

Signerat dokument

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



Signerad text:

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

(1) Avser PDF-fil enligt följande

Namn: SOU 2024-26 Eva Grundelius sammanställning 86 remissvar 240804.pdf

Storlek: 928981 byte

Hashvärde SHA256:

05bdf1e4c4eedb18b2fc0e9bb18ef7ee8466b5134bf15fc35dcd179cbad4c78a

Originalfilen och signaturerna är bifogade som bilagor till denna PDF.

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

Signerat av 1:

EVA GRUNDELIUS

Signerat med BankID 2024-08-04 17:52 Ref: 8d19a2c8-1100-4021-9687-037c0a8e68ad

De 86 remissvaren på SOU 2024:26 & mina reflektioner

Det finns 15 remissvar utöver de som Regeringskansliet har lagt upp på nätet

På sin [hemsida](#) har Regeringskansliet publicerat svar på SOU 2024:26 från de som har ombetts att svara. Ytterligare 15 remissvar har inkommit, bl.a. från Kommunal, Sveriges Lärare samt från mig, se filen som heter *Remissvar SOU 2024–26 från Eva Grundelius 240627*. Eftersom jag inte anser att statens utredningar av sjukförsäkringen håller tillräcklig kvalitet, har jag – förutom att ta ställning till förslagen i SOU 2024:26 – gjort en självständig utredning av de viktigaste problemen i försäkringen och ett eget författningsförslag.

Många anser inte att utredningen utgör ett gott underlag för lagändringar

Totalt finns det 86 remissvar och jag har läst igenom alla. Nedan är en sammanställning av hur de ser på utredningens förslag om att ta bort *övervägande skäl* (förslag 9.1) samt återgå till den tidigare betydelsen av *särskilda skäl* (förslag 9.2).

Runt hälften av remissinstanserna framhåller att det inte har gått tillräckligt lång tid för att det ska vara möjligt att göra en seriös utvärdering av reformerna som SOU 2024:26 vill ändra på. Många pekar även på metodmässiga brister i utredningen vilka är av fyra slag:

1. **Det är inte tillräckligt att undersöka genomsnittseffekter**, eftersom sjukförsäkringsändringen ska utredas och beslutas individuellt. Denna brist i utredningen medför även att utredningen inte kan beskriva vilka konsekvenser lagförslagen kan förväntas ha för olika grupper av individer. Den som vill ha en bra checklista över vilka konsekvenser utredningen borde ha belyst, rekommenderas läsa s. 71–77 i [Prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10](#), varigenom flera av bestämmelserna som utredningen vill ändra på infördes.
2. **Bristande validitet**. Enligt utredningen har man studerat ”reformeffekter” genom att göra en s.k. före-efter-analys. Flera remissinstanser framhåller dock att det inte går att göra en sådan analys eftersom det finns alltför många felkällor, d.v.s. resultatpåverkande faktorer som inte har varit konstanta under hela undersökningstiden. Se även Riksrevisionens argumentation angående detta på s. 14 i [RiR 2024:14](#) 14 *Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning*.
3. **Bristande kausalitet**. Utredningen hävdar att den kan uttala sig om vad som är orsak och verkan, trots att den inte har gjort sådana undersökningar, utan endast har tagit reda på om det finns statistiska samband med viss sannolikhet.
4. **Hälsomåttén är inte väl valda**. Utredningen hävdar att den kan bedöma sjukförsäkrades hälsa genom att studera antal dagar i slutenvård (inlagd på sjukhus), antal besök inom öppenvården (primärvård ej inkluderad), samt antalet dygnsdoser av läkemedel. Flera re-

missinstanser ifrågasätter detta, och i synnerhet att primärvårdsbesök inte har inkluderats.

Själv undrar jag bl.a. hur läkemedelskonsumtion är kopplad till hälsa? Om vi utgår från att läkemedel syftar till att bota sjukdom och förebygga ohälsa, är det inte givet att den som har en lägre konsumtion av sådana är friskare. Sambanden torde vara betydligt mer komplexa.

Svar som inte har tagit ställning till förslag 9.1 och 9.2 (16 st. = 19 %)

Arbetsmiljöverket, betonar att arbetsgivare ska följa AML och föreskrift för arbetsanpassning

Domstolsverket, yrkar på ytterligare 9,5 Mkr per år för att hantera fler överklaganden

Forté, har inga synpunkter på betänkandet

Förvaltningsrätten i Umeå; ökad transparens & begriplighet kan innebära fler omprövningar

Förvaltningsrätten i Växjö; många av utredningsförslagen kan leda till fler överklaganden

Högsta förvaltningsdomstolen, har inga synpunkter på betänkandet

Justitiekanslern, har inga synpunkter på betänkandet

Kammarrätten i Stockholm; utredningen underskattar kraftigt ökningen av överklaganden

Linköpings kommun, har inga synpunkter på betänkandet

Myndigheten för arbetsmiljökunskap, har inga synpunkter på betänkandet

Pensionsmyndigheten, fokuserar enbart på äldre reglerna och förordar fortsatt utredning

Riksdagens ombudsmän, har inga synpunkter på betänkandet

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, har inga synpunkter på betänkandet

Statskontoret, lämnar inte synpunkter på de förslag och bedömningar som rör regelverket

Sveriges Företagshälsor, tackar för en bra utredning

Utbetalningsmyndigheten, har inga synpunkter på betänkandet

Det finns alltså 16 svar, där man inte har tagit ställning till förslag 9.1 och 9.2. Hälften av dessa har inga synpunkter alls på betänkandet, däribland Högsta förvaltningsdomstolen, Justitiekanslern, Riksdagens ombudsmän (JO), Myndigheten för arbetsmiljökunskap och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Enligt min uppfattning hade det varit värdefullt om de nämnda myndigheterna hade engagerat sig och bidragit med sin sakkunskap.

Bland dem som har synpunkter i sak ifrågasätter flera domstolar utredningens beräkning av hur många överklaganden lagändringarna kommer att generera om de genomförs. På s. 240 i SOU 2024:26 beräknas överklaganden till förvaltningsrätt öka med cirka 500 ärenden per år.

[Försäkringskassan](#) har dock klargjort i sitt remissvar att vi bör förvänta oss lika många avslagsbeslut som år 2020 (se s. 5). Här vill jag peka på historiska data, se Tabell 2 på s. 48 i mitt remissvar. År 2020 överklagades 6851 sjukförsäkringsärenden och år 2023 2196.

Det är alltså fullt möjligt att utredningen har underskattat antalet överklaganden med en faktor tio. Om så är fallet, landar de ökade kostnaderna för domstolarna på cirka 95 Mkr, i stället för de av utredningen angivna 6 Mkr, se [Domstolsverkets remissvar](#), som även inkluderar de dyrare överklagandena till Kammarrätt, vilka utredningen inte har räknat på.

Svar som varken motsätter sig eller instämmer i förslag 9.1 och 9.2 (5 st. = 6 %)

Arbetsförmedlingen, föreslår ytterligare utredning av regelförändringarna i sjukförsäkringen Försäkringskassan, vill inleda en översyn av sjukförsäkringssystemet i sin helhet Svenska Distriktsläkarföreningen; reglerna bör stramas upp men viss flexibilitet behövs Region Skåne; ser dock behov av ökad flexibilitet och att läkares bedömning ska betyda mer Region Östergötland; argument både för och emot lagförslagen utan att ta tydlig ställning

Fem remissinstanser har lagts i en särskild kategori, där man varken motsätter sig eller instämmer i förslag 9.1 och 9.2. Här återfinns både Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

När det gäller [Försäkringskassan](#) vill jag särskilt peka på att de betonar vikten av att ändamålsenliga medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder vidtas inom ramen för försäkringen (se s. 4) samt efterfrågar ”en större samlad översyn av sjukförsäkringens förvaltning och funktionalitet för att öka förutsägbarhet, förtroende och legitimitet för sjukförsäkringen” (se s. 2).

