden, inklusive behovet av sjukskrivning för att kunna genomföra medicinsk behandling och rehabilitering som bedöms vara individuellt effektiv. Det borde ha fattats 0,5–1 miljoner sådana beslut hos Försäkringskassan per år, under de senaste 15 åren. Det verkliga antalet är noll.***

Om den försäkrade, för det tredje, har en sjukpenninggrundande inkomst och behöver vara sjukskriven med minst 25 procent för att kunna genomföra medicinsk behandling och rehabilitering, har hen rätt till *sjukpenning*. Sjukpenningrätten gäller, förutom vid faktisk nedsättning av arbetsförmågan, även när den försäkrade behöver genomgå en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden, eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan, vilket Försäkringskassan som regel inte berättar och inte verkställer.

Behöver den försäkrade arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som avses i 31 kap. SFB har hen rätt till sjukskrivning och *rehabiliteringsersättning*, i stället för sjukpenning, under rehabiliteringstiden. Försäkringskassans årsredovisningar visar att det är få personer som får arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och att åtgärderna sätts in sent i sjukfallen. Kvalitetsutvärderingar visar även att åtgärderna alltför ofta inte hjälper, vilket sannolikt beror på att försäkrade inte har fått ett personcentrerat bemötande; staten har vägrat att samarbeta.

När det gäller rätt till förmånerna *aktivitets- respektive sjukersättning* är konsekvenserna av obefintligt eller undermåligt rehabiliteringsarbete från Försäkringskassans sida än mer förödande. I båda fallen föreskrivs att ersättningarna ska utgå när sådana *rehabiliteringsåtgärder*

som avses i 27 kap. 6 § samt i 29–31 kap. SFB inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga, se 33 kap. 6 § [SFB](#).

Om Försäkringskassan inte hade trotsat lagen, skulle de flesta personerna i fråga ha haft en lång rad seriösa – formellt beslutade och ordentligt uppföljda – rehabiliteringsförsök bakom sig, när de till slut ger upp hoppet om att kunna försörja sig själva och behöver ansöka om aktivitets- eller sjukersättning på del- eller heltid.

*Enligt senaste årsredovisningen (2025) var avslagsprocenten gällande ansökningar om aktivitet ersättning 34 procent och gällande sjukersättning 50 procent. De som nekas löper stor risk att fattiggöras, eftersom de sitter fast i ett moment 22; De kan inte få effektiva rehabiliteringsåtgärder vilka leder till att de kan försörja sig själva, eftersom Försäkringskassan saknar en organisation för det. Men de kan inte heller få en trygg – om än låg – försörjning, eftersom de inte kan bevisa att rehabiliteringsåtgärder inte hjälper dem.*

Ur skadeståndsynpunkt är det som har pågått i sjukförsäkringen under de senaste 15 åren, efter att otvetydiga bestämmelser i socialförsäkringsbalken trädde i kraft, sannolikt en bomb. Det torde finnas hundratusentals sjukfall i vilka det är förhållandevis lätt att påvisa omfattande person- och förmögenhetsskador till följd av Försäkringskassans desinformation, olagliga organisation och juridiskt galna åtgärder och beslut. Förfaranden som dessutom okritiskt har backats upp av såväl förvaltningsdomstolar som tillsynsmyndigheter m.fl.

*Den som blir sjuk ska förvänta sig att Försäkringskassan tillhandahåller fullständig och korrekt information om samtliga sjukförsäkringsförmåner, samt att myndigheten aktivt hjälper den enskilde att få tillgång till alla förmåner som hen personligen behöver och har rätt till, eftersom det är vad serviceskyldigheten går ut på.*

## Regelverket om behandling av personuppgifter är tydligt – men tillämpas inte

Det borde egentligen vara svårt för Försäkringskassan att göra fel med sjukförsäkringen, eftersom det sedan decennier tillbaka finns en ansvarsskyldighet att behandla personuppgifter med stöd av tydligt angivna principer.

Före 25 maj 2018 stod de konkreta reglerna i 9 § [PUL](#). Därefter finns de i Artikel 5 [DFO](#). På s. 50 i Vägledning [2024:1](#) om *Skadestånd* konstaterar Försäkringskassan att all felaktig behandling av personuppgifter kan utgöra skadeståndsgrundande fel enligt dataskyddsförordningen. Så var det även när PUL gällde. Myndigheten klargör också att när en sjukförsäkrad kan påvisa att Försäkringskassan har brutit mot reglerna för hur personuppgifter ska behandlas på sätt som har lett till ersättningsgilla skador, då måste kassan för att undgå ansvar själv kunna bevisa att man inte har varit försumlig, d.v.s. inte har varit vållande.

Rättssäkerheten i sjukförsäkringen står och faller med Försäkringskassan förmåga att avgöra – och skriftligen dokumentera – för vilka *särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål* det är tillåtet att behandla varje konkret personuppgift, samt kassans förmåga att säkerställa att insamlade personuppgifter aldrig någonsin behandlas för ändamål som inte är berättigade, med vilket avses – när det handlar om en myndighet, som i fallet med Försäkringskassan – bl.a. att ändamål alltid måste ha stöd i rättsordningen.

Hur ändamålen ska preciseras och användas står i Artikel 5.1a–d DFO, som lyder:

### Principer för behandling av personuppgifter

1. Vid behandling av personuppgifter ska följande gälla:

- a) Uppgifterna ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt i förhållande till den registrerade (laglighet, korrekthet och öppenhet).
- b) De ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Ytterligare behandling för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1 ska inte anses vara oförenligt med de ursprungliga ändamålen (ändamålsbegränsning).
- c) De ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (uppgiftsminimering).
- d) De ska vara riktiga och om nödvändigt uppdaterade. Alla rimliga åtgärder måste vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är felaktiga i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas raderas eller rättas utan dröjsmål (riktighet).

När det gäller hur väl preciserade ändamål för behandling av personuppgifter behöver vara vill jag hänvisa till vad det står om artikel 5 i Sören Ömans bok *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, andra upplagan, 2021.

Ändamålen för behandling av personuppgifter måste bestämmas redan när personuppgifterna samlas in. De ska anges uttryckligen och bör vara tydliga och legitima. Enligt artikel 24.1 ska den personuppgiftsansvarige kunna visa att ändamålen angetts uttryckligen vid eller inför insamlingen av personuppgifterna (Öman s. 123).

När Försäkringskassan, som vid behandling av personuppgifter i sjukförsäkringen, inte uttryckligen har angivit några särskilda ändamål som är berättigade, måste man i efterhand, t.ex. med ledning av hur personuppgifterna har använts, försöka bestämma ändamålen för att kunna tillämpa de många bestämmelser i dataskyddsförordningen som hänvisar till ändamålen för behandlingen (Öman s. 124).

Att ändamålen ska vara *särskilda*, innebär att en alltför allmänt hållen ändamålsangivelse inte godtas. Om inte ändamål för behandling har en tillräckligt god precision, d.v.s. ”begränsning”, går det inte att tillämpa de grundläggande principerna i Artikel 5.1c–d. Det går inte att avgöra vilka personuppgifter som är *adekvata* och *relevanta*, respektive *inte är för omfattande*. Det går inte heller att avgöra vilka personuppgifter som är *riktiga* respektive *felaktiga* samt vilka personuppgifter som behöver vara *uppdaterade*. Öman fortsätter på s. 124:

En personuppgift lär vara nödvändig för ett visst ändamål, om ändamålet inte kan realiserats om inte personuppgiften får användas. Kan man inte avgöra vilka personuppgifter som behövs för att ändamålet ska kunna uppfyllas, lär ändamålet inte vara särskilt utan allmänt.

Det framgår av Försäkringskassans olagligt och bristfälligt maskerade konsekvensbeskrivningar om sjukförsäkringen enligt artikel 35 DFO, som jag nämnde inledningsvis, av kassans

hemsida under rubriken [Behandling av personuppgifter](#), av [Vägledning 2001:3 Offentlighet, sekretess och behandling av personuppgifter](#), av all kommunikation med Försäkringskassan gällande sjukförsäkringsärenden som en enskild normalt har, samt av s.k. registerutdrag som man kan begära enligt artikel 15 DFO, att Försäkringskassan alltid samlar in och använder personuppgifter i sjukförsäkringen urskillningslöst, d.v.s. utan att tillämpa bestämmelserna om ändamålsbegränsning i DFO (och tidigare i 9 § PUL).

Jag har nyligen begärt registerutdrag med stöd av Artikel 15 DFO från Försäkringskassan. När det gäller sjukförsäkringen innehåller de *inga kopior av personuppgifterna kassan behandlar* elektroniskt/digitalt, utan endast en förteckning över i vilka handlingar personuppgifter finns, vilket inte är hjälpsamt eftersom det avgörande problemet i sjukförsäkringen är att kassan inte klarar av att urskilja och använda sig av personuppgifter på lagliga sätt.

I stället för att precisera ändamålen för behandlingen, så som lagen kräver, anger Försäkringskassan endast allmänt hållna ändamål. Det står på tre ställen i registerutdraget att personuppgifterna behandlas för att *handlägga ärenden inom socialförsäkringen*. Vidare har kassan på ett annat ställe endast citerat de allmänt hållna ändamålen i 114 kap. 8 § SFB.

På s. 336 i kommentaren till DFO anger Öman vad som är syftet med registerutdrag:

Genom rätten till registerutdrag får den enskilde möjligheter att kontrollera om han eller hon är registrerad och, om så är fallet, att de registrerade personuppgifterna är riktiga och behandlingen av dem är laglig. Rätten till registerutdrag är vidare en förutsättning för att den enskilde i praktiken ska kunna få felaktiga personuppgifter rättade.

Uppgifterna som ska ingå i ett registerutdrag ska redan ha förmedlats till den sjukförsäkrade i samband med Försäkringskassans myndighetsutövning. Dels när Försäkringskassan fick veta att personen är sjuk. Dels i samband med ansökningar och utredningar av rätten till olika förmåner, vilket följer bl.a. av artiklarna 12–14 DFO. Försäkringskassan saknar dock helt rutiner vilka verkställer sjukförsäkrades rättigheter enligt DFO (och före 25 maj 2018 enligt PUL).

***Slutsatsen är att vi har samma problem, gällande behandling av personuppgifter, som jag tidigare har lyft i den här skrivelsen gällande möjligheterna att få rätt till skadestånd samt möjligheterna att ansöka om alla sjukförsäkringsförmåner; Försäkringskassan desinformerar om vad som ska gälla enligt lag, vilket får till följd att enskilda inte förstår att de är grundlurade på sina rättigheter, d.v.s. uppsåtligen bedragna.***

Den konkreta konsekvensen av den pågående rättsrötan är att Försäkringskassan tillämpar ett mycket stort – och ökande – antal egeninitierade metoder som syftar till att behandla personuppgifter i sjukförsäkringsärenden på sätt som är uppenbart olagliga. De flesta felen orsakas av att man hittar på olagliga ändamål, vilka motsägs av lagstiftningen. Exempelvis står det i mitt första avslagsbeslut 2017, under rubriken *Därför kan du inte få sjukpenning*:

Försäkringskassan gör en försäkringsmedicinsk bedömning. Denna bedömning innebär att man tittar på förmågan att utföra ett arbete trots att man har besvär. I den försäkringsmedicinska bedömningen står med andra ord förmågan i fokus och inte själva sjukdomstillståndet. Grundläggande för rätt till sjukpenning är att din arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Det är sjukdomens inverkan på dina

möjligheter att utföra ett lämpligt arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden som är avgörande för bedömningen av arbetsförmågan.

Det kassan skriver betyder i klartext för det första att Försäkringskassans beslutsfattare har varit instruerad att bortse från att det är medicinskt styrkt att jag hade blivit sjuk. För det andra att myndigheten ignorerar att jag hade sjukdomar som – enligt vetenskap och beprövad erfarenhet – endast kunde botas genom rätt till sjukskrivning, vilket sjukförsäkringsjuridiskt betyder att min arbetsförmåga ska anses vara nedsatt på grund av sjukdom.

För det tredje menar kassan att deras uppgift – d.v.s. själva ändamålet med behandlingen av mina personuppgifter – inte är att hjälpa mig att bli frisk, vilket är vad sjukförsäkringen alltid har gått ut på. I stället ska jag – genom att kassan gör killgissningar gällande min förmåga att arbeta trots besvär – förmås att överanstränga mig ännu mer, så att jag kan bli ännu sjukare, genom att påtvingas fortsatt heltidsarbete.

Det olagliga ändamålet för behandlingen av personuppgifterna benämns att ”titta på förmågan att arbeta trots besvär”. Verktuget för att göra detta är slutligen, för det fjärde, inte endast att bortse från mitt dåliga hälsotillstånd, utan även att fantisera om att jag hade ett annat – mycket lättare arbete – än det som var min försörjning.

Vad det står i läkarintygen om mina behov av sjukskrivning för att kunna bli frisk anses inte relevant, eftersom ändamålen för behandlingen av personuppgifterna är olagliga. I syfte att klargöra att det saknas skäl att ha förtroende för Försäkringskassans förvaltning av sjukförsäkringen har jag offentliggjort ett par av [mina läkarintyg](#) från år 2017–2018 på min hemsida. Försäkringskassan menar att intygen visar att min arbetsförmåga *inte* är nedsatt på grund av sjukdom med minst 25 procent, i förhållande till ett krävande heltidsarbete som organisations- och ledningsutvecklare med eget aktiebolag på en hårt konkurrensutsatt nationell marknad.

Det finns hundratusentals liknande – olagliga – beslut med falska avslagsmotiveringar hos Försäkringskassan. De avslutas alltid med samma lögn om personuppgifterna:

Försäkringskassan bedömer att det inte är medicinskt styrkt att din arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom.

***När man går till det avgörande styrdokumentet, Process 2009:07 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning, framgår det att Försäkringskassan har beordrat sina beslutsfattare att ersätta riktiga personuppgifter från dem som kan veta hur det är ställt, gällande den försäkrades på grund av sjukdom nedsatta arbetsförmåga, med av handläggaren själv påhittade personuppgifter. Att göra så är ett strängeligen förbjudet förfarande inte enbart enligt den svenska rättsordningen, utan även enligt ett stort antal artiklar i DFO.***

Den direkta skadan, som ett felaktigt grundbeslut gällande sjukskrivningsrätt vållar, står sist i beslutet. Kassan skriver:

#### **Viktigt att tänka på eftersom du inte får sjukpenning**

Eftersom du inte får sjukpenning för perioden XX mars till XX maj 20XX måste du skydda din sjukpenninggrundande inkomst för att kunna få exempelvis sjukpenning igen någon annan gång. Det gör du genom att börja arbeta i minst samma omfattning som tidigare.

Det måste du göra **första vardagen efter** att du har tagit emot Försäkringskassans beslut.

***Staten utövar alltså absolut makt. Den låter inte ens den försäkrade välja om hen vill avstå från arbete på egen bekostnad i syfte att kunna rehabilitera sig, när staten har förfarit felaktigt med sjukskrivningsrätten.***

Om man tar saken i egna händer förlorar man sin sjukpenninggrundande inkomst – och därmed sin framtida sjukförsäkring. Den försäkrade ställs inför ett pest- eller koleraval; att lämna sjukförsäkringen eller riskera sin hälsa genom att försöka arbeta för mycket.

Om den försäkrade har sjukdomar som inte kan botas snabbt och lätt – och vill försöka få Försäkringskassan att förstå att myndigheten har gjort fel – måste hen dessutom välja att försöka arbeta heltid, fastän hen är sjuk, eftersom det annars inte finns någon framtida sjukförsäkring att strida för.

Avslutningen på Försäkringskassans avslagsbeslut levereras utan hänvisning till några bestämmelser. Det finns inte heller någon möjlighet att begära inhibition, d.v.s. att begära att avslagsbeslutet inte ska verkställas i väntan på överprövning.

Ur skadeståndssynpunkt har det betydelse att vi kan använda dataskyddsförordningen för att påvisa hur Försäkringskassan ljuger och bedrar genom att våldföra sig på de grundläggande principerna i Artikel 5, eftersom det då blir Försäkringskassan som måste bevisa att man har haft effektiva rutiner på plats för att säkerställa att reglerna i Artikel 5 efterlevs.

Kassan kan dock inte göra gällande att DFO har följts. Dels för att det finns en uppsjö av interna rutiner och styrdokument i sjukförsäkringen som går ut på personuppgifter ska behandlas dolt, felaktigt och olagligt samt i uppenbar strid med kraven i Artikel 5 på juridiskt korrekta ändamålspreciseringar, ändamålsbegränsning, uppgiftsminimering och riktighet.

Dels för att det inte finns en enda sådan konsekvensbeskrivning, som Försäkringskassan är skyldig att ta fram enligt artikel 35 [DFO](#), och som syftar till att förebygga och säkerställa att sjukförsäkrades rättigheter och friheter enligt dataskyddsförordningen inte kränks. Dokumenten som kassan har på området, såväl mallar och instruktioner som befintliga konsekvensbeskrivningar, är alla av undermålig kvalitet.

De duger inte till att fria myndigheten från att man – uppsåtligen och systematiskt – gör fel med personuppgifter i sjukförsäkringen, på sätt som leder till omfattande person- och förmögenhetsskador, samt uppenbara kränkningar för väldigt många försäkrade.

I syfte att undkomma de många kraven i DFO, påstår Försäkringskassan bl.a. felaktigt att begreppet ”behandling” i artikel 5 inte syftar på vad man gör i enskildas ärenden, vilket är fel.

***Alla som insjuknar ska förvänta sig att Försäkringskassan självmant tillhandahåller fullständig och korrekt information om rättigheterna enligt dataskyddsförordningen. Innan ett sjukförsäkringsärende avgörs är Försäkringskassan skyldig att skriftligen – och i detalj – redogöra för hur myndigheten behandlar den försäkrades personuppgifter samt be om granskning, korrigeringar och kompletteringar på liknande sätt som Skatteverket gör med självdeklarationen. Detta följer av kraven i ett stort antal bestämmelser i DFO.***

## Den som litar på kassans hemsida och sjukförsäkringstjänster blir vilseledd

I 6 § förvaltningslagen regleras Försäkringskassans skyldighet att ge alla som behöver sjukförsäkringen personlig service:

En myndighet ska se till att kontakterna med enskilda blir smidiga och enkla.

Myndigheten ska lämna den enskilde sådan hjälp att han eller hon kan ta till vara sina intressen. Hjälpen ska ges i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet. Den ska ges utan onödigt dröjsmål.

*Som jag har klargjort ovan, saknar dock Försäkringskassan både organisationen och rutinerna som krävs för att verkställa den beskrivna serviceskyldigheten i sjukförsäkringen. På s. 9 i Process 2013:03 version 13 Aktivitetsersättning, under rubriken 1.2 Preciserade kundbehov kan vi i stället läsa om två ”generella aktivitetsmodeller”:*

Dessa generella aktivitetsmodeller beskriver aktiviteter som inträffar innan kunden har gjort en eventuell anmälan eller ansökan till Försäkringskassan, samt hans interaktion med handläggare på Försäkringskassan och/eller servicekontor.

Aktivitetsmodellerna beskriver två flöden:

- **Precisera kundbehov digitalt** – när kunden hämtar all nödvändig information helt digitalt eller via självbetjäningen.
- **Precisera kundbehov via personlig kontakt** – när kunden hämtar all nödvändig information genom att komma i kontakt med Försäkringskassan eller servicekontoret. ...  
... Genom att kunden ges möjlighet att hämta information både via våra digitala tjänster, personlig kontakt eller genom att kombinera dessa former av kundmöte, ökar myndighetens förutsättningar att möta kundens generella behov med hänsyn till krav på **service, tillgänglighet, samverkan** samt utifrån **den generella kundresan**.

*Oavsett vilken ingång man väljer på Försäkringskassans hemsida eller i appen och oavsett vilken länk man klickar vidare på möts man av information som är ofullständig och/eller direkt vilseledande, när det gäller sjukförsäkringen. Det går alltså inte att få fram ”all nödvändig information” om förmånerna i sjukförsäkringen genom att vända sig till kassan.*

Den som behöver ansöka om förmånen *rehabiliteringsåtgärder* har ingen information alls att tillgå. Kassan vilseleder konsekvent och hävdar att socialförsäkringen enbart består av *ersättningar*. Det motsägs av vad det står i 2 kap. 11 § [SFB](#) och 23 kap. 2–5 §§ [SFB](#). På s. 453 i [Prop. 2008/09:200 Socialförsäkringsbalk](#), har vi även författningskommentaren till 29 kap. 2 § [SFB](#), om rätt till förmånen rehabiliteringsåtgärder, som avslutas med konstaterandet:

Vad en försäkrad ... har rätt att få är olika typer av rehabiliteringsåtgärder. Att räkna upp vilka åtgärder denna rätt omfattar låter sig dock inte göras. En sådan bedömning får ske i varje enskilt fall.

Den som ansöker om förmånen *sjukpenning* hos Försäkringskassan vilseleds på två sätt; Dels berättar inte myndigheten att den – utan att någon sådan rätt föreligger – från både ansökningsförfarandet och utredningen av sjukpenningrätten har uteslutit sjukpenning, som kassan

är skyldig att utge med stöd av 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#), vilket är ett brott mot 27 kap. 1 § SFB. Dels döljer kassan att myndigheten är skyldig att utreda det personliga behovet av sjukskrivning som en medicinsk behandlings- och rehabiliteringsåtgärd med stöd av bestämmelserna i 29–30 kap. SFB, *innan* sjukpenning nekas, vilket i sin tur förutsätter att den försäkrade skriftligen har ansökt om förmånen *rehabiliteringsåtgärder*, som dock inte finns att tillgå.

När det gäller förmåner *rehabiliteringsersättning* och *aktivitetsersättning* bör huvudregeln vara att de ska kombineras med förmånen *rehabiliteringsåtgärder*, som noll personer vägleds till att ansöka om.

Beträffande *sjukersättning*, ska den försäkrade vanligen under flera års tid ha provat att genomföra sådana medicinska, sociala och arbetslivsinriktade *rehabiliteringsåtgärder* som har planerats i samråd med den försäkrade och som har utgått från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov, vilket är en tjänst som inte ingår i Försäkringskassans utbud.

***Sammanfattningsvis ska det inte göras några "generella kundresor" i sjukförsäkringen. Alla kundresorna ska vara individuella – unika och speciella – och det är Försäkringskassans uppgift att se till att de blir optimala för varje individ.***

Varje person ska erbjudas skraddarsydd hjälp baserad på hans individuella förutsättningar och behov och i gott samarbete med hälso- och sjukvården, med arbetsgivare och andra berörda. Syftet ska vara att se till att effektiva rehabiliteringsåtgärder snarast vidtas, vilka leder till egen försörjning. Går inte det, ska aktivitets- eller sjukersättning erbjudas. Ingen ska utförsäkras, fattiggöras och bli beroende av kommunernas försörjningsstöd, för att Försäkringskassan missköter förvaltningen av sjukförsäkringen.

I syfte att dölja den pågående rättsröten i sjukförsäkringen berömmar Försäkringskassan sig själv, på liknande sätt som Donald Trump gör. När myndigheten söker ny personal inleds platsannonserna med en beskrivning av hur verksamheten *borde* fungera:

Varje år fattar Försäkringskassan 21 miljoner beslut som påverkar människors liv och hela samhället. Vi betalar ut cirka 260 miljarder kronor varje år. Det är allas skattepengar vi har hand om. Det är ett stort ansvar. Därför sätter vi oss in i varje ärende, följer lagar och regler, informerar och vägleder, bryr oss och visar omtanke. Det är ett jobb för dig som vill vara med och ta ansvar. Välkommen till Försäkringskassan.

***Alla som behöver Försäkringskassans tjänster har rätt att förvänta sig att staten har kvalitetssäkrat verksamheten på ett sådant sätt att det som påstås i citatet ovan är sant. Den som är sjuk och beroende av Försäkringskassan ska inte bli vilseledd och bedragen.***

## **ISF har varit starkt pådrivande beträffande kassans vållande av patientskador**

För att förstå hur staten kunde misslyckats så kapitalt, som den har gjort med sjukförsäkringen under de senaste två decennierna efter att Försäkringskassan blev en central myndighet 2005, finns det anledning att belysa vad just vad Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF) har gjort.

ISF inrättades år 2009, för att regeringen ansåg att Försäkringskassan inte bör utöva tillsyn över sig själv och att det var angeläget att rättssäkerheten och effektiviteten i socialförsäkringsadministrationen kontinuerligt granskas. ISF:s uppgifter framgår av § 1 i instruktionen:

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. Med effektivitetsgranskning avses granskning av om tillsynsobjektets verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

***Jag har läst ett mycket stort antal rapporter från ISF gällande sjukförsäkringen. Gemensamt för alla utredningarna är att de aldrig någonsin utgår från en sann och tillräckligt relevant redogörelse för rättsordningen och de sjukförsäkrades rättigheter. Juridiken är alltid satt på undantag, i stället för i högsätet. Utgångspunkten är inte hela regelverket som kassan är skyldig att vara väl förtrogen med och skickligt ska kunna tillämpa.***

Om tillämpningen av en viss bestämmelse granskas av ISF, är bestämmelsen som regel avskild från sitt sammanhang på sätt som blir juridiskt missvisande. I den mån som regelverket beskrivs är det vanligen endast summariskt, och direkta hänvisningar till lagstiftningen lyser med sin frånvaro. Försäkringskassans befintliga rutiner återges vanligen okritiskt av ISF, som om åtgärderna har stöd i rättsordningen, även när så inte är fallet.

Värst av allt, är dock att det finns flera rapporter från ISF som är så juridiskt oredliga att de fungerar som falsk propaganda om vad rättsordningen innebär. Ett syfte med de vilseledande berättelserna om gällande rätt verkar vara att hjälpa ISF att undgå ansvaret att konfrontera Försäkringskassan med att sjukförsäkringens förvaltning är olaglig och skadevållande.