Mitt remissvar är ett försök till en sådan översyn. I det har jag fokuserat på lagstiftningen (d.v.s. försäkringsvillkoren) och rättstillämpningen fr.o.m. år 1963, när Lag (1962:381) om allmän försäkring trädde i kraft, och fram till idag.

Försäkringskassan framhåller även att myndigheten inte alls håller med om utredningens beräkningar gällande ökade handläggningskostnader för att genomföra lagförslagen. Utredningen har hävdat att det räcker med ytterligare 15 Mkr per år. Kassan hävdar att lagförslagen kostar fem gånger så mycket per år och totalt 588 Mkr t.o.m. år 2031. Man avstyrker även förslaget om att bestämmelserna ska träda i kraft den 1 januari 2025 samt menar att de föreslagna förändringarna i rättstillämpningen tar minst fyra månader att införa samt kräver särskild finansiering (se s. 10).

Även [Arbetsförmedlingen](#) anser att utredningen har tagit alltför lätt på konsekvenserna av de föreslagna lagändringarna. Ytterligare 3 200 personer per år beräknas söka sig till Arbetsförmedlingen enbart till följd av borttagande av *överbärande skäl*. När det gäller slopade äldre regler påstår SOU 2024:26 att konsekvenserna blir marginella för Arbetsförmedlingen, vilket myndigheten betvivlar. Såväl hög ålder som ohälsa innebär att individerna behöver rehabiliteras samt att de har betydligt svårare, än vad yngre och friska har, att få ett nytt jobb. Arbetsförmedlingen saknar beräkningar av vilka adekvata insatser som krävs från myndighetens sida och vad de kostar om utredningens lagförslag blir verklighet.

Svar som anser att utredningen utgör ett bristfälligt underlag (6 st. = 7 %)

Diskrimineringsombudsmannen, saknar analys av konsekvenser för funktionsnedsatta & äldre Göteborgs universitet, Samhällsvetenskapliga fakulteten; syftet med utredningen är ej uppfyllt Karolinska institutet; för kort uppföljningstid och utredningens metoder & analyser håller inte Myndigheten för delaktighet, saknar en analys av konsekvenser för funktionsnedsatta Socialstyrelsen; uppföljningstiden är för kort, andra faktorer kan förklara sjukskrivningsmönstren Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa, pekar på faktorer som har påverkat resultatet

Sex remissvar anser att de metodologiska bristerna i SOU 2024:26 är så allvarliga att man inte kan – eller bör – ta ställning till de konkreta lagförslagen. Vilka slags brister det handlar om har jag redan redogjort för ovan, under rubriken *Många anser inte att utredningen utgör ett gott underlag för lagändringar*.

Även min utredning av de viktigaste problemen i sjukförsäkringen har utredningens bristande kunskaper och mångfaldiga metodbrister i fokus, se s. 11–52 i mitt remissvar.

Svar som uttryckligen avstyrker förslag 9.1 och 9.2 (43 st. = 50 %)

Arbetsgivarverket; förslagen stödjer inte arbetsgivares långtgående rehabiliteringsansvar
Barncancerfonden & Ung Cancer; svårt ange när en försäkrad kan återgå eller inträda i arbete
Cancerfonden; inte rimligt att kräva omställning för någon som är på väg tillbaka i sitt arbete
DHR; utredningen bryter mot Funktionsrättskonventionen när berörda inte har involverats
Eksjö kommun, instämmer delvis i betänkandet men risk att arbetsåtergången inte blir hållbar
Elöverkänsligas Riksförbund; mycket olyckligt att gå tillbaka till eländet som rådde tidigare
Eva Grundelius; för att få rättssäkerhet och effektivitet bör rehabiliteringskedjan avskaffas
Fremia; sjukförsäkringen behöver vara individuell och flexibel med plats för rehabilitering
Funktionsrätt Sverige; leder till stress & otrygghet & motverkar kassans positiva förändring
Försäkringsmedicinska sällskapet; hot om försäkrades försörjning är inte konstruktiv drivkraft
Helsingborgs kommun, ser kritiskt på att utredningen föreslår återgång till tidigare regelverk
Institutet för mänskliga rättigheter, ser risker för levnadsstandard, hälsa, rättssäkerhet m.m.
ISF, ser stora brister i utredningen, en återgång till tidigare regelverk är ingen hållbar lösning
Jämställdhetsmyndigheten, förslagen hotar långsiktighet, stabilitet, legitimitet, förutsägbarhet
Kommunal; tidigare regler innebar hårda bemötanden och avsaknad av stöd till att bli frisk
Kristinehamns kommun; risk att fler blir utförsäkrade och tvingas söka ekonomiskt bistånd
Ljungby kommun; för kort tid för att utvärdera, svårt att hitta ett nytt hållbart arbete snabbt
LO; inte effektivt att kräva omställning av den som är på väg tillbaka i ett befintligt arbete
LO-TCO Rättsskydd; nuvarande regelverk är mer ändamålsenligt, transparent och rättssäkert
Lunds universitet Samhällsvetenskapliga fakulteten, ger stark kritik av utredningens metoder
Malmö stad; negativt för kompetensförsörjningen och fler behöver söka ekonomiskt bistånd
Offentliganställdas Förhandlingsråd; tidigare ordning fungerade inte & rehabilitering avbröts
Personskadeförbundet RTP; behöver bättre samordning & personcentrerad rehabilitering
Psykoonkologisk mottagning Karolinska universitetssjukhuset; finns långa sjukdomsförlopp
PRO, varnar för en återgång till de rättsosäkra och otrygga system som gällde innan 2021
PTK; för kort tid, lyfter fram RiR 2024:14, bristerna finns framför allt hos Försäkringskassan
Region Halland; för kort utvärderingstid, kritik mot förslagen & saknar patientperspektivet
Region Västernorrland; många sjukdomstillstånd är mer långvariga utan att vara bestående
Region Västmanland; för kort utvärderingstid, önskar en mer person- & hälsocentrerad ansats
RSMH; omfattande kritik mot utredningen och att sjukförsäkrades perspektiv inte tas till vara
Reumatikerförbundet; önskar personcentrerad försäkring & goda rehabiliteringsmöjligheter
SACO; omfattande och välformulerad kritik gällande både utredningens metoder & förslag

Skellefteå kommun; negativt för kompetensförsörjningen & ökade kommunala kostnader
Stockholms stad; leder till återgång till ett mer otryggt system & ökade kommunala kostnader
Svenska Covidföreningen; utredningen är av undermålig kvalitet, har inte stöd för slutsatserna
Svensk Medicinsk Audiologisk Förening; förslagen missgynnar de med hörselnedsättningar
Sveriges arbetsterapeuter; vill ha personcentrerad vård, rehabiliteringsplaner utan tidsgränser
Sveriges läkarförbund, för tidigt att utvärdera förändringarna, de har ännu inte fått genomslag
Sveriges Lärare; försämrar anställningsskyddet vid sjukdom och rätten till arbetsanpassningar
Sveriges Psykologförbund, för kort tid & andra faktorer kan förklara sjukskrivningsmönstren
TCO; utredningen är av undermålig kvalitet och har inte stöd för slutsatserna
Umeå universitet; bestämmelserna har ännu inte prövats i prejudicerande domstolsinstans
#116omdagen; vansinnigt att stressa ut människor i arbetslivet innan de har tillfrisknat

När jag har sammanställt de 86 remissvaren har jag försökt lyfta fram sådana synpunkter som kan antas vara väl förankrade i respektive remissinstans erfarenheter och formella kompetens. När det gäller de 43 svaren, som motsätter sig utredningens förslag om att ta bort *överbärande skäl* (förslag 9.1) samt återgå till den tidigare betydelsen av *särskilda skäl* (förslag 9.2), ser vi att det finns en stor mångfald av argument, vilka alla är relevanta och bör tas på allvar.