Man kan söka fram alla rapporter som ISF har publicerat genom åren i en databas på myndighetens hemsida. Under rubriken *Ämnesområde* finns ett 60-tal kategorier. Här kan man söka på sjukförsäkringsförmåner *sjukpenning, rehabiliteringspenning* (som tillhör förmånen rehabiliteringsersättning), *aktivitetsersättning* respektive *sjukersättning*.

***Den viktigaste förmånen i sjukförsäkringen – rehabilitering (rehabiliteringsåtgärder) – existerar dock inte hos ISF. I klartext betyder det att ISF aldrig har använt sig av 23 kap. [SFB](#), där det pekas ut vilka förmåner sjukförsäkrade ska ha rätt att få information om och skriftligen kunna ansöka om hos Försäkringskassan.***

I skrivande stund har ISF 123 rapporter om Försäkringskassans verksamhet. Varje rapport når ett tusental externa mottagare, vilka ofta befinner sig på nyckelpositioner, när det gäller hur sjukförsäkringen ska förvaltas. En viktig mottagare är sittande regering.

Ur skadeståndssynpunkt är det ISF har gjort relevant av två skäl. För det första för att det säkerligen har medfört att ett stort antal personer, som har fått desinformation, felaktiga utredningar och olagliga beslut från Försäkringskassan och förvaltningsdomstolarna inte har kunnat tillvarata sin rätt på ett effektivt sätt, eftersom de är vilseledda om vad som ska gälla.

För det andra för att det följer av 3 kap. 3 § [SKL](#) att staten ska ersätta ren förmögenhetskada som vållas av att en myndighet genom fel eller försummelse lämnar felaktiga upplysningar eller råd.

ISF ger inga råd direkt till sjukförsäkrade. Men när ISF:s desinformationsspridning i förlängningen leder till att Försäkringskassan, kassans interrevision, tillsynsmyndigheter som Riksrevisionen, Statskontoret och Ekonomistyrningsverket, de 17 förvaltningsdomstolarna,

regeringarna och riksdagarna vilseleder om sjukförsäkringen på ett sådant sätt att personer, som skulle kunna vara berättigade till sjukförsäkringsförmåner låter bli att ansöka, då kan de drabbade ha rätt till skadestånd gällande ersättningar och förvärvsinkomster de skulle ha haft, om de – när de behövde det – hade kunnat ansöka om bl.a. förmånen rehabiliteringsåtgärder och då skulle ha fått ett rättssäkert bemötande.

Av betydelse är vidare att den som stämmer *staten* på skadestånd, för att den har gjort fel med sjukförsäkringen, inte ens behöver veta vilka myndigheter som egentligen bör hållas ansvariga för de konkreta felen som Försäkringskassan m.fl. gör sig skyldiga till. Staten är kollektivt ansvarig för hur sjukförsäkringen förvaltas – och att rättsordningen tillämpas korrekt – och det högsta ansvaret har riksdagen och dess konstitutionsutskott.

Nedan lyfter jag fram några av ISF:s rapporter, som förmedlar en felaktig bild av sjukförsäkrades rättigheter och hur staten – enligt lag – är skyldig att arbeta.

### **ISF Rapport 2010:1 Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna**

Rapporten handlar om ett s.k. naturligt experiment. ISF har jämfört hur många som var sjukskrivna före och efter att den s.k. rehabiliteringskedjan infördes den 1 juli 2008. På s. 8 – och utan hänvisning till några bestämmelser – beskriver ISF rättsordningen felaktigt:

Rehabiliteringskedjan utgörs av tidsbestämda gränser där rätt till fortsatt sjukpenning ska bedömas. Under de inledande 90 dagarna av sjukskrivningen bedöms arbetsförmågan mot de befintliga arbetsuppgifterna; mellan dag 91 och 180 avser prövningen även andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Från och med dag 181 av sjukperioden ska sedan – om inte särskilda skäl föreligger – den försäkrades arbetsförmåga bedömas emot den reguljära arbetsmarknaden.

Vilken lagstiftning som gällde under andra halvåret 2008, till skillnad från ett år tidigare, som är det ISF har jämfört, framgår av den dåvarande lydelsen i 3 kap. 7 § tredje till sjunde styckena i Lag (1962:381) om allmän försäkring, se [SFS 2008:480](#):

Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den anställde. 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 mån den dagen.

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska det även beaktas om den försäkrade kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren.

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska det dessutom, om det inte finns särskilda skäl mot det, beaktas om den försäkrade har sådan förmåga så att han eller hon kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden i övrigt, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar ska det alltid beaktas om den försäkrade har sådan förmåga som anges i femte stycket.

I de fall den försäkrade är i behov av någon åtgärd som avses i 7 b § eller 22 kap., ska bedömningen enligt tredje–sjätte styckena göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga efter en sådan åtgärd.

***ISF har valt att agera som om det sista stycket i citatet ovan inte existerar, som om rätt till rehabiliteringsåtgärder inte ingår i rehabiliteringskedjan, vilket är fel.*** Den som behöver medicinsk behandling och rehabilitering – som innefattar behov av sjukskrivning – ska få det hen behöver, *innan* det är aktuellt att tillämpa tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

Så har sjukförsäkringen alltid varit utformad; Huvudregeln är att behov av medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder alltid ska utredas och tillgodoses före krav på förvärvsarbete. Sedan år 1992 ska Försäkringskassan dessutom verkställa den lagstadgade rehabiliteringsåtgärdsutredningen ”snarast”, d.v.s. så tidigt som möjligt i sjukfallen, se 30 kap. 9 § SFB.

Innebörden av det sista stycket i citatet ovan från SFS 2008:480 är bestämmelsen som idag återfinns i 27 kap. 50 § [SFB](#) och som 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.

Som jag har klargjort tidigare i den här skrivelsen tillämpar dock inte Försäkringskassan den bestämmelsen. Kassan har ingen organisation som syftar till att göra det som sedan länge har lyfts fram som viktigast i regleringsbrevet, se s. 1 i [brevet för 2026](#) (2025-12-18):

#### **Mål för sjukförsäkringen**

Sjukförsäkringen ska ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och ett effektivt stöd för återgång i arbete. För att motverka långvarig sjukfrånvaro ska Försäkringskassan tidigt i sjukfallen klarlägga behov av rehabilitering och verka för att åtgärder vidtas för en effektiv rehabilitering.

Huvudorsaken till att Försäkringskassan kan fuska bort en hel förmån i sjukförsäkringen (rehabiliteringsåtgärder) är att det inte finns någon fungerande tillsyn och kontroll, inte från någon ansvarig myndighets sida.

Redan i det första återrapporteringskravet på s. 1 i regleringsbrevet ser vi också att regeringen inte har någon koll på lagen. Det står om *regelverket för bedömning av arbetsförmåga*, men något sådant regelverk existerar inte. När någon är sjuk är det som ska *utredas* om hen har fått *nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom* samt hur staten ska göra för att på ett effektivt sätt hjälpa personen att bli frisk och fullt arbetsför. Det förutsätter att medborgare får information om – och skriftligen kan ansöka om – förmånen rehabiliteringsåtgärder, vilket är en tjänst som staten inte tillhandahåller, sedan minst 15 år tillbaka.

***Alla statliga tillsynsmyndigheter – och även förvaltningsdomstolarna – gör samma fel med rehabiliteringsrättigheterna i sjukförsäkringen.***

När Statskontoret skulle granska *Försäkringskassans åtgärder för en bättre förvaltning av sjukförsäkringen*, se [Rapport 2023:6](#), inleds granskningen i kapitel 1.1.1 på s. 13 – utan hänvisning till någon rättskälla – med ett falskt påstående om att sjukförsäkringen endast omfattar fyra förmåner; *sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjukersättning och aktivitetsersättning* (som det felaktigt står i kassans årsredovisningar). I och med att förmånen *rehabiliteringsåtgärder* saknas blir Statskontorets granskning irrelevant; den missar det viktigaste.

Även Riksrevisionen sitter i samma båt. I [RiR 2024:14 Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning](#) granskar Riksrevisionen hur det går för personer som har varit sjukskrivna i minst 180 dagar. I en registerstudie, omfattande drygt 40 000 personer, redovisas resultat som tolkas utifrån ett falskt antagande att någon rätt till förmånen rehabiliteringsåtgärder inte existerar.

***Sanningen är att etthundra procent av de sjukförsäkrade, som ingår i RiR:s registerstudie, borde ha blivit vägleda av Försäkringskassan till att ansöka om förmånen rehabiliteringsåtgärder tidigt i sjukfallen, d.v.s. senast i samband med att det första läkarintyget inkom. Om så hade skett skulle utfallet ha blivit annorlunda och tolkningen av resultaten skulle vara en helt annan, än den som RiR gör.***

De 17 förvaltningsdomstolarna befinner sig inte ens på banan, när det gäller att avgöra vilka sjukförsäkringsförmåner som bör vara aktuella i ett visst sjukfall, vilket beror på en kombination av två omständigheter.

Dels att Försäkringskassan underlåter att bevara de två handlingarna, som normalt inleder ett sjukförsäkringsärende, i den sjukförsäkrades personliga akt. Jag syftar på sjukanmälan respektive Försäkringskassans – personliga och uppenbart vilseledande – svar på sjukanmälan, i vilket den försäkrade uppmanas att enbart ansöka om sjukpenning, i stället för att få korrekt information om alla fem sjukförsäkringsförmånerna – och själv kunna välja vilka förmåner hen vill ansöka om.

När ett avslag gällande en viss sjukförsäkringsförmån överklagas till förvaltningsrätten framgår det alltså *aldrig* av processmaterialet att Försäkringskassan har misskött serviceskyldigheten och underlåtit att informera om samtliga förmåner den försäkrade kan ha rätt till. Överklagandet handlar inte om *rätt till sjukförsäkringsförmåner*, vilket det borde göra eftersom förmånerna utgör bärande delar i ett och samma system, utan endast om rätt till en specifik förmån – vanligen sjukpenning – vilket inte har visat sig vara tillräckligt för att hjälpa den försäkrade att bli frisk, eftersom hen har behövt göra ett överklagande.

Den andra omständigheten beror på förvaltningsdomstolarna själva. De tillämpar *alltid* en alltför snäv processram, som inte omfattar allt som Försäkringskassan – enligt rättsordningen – var skyldig att göra, när den försäkrade blev sjuk. Genom att uttryckligen vägra granska hur kassan borde ha förfarit, även i mål där den försäkrade har uttryckt juridiskt tydliga och berättigade klagomål gällande kassans arbete, går den försäkrade miste om den grundlagsskyddade rätten till en rättvist genomförd rättegång, som följer av 2 kap. 11 § regeringsformen.

*Det är för att förvaltningsdomstolarna inte håller måttet, som Försäkringskassan har kunnat ägna tre decennier åt att utforma en alltmer skadevällande sjukförsäkring. Skadestånd kan kompensera för statens misstag, eftersom de allmänna domstolarna bl.a. är vana vid att tillämpa en juridiskt korrekt processram, har som rutin att låta utreda målen systematiskt – genom att låta parterna komma till tals – samt använder sakliga regler för bevisvärdering, till följd av omfattande reglering i rättegångsbalken och en väl utvecklad rättspraxis.*

### ISF Rapport 2011:5 Bedömning av arbetsförmåga vid de fasta tidsgränserna

Det här är en av många ISF-granskningar som aldrig borde ha publicerats, eftersom granskningens inriktning är felaktig, i förhållande till socialförsäkringsbalken (SFB) som trädde i kraft den 1 januari 2011.

I första stycket i generaldirektörens förord på s. 5 klargörs att ISF har till uppgift att dels värna *rättssäkerheten* genom att granska om *regelverket* tillämpas korrekt och enhetligt. Här borde det vara *de sjukförsäkrades rättssäkerhet* som avses, men så arbetar inte ISF. Med regelverk avses rimligen *rättsordningen*.

Dels ska ISF utföra effektivitetsgranskningar med utgångspunkt i *det statliga åtagandet*. Det innebär rimligen att bestämmelserna i första kapitlet i regeringsformen ska följas. Jag syftar bl. a på att:

- Den offentliga ska makten utövas under lagarna (RF 1:1).
- Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet (RF 2:1).
- 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 (RF 2:1).
- Domstolar samt förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iakttä saklighet och opartiskhet (RF 1:9).

***Rapporten baseras på samma felaktiga föreställningar om vad rehabiliteringskedjan innebär, som finns i Rapport 2010:1. Skillnaden är att med socialförsäkringsbalken har vi fått en synnerligen tydlig sjukförsäkringslagstiftning. ISF borde självfallet ha läst in sig mycket noga på alla relevanta bestämmelser och på regeländringarna och klargjort bl.a. följande:***

Med socialförsäkringsbalken är det otvetydigt *vad som avses med en förmån*, vilka förmåner vid sjukdom som Försäkringskassan ska tillhandahålla samt hur det är närmare bestämt att Försäkringskassan ska arbeta med att utreda rätten till olika förmåner.

Enligt 2 § punkt 1 i Försäkringskassans instruktion, har myndigheten *en plikt att ge information till berörda om socialförsäkringen*. Enligt 2 kap. 11 § SFB kan förmåner vara både *ersättningar* och *åtgärder* som den enskilde är försäkrad för.



Enligt 23 kap. 2 § SFB finns det fem större förmåner vid sjukdom; *sjukpenning* som lämnas vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga, *rehabiliteringsåtgärder* vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga, *rehabiliteringsersättning* i samband med rehabiliteringsåtgärder, samt *sjukersättning* eller *aktivitetsersättning* när arbetsförmågan är långvarigt nedsatt.

Enligt 23 kap. 3 § SFB finns det bestämmelser om sjukpenning m.m. i 24–28 a kap. samt bestämmelser om rehabilitering och rehabiliteringsersättning i 29–31 a kap. SFB.

Enligt 23 kap. 4 § SFB finns det bestämmelser om *anmälan* och *ansökan* samt vissa gemensamma bestämmelser om förmåner och handläggning i 104–117 kap. SFB.

I 110 kap. 4 § SFB klargörs att en *ansökan om en förmån ska vara skriftlig*, innehålla de uppgifter som behövs i ärendet samt vara egenhändigt undertecknad. Uppgifter om faktiska förhållanden ska lämnas *på heder och samvete*.

I författningskommentaren till bestämmelsen med krav på skriftliga ansökningar på s. 550–551 i [Prop. 2008/09:200 Socialförsäkringsbalk](#) klargörs att kravet på en *skriftlig ansökan* från den försäkrade är *nytt beträffande vissa förmåner*. Syftet med det skriftliga ansökningskravet gällande alla förmåner i socialförsäkringen är att *avgränsa ramen för Försäkringskassans utredning*. Lagstiftaren skriver bl.a.:

Utformningen utgår från synsättet att sökandens begäran ska vara den yttre ram inom vilken handläggningen av ett ansökningsärende ska hållas. En konsekvens av detta synsätt blir att Försäkringskassan inte kan gå utöver vad sökanden begär i ett ärende som initierats på detta sätt. Detta ska inte tolkas på så sätt att sökandens begäran i en ansökan inte kan ändras under ärendets handläggning. Många förmåner är till sin natur komplicerade. Det kan därför vara svårt för den enskilde att överblicka konsekvenserna av olika alternativ. På samma sätt som gäller i dag ska Försäkringskassan i sådana fall tillsammans med sökanden ta reda på vilken förmån denne önskar. Denna skyldighet följer av Försäkringskassans utredningsansvar (se 110 kap. 13 § SFB).

Efter den 1 januari 2011 får inte Försäkringskassan utreda enskildas behov av medicinska, sociala och/eller arbetslivsinriktade *rehabiliteringsåtgärder*, när de inte skriftligen har ansökt om förmånen rehabilitering/rehabiliteringsåtgärder.

Enligt 110 kap. 13 § SFB ska Försäkringskassan se till att ärenden blir *utredda* i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. Den enskilde är skyldig att lämna de uppgifter som är av betydelse för bedömningen av rätt till en förmån. För sådant uppgiftslämnande gäller att *uppgifter om faktiska förhållanden ska lämnas på heder och samvete*.

Behov av sjukskrivning kan vara såväl *faktiskt*; den försäkrade kan inte arbeta, som *profylaktiskt/terapeutiskt*; att sjukskrivning är nödvändig för att bota aktuella sjukdomar.

Enligt 113 kap. 3 § SFB ska Försäkringskassan på eget initiativ rätta beslut som inte har prövats av domstol och som *har blivit oriktiga*. Det gäller bl.a. när besluten är oriktiga för att de har fattats på *uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag* och/eller när besluten är oriktiga på grund av *uppenbart felaktig rättstillämpning* eller annan liknande orsak.

När en enskild har ansökt om förmånen rehabiliteringsåtgärder, ska Försäkringskassan utreda ärendet genom att tillämpa bestämmelserna i 29–30 kap. SFB. ***Kassan ska utreda vilka olika slags rehabiliteringsåtgärder den enskilde behöver och fatta ett formellt beslut om vilka åtgärder hen är försäkrad för, d.v.s. har rätt till under en viss sjukperiod.***

Enligt 29 kap. 2 § SFB är syftet med rehabilitering att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. På s. 453 i [Prop. 2008/09:200 Socialförsäkringsbalk](#), har vi författningskommentaren till den bestämmelsen, vilken avslutas med konstaterandet:

Vad en försäkrad ... har rätt att få är olika typer av rehabiliteringsåtgärder. Att räkna upp vilka åtgärder denna rätt omfattar låter sig dock inte göras. En sådan bedömning får ske i varje enskilt fall.

Hur bedömningen av rehabiliteringsbehovet ska göras är tydligt reglerat. Försäkringskassan ska *i samråd med den försäkrade* se till att den försäkrades behov av rehabilitering *snarast klarläggs*, och de *åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade* (30 kap. 9 § SFB). Rehabiliteringsåtgärder ska alltid – undantagslöst (!) – planeras *i samråd med den försäkrade* och utgå från *hans eller hennes individuella förutsättningar och behov* (30 kap. 3 § SFB).

I arbetet med rehabiliteringen ska Försäkringskassan, om den försäkrade medger det, *samverka* med den försäkrades *arbetsgivare och arbetstagarorganisation*, med *hälso- och sjukvården* och med *andra myndigheter* som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade. Försäkringskassan är även skyldig att aktivt verka för att de man samverkar med, var och en inom sitt verksamhetsområde, *vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade* (30 kap. 10 § SFB).

Av författningskommentaren till de två sistnämnda bestämmelserna, på s. 90–91 i [Prop. 1990/91:141](#), framgår det att det *inte* enbart är arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som avses. Det står:

Det bör framhållas att kassornas arbete med rehabilitering självfallet gäller alla olika åtgärder som är lämpliga i rehabiliteringssyfte i långa sjukdomsfall, således inte enbart sådana arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som sägs i 7 §.

***Ordet "självfallet" i citatet är viktigt. Det syftar på att det är en sjukförsäkring vi har att göra med, vilken i första hand ska tillgodose behov av medicinsk behandling och rehabilitering med stöd av sjukskrivning och sjukpenning.*** Om man inte har det sammanhanget klart för sig, finns det en risk för att vissa formuleringar i Prop. 1990/91:141 tolkas felaktigt. Förarbetet som förklarar hur rehabilitering ska användas är [SOU 1988:41](#).

För att sjukförsäkrade inte ska gå miste om sjukförsäkringsförmåner de behöver och har rätt till har Försäkringskassan *serviceskyldighet* enligt förvaltningslagen. Det innebär bl.a. att Försäkringskassan är skyldig att noga läsa alla handlingar som inkommer, gäl-

lande sjukförsäkrade personer, och *använda sig av personuppgifterna i handlingarna* i relation till verksamheten som kassan enligt lag är skyldig att bedriva.

Förutom den ovan nämnda lagstiftningen är Försäkringskassan sedan länge skyldig att i varje enskilt sjukförsäkringsärende tillämpa en omfattande reglering gällande *behandling av personuppgifter* i personuppgiftslagen (PUL). Överträdelse av bestämmelserna kan medföra rätt till skadestånd.

Av störst vikt för sjukförsäkrades rättigheter är principerna i 9 § PUL, som går ut på att Försäkringskassan endast får behandla personuppgifter för *särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål*. Det är de obligatoriska ändamålspreciseringarna som ska styra både vilka personuppgifter kassan är skyldig att inhämta och använda sig av, i ett ärende, och vilka personuppgifter som inte får efterfrågas eller användas.

Att ett ändamål ska vara *berättigat*, betyder i fallet med sjukförsäkringen, att det måste ha uttryckligt stöd i rättsordningen. Berättigade ändamål, när en enskild har ansökt om en viss sjukförsäkringsförmån, är bl.a. villkoren som måste vara uppfyllda för att den enskilde ska ha rätt till förmånen och som framgår av socialförsäkringsbalken.

Alla som använder Försäkringskassans tjänster ska även informeras om de personliga rättigheterna i 23–26 §§ PUL, vilka syftar till de ska kunna agera ändamålsenligt om Försäkringskassan gör sig skyldig till överträdelser av bestämmelserna i PUL

***Regelverket som jag har beskrivit ovan är oförenligt med hur ISF har agerat, efter att socialförsäkringsbalken trädde i kraft 2011 och fram till och med idag.*** För att göra ISF:s tolkning av rättsordningen möjlig hade lagstiftaren, för det första, behövt avskaffa två av fem sjukförsäkringsförmåner; *rehabiliteringsåtgärder* och *rehabiliteringsersättning*.

För det andra hade det varit nödvändigt att göra följdändringar i de tre kvarstående förmånerna; *sjukpenning*, *sjukersättning* och *aktivitetsersättning*. Sjukpenning skulle i så fall inte längre kunna utges med syftet att genom medicinsk behandling och rehabilitering *förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden, eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan*, se 27 kap. 6–7 §§ SFB.

Beträffande sjuk- och aktivitetsersättning skulle det bli tvärtom; Fler skulle få rätt till de två förmånerna – och mycket tidigare i sjukfallen – eftersom det inte längre skulle finnas någon rätt till medicinska, sociala och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder med stöd av sjukförsäkringen, se 27 kap. 50 § SFB, 29 kap. 2 § SFB samt 33 kap. 6 § SFB.

Sammanfattningsvis är ISF:s tillämpning av socialförsäkringsbalken endast möjlig om lagstiftaren helt skulle ha avskaffat *åtminstone* följande bestämmelser:

- 27 kap. 6–7 §§ samt 50 § SFB.
- Hela underavdelning C III, d.v.s. 29–31 a kap. SFB.

Vidare hade följdändringar behövt göras i bl.a. 2 kap. 11 § SFB (om *vad en förmån är* och att vi *inte* ska vara socialförsäkrade för *åtgärder*), i 23 kap. 2–3. SFB (om att vi *inte* ska vara försäkrade för *rehabiliteringsåtgärder* eller *rehabiliteringsersättning*) samt i 33 kap. 6 § SFB om att sjuka ska ha rätt till långvariga och permanenta ersättningar, utan att deras behov av

medicinska, sociala och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder har utretts eller några effektiva rehabiliteringsåtgärder har vidtagits.

IFS:s sjukförsäkringsgranskningar är ett i allra högsta grad fortgående rättshaveri. Så sent som i Rapport 2025:3, om *Försäkringskassans samordningsuppdrag*, påstår ISF att några lagändringar som berör rätten till rehabiliteringsåtgärder inte har ägt rum sedan början av 1990-talet, vilket är helt fel. Jag har också själv gjort ett flertal sakliga och väl genomarbetade visselblåsningar till ISF angående rehabiliteringsåtgärdsförmånen m.m., vilka helt har ignorerats av ISF:s ledning.

***Från och med år 2011 borde ISF ha klargjort att alla som blir sjuka har rätt att skriftligen ansöka om förmånen rehabiliteringsåtgärder hos Försäkringskassan – och få en rättssäker utredning gällande det individuella behovet som är professionell och personcentrerad. Utredningen ska resultera i ett formellt beslut som kan omprövas och överklagas, gällande rätt till specifika typer av rehabiliteringsåtgärder under den aktuella sjukperioden.***

Det som blir kvar av sjukförsäkringen, med statens – uppenbart felaktiga – rättstillämpning, är endast en Fortsätt-jobba-så-länge-du-kan-försäkring. När personer till följd av detta blir utslitna och förbrukade verkställs sedan i många fall en utförsäkring, som inte heller har något stöd i rättsordningen, eftersom bestämmelsen i 27 kap. 50 § SFB – om att rehabiliteringskedjan i första hand ska tillhandahålla alla medicinska behandlingar och rehabiliteringsåtgärder som den försäkrade personligen behöver – inte tillämpas.

***Jag vill även än en gång betona att Försäkringskassans rättstillämpning i vanliga sjukförsäkringsärenden genomgående är olaglig. De interna rutinerna i Process 2009:07 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning föreskriver undantagslöst att Försäkringskassans tjänstemän själva ska ändra bedömningsgrund, i takt med tidsgränserna i rehabiliteringskedjan, och självständigt utföra bedömningar av sjukförsäkrades hälsotillstånd som endast undersökande läkare har rätt att göra.***

Handläggarna är instruerade att använda befintliga personuppgifter i läkarintyg, vilka inte är adekvata och relevanta samt alltid är ofullständiga i förhållande till en ny – mycket snävare – bedömningsgrund. De medicinska personuppgifterna ska därefter kombineras med handläggarens odokumenterade fantasier om krav för att utföra heltidsarbeten med kollektivavtalsenlig lön. Resultatet är att Försäkringskassan utför en profilering som är förbjuden enligt såväl socialförsäkringsbalken som patientsäkerhetslagen och som helt bortser från rätten till sjukskrivning i syfte att förhindra ett försämrat hälsotillstånd och bota befintliga sjukdomar.

Den beskrivna olagliga rutinen är nedskreven sedan ett drygt decennium tillbaka, men har sannolikt använts av Försäkringskassan i ökande utsträckning, sedan rehabiliteringskedjan infördes den 1 juli 2008. ISF har varit starkt pådrivande, när det gäller att vägleda Försäkringskassan till att agera olagligt och skadevällande.