Gemensamt för de 43 remissvaren, som är negativa till de föreslagna lagändringarna, är att de har dåliga erfarenheter av rättstillämpningen som föregick Försäkringskassans förändrade attityd under senare år. Inte minst framhåller många arbetsgivare problemet med att få tillbaka medarbetare som inte är färdigrehabiliterade och därför inte fullt arbetsföra och hur det leder till omfattande slitningar i arbetsgrupper, där kollegor får en större arbetsbörda.

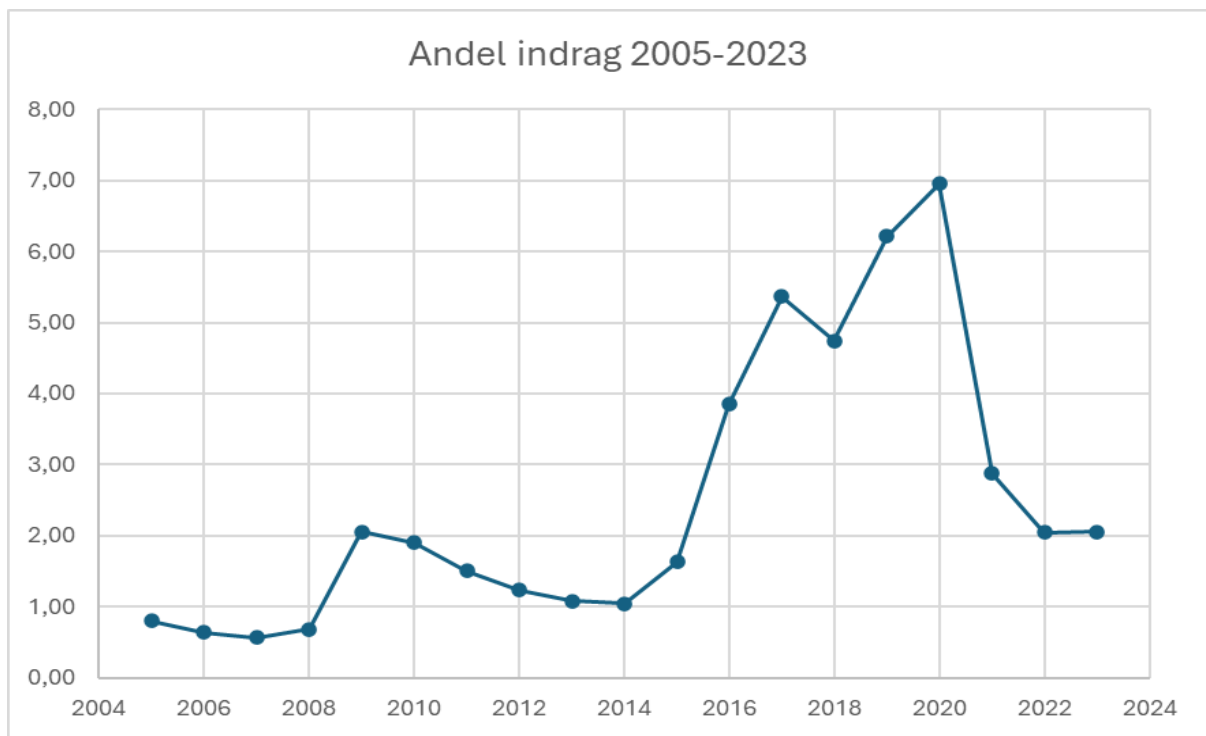
Utöver själva sakargumenten finns det även all anledning att begrunda vilka de är som framför dem. Motståndet mot lagändringarna är förhållandevis kompakt. Här återfinns fackföreningarna och funktionsrättsrörelsen, flera stora arbetsgivare samt organisationer som företräder såväl olika patientgrupper som yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Särskilt vill jag peka på remissvaret från [Inspektionen för socialförsäkringen](#) (ISF), och att tillsynsmyndigheten framhåller att det inte är en hållbar lösning att återgå till det tidigare regelverket. Konfronterad med den kritiken har utredaren, Per Johansson den 7 maj i tidningen [Arbetet](#), försvarat sig med att utredningen hade för kort tid på sig för att ta fram framåtsyftande lagförslag. Min bedömning är dock att man behöver kunna sjukförsäkringen betydligt bättre, än vad Per Johansson gör, för att kunna ta fram ett konstruktivt författningsförslag. Inte minst behöver man på djupet förstå varför reformerna, som utredaren vill avskaffa, infördes.

I samma artikel i tidningen [Arbetet](#) svarar även utredaren på kritik från bl.a. [LO](#), [TCO](#) och [Saco](#) om att man behöver väga in andra förändringar som har påverkat utfallet i sjukförsäkringen, än S-regeringens reformer. Johansson påstår då att en lång tidsserie från och med år 2010 visar att andra faktorer inte har haft betydelse; ”storleken på de förändringarna var blygsamma i förhållande till den förändring som sker i samband med reformen 2021”, hävdar han.

Min utredning klargör dock att Johansson har fel på den punkten. I kolumn E i Tabell 1 på s. 30 i mitt remissvar kan vi se att andelen indrag i sjukförsäkringen varierade mellan 1,04

procent år 2014 och 6,95 procent år 2020, d.v.s. med en faktor sju med samma lagstiftning. Andelen indrag under 2022 och 2023, d.v.s. med den nya och generösare lagstiftningen, var 2,05–2,06 procent per år, d.v.s. dubbelt så stora som år 2013 och 2014 med den mer restriktiva lagstiftningen, se Figur 1 nedan.



Figur 1. Procentuell andel indrag av sjukpenning utifrån hur många som beviljades sjukpenning det aktuella året. Beräkningarna är baserade på uppgifter från Försäkringskassans årsredovisningar. Med indrag avses avslag på en fortsatt ansökan om sjukpenning i sjukfall där sjukpenning tidigare har betalats ut.

Därmed faller rimligen utredningens argument om att det är framför allt reformeffekter man har studerat. Grundläggande data om avslag och indrag av sjukpenning för hela tidserien, fr.o.m. år 2010, redovisas inte heller i utredningen. I Figur 5.2 på s. 121 i [SOU 2024:26](#) kan vi dock tydligt att andelen avslut var som högst under kvartal 2 år 2020 samt att den började sjunka under kvartal 3 2020 samt sjönk ännu kraftigare under kvartal 4 2020. Med andra ord minskade andelen avslag kraftigt ca ett halvår *innan* regeringen utfärdade direktiv om det.