Om vi studerar s. 72–109 om *Förmåner vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga* samt *Mål för sjukförsäkringen* i Försäkringskassans årsredovisning 2025, ser vi att det är en förkrympt 3-förmånersförsäkring – helt utan rätt till förmånen rehabiliteringsåtgärder – som Försäkringskassan levererar, i stället för den individuellt rättighetsbaserade 5-förmånersförsäkringen vi har i lagen. Kassan har alltså verkställt ISF:s grundlösa tolkning av regelverket.

Det står en halv sida om rehabiliteringsersättning, som utges vid arbetslivsinriktad rehabilitering, i årsredovisningen. Tabell 48 visar att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen endast nådde 22 000 av totalt drygt 908 000 personer som beviljades sjukförsäkringsförmåner år 2025, vilket är drygt 2 procent. Rehabilitering används nästan inte alls i sjukförsäkringen.

***De många – sannolikt ersättningsgilla – skadorna Försäkringskassan vållar i sjukförsäkringen har sin grund i att kassan vägrar att organisera sig för att tillämpa de tydliga bestämmelserna om samråd med de försäkrade, som finns i 30 kap. SFB, samt inte heller tillämpar plikten att samverka med övriga rehabiliteringsaktörer, när den enskilde vill det.***

I stället för att samarbeta med de sjukförsäkrade på ett personcentrerat sätt, vilket är vad lagen föreskriver, ägnar Försäkringskassan fem sidor i årsredovisningen åt att beskriva *Strukturell samverkan med andra aktörer* (s. 104–109). Myndigheten verkar inte inse att sådan samverkan är meningslös, så länge man inte verkställer kravet i 30 kap. 3 § SFB som lyder:

Rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.

### **ISF kommenterar 2016:1 Att använda lagens bedömningsutrymme**

ISF:s tillsyn berör tre myndigheter; Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten och den delen av Skatteverkets verksamhet som avser beslut om pensionsgrundande inkomst. I genomsnitt producerar ISF totalt 20 luftiga rapporter per år, som ligger i en sökbar databas på hemsidan.

***Det är inte för mycket begärt att Riksrevisionen – inför de årliga revisionerna – gör en oberoende granskning av om ISF:s publikationer lever upp till kraven i ISF:s instruktion.***

Om Riksrevisionen hade haft en sådan rutin, borde granskningen av rapporten [ISF kommenterar 2016:1 Att använda lagens bedömningsutrymme](#), ha diskvalificerat ISF från fortsatt arbete, eftersom det framgår – svart på vitt – att tillsynsmyndigheten inte behärskar juridisk metod. Generaldirektörens förord (s. 5) inleds med meningen:

För många av de förmåner som ryms inom socialförsäkringens område är regelverket utformat så att det inte går att avgöra om en person har rätt till en förmån eller inte enbart med stöd av lagtexten.

ISF har alltså inte klart för sig att lagtext – enbart – aldrig någonsin räcker för att en viss rättsföljd ska inträffa. Tillsynsmyndigheten vet inte att all juridik handlar om att fastställa två typer av rättsfakta; *Abstrakta rättsfakta* är samtliga lagar och regler som är tillämpliga i en viss situation. *Konkreta rättsfakta* är personuppgifterna och andra faktiska förhållanden (omständigheter) som är relevanta i det enskilda fallet och som ska styrkas ("bevisas").

Baserat på den juridiska villfarelsen lanserar ISF ett begrepp kallat *bedömningsutrymme*, som är felaktigt definierat. Vad ISF menar framgår av figuren nedan, som är hämtad från s. 9 i rapporten.

***Det av ISF beskrivna bedömningsutrymmet existerar inte i något sjukförsäkringsärende, eftersom utredningen och bedömningen av rätten till samtliga sjukförsäkringsförmåner alltid ska vara individuell.***

Figur 1. Illustration av bedömningsutrymmet i en förmån med stort och i en förmån med litet bedömningsutrymme. De försäkrade som ansökt om förmån är rangordnade efter hur väl de uppfyller lagstiftarens rekvisit för rätt till förmån.



Det är alltid *den enskilde* som är försäkrad för nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Hur och i vilken utsträckning en viss individs arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom avgörs inte av hur och i vilken utsträckning andra individers arbetsförmåga är nedsatt.

Det är undersökande läkares medicinska utredningar och bedömningar som ska utgöra grunden, när rätt till sjukförsäkringsförmåner avgörs. Den som har en dokumenterat nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom – eller en förhöjd risk att få det – har rätt till sjukförsäkringsförmåner, baserat på de uttryckligen angivna villkoren i socialförsäkringsbalken.

För att klargöra hur vansinnigt ISF resonerar, kan vi jämföra med bilförsäkringen, som är utformad på liknande sätt som sjukförsäkringen. Det är det enskilda fordonet som är försäkrat – och det är enbart försäkrat för ersättningsgilla skador som just den bilen har fått.

Om en bil blir påkörd ska den in på en ackrediterad verkstad, som försäkringsbolaget samarbetar med, och gås igenom enligt fastställda rutiner. Bilförsäkringen ska täcka reparationer av alla skador som har uppstått på det specifika fordonet till följd av trafikolyckan, men inte skador på fordonet som fanns före olyckstillfället och aldrig någonsin sådana skador som andra fordon – men inte det aktuella fordonet – har.

***Det verkliga bedömningsutrymmet i sjukförsäkringen är alltid individuellt. Bedömningsutrymmet, som ISF har angivit i figuren ovan, är som om vi skulle rada upp samtliga fordon som nyttjar en viss bilförsäkring och påstå att bil A skulle kunna ha rätt till reparationer som bil B behöver och har rätt till, fastän så inte är fallet.***

När jag hade utmattningssyndrom år 2017–2018 och nekades inträde i sjukförsäkringen av Försäkringskassan under 19 månaders tid var det fyra olika – och mycket erfarna – läkare som undersökte mig noga. Det kom alla fyra fram till samma – och tidsmässigt överlappande

– slutsatser gällande vilka diagnoser jag hade och hur mycket sjukskrivning jag behövde för att bli frisk, se ett par av [läkarintygen](#) på min hemsida.

I mitt sjukfall fanns det inget bedömningsutrymme, vilket berodde på att de medicinska utredningarna var omfattande och professionellt utförda. Om några av läkarna hade dragit olika slutsatser om vilka sjukdomar jag hade och hur de – enligt vetenskap och beprövad erfarenhet – bäst borde botas, då hade det funnits ett bedömningsutrymme,

***Sanningen är att det inte är tillåtet att gå till beslut gällande rätt till sjukförsäkringsförmåner, förrän det enskilda ärendet är så väl utrett så som dess beskaffenhet kräver. Syftet med utredningen är att reducera bedömningsutrymmet, genom individuell precision. Försäkringskassan måste säkerställa att myndigheten vet vilka sjukdomar den enskilde har och har en förhöjd risk att få, samt hur nedsättning av arbets- och försörjningsförmågan på grund av sjukdom ska förebyggas och avhjälpas effektivt i det enskilda fallet.***

I övrigt visar ISF:s rapport om bedömningsutrymme att myndigheten inte är förtrogen med bestämmelserna i socialförsäkringsbalken, gällande vilka sjukförsäkringsförmåner som ska finnas och vad det står om villkoren för att få rätt till olika förmåner.

På s. 19 ff. tar ISF rätten till sjukersättning som exempel, och med fokus på frågan om den försäkrade skulle kunna vara hjälpt av medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. På s. 20 följer därefter en felaktig *Juridisk analys av gällande rätt*.

ISF hävdar att det *inte* framgår av lagtexten och förarbetena hur en utredning av rätt till medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder ska gå till, fastän det är angivet i detalj i 29–31 kap. SFB, förutom att en sådan utredning ska föregås av en skriftlig ansökan gällande rehabiliteringsåtgärdsförmånen enligt 110 kap. 4 § SFB. Förarbetena till lagstiftningen, i synnerhet rehabiliteringsberedningens betänkande *Tidig och samordnad rehabilitering* SOU 1988:41, är också en grundlig genomgång av vad rehabilitering i sjukförsäkringen ska vara och hur den rätten ska säkerställas.

Därefter hänvisar ISF till prejudikat från Högsta förvaltningsdomstolen (HFD 2011 ref. 63, som beskrivs i Bilaga 1 i rapporten), vilka är överspelade eftersom de är baserade på reglerna i Lag (1962:381) om allmän försäkring (AFL), som ersattes av socialförsäkringsbalken år 2011. AFL hade ingen regel om att sjuka ska ansöka skriftligen om förmånen rehabiliteringsåtgärder och utan en sådan regel – och Försäkringskassans plikt att informera om den – är prejudikaten ISF pekar på inte relevanta.

ISF:s rapport om bedömningsutrymme är grovt skadevållande på det sättet att den vilseleder hela Sverige till att tro att rätt till sjukförsäkringsförmåner har ett stort bedömningsutrymme – och att det därför är svårt att avgöra om en enskild har rätt till en viss förmån eller inte. Det får som konsekvens att sakliga och korrekt utförda granskningar av om sjukförsäkringsbeslut är materiellt riktiga, d.v.s. har en riktig utgång i sak, inte genomförs. Myten om bedömningsutrymmet förstör rättssäkerheten för hundratusentals sjukförsäkrade.

***Innehållet i ISF:s rapport om bedömningsutrymme borde ha varit droppen – och tillräckligt – för att Riksrevisionen skulle ha stoppat ISF:s verksamhet, senast år 2017. I och med att det inte skedde, har staten byggt upp en enorm skuld av potentiella skadestånd till***

*sjukförsäkrade, som har fått sin hälsa, ekonomi och arbets- och försörjningsförmåga förstörda till följd av osaklig och olaglig handläggning av deras sjukförsäkringsärenden.*

## ISF Rapport 2021:3 Försäkringskassans utredningsskyldighet

I den här granskningen har ISF gått igenom tre typer av ärendeakter, där Försäkringskassan – i samtliga ärenden – har nekat rätt till sjukförsäkringsförmåner:

- 151 ärenden gällande *initial sjukpenning*,
- 151 ärenden gällande *sjukpenning efter 180 dagar* och
- 153 ärenden om rätt till *aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga*.

På s. 12 i sammanfattningen skriver ISF:

Vi bedömer att Försäkringskassans tolkning av vad myndighetens utredningsskyldighet innebär är förenlig med vad som gäller enligt lag.

*Det påståendet har ingen täckning i verkligheten. För det första för att ISF inte har beaktat Försäkringskassans skyldighet att informera om – och på ansökan från den försäkrade – tillhandahålla förmånen rehabiliteringsåtgärder.* En begäran om ersättning i sjukförsäkringen ska aldrig avslås på grund av den försäkrades behov av medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder inte är klarlagt och tillgodosett, med stöd av bestämmelserna i 29–31 kap. SFB samt 27 kap. 6–7 §§ SFB.

*För det andra påstår ISF – med hänvisning till den s.k. arbetsförmågeutredningen (SOU 2009:89) – att Försäkringskassan har rätt att kräva in personuppgifter från hälso- och sjukvården i syfte att konstruera s.k. DFA-kedjor, vilket inte heller stämmer.* På s. 167 pekar ISF till s. 12 i arbetsförmågeutredningens sammanfattning, där det står:

Att sjukdom föreligger är dock inte tillräckligt för rätt till ersättning. Ytterst är det om arbetsförmågan påverkas av den aktivitetsbegränsning, som i sin tur orsakas av nedsättning av funktion i kropp eller i psyke, som avgör. Denna kedja, Diagnos => Funktionsnedsättning => Aktivitetsbegränsning (DFA-kedjan), finns redan som det tankemönster som t.ex. styr utformningen av blanketten som läkarna fyller i inför beslut om ersättning från sjukförsäkringen. Vi vill emellertid lyfta fram begreppet 'DFA-kedjan' och understryka hur grundläggande den är för sjukförsäkringens medicinska förankring. *Det är en professionell bedömning av DFA-kedjans tre led och en rimlig koppling dem emellan som krävs av hälso- och sjukvården för rätt till ersättning från sjukförsäkringen.*

*Problemet är att arbetsförmågeutredningen bluffar om gällande rätt. Det finns inget stöd i rättsordningen för att konstruera DFA-kedjor, i syfte att avgöra om rätt till sjukförsäkringsförmåner föreligger.*

Riksdagen har inte genomfört något enda av arbetsförmågeutredningens förslag, eftersom de går ut på att den individuella rätten till medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder i sjukförsäkringen ska avskaffas och ersättas av en politisk normering som slår stenhårt mot alla som inte är normala. På s. 14 i SOU 2009:89 klargör utredningen vad den ville:

Däremot är det viktigt att inse att frågan om *vilken grad* av aktivitetsbegränsningar som ska krävas för att sjukskrivning ska bli aktuell vid bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete *inte är en medicinsk fråga*. När instrumentet finns kommer kalibreringen av gränsvärdena – hur nedsatt koncentrationsförmåga kan man ha, vad gäller om man blivit blind eller hur mycket fysisk ansträngning är rimlig och ändå avkrävas att försöka försörja sig i ett annat arbete – att behöva ske genom *politisk normering*. Frågan om vilken ansträngning som ska krävas av individen måste ges av försäkringens regelverk. Det finns inte längre en medicinsk sanning att luta sig mot.

Det är framför allt mellan-ledet i DFA-kedjan – funktionsnedsättningarna – som inte är förenliga med rättsordningen, eftersom medicinska funktionsnedsättningar definieras som en *avvikelse från vad som är normalt i befolkningen*.

Det är inte en relevant personuppgift överhuvud taget. Det viktiga i sjukförsäkringen för det första att ta reda på om en sjukförsäkrad har fått nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom *i förhållande till sig själv*, se grundvillkoret i 27 kap. 2 § SFB. För det andra om personen har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom i förhållande till lämpliga heltidsarbeten, i vilka hen kan prestera normalt och – av det skälet – kan få en kollektivavtalsenlig lön, när den försäkrade är medicinskt färdigbehandlad och färdigrehabiliterad, se 27 kap. 50 § SFB.

För det tredje handlar inte sjukförsäkringen om vilken arbetsförmåga personer har; försäkringen är endast tillämplig när det går att styrka att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom, dels faktiskt; att den försäkrade på grund av sjukdomen inte kan arbeta. Dels terapeutiskt/profylaktiskt; innebärande att den försäkrade behöver avstå från arbete på hel- eller deltid för att inte bli svårare sjuk och/eller kunna bli frisk.

***Som jag har klargjort ovan, i den här skrivelsen, hindrar det inte staten att riksdagen aldrig genomför arbetsförmågutredningens förslag. Försäkringskassan inför i praktiken – med stöd av regeringen Reinfeldt och ISF – alla förslagen i arbetsförmågutredningen.***

En första version av det politiska bedömningsinstrumentet tas fram år 2010 och går under beteckningen [Kunskapsunderlag](#): ”Beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden”, förkortat KU.

Nästa version av det olagliga politiska bedömningsinstrumentet kommer år 2018 och används fortfarande av Försäkringskassan, men har aldrig tillgängliggjorts på Internet. Instrumentet är officiellt framtaget av Arbetsförmedlingen och heter *Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga (RAF) Aktivitetskrav inom grupper av yrken på svensk arbetsmarknad*, se Bilaga 2 till den här skrivelsen.

Både KU och RAF baseras på en osaklig idé om att sjuka kan bli anställda i och – på heltid och till kollektivavtalsenlig lön utföra – olika yrken utan att ha den nödvändiga utbildningen och arbetslivserfarenheten samt endast med hjälp av mer eller mindre nedsatta allmänna förmågor, som vi behöver för att klara grundskolan med godkända betyg. Se de s.k. deskriptorerna på s. 316 ff. i RAF (Bilaga 2) och hur deskriptorerna används till att definiera ”aktivitetskrav” inom olika yrkesgrupper i RAF. KU och RAF är försäkringsbedrägeri (svindleri).

När arbetsförmågutredningen publiceras i november 2009 har inte Försäkringskassans läkarintyg någon DFA-kedja. Blanketten heter *MEDICINSKT UNDERLAG – för bedömning*

av rätt till sjukpenning och eventuellt behov av rehabilitering. Det som efterfrågas är *Diagnos, Anamnes, Status* (d.v.s. hälsotillstånd), *Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet?* samt läkares *Föreskrift – behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas.*

I april 2010 ändrar Försäkringskassan på blanketten så att den fortsättningsvis enbart ska handla om sjukpenning – och inte längre om behov av och rätt till – förmånen rehabiliteringsåtgärder. Förutom *Diagnos* efterfrågas nu *Aktuellt sjukdomsförlopp* i stället för *Anamnes, Funktionsnedsättning* i stället för *Hälsotillstånd*, samt *Aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos (fält 2) och funktionsnedsättning (fält 4)*, d.v.s. en fullständig DFA-kedja. Dessutom är frågan om läkares föreskrifter gällande behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas, ersatt av *Rekommendationer* utan något specifikt syfte.

Vilka personuppgifter som Försäkringskassan har rätt att inhämta styrs vid den här tiden av 9 § [PUL](#) och fr.o.m. den 25 maj 2018 av artikel 5 [DFO](#). Enligt båda regelverken får personuppgifter enbart *samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål.*

Försäkringskassan har dock aldrig preciserat några ändamål för vilka personuppgifter i sjukförsäkringen får samlas in, vilket leder till att nästa krav i samma bestämmelse är omöjligt att verkställa; att personuppgifter ska vara *adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas* (uppgiftsminimering).

Att som Försäkringskassan gör, sedan 15 år tillbaka, efterfråga personuppgifter om medicinska funktionsnedsättningar i förhållande till vad som är normalt i befolkningen i syfte att konstruera DFA-kedjor har aldrig varit lagligt, eftersom det utgör profilering och sådan är förbjuden enligt sjukförmånsbestämmelserna i socialförsäkringsbalken, t.ex. 27 kap. 2 § SFB.

Konstruktion av DFA-kedjor är *inte ett berättigat ändamål för behandling av personuppgifter* i sjukförsäkringen. Alla utredningar och bedömningar i sjukförsäkringen ska vara individuella och relateras till individens *på grund av sjukdom nedsatta förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete i konkurrens med alla andra som arbetar och söker jobb.*

Slutsatsen är att ISF med Rapport 2021:3 ännu en gång har gjort bort sig fullständigt juridiskt. I stället för att använda sig av lagen har tillsynsmyndigheten hänvisat till en statlig utredning med normbrytande förslag, som riksdagen aldrig har genomfört.

***Konsekvensen blir att ISF:s granskning av 455 avslagsbeslut i sjukförsäkringen är osaklig, eftersom tillsynsmyndigheten inte har klart för sig vilka krav den ska ställa på Försäkringskassan. Om ISF hade använt lagen som rättesnöre, borde slutsatsen ha blivit inget av de granskade avslagsbesluten vilar på en sådan rättssäker – och transparent – utredning som alla sjukförsäkrade har rätt att kärva.***

Huruvida några av de 455 avslagsbesluten – trots utredningsbristerna – har en materiellt riktig utgång går inte att avgöra, så länge de lagstadgade utredningskraven inte är korrekt angivna och skickligt tillämpade i varje enskilt fall, vilket ISF har bidragit till att förhindra.

## Högsta förvaltningsdomstolen dömer utan att vara inläst på rättsordningen

Ett avgörande skäl till att sjukförsäkringen har havererat, är juridisk inkompetens hos Högsta förvaltningsdomstolen. Dels har HFD inte klart för sig vad det slutliga bevis temat i ett vanligt sjukförsäkringsärende är. Dels är HFD inte införstådd med att statens tjänstemän inte är behöriga att göra självständiga bedömningar av om en sjukförsäkrad har *nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom*, eftersom det är en fråga om att utreda och bedöma personens hälsotillstånd. Professionella utredningar gällande hälsotillstånd får endast utföras av legitimerade läkare, vilka är anställda av en vårdgivare, och som har gjort en tillräckligt noggrann personlig undersökning av patienten, vilket regleras i 5 kap. 1 § Patientsäkerhetslagen.

På s. 5 i HFD:s prejudikat [667–17](#) kan vi se att domstolen har missförstått själva *Frågan i målet*. Domstolen skriver:

Frågan i målet är hur det ska avgöras om en försäkrad har en sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Påståendet om det s.k. slutliga bevis temat är felaktigt. För att kunna ange rätt bevis tema i det aktuella målet, måste tre olika bestämmelser i 27 kap. SFB läsas tillsammans; det *grundläggande villkoret* för sjukpenning i 27 kap. 2 § SFB, den *grundläggande bestämmelsen* i 27 kap. 46 § SFB samt *tilläggsbestämmelsen* till 46 § SFB i 48 §, om *bedömningen efter 180 dagar*.

Enligt 2 § är det alltid huruvida patientens arbetsförmåga är *nedsatt på grund av sjukdom*, som ska avgöras – och inte vilken s.k. restarbetsförmåga som eventuellt kan finnas.

Enligt 46 § ska avgörandet handla om ifall den försäkrade *på grund av sjukdomen inte kan utföra förvärvsarbete*. Om den försäkrade *på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärvsarbete ...*, ska hans eller hennes arbetsförmåga anses *nedsatt i minst motsvarande grad*, står det sedan i andra stycket. Uttrycket *behöver avstå*, syftar rimligen på att sjukförsäkringen även täcker att det – på undersökande läkares inrådan – kan vara nödvändigt att avstå från arbete, för att kunna tillfriskna effektivt, vilket är klargjort i ett flertal förarbeten.

Om vi sätter samman de tre bestämmelserna (27 kap. 2, 46 och 48 §§ SFB) blir frågan som borde ha avgjorts av HFD:s mål 667–17:

Frågan i målet är hur det ska avgöras om en försäkrad ***på grund av sjukdom inte*** har en sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Endast med en sådan utgångspunkt är det riktigt att basera avgörandet på läkarundersökningar, medicinska bedömningar, läkarintyg och uppgifter om hur arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom från den försäkrade själv och en eventuell arbetsgivare. Förvaltningsrätten i Falun gjorde en sådan noggrann medicinsk utredning – och kom fram till att den försäkrade arbetsförmåga var nedsatt enligt anspråk, se mål nr 2709–15.

***För att besvara frågan som HFD har formulerat i mål 667–17, är det inte särskilt relevant att fokusera på patientens behov av medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder. HFD:s fråga besvaras antingen genom relevant arbetsprövning eller genom att inhämta sådana personuppgifter som arbetsgivare använder när de anställer, d.v.s. ett***

***kronologiskt fullständigt cv som även visar relevanta sjukperioder, uppgifter om utbildning och arbetslivserfarenhet, betyg från skolor och arbetsplatser samt personliga referenser.***

Det som ska bedömas är den försäkrades kapacitet (genomförandeförmåga) gällande förvärvsarbeten som arbetsgivare vill betala för. Det som domstolen – utifrån HFD:s fråga – ska ta ställning till är om staten, som har bevisbördan, har gjort sannolikt att det finns normalt förekommande arbetsgivare, vilka under den i ärendet/målet aktuella sjukperioden sannolikt hade varit villiga att anställa just den här patienten – i befintligt skick – på heltid och till en kollektivavtalsenlig lön. Jag kan inte, baserat på personuppgifterna som framkommer när Förvaltningsrätten i Falun utreder ärendet/målet, se några sådana arbetsgivare framför mig.

Gäller prövningen en person med familj och hemmavarande barn behöver utredningen dessutom besvara frågan om det är sannolikt att den försäkrade klarar av att dubbelarbeta i ett lämpligt förvärvsarbete på heltid under en längre tid, utan att bli sjuk eller ännu sjukare.

Det är vidare Försäkringskassans – och inte hälso- och sjukvårdens – skyldighet att säkerställa att en rättssäker prövning kommer till stånd, vilket följer av utredningsansvaret. Så länge ett relevant underlag saknas föreligger sakprövningshinder och då har kassan inte haft rätt att gå till beslut. Det är ett grovt förfarandefel.

Kammarrätten i Sundsvall (mål 457–16) och HFD borde ha fastställt Förvaltningsrätten i Faluns dom, från den 29 januari 2016, i mål nr 2709–15. De borde ha klargjort att Försäkringskassan har försummat att använda sig av befintliga personuppgifter på rätt sätt. Den försäkrade led av svår obesitas och ett flertal svåra följsjukdomar, inklusive hjärtsvikt. Han hade varit långtidssjukskriven i flera år, blivit utförsäkrad på grund av den s.k. stupstocken, hade ett *anpassat arbete* på 25 procent och ansökte om rätt till sjukskrivning och sjukpenning på resterande 75 procent.

Under närmare hälften av den aktuella sjukperioden i början av år 2015 var den försäkrade dessutom sjuk från det anpassade arbetet på två timmar per dag – och beviljades sjukskrivning och sjukpenning av Försäkringskassan. Att då, som Försäkringskassan, Kammarrätten och HFD har gjort påstå att det är styrkt att den försäkrade kan försörja sig genom ett normalt förekommande arbete – alltså ett arbete som inte är anpassat – på etthundra procent och till kollektivavtalsenlig lön, är absurt; det är fullständigt utan verklighetsförankring.

Att avslå en ansökan om rätt till sjukskrivning och sjukpenning, när det – som i det här fallet – finns en fullgod medicinsk utredning, är ett för den försäkrade betungande beslut. Det betyder att *staten måste ta fram motbevisning* som styrker att den försäkrade sannolikt hade en sådan arbets- och försörjningsförmåga under sjukperioden, som krävs för att staten ska ha rätt att neka sjukskrivning och sjukpenning enligt anspråk, vilket följer av 11 § [FPL](#).

Genom att förfara juridiskt oredligt har HFD lyckats förena det sämsta av två världar; Man har läst lagen så slarvigt att man har missförstått vad som är det slutliga bevistemat. När sedan bevisningen ska granskas i förhållande till det felaktiga bevistemat, inser prejudikatsdomstolen inte heller att det är andra typer personuppgifter – än de som domstolen har lyft fram – som behövs för att kunna avgöra om det falska bevistemat är sannolikt. Dubbelfel!