Det vi ser är sannolikt i första hand en Covid-effekt. År 2020 hade Försäkringskassan en 15-procentig ökning av antalet personer som fick sjukpenning och en betydande del av den ökningen bestod även under år 2021. För att få resurser till att handlägga de tillkommande ärendena prioriterades arbetet med avslag och indrag av sjukpenning kraftigt ned. Även arbetet med Försäkringskassans genomlysning av den bristande rättstillämpningen i sjukförsäkringen, som hade en avkylande effekt på avslag och indrag, började ge konkreta resultat hösten 2020, se vad de själva skriver om detta på s. 21 i mitt remissvar.

Svar som tillstyrker förslag 9.1 och 9.2 (16 st. = 19 %)

Borlänge kommun, har inga invändningar, ej sett några förändringar orsakade av reformerna Ekonomistyrningsverket; förtydligade och uppstramade regelverk gynnar samhällsekonomin Eskilstuna kommun; långa sjukskrivningar kan minskas och arbetsförmåga bättre tas tillvara IFAU; utredningens resultat är trovärdiga, men det är osäkert om arbetsåtergången är hållbar Kalmar kommun, har inga invändningar mot att återgå till den tidigare hanteringen Konjunkturinstitutet, instämmer i utredningens bedömningar Kungsbacka kommun; vill dock att FK ha utrett om aktiv rehabilitering pågår dag 60 Linköpings universitet, ser risker med att sätta en skarp gräns vid dag 365 Lunds universitet Juridiska fakulteten, har inga invändningar mot att rättsläget återställs Svalövs kommun, tillstyrker eftersom reformerna endast i låg grad uppfyllt sitt syfte Svenskt Näringsliv, ökar rättssäkerheten och minskar risken att fastna i långa sjukskrivningar Sveriges Kommuner och Regioner; vill dock FK ha utrett om aktiv rehabilitering pågår dag 60 Svenska ILO-kommittén, antar att förslagen är förenliga med ratificerade ILO-konventioner Svensk Förening för Allmänmedicin, ser positivt på en åtstramning av sjukförsäkringen Uppdrag försäkringsmedicin, Region Stockholm; inga invändningar mot lagförslagen Österåkers kommun; mycket positiva förslag för att inte förlänga sjukskrivningar

Ovan har vi de 16 remissvaren som anser att det är en bra idé att ta bort *överbärande skäl* samt återgå till den tidigare betydelsen av *särskilda skäl*. 12 svar framstår som förbehållslöst positiva. Värt att notera är dock bl.a. att [IFAU](#) visserligen köper utredningens slutsatser, men betonar att den korta uppföljningstiden gör det svårt att veta i vilken utsträckning arbetsåtergången blir hållbar om de gamla reglerna återinförs.

Vidare skriver både [Sveriges Kommuner och Regioner](#) (SKR) och Kungsbacka kommun att man tillstyrker utredningens förslag under förutsättning att "Försäkringskassan åläggs ett reglerat ansvar att senast dag 60 i den försäkrades sjukperiod ha utrett om arbetsgivaren bedriver en aktiv rehabilitering i enlighet med 30 kap 6 a § [SFB](#)". Motiveringen på s. 5–6 i SKR:s svar lyder:

Förbundet vill därutöver understryka behovet av att Försäkringskassan aktivt i högre omfattning och tidigare i sjukfallen utreder om det föreligger ett rehabiliteringsbehov hos individen och om åtgärder bör samordnas. Förbundets medlemmar rapporterar återkommande om att det är svårt att nå Försäkringskassan för dialog, samverkan och besked kring hur Försäkringskassans utredning av rehabilitering fortskrider.

SKR föreslår därför att Försäkringskassan åläggs ett reglerat ansvar att vid dag 60 i sjukperioden utreda om en aktiv rehabilitering pågår. Detta ansvar skulle i princip innebära en aktivitetsplikt för Försäkringskassan som ligger i linje med deras roll som samordningsansvarig. Därtill skulle aktivitetsplikten också bli en naturlig uppföljning av den plan för återgång i arbete som alla arbetsgivare ska ha upprättat dag 30 i sjukperioden för det fall den försäkrade antas vara sjukskriven i mer än 60 dagar. Försäkringskassans utredning dag 60 skulle även ge dem ett nödvändigt underlag för bedömningen om det finns grund för att göra undantag vid dag 180.

Jag vill särskilt framhålla att det som SKR efterfrågar *är* gällande lag sedan år 1992, då de nuvarande rehabiliteringsbestämmelserna, som nu återfinns i 27 kap. 6–7 §§ [SFB](#) och 29–31 kap. [SFB](#) infördes. Försäkringskassan är ”skyldig” att ”i samråd” med den försäkrade och ”i samverkan” med övriga rehabiliteringsaktörer ”snarast” se till att det personliga behovet av rehabiliteringsåtgärder klarläggs samt att individuellt effektiva åtgärder vidtas, se 30 kap. 9–11 och 3 §§ [SFB](#).

Begreppet ”snarast” i lagen bör dessutom tolkas som utan dröjsmål. Det framgår bl.a. på s. 24 i [Prop. 1990/91:51](#) att det anses vara sent påkommet att initiera rehabiliteringsåtgärder först efter tre månader. Det SKR vill har således mycket gott lagstöd. Problemet är att Försäkringskassans handläggningsrutiner inte överensstämmer med lagstiftningen, vilket även framgår på s. 76–78 i [SOU 2024:26](#).

Ansvaret för att rehabiliteringsbestämmelserna i Socialförsäkringsbalken inte tillämpas alls och/eller inte tillämpas korrekt – d.v.s. ansvaret för att rättstillämpningen är uppenbart felaktig – ligger hos de 17 förvaltningsdomstolarna, vilka konsekvent censurerar samtliga bestämmelser i sjukförsäkringen som ger rätt till förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder. Se även 2 kap. 11 § [SFB](#), 23 kap. 2 § [SFB](#) samt 27 kap. 50 § [SFB](#).

I praktiken innebär förvaltningsdomstolarnas hantering av sjukförsäkringen, från och med att de fyra försäkringsdomstolarna hastigt avvecklades den 1 juli 1991 och länsrätterna övertog ansvaret för sjukförsäkringen, att sjukförsäkrade inte tillförsäkras den grundlagsskyddade rättigheten att få en *rättsvis rättegång*, se 2 kap. 11 § 2 st. [Regeringsformen](#).

I Bilaga 8 till mitt remissvar har jag, utifrån vad det står i [SOU 2014:76](#) *Fortsatt utveckling av förvaltningsprocessen*, sammanfattat vad som utmärker rättssäkra domar och rättegångar. Den informationen ligger även som en Bilaga sist i det här dokumentet. I Bilaga 5 till mitt remissvar har vi dessutom en plenidom från Försäkringsöverdomstolen 1987, i vilken det klargörs vilka konkreta rehabiliteringsrättigheter sjukförsäkrade har, samt vad som ska gälla angående *utredningsskyldighet, bevisbörda och beviskrav*. Efter den domen har lagstiftningen om rätt till individanpassade rehabiliteringsåtgärder i huvudsak skärpts och förtydligats.

Bilaga 2 till mitt remissvar är vidare fyra exempel på färdiga avslagsmallar i mål om sjukpenning, vilka förvaltningsrätterna numera använder sig av. Mallarna är lagtrotsiga, osakliga och partiska och gör de sjukförsäkrade rättslösa. De visar mycket tydligt att domstolarna missköter de processuella reglerna i [Förvaltningsprocesslagen](#) om bl.a. utredningsskyldighet (§ 8), bevisning (§ 11) och skäl (§ 30). Alla 17 förvaltningsdomstolarna förfar på likartat sätt.

Till detta kommer en misslyckad digitalisering, som dels innebär att Försäkringskassan rutinemässigt förfalskar digitala handlingar som mejlas in till myndigheten, t.ex. ett elektroniskt signerat överklagande. Dels att handlingar från enskilda registreras in med falska beteckningar hos både kassan och förvaltningsrätterna, så att det utifrån domstolarnas dagböcker inte går att korrekt utläsa vilka handlingar som finns i målet, vad handlingarna innehåller och vilka sambanden mellan olika dokument är. Därmed blir den försäkrades talan svår att förstå och följa och/eller obegriplig, eftersom kopiorna inte är äkta och/eller felaktigt registrerade.

Problemet med att staten förfalskar handlingar från enskilda har jag även JO-anmält, men det hjälpte inte. JO har gjort en juridiskt undermålig utredning och fattat ett uppenbart lag-

trotsigt beslut, vilket tillstyrker att Försäkringskassan gallrar elektroniska överklagningshandlingar från enskilda (i stället för att översända dem till domstolen), tillstyrker att kassan ändrar på och förstör innehållet i digitala handlingar som utgör enskildas talan i förvaltningsdomstol (genom att skriva ut dokumenteten i svart-vitt och sedan skanna in sidorna igen, varvid sidor från olika dokument inte särskiljs och länkar förstörs) samt tillstyrker att de av kassan själv upprättade elektroniska handlingarna ges falska och vilseledande beteckningar, t.ex. genom att slumpmässigt byta ut nummer på bilagor till en skrivelse. Se JO:s beslut Dnr 9400–2022 från 2024-03-25. Jag har framställt ett tydligt klagomål på det beslutet, vilket JO ignorerar.

När det gäller Försäkringskassans rutinmässiga framställning av falska kopior av enskildas juridiska handlingar, har vi en stor mängd tillämpliga lagar och föreskrifter som förbjuder de beskrivna förfarandena, inklusive flera relevanta bestämmelser i [Brottsbalken](#). Det avgörande problemet är att aktuella tillsynsmyndigheter hellre ägnar sig åt mindre brännande frågor. Eller att en tillsynsmyndighet – som i JO:s fall – konstruerar en falsk berättelse om vad lagstiftningen innebär, d.v.s. att rättstillämpningen är uppsåtligt felaktig.

Jag har även 2024-07-30 mejlat Riksrevisionen och begärt att de ska granska alla 17 förvaltningsdomstolarnas uppenbart felaktiga rättstillämpning. Jag skrev bl.a.:

Jag vill med skärpa understryka att rättsrötan i de 17 förvaltningsdomstolarna, när det gäller de två förmånerna rehabiliteringsåtgärder och sjukpenning är total. Det finns inga mål som är juridiskt korrekt utredda och handlagda, om vi vill att det ska framgå ***vilka förmåner*** som Försäkringskassan är skyldig att utreda rätten till, innan en ansökan om sjukpenning avslås. Bestämmelserna som ger rätt till förmånen som heter rehabiliteringsåtgärder helt censurerade. De synnerligen tydliga förfarandereglerna infördes den 1 januari 1992 – och domstolarna har ännu inte börjat tillämpa dem.

Orsaken till de befintliga problemen är att förvaltningsdomstolarna systematiskt missköter grundläggande processuella bestämmelser i [Förvaltningsprocesslagen](#):

- ***De utreder inte*** – och anger inte – vilka bestämmelser Försäkringskassan är skyldig att tillämpa och vad som är en enhetlig och korrekt rättstillämpning, trots att det ingår i domstolarnas utredningsskyldighet enligt 8 § FPL.
- ***De kräver inte*** Försäkringskassan på bevisning, som de måste göra enligt 11 § FPL.
- ***De anger inte skälen*** för utgången av ett mål i enlighet med 30 § FPL. Godtycklighet – i stället för rättssäkerhet – råder. Som regel anges inte tillämpliga bestämmelser korrekt och någon sakligt motiverad bevisvärdering görs inte.
- ***De säkerställer inte att rättens avgörande grundas på vad handlingarna innehåller***, vilket de måste enligt 30 § FPL.

I praktiken är det en anti-omställningsförsäkring som staten tillhandahåller SOU 2024:26 gör gällande att sjukförsäkringen är en *omställningsförsäkring*, som ställer krav på omställning för den som på grund av arbetsoförmåga inte kan återgå i sitt tidigare arbete (se s. 17, 25, 198, 202, 209 och 229). Om man tillämpar bestämmelserna i 29–31 kap. [SFB](#) korrekt är det sant, men med den rådande rättsrötan är påståendet om en omställningsförsäkring falskt.

Den som av medicinska skäl behöver ställa om till ett nytt yrke får inget stöd alls av sjukförsäkringen. I stället blir hen utförsäkrad och hänvisad till att på egen hand både rehabilitera sig och söka en ny anställning att försörja sig på. Orsaken till problemet är införandet av den s.k. Steg-för-steg-modellen 1997, vilken sedan gjordes om till rehabiliteringskedjan med specifika tidsgränser år 2008. När rehabiliteringskedjan tillämpas – utan att den lagstadgade rätten till individuellt anpassade rehabiliteringsåtgärder enligt 27 kap. 50 § [SFB](#) beaktas – innebär sjukförsäkringen att det endast är de som försöker återgå till ett befintligt arbete som får stöd av försäkringen.

Någon prövning av om det befintliga arbetet är lämpligt ur medicinsk synpunkt görs inte rutinemässigt när ett sjukfall inleds. Försäkrade som skulle behöva byta yrke eller arbetsgivare får inget stöd till en sådan omställning inom ramen för sjukförsäkringen, fastän lagen säger att det ska vara på motsatt sätt (se 29–31 kap. [SFB](#)). I stället styr staten genom sjukförsäkringen alla försäkrade till att försöka återgå till det befintliga arbetet, eller åtminstone till den befintliga arbetsgivaren – oavsett om det är lämpligt eller inte.

Enligt Försäkringskassans senaste [årsredovisning](#) bedriver myndigheten inte (längre) någon arbetslivsinriktad rehabilitering, utbetalningarna av rehabiliteringspenning var obetydliga i förhållande till sjukpenning, de utgjorde endast 2 promille (se tabellen på s. 92). Enligt Riksrevisionen är det vidare en ”misslyckad” återgång i arbete, om en försäkrad på eget initiativ söker och får ett nytt – mera lämpligt – arbete att försörja sig på under tid med sjukpenning, se s. 7–11 i [Bilagan](#) till RiR 2024:14.

Riksrevisionens siffror visar dock samtidigt att en majoritet av dem som försörjde sig själva i full utsträckning inom 1,5 år, men inte lyckades återgå till den befintliga arbetsgivaren i full utsträckning inom ett års sjukskrivning, valde att byta arbetsgivare, se diagrammet på s. 9 i Bilagan. Hur länge hade de personerna behövt vara sjukskrivna, om sjukförsäkringen hade stöttat dem till att göra ett sådant val tidigare i rehabiliteringsprocessen, undrar jag?

Dessutom har vi en dubbelt så stor grupp som inte blir arbetsföra i full utsträckning inom 550 dagar och i vilken 9 av 10 ändå väljer att återvända till den befintliga arbetsgivaren på deltid, hellre än att säga upp sig och ta risken att försöka ställa om med stöd av Arbetsförmedlingen. Hur skulle deras val förändras, om sjukförsäkringen tillhandahöll omställningsstödet som är utlovat i 30 kap. 12–14 §§ och 31 kap. [SFB](#) och som kan användas både för studier och för att arbetsträna och prova nya arbetsuppgifter och/eller en ny arbetsgivare?