Det är vidare värt att notera att staten, när den ska ange hur en sjuk person kan försörja sig genom förvärvsarbete, enligt 27 kap. 48 § [SFB](#), numera även är skyldig att specificera

inom vilken/vilka yrkesgrupper en sjukförsäkrad bedöms kunna bli erbjuden ett lämpligt arbete som hen kan behålla. Regeringarna har dock i ett flertal propositioner gällande sjukförsäkringen och sedan flera decennier tillbaka, försökt hävda att Försäkringskassan har rätt att bortse från vilken utbildning och arbetslivserfarenhet en försäkrad har, när myndigheten ska peka ut lämpliga arbeten som patienter kan försörja sig på.

Det följer dock av det faktum att det är *den enskilde* – d.v.s. individen med ett visst personnummer – som är socialförsäkrad, att det inte är juridiskt tillåtet att låtsas att ett visst sjukförsäkringsärende gäller någon annan person, med andra individuella förutsättningar och behov. Logiken är densamma som vi har i andra försäkringar; en bilförsäkring gäller ett unikt fordon, med ett visst chassi- och registreringsnummer i befintligt skick, och en hemförsäkring är knuten till en viss bostad med en unik adress som också är i befintligt skick, etc.

Jag vill avsluta det här resonemanget med två medskick: För det första att rätten till de två förmånerna sjuk- och aktivitetsersättning, borde avgöras inte enbart baserat på medicinska underlag, utan också med stöd av relevanta arbetsprövningar, vilket sannolikt hade uppfattats som såväl naturligt, förnuftigt, som hjälpsamt ifall Försäkringskassan hade tillhandahållit rehabiliteringsåtgärdsförmånen, som myndigheten helt undviker.

För det andra finns det en snart 50 år gammal plenidom i Försäkringsöverdomstolen, [FÖP 1987:30](#), vilken reder ut hur det ska vara med rehabiliteringsrätten och omskolningsrätten, när sjukförsäkringens regelverk används rättssäkert.

Det är genom att staten synnerligen grovt har misstolkat vad Förvaltningsöverdomstolens enhälliga dom – tillsammans med den rådande rättsordningen – ska betyda, som vi har fått en ineffektiv, dysfunktionell och destruktiv sjukförsäkring med en rehabiliteringskedja som är en utförsäkringskedja, vilket framgår av Ds 1994:91 (se Bilaga 1).

Om sjukförsäkringen ska förvaltas konstruktivt, behöver det börja med en rättssäker tolkning av just den här domen, eftersom den sätter fingret på att sjuka personer konkurrerar om nya arbeten på en öppen marknad, där yngre och friskare personer – av arbetsgivarna – vanligen ges företräde till enklare jobb, vilka inte kräver så mycket utbildning och arbetslivserfarenhet. Domen visar att sjukförsäkringen ska täcka nödvändig omskolning, när en patient behöver förkovra sig för att ha en sportlig chans att bli erbjuden ett lämpligt arbete.

Eftersom rehabiliteringsåtgärdsförmånen är helt censurerad av staten, får dock inga patienter de nödvändiga omskolningsutredningarna de har rätt till, enligt 29–31 kap. SFB.

## **Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning är juridiskt kaputt**

För fem år sedan, år 2021, var kritiken mot sjukförsäkringen mycket stark i media och Försäkringskassan kände sig tvungen att agera. Man utlovade en genomlysning av sjukförsäkringen, som aldrig verkställdes, och startade i augusti 2022 ett projekt som kallas *Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning*, se FK Dnr 2022/015106.

Programmet arbetade under två och ett halvt år och helt utan nödvändig juridisk kompetens. Resultatet är drygt tio rapporter, vilka saknar förankring i rättsordningen. Den sista heter *Utvecklad verksamhetsidé för sjukförsäkringens förvaltning 2024-03-25*. Här framgår det att

Försäkringskassan saknar grundläggande kunskaper om sina lagliga skyldigheter. När det gäller rätt till sjukskrivning och sjukpenning beskrivs rättsläget på följande sätt (s. 5):

En person kan beviljas sjukpenning om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Lagstiftningen och praxis ger dock ingen närmare vägledning i hur arbetsförmågan ska bedömas eller när den kan anses vara nedsatt<sup>6</sup>. Om en individ har nedsatt arbetsförmåga eller inte är sällan ett tillstånd som går att objektivt påvisa eller kontrollera. En bedömning av arbetsförmågans nedsättning är därför en bedömning av vad som är *sannolikt* och innefattar alltid en varierande grad av osäkerhet. Det stora bedömningsutrymmet innebär att det är en relativt fri bedömning om en person har nedsatt arbetsförmåga eller inte.

Fotnot 6 i citatet ovan hänvisar till ISF:s grovt vilseledande rapport 2016:1 om *Att använda lagens bedömningsutrymme*, som jag har redogjort för ovan. Ett avgörande problem är även att Försäkringskassan tror att det är myndighetens tjänstemän som ska avgöra om en sjukförsäkrad har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, när det endast är undersökande läkare som är behöriga att göra sådana bedömningar, eftersom det är en fråga som gäller hälsotillstånd.

Även när det gäller skyldigheten att utreda och fatta beslut om vilka konkreta rehabiliteringsåtgärder en enskild patient behöver – och därför har rätt till – har Försäkringskassan helt och hållet missförstått sin uppgift. På s. 6 skriver myndigheten:

Inom ramen för det så kallade samordningsuppdraget ska Försäkringskassan klargöra en sjukskriven persons rehabiliteringsbehov, ”verka för” att övriga aktörer genomför de rehabiliteringsinsatser som behövs och vid behov samordna dessa insatser. Försäkringskassan disponerar själva inga konkreta insatser som kan påverka förutsättningarna för återgång i arbete. Försäkringskassan kan till exempel inte genomföra medicinska behandlingar, anpassa arbetsuppgifter, rusta den enskilde för att kunna ta andra arbeten på arbetsmarknaden eller genomföra andra rehabiliteringsinsatser. I den meningen är Försäkringskassan den aktör som i minst utsträckning har möjlighet att påverka förutsättningarna för återgång i arbete.

Det som framhålls ovan är rena lögner om Försäkringskassans skyldigheter att – efter en formell ansökan om rehabiliteringsåtgärdsförmånen från den försäkrade – arbeta med rehabilitering på det sätt som föreskrivs i 29–31 kap. SFB.

***Försäkringskassan är aktören som ska ansvara för att alla sjukförsäkrade får effektiva rehabiliteringsåtgärder. Det är kassan som ska se till att varje sjukförsäkrad snarast får effektiva medicinska behandlingar, anpassade arbetsuppgifter, rustas för att kunna ta andra arbeten på arbetsmarknaden eller får andra rehabiliteringsinsatser, när det behövs.***

Efter att ha feltolkat den viktigaste arbetsuppgiften i sjukförsäkringen fortsätter Försäkringskassan i slutrapporten från Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning med att berätta att man lägger 2 200 årsarbetskrafter (!) på samordningsuppdraget.

Det arbetet är olagligt på två sätt. För det första för att merparten av arbetet görs utan personlig kontakt med de försäkrade. En person som ansöker om sjukpenning och beviljas

sådan får inget klagörande motiverat beslut, utan endast utbetalningsavier, se s. 10–13 min visseblåsning från [2025-03-08](#). Patienten får inte heller veta att det finns en rehabiliteringsåtgärdsförmån, som hen har rätt att ansöka om.

För det andra startar Försäkringskassan, om den försäkrade inte är frisk när sjukpenning beviljas första gången, utan den försäkrades vetskap ett särskilt rehabiliteringsärende kopplat till sjukpenningförmånen, i vilket kassan bedriver hemlig övervakning av patienten med stöd av känsliga personuppgifter. Se min beskrivning av IKR-metoden på s. 17–21 i [visseblåsningen](#) för ett år sedan.

Att slippa sådan hemlig övervakning från statens sida är dock en grundlagsskyddad rättighet, enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen som lyder:

Utöver vad som föreskrivs i första stycket är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

I praktiken går den s.k. IKR-metoden ut på att Försäkringskassan i hög utsträckning ”rehabiliterar” avatarer, d.v.s. fantasifigurer, i stället för verkliga människor. Metoden för att göra det är profilering; att gissa sig till personliga förhållanden genom att använda statistik, vilket är förbjudet, enligt bestämmelserna i 30 kap. SFB.

Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning har dock inte bara misslyckats med att klargöra vad som är gällande rätt. Det finns även en rapport som *heter Bedömning av rättsliga förutsättningar* (2023-12-18) i vilken Försäkringskassans rättsavdelning har granskat de framlagda förslagen om hur sjukförsäkringen ska förvaltas framgent.

Här sågas programmets bärande idéer på grund av att de inte bedöms vara förenliga med dataskyddsförordningen, [AI-förordningen](#) samt den grundlagsskyddade rättigheten att slippa hemlig övervakning, som jag har redogjort för ovan. När det gäller ”bedömning av arbetsförmåga” (vilket är ett rekvisit som inte finns i lagen) skriver Rättsavdelningen på s. 6:

Programmets förslag förutsätter att arbetsförmågebedömningarna schabloniseras vilket i sin tur kräver lagändringar. Den nuvarande lagstiftningen är konstruerad så att handläggaren utifrån de enskilda omständigheterna i ärendet ska fatta ett så materiellt riktigt beslut som möjligt inom ramen för bedömningsutrymmet. Eftersom det rör sig om en individuell bedömning har Försäkringskassan inte möjlighet att i förväg styra exakt hur dessa bedömningar ska göras.

Förslaget innebär att Försäkringskassan på förhand ska bestämma vilken informationsmängd som krävs och hur den ska värderas för att kunna bedöma om arbetsförmågan är nedsatt i sådan omfattning att det finns rätt till sjukpenning. Den lösningen är inte förenlig med nuvarande lagstiftning. Att Försäkringskassan ska göra en individuell bedömning innebär att myndigheten inte i förväg kan bestämma vilken informationsmängd som ska hämtas in och vilken informationsmängd som är tillräcklig för att en ansökan om sjukpenning ska bifallas. Det är den enskilde handläggarens uppgift att i varje enskilt ärende bedöma vilken utredning som behövs för att ärendet ska vara tillräckligt utrett.

Om vi med ”bedömningsutrymme”, skulle mena att det är undersökande läkares bedömningsutrymme som avses samt att Försäkringskassan ska göra en juridiskt kvalitetssäkrad – och

helt transparent – skriftlig bevisvärdering av läkarintygen och alla andra relevanta personuppgifter i varje ärende, är Rättsavdelningens slutsatser riktiga. Det finns dock inget som tyder på att Rättsavdelningen menar så. Avdelningen är i allra högsta grad insyltad i det pågående storskaliga sjukförsäkringsbedrägeriet.

Sammanfattningsvis har *Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning* misslyckats fullständigt – i förhållande till kraven på Försäkringskassan som uttrycks i 3 § myndighetsförordningen:

Myndighetens ledning ansvarar inför regeringen för verksamheten och skall se till att den bedrivs effektivt och enligt gällande rätt och de förpliktelser som följer av Sveriges medlemskap i Europeiska unionen, att den redovisas på ett tillförlitligt och rättvisande sätt samt att myndigheten hushållar väl med statens medel.

***Under år 2025 var det närmare 909 000 personer som uppbar någon ersättning i sjukförsäkringen. Nästan en femtedel av Försäkringskassans arbetsstyrka användes till att göra godtyckliga, olagliga, hemliga och ineffektiva bedömningar av rehabiliteringsbehov i uppenbar strid med gällande rätt.***

***Noll personer fick en beslutad rätt till lagliga – och dokumenterat effektiva – rehabiliteringsåtgärder, vilka hade planerats i samråd med den försäkrade utifrån hans individuella förutsättningar och behov, eftersom Försäkringskassan inte har någon organisation som syftar till att utföra ett sådant – lagligt och personcentrerat – rehabiliteringsarbete.***

## **Generaldirektören bluffar om sjukförsäkringens juridik och har ingen kontroll**

För snart fem år sedan, den 13 maj 2021, publicerade Svenska Dagbladet en [debattartikel](#) skriven av Försäkringskassans generaldirektör, Nils Öberg, som har rubriken *F-kassan: Vi tar intryck av skarpa kritiken*.

Inget som framhålls i den artikeln överensstämmer med verkligheten. Öberg påstår för det första att det mesta som kassan gör i sjukförsäkringen är av god kvalitet. Som jag har klargjort ovan stämmer inte det; ingen sjukförsäkrad får den lagstadgade rätten till rehabiliteringsåtgärder.

För det andra utlovar Öberg ett omfattande förändringsarbete, som aldrig har genomförts. Under de senaste två åren pekar alla siffror åt fel håll. Antalet sjukpenningärenden som omprövas och har avgjorts har ökat med drygt 80 procent (Tabell 35 i årsredovisningen för 2025). Beviljandegraden har samtidigt sjunkit med 23 procent. I förvaltningsrätterna har sjukpenningmålen ökat med 25 procent och beviljandegraden sjunkit med 30 procent (Tabell 36 i årsredovisningen för 2025).