Sammanfattningsvis erbjuder inte dagens sjukförsäkring stöd till omställning och detta faktum beror på uppenbart felaktig rättstillämpning. Det avgörande problemet är att såväl Försäkringskassan som alla 17 förvaltningsdomstolarna döljer att det finns en förmån som heter *rehabiliteringsåtgärder* i sjukförsäkringen, vad förmånen innebär och hur kassan är skyldig att agera för att se till att försäkrade får rätt till individuellt effektiva *åtgärder*.

Rent formellt, d.v.s. juridiskt, har sannolikt inte Försäkringskassan rätt att avslå någon ansökan om sjukpenning, utan att först – och enligt konstens alla regler – noga ha utrett den försäkrades behov av samtliga rehabiliteringsåtgärder som kan vara aktuella, inklusive effektivt stöd till att byta arbete/yrke, när det är medicinskt påkallat och lämpligt.

I Bilaga 3 till mitt remissvar är en avlagsmall som Försäkringskassan använder, när en försäkrad har varit sjukskriven i 180 dagar. Av den framgår att kassan inte anser sig vara skyldig att tillämpa några bestämmelser som ger rätt till förmånen *rehabiliteringsåtgärder*.

På s. 11–12 i senaste [årsredovisningen](#) går myndigheten igenom vilka förmåner man arbetar med, men *rehabiliteringsåtgärder* finns inte ens med i den uppräkningslistan. Likadant när kassan informerar om sjukförsäkringen eller [Socialförsäkringen](#). Då påstår man att enskilda endast har rätt till ”ersättningar”, d.v.s. pengar, vilket är helt fel, se 2 kap. 11 § [SFB](#). Det står i lagen att vi är försäkrade för *åtgärder*, men det döljer staten konsekvent för alla försäkrade.

Om rätten till en – eller två – förmåner ska utredas gör all skillnad i världen!

Jag noterar att ingen av de som har svarat på remissen av SOU 2024:26 har uppmärksammat att det finns en *förmån* – d.v.s. en rättighet – i sjukförsäkringen som heter *rehabiliteringsåtgärder*. Det tar jag som ett kvitto på att staten är mycket framgångsrik, när det gäller att förmedla en falsk bild av grundläggande villkor i försäkringen som alltid har funnits.

När det gäller sjukförsäkrades rättigheter och skyldigheter, blir det en enorm skillnad om lagen tillämpas korrekt. Med förmånen *rehabiliteringsåtgärder* inkluderad, aktiveras för det första statens utredningsskyldighet angående vilka konkreta rehabiliteringsåtgärder den försäkrade bäst behöver, så snart en sjukanmälan har gjorts till Försäkringskassan.

Försäkringskassan har nyligen (2024-05-03) ombestämt sig gällande hur sjukförsäkringsärenden ska utredas. Tidigare påstod kassan att rehabiliteringsbestämmelserna i sjukförsäkringen (kap. 29–31 [SFB](#)) inte handlar om medicinska rehabiliteringsåtgärder, utan endast om arbetslivsinriktade åtgärder, vilket är fel.

Det viktigaste förarbetet bakom dagens rehabiliteringsbestämmelser är Rehabiliteringsberedningens betänkande [SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering, Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning mm](#). Rehabiliteringsberedningen klargör att Socialstyrelsen definierar rehabilitering som ... (s. 161):

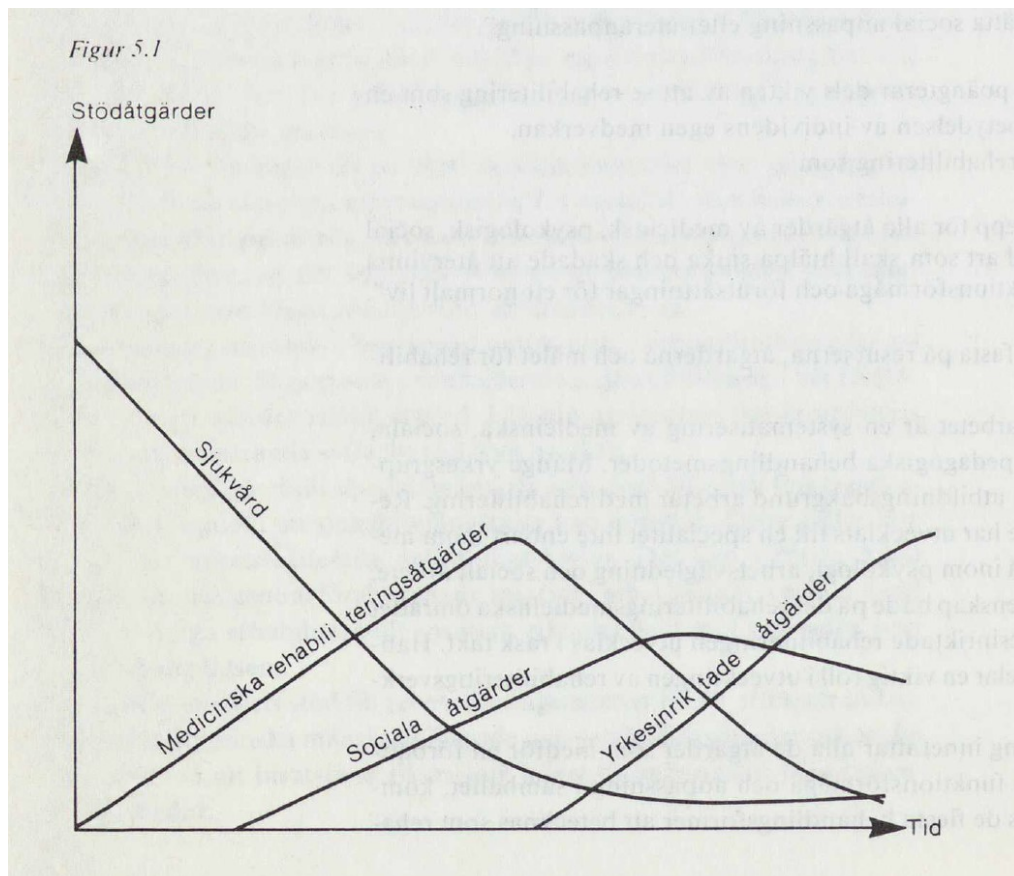
... ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som skall hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv.

Rehabiliteringsberedningen fortsätter därefter med att klargöra (s. 161–162):

Rehabiliteringsarbetet är en systematisering av medicinska, sociala, psykologiska och pedagogiska behandlingsmetoder. ...

Om rehabilitering innefattar alla de åtgärder som medför en förbättring av individens funktionsförmåga och anpassning i samhället, kommer nödvändigtvis de flesta behandlingsformer att betecknas som rehabilitering. Nästan all sjukvård kan med en sådan allmän definition sägas vara rehabilitering. ...

Rehabiliteringsinsatser kan inte tidsmässigt avgränsas mot medicinska vårdinsatser. Rehabiliteringsinsatser från olika instanser (aktörer) kommer även att tidsmässigt överlappa varandra. Ett exempel på hur olika rehabiliterande stödåtgärder tidsmässigt kan sättas in återges i fig. 5:1.



Figur 5:1 från s. 162 i betänkandet "Tidig och samordnad rehabilitering", SOU 1988:41.