Mellan 2023 och 2025 ökade antalet avslag på en initial ansökan om sjukpenning med 13 procent och indragen av sjukpenning ökade med 86 procent, alltså nästan en fördubbling (Tabell 46 och 47 i årsredovisningen för 2025).

***Genom att göra hårdare bedömningar gällande rätten till sjukskrivning sänder Försäkringskassan en tydlig signal till hela Sverige om att undvika sådana sjukskrivningar som kan förebygga svårare sjukdom, vilket är olagligt enligt 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#) om rätt till sjukpenning i förebyggande syfte m.m. samt 29–31 kap. [SFB](#). Resultatet är att sjukskriv-***

**ningar som blir längre än 180 dagar numera domineras av stressrelaterad psykisk ohälsa, se Försäkringskassans lägesrapport [2026:1 om Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv](#).**

Patienter som får sin hälsa, ekonomi, arbets- och försörjningsförmåga långvarigt förstörd, på grund av att Försäkringskassan saknar det lagstadgade rehabiliteringsarbetet, har ofta bra bevisning i form av välgjorda läkarintyg som visar hur staten – uppsåtligt – vållar skador. Genom läkarintygen kan man succesivt följa – den enligt medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet – förväntade försämringen av hälsotillståndet, när nödvändig sjukskrivning nekas och endast personligt mindre effektiva medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder kan vidtas, på grund av att Försäkringskassans vägrar samarbeta med hälso- och sjukvården.

I generaldirektörens snart fem år gamla debattartikel utlovas för det tredje, en ny intern tillsynsfunktion:

Vi kommer att bygga upp en ny och från försäkringsavdelningarna och rättsavdelningen oberoende och organisatoriskt avskild intern tillsynsfunktion. Den omfattande externa tillsyn som vår verksamhet sedan många år är föremål för räcker uppenbarligen inte. Många kloka iakttagelser och rekommendationer har inte fått det genomslag de förtjänar, trots att viljan funnits. Vår förmåga att kontinuerligt följa upp och åtgärda resultaten av uppföljningarna är inte tillräckligt utvecklad. Därför kommer varje verksamhetsställe från och med 2022 att regelbundet inspekteras för att vi ska säkerställa att fattade beslut också verkställs och leder till en enhetlig rättstillämpning, på alla nivåer och över hela landet. Denna tillsyn kommer också att skapa väsentligt bättre förutsättningar för ett kontinuerligt och omedelbart lärande i hela organisationen. Det förbättrar i sin tur förutsättningarna för att verkställa snabba förändringar, till exempel vid ny lagstiftning.

Bilaga 3 till den här skrivelsen är den första rapporten från tillsynsfunktionen, som kassans styrelse har fått del av. Texten syftar till att ge en *Övergripande lägesbild* i november 2025. Utifrån innehållet i skrivelsen kan vi dra slutsatsen att tillsynen har misslyckats, om syftet var att komma åt oegentligheterna i sjukförsäkringen, som vållar ersättningsgilla skador.

För det fjärde utlovade generaldirektören i debattartikeln, för fem år sedan, att man kraftigt skulle *förstärka det rättsliga arbetet*. På s. 12 i Bilaga 3 kan vi läsa om hur det gick med implementeringen av det förstärkta rättsliga stödet. Kassan ger följande lägesbild:

- Otillräcklig styrsignal om varför FK beslutade om att införa rättsliga stöd.
- Ingen aktiv nedbrytning av rättsligt stöd på försäkringsavdelningarna.
- Kommunikationen om införandet och det löpande arbetet har varit bristfällig.
- Införandet av det rättsliga stödet har försvårat vardagen som helhet.
- Eskalering sker med återkoppling och justering brister.
- Rättsligt stöd har inte fått tillräckligt genomslag på FK.

Försäkringskassans lösning på det rättsliga problemet var att år 2021 be regeringen om ett extra anslag på drygt 200 Mkr för att anställa ett par hundra nya jurister. Jag läste några av de interna styrdokumenterna, om hur man avsåg att använda juristerna, – och är inte det minsta förvånad över att det inte ledde till någon förbättring av kvaliteten på kassans juridiska arbete.

Det vi ser i Bilaga 3 är en i det närmaste total oförmåga från ledningens sida att styra och kontrollera Försäkringskassans arbete baserat på rättsordningen. Förmågan att lära av gjorda misstag är också obefintlig. Det enda som finns är strömmar av ord, vilka inte hjälper.

***Efter att under fem års tid ha läst och begrundat ett tusental interna styrdokument som Försäkringskassan har upprättat, vilka direkt eller indirekt berör sjukförsäkringen, är min slutsats som professionell lednings- och organisationsutvecklare att Försäkringskassans ledning har tappat kontrollen över organisationen.***

Orsaken till problemet står vidare att finna i kassans *Försäkringskassans styrfilosofi*, se Bilaga 4 till den här skrivelsen. Styrfilosofin klargör att rättsordningen inte är relevant, när kassan ska styras; all styrning ska i stället utgå från dokumenterade interna beslut.

Ett exempel på ett sådant beslut från 2022-05-30, med Dnr FK 2022/010200, ligger på min [hemsida](#). Här beslutar kassan hur arbetet med vanliga sjukförsäkringsärenden ska vara organiserat – utan att beakta en enda bestämmelse i rättsordningen. Genom att införa de tre olika verksamhetslogikerna, som anges i styrfilosofin, avskaffas – med ett penndrag – rätten till personlig service enligt förvaltningslagen, som Högsta domstolen har slagit fast att alla sjukförsäkrade har i mål [T 2139–12](#).

Jag hittade HD:s prejudikat för att det står om det i ett par av Försäkringskassans vägledningar. Dels på s. 20 i [Vägledning 2004:7](#) om *Förvaltningsrätt i praktiken*. Dels på s. 25 i [Vägledning 2024:1](#) om *Skadestånd och ersättning av allmänna medel*. I båda fallen beskrivs HD:s ställningstagande utan att Försäkringskassan klargör vad det skulle kunna betyda för den befintliga verksamheten, om sjukförsäkrade börjar använda sig av prejudikatet och stämmer staten på skadestånd, för att de har gått miste om rehabiliteringsåtgärdsförmånen.

Den interna tillsynsfunktionen, som beskrivs i Bilaga 3 till den här skrivelsen, visar att Försäkringskassan är fånge i sin egen byråkrati och att det problemet inte kan lösas genom att expandera byråkratin. Den visar också att kassan helt har tappat fokus på dem som verksamheten är till för, d.v.s. de socialförsäkrade. Vi har en sjukförsäkring med inbyggt skadevållande och skadevållande som standard.

## **#116OmDagen har tusentals berättelser om hur patienter skadas av staten**

Under snart ett decennium har det ideella nätverket [#116OmDagen](#) samlat personliga berättelser om hur staten skadar sjukförsäkrade, genom att i strid med rättsordningen och i strid med medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet, neka rätt till sjukförsäkringsförmåner.

Jag rekommenderar dig som läser den här skrivelsen att ta del av några av de många berättelserna, så att du förstår att problemen mina visselblåsningar handlar om är verkliga.

Upprinnelsen till oegentligheterna är, som jag har framhållit ovan, att de tre rättssäkra Försäkringsrätterna samt Försäkringsöverdomstolen avskaffades den 1 juli 1991 och ersattes av socialförsäkringsjuridiskt oskolade förvaltningsdomstolar. Det ledde i sin tur att de galna och olagliga idéerna i Ds 1994:91 (se Bilaga 1) kunde säljas in till alla regeringar som har innehaft makten, fr.o.m. regeringen Bildt.

Den avgörande skadan med Ds 1994:91 om *Rätten till förtidspension och sjukpenning* är att staten i strid med 1 kap. 1 § [AFL](#), om att rehabilitering ingår i sjukförsäkringen, bytte ut

den grundläggande presumtionen, d.v.s. själva antagandet om hur man ska se på det faktum att någon har blivit sjuk.

Före prop. 1994/95:147 var antagandet att en sjuk person kan behöva medicinsk behandling och rehabilitering, och även andra rehabiliteringsåtgärder som inkluderar rätt till sjuk-skrivning, för att bli frisk och hållbart kunna försörja sig genom förvärvsarbete. Det fanns ett förtroende för hälso- och sjukvårdens medicinska arbete och vården sågs som experter på hur man bäst botar och/eller lindrar olika sjukdomar.

I Ds 1994:91 och i prop. 1994/95:147 smutskastas hälso- och sjukvården, utan hänvisning till några källor, och framställs som partisk och medicinskt inkompetent. Om det hade varit sant, skulle det endast finnas en konstruktiv lösning på det problemet och det hade varit att styra upp vården så att den kunde göra ett bättre jobb med patienterna.

Men staten valde i stället en destruktiv väg. Den införde obligatoriska läkarintyg och bytte ut den grundläggande presumtionen i sjukförsäkringen; Från och med den 1 oktober 1995 är det grundläggande antagandet att en person som har blivit sjuk är fortsatt fullt arbetsför och inte behöver vara sjukskriven för att bli frisk, till dess att något annat är medicinskt styrkt – och helst genom av läkare gjorda objektiva undersökningsfynd.

***Genom att förändra den grundläggande presumtionen så som jag har beskrivit – och samtidigt erbjuda en sjukförsäkring i vilken sjuka saknar rätt till både oberoende juridisk rådgivning och rättshjälp när staten gör fel, har staten skapat en jättestor risk för att sjukförsäkrade skadas på sätt som – när de stämmer staten i allmän domstol – visar sig vara ersättningsgilla.***

## **Riksrevisionen ansvarar för att stoppa det pågående försäkringssvindleriet**

Den 7 oktober 2025 gjorde två personer som är ansvariga för de årliga revisionerna av Försäkringskassans verksamhet hos Riksrevisionen, Erik Jäder och Hannah Engqvist, ett besök på Försäkringskassans styrelsemöte.

Vad de sa framgår av powerpointpresentationen som är Bilaga 5. De redogjorde för de allmänna förutsättningarna för den årliga revisionen samt ställde – enligt anteckningarna till bild 6 och 7 – ett antal allmänt hållna frågor till styrelsen och generaldirektören.

Utifrån den sakligt väl genomarbetade visuellblåsningen som Riksrevisionen fick av mig för ett år sedan framstår frågorna i anteckningarna till bild 7 som oinitierade; korkade. När det gäller *Regelefterlevnad* frågade Riksrevisionen:

- Vilka lagar och förordningar har störst påverkan på verksamheten?
- För FISK-myndigheter, har revisionsobjektet beaktat risken för att de inte följer lagar och förordningar i sin riskanalys?
- Ser GD några risker för brister i regelefterlevnaden?
- Vilka åtgärder har revisionsobjektet vidtagit för att minska risken för bristande regelefterlevnad?
- Finns det någon kritik från Justitiekanslern, Justitieombudsmannen eller tillsynsmyndigheter?

Riksrevisionens frågor anstår inte en myndighet som behärskar juridisk metod och är väl förtrogen med rättsordningen. Att exempelvis fråga *Vilka lagar och förordningar har störst påverkan på verksamheten?* är som om man skulle fråga en läkare vilken del av kroppen som är viktigast?

Det rätta svaret är att kroppen är ett sammanhållet system; att olika funktioner och organ avgör vilken hälsa en viss patient har, samt att hela kroppen behöver fungera som naturen har avsett för att man ska vara vid full vigör.

Likadant är det med rättsordningen. I varje sjukfall – och hos Försäkringskassan som helhet – ska samtliga tillämpliga lagar, förordningar och bestämmelser användas, i rätt ordning och på rätt sätt. Om inte Riksrevisionen vet vad det i praktiken innebär, har revisionen ingen ordning på rätten och då kan den inte genomföra en juridiskt korrekt revision.

***Utifrån visselblåsningen jag gjorde för ett år sedan, borde Riksrevisionen – i förhållande till Försäkringskassan – befinna sig i ett offensivt läge med konkreta och omfattande krav på regelefterlevnad. Att det inte har hänt bådar inte gott.***

Återstår nu att se om den här visselblåsningen gör någon skillnad. Om den inte tar som den borde, är mitt nästa steg – förutom att pröva möjligheter till skadestånd gällande mig personligen – att gå vidare med de två ordentliga visselblåsningarna jag nu har gjort gällande oegentligheterna i sjukförsäkringen till samtliga politiker i riksdagens socialförsäkringsutskott (ordinarie och ersättare).

Om jag behöver göra det, blir också den övergripande slutsatsen att problemen i sjukförsäkringen finns för att Riksrevisionen har misskött de årliga revisionerna av Försäkringskassans verksamhet under åtminstone de senaste 15 åren, efter att socialförsäkringsbalken trädde i kraft. En Riksrevision som inte vet vilka sjukförsäkringsförmåner Försäkringskassan är skyldig att tillhandahålla – hur det ska gå till och varför det är viktigt – tillämpar inte god revisionssed.

## Underskrift

Den här skrivelsen är elektroniskt signerad i Umeå, dag som ovan.

*Eva Grundelius*