Numera klargör Försäkringskassan på s. 173 i Version 19 av [Vägledning 2015:1 Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning](#):

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

När [SOU 2024:26](#) på s. 202 hävdar att "rehabiliteringsinsatser och andra typer av aktiva insatser i sjukskrivningsprocessen [bör] användas med försiktighet", är det rent lagtrots. Utredningen går emot vetenskap och beprövad erfarenhet och utredningen förespråkar att den lagstadgade rättigheten – själva *förmånen rehabiliteringsåtgärder* som är sjukförsäkringens kärna – inte ska tillhandahållas.

Viktigt att notera är vidare att frågan om vilka rehabiliteringsåtgärder en försäkrad har rätt till är helt öppen. Det är inte lagstadgat att sjukskrivning ska vara det enda – eller ens det rätta svaret – på frågan om vilka rehabiliteringsåtgärder som kan antas vara mest effektiva i ett enskilt sjukfall. Om det går att vidta rehabiliteringsåtgärder som minskar behovet av sjuk-

skrivning är det naturligtvis bra. Vad som däremot är glasklart är syftet med rehabiliteringsåtgärderna, vilket står i 29 kap. 2 § [SFB](#):

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

För det andra har vi extremt tydliga förfaranderegler i 30 kap. [SFB](#), vilka klargör hur Försäkringskassan ska bemöta och kommunicera med försäkrade och övriga rehabiliteringsaktörer, t.ex. arbetsgivaren och hälso- och sjukvården. Det finns inte på kartan att kassans attityd ska vara auktoritär (egenmäktig, maktfullkomlig och diktatorisk). Myndigheten är skyldig att samarbeta; den ska ”samråda” med den försäkrade och ”samverka” med övriga aktörer. Eftersom handläggningen dessutom ska vara skriftlig (se 9 § [FL](#)) ska alla uppgifter som framkommer angående rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsmöjligheter nog dokumenteras.

För det tredje är den försäkrades skyldigheter klart beskrivna i 30 kap. 7 § [SFB](#). Den försäkrade ska:

- lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans eller hennes behov av rehabilitering, och
- efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.

Det som står här har avgörande betydelse för vilken bevisbörda den försäkrade har, rent juridiskt, för att ha rätt till *rehabiliteringsåtgärder*, t.ex. i form av sjukskrivning. Den försäkrade ska göra sannolikt att hen har fått, eller har en förhöjd risk att få, en sjukdom som innebär att *Försäkringskassans skyldighet* att både klarlägga – d.v.s. nog utreda – och att åtgärda det individuella behovet av rehabiliteringsåtgärder *aktiveras*.

Ett stort problem idag, är att dock Försäkringskassan inte tar reda på vilka *olika slag av rehabiliteringsåtgärder* som en sjukförsäkrad initialt behöver, inklusive om det befintliga arbetet ens är lämpligt ur medicinsk synpunkt. I ansökan om sjukpenning erbjuds endast en enda rehabiliteringsåtgärd; sjukskrivning från ett befintligt arbete (sysselsättning) – och vanligtvis endast när den försäkrade juridiskt kan bevisa att hen absolut *inte kan* arbeta i full utsträckning, d.v.s. när hen har hunnit bli svårt sjuk. Det sistnämnda är en urspårning av rättstillämpningen som initierades i Ds 1994:91 *Rätten till Förtidspension och sjukpenning*, se Bilaga 6 till mitt remissvar (jag har skannat in promemorian, den finns inte på nätet).

Konsekvenserna av felaktig rättstillämpning blir dels att den försäkrade går miste om rehabiliteringsåtgärder som hen behöver och har rätt till. Dels att det förebyggande arbetet blir lidande och att förutsättningar för en hållbar återgång i arbete undermineras, försvåras och/eller försenas, vilket för övrigt även flera remissvar på SOU 2024:26 har pekat på, inte minst stora arbetsgivare.

Genom att ha en väldigt sträng syn på vilka försäkrade som har rätt att aktivera rehabiliteringsrätten i sjukförsäkringen skapar staten drivkrafter som innebär att arbetsmiljöarbetet på många arbetsplatser blir lidande, av dålig kvalitet eller obefintligt. Det gäller i synnerhet i yrken där ny arbetskraft står att finna, när den befintliga är förbrukad, samt i branscher där det finns långa led av underentreprenörer med dåliga villkor.

För det fjärde har Försäkringskassan ännu inte kommit så långt i sitt förändringsarbete att man öppet tillstår att sjukskrivning *är* en rehabiliteringsåtgärd. ”Försäkringskassan erbjuder inte själva några rehabiliteringsåtgärder”, står det felaktigt på s. 173 i [Vägledning 2015:1](#).

För det femte tillämpar de 17 förvaltningsdomstolarna helt snurriga metoder för bevisvärdering, vilka i korthet går ut på att staten (läs Försäkringskassan eller en förvaltningsdomstol) kan påstå vad som helst angående den försäkrades hälsotillstånd och arbetsförmåga, utan att behöva styrka att det är sannolikt eller ens hur man kan veta det.

I stället för att tillämpa bestämmelsen i 11 § [FPL](#) om kassans skyldighet att ange ”de bevis som åberopas” ser förvaltningsdomstolarna den försäkrade som skyldig att – dessutom med höga beviskrav – motbevisa ogrundade påståenden som staten gör, fastän så inte ska vara fallet. Domstolarna beaktar inte att Försäkringskassans utredningsskyldighet och vilka utredningsmetoder som är tillåtna är noga reglerat, se bl.a. 30 kap. [SFB](#) och 110 kap. 4, 13, 14 och 21 §§ [SFB](#). Förvaltningsrätterna kräver t.ex. inte att Försäkringskassan ska ha låtit den försäkrade genomgå nya – bättre utförda – läkarundersökningar som bevisar att personen saknar behov av sjukskrivning, när ett överklagande gällande sjukskrivning och sjukpenning avslås.

För det sjätte, eftersom alla 17 förvaltningsdomstolarna blandar ihop rätten till de två olika förmånerna *rehabiliteringsåtgärder* respektive *sjukpenning* i en enda röra, blir det aldrig klargjort att förmånen sjukpenning endast är aktuell om/när Försäkringskassan – som har en omfattande utredningsskyldighet – har klarlagt att en försäkrad *behöver* vara sjukskriven, för att vårda sin arbets- och försörjningsförmåga.

När de två förmånerna hålls isär och juridiken hanteras korrekt, är det inte med uppgifter om behov av medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering som man ska styrka rätten till sjukpenning, utan med inkomst- och anställningsuppgifter, d.v.s. med underlaget till utredningen om sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och årsarbetstid.

För det sjunde återförvisar förvaltningsdomstolarna aldrig ärenden/mål till lägre instans, när det saknas utredningar av sjukförsäkrades behov av – och rätt till – förmånen *rehabiliteringsåtgärder*, vilket de självklart borde göra om lagen tillämpades korrekt. Inte heller läks bristerna i rätten. Sjukpenning nekas rutinmässigt utan att rehabiliteringsbehovet är klarlagt.

Utän rättvisa rättegångar har de materiella bestämmelserna liten betydelse

Jag har läst ungefär 150 domar i sjukförsäkringsmål från de 17 förvaltningsdomstolarna, förutom att jag har tagit del av uppenbart lagtrotsiga avslagsmallar från fem olika förvaltningsrätter. Inte i något, enda, fall ser jag en rättegång som är i närheten av att leva upp till de grundläggande kraven som specificeras i [SOU 2014:76](#) *Fortsatt utveckling av förvaltningsprocessen*, se Bilagan som ligger sist i den här skrivelsen.

Det jag ser är typiska skenrättegångar. Oftast blir den försäkrade överkörd, utan att ha haft en sportlig chans att tillvarata sin rätt. Om/när den försäkrade får sjukpenningen hen har ansökt om, handlar det mer om tur, än om att domstolen har förfarit skickligt. Den försäkrade har bara råkat dra en av de få vinstlotterna i domstolstombolan. Sammantagen är observationen av de 150 domarna – och de som regel bilagda omprövningsbesluten från Försäkringskassan – rent förskräckande. Det är ovärdigt och oförenligt med att vara en rättsstat.

Det ligger närmast till hands att tro att domstolarna helt enkelt inte kan lagen. Genom att brådstörtat avveckla de tre försäkringsrätterna den 1 juli 1991 och samtidigt – den 1 januari 1992 – införa kapitel 22 i [AFL](#) med nya, detaljerade och omfattande rehabiliteringsbestämmelser, lyckades staten förstöra sjukförsäkringssystemet. Resultatet blev raka motsatsen till vad det står i de nya bestämmelserna.

Alternativt, ger de 17 förvaltningsdomstolarna blanka sjutton i sjukförsäkrades välfärd och rättigheter, vilket dessutom är fullt förenligt med den första förklaringen. Oavsett orsak, är det rättsröta vi bevittnar – och det kan inte fortsätta på det här sättet, om Sverige ska vara en välfärdsstat.

SOU 2024:26 är gjord utan tillräckliga kunskaper om såväl lagstiftningen som den rådande rättstillämpningen – och så ser statens styrning av sjukförsäkringen ut sedan drygt tre decennier tillbaka. Genom att ersätta 350 socialförsäkringsexperter i de fyra försäkringsdomstolarna med okunniga och resurssvaga länsrätter, gavs destruktiva drivkrafter fritt spelrum.

Vad som ska hända med SOU 2024:26 är nu upp till regeringen. Den första och viktigaste frågan är enligt min mening om den uppenbart felaktiga rättstillämpningen, där rehabiliteringsbestämmelserna i 27 kap. 6–7 och 50 §§ [SFB](#) samt 29–31 kap. [SFB](#) censureras, ska tillåtas fortsätta. Om regeringen inte tycker det, bör den agera lika tydligt och bestämt som Socialdepartementet gjorde, när man stoppade de eskalerande avdragen och indragen i sjukförsäkringen våren 2021, se vad jag har skrivit om detta på s. 29–31 i mitt remissvar.

Om regeringen, för det andra, kommer fram till att de gällande rehabiliteringsbestämmelserna fortsättningsvis ska tillämpas enhetligt och korrekt, då förlorar tidsgränserna i rehabiliteringskedjan sin verkan som utförsäkringsmetod. Då blir det sent omsider så som det står i lagen; att rehabiliteringsåtgärder som den försäkrade personligen behöver, ska genomföras – och ge avsedda resultat – innan det är aktuellt att ta ställning till om den försäkrade kan eller bör förvärvsarbeta i full utsträckning (se 27 kap. 50 § [SFB](#)). Då får vi sjukförsäkringen som har funnits på papperet sedan länge också i verkligheten.

För det tredje vill jag peka på att författningsförslaget i mitt remissvar på SOU 2024:26 går ut på att rehabiliteringskedjan är både onödig och destruktiv och att det är dags att förpassa den till arkivet med lagar som har upphört.

Samtidigt vill jag dock vara tydlig med att den avgörande förutsättningen för att en sådan reform ska bli konstruktiv – eller ens lämplig att genomföra – är att vi har rättssäkra förvaltningsdomstolar, som man kan lita på. Deras viktigaste uppgift är att kontrollera och säkerställa att Försäkringskassan tillämpar rätt bestämmelser på rätt sätt, så att alla sjukförsäkrade garanteras samtliga förmåner de har rätt till, dessutom med ett gott bemötande, med garanterat korrekta kopior av handlingar som underlag samt med full delaktighet och transparens.

Det är alltså en jättestor attityd- och kompetensförändring som jag efterfrågar hos samtliga inblandade; hos lagstiftaren, den exekutiva makten, alla tillsynsmyndigheter, domstolarna, och – självklart – alla som har möjlighet att påverka hanteringen av ett sjukförsäkringsärende. Vi behöver en rejäl uppräckning, när det gäller vår förmåga att förstå oss på, hantera och göra sjukförsäkringen meningsfull. Försäkringskassan påbörjade den resan för fem år sedan. Nu behöver de omgivningens uttalade ledning och stöd för att komma vidare.

Rättssäkerhet i förvaltningsdomstolarna enl. SOU 2014:76 s. 96–98

Förvaltningsdomstolarna ska:

1. Skipa rättvisa eller **skipa rätt.**
2. Åstadkomma **materiellt riktiga avgöranden.**
3. Svara för **prejudikatbildningen.**
4. Ge den enskilde **rättstrygghet** (att inte behöva bli utsatt för brott).
5. Ge den enskilde **rättssäkerhet.**
6. Handlägga målen med **hög kvalitet.**
7. Handlägga målen **effektivt.**
8. Vara **oberoende.**
9. Ha **hög kompetens.**
10. Ha allmänhetens och andra intressenters **förtroende.**
11. Säkerställa en **allsidig, objektiv och transparent prövning.**
12. Säkerställa rättssäkerheten genom **regler om kommunikation, möjlighet till muntlig förhandling, jävsföreskrifter, bevisregler m.m.**
13. Även **förvaltningsmyndigheterna** ska beakta de ovan beskrivna rättssäkerhetsprinciperna och formkraven.
14. Vara **kontrollerande i förhållande till myndighetsbesluten.**
15. **Aldrig vara intressebevakande**, inte känna något ansvar för att ändamålen med lagstiftningen blir optimalt förverkligade.
16. Göra en **efterhandskontroll av att förvaltningsmyndigheterna inte har överträtt sina befogenheter.**
17. Kontrollera att **förvaltningsmyndigheterna inte har tolkat och tillämpat lagen fel.**
18. Stå **fria och opartiska till så väl parterna som de allmänna intressen** för vilkas främjande den tillämpliga författningsregleringen tillkommit.

Tydliga domskäl främjar rättssäkerheten: SOU 2014:76 s. 133–135

Ett väl motiverat avgörande:

1. Visar att **parternas argument har beaktats** av domstolen.
2. Ger **förståelse för domstolens avgörande.**
3. Gör det **möjligt att överklaga effektivt.**
4. Visar att det finns en **direkt korrespondens mellan**
 - A. **Rekvisiten i aktuell lagstiftning** och
 - B. **De faktiska omständigheterna** i målet och
 - C. **Hur domstolen har bedömt** dessa.
5. Domstolen är **tydlig med vilka omständigheter som är relevanta och på vilket sätt.**
6. **Sakframställningen anpassas efter den lagstiftning** som ska tillämpas i målet så att den endast innehåller det som är relevant.
7. **Sakframställningen innehåller endast det parterna framfört som är relevant** för saken.
8. **Parternas argument bemöts i domskälen** (inklusive att avfärda icke relevanta argument.)
9. Redovisningen av **vad parterna har anfört är inte längre än domstolens domskäl.**
10. I förvaltningsmål där det handlar om huruvida vissa omständigheter är bevisade eller inte är det **av största vikt att domstolen redogör för hur den har värderat den bevisning som lagts fram i målet.**
11. Domstolen måste också ta ställning till **vem som har bevisbördan för en viss omständighet.**
12. Domstolen tar även ställning till **vilket beviskrav** som ställs i olika hänseenden.