Diarienummer
FK 2026/005032

Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliterings-ersättning

En vägledning är i första hand ett stöd för Försäkringskassans medarbetare vid ärendehandläggning och utbildning. Den innehåller en samlad information om vad som gäller på det aktuella området, uppdelat på tillämpnings- och metodstödsavsnitt.

En vägledning kan innehålla beskrivningar av

- författningsbestämmelser
- allmänna råd
- förarbeten
- rättspraxis
- JO:s beslut.

En vägledning kan även innehålla beskrivningar av hur man ska handlägga ärenden på det aktuella området och vilka metoder som då ska användas.

Vägledningarna uppdateras fortlöpande. Ändringar arbetas in i den digitala versionen, som finns på forsakringskassan.se. Sök på ”vägledningar”.

Du som arbetar på Försäkringskassan hittar dem också på Fia.

Upplysningar: Försäkringskassan
Avdelningen för sjukförsäkring

Beslutad 20 februari 2026

Innehåll

Förkortningar **15**

Sammanfattning **16**

Läsanvisningar **17**

DEL A – Utredning inom sjukförsäkringen och du som rättstillämpare **18**

1 Att läsa vägledningen som rättstillämpare **18**

2 Försäkringskassans utredningsansvar, bevisbördan och beviskravet i sjukpenningärenden **20**

2.1 Försäkringskassans utredningsansvar i sjukpenningärenden 20
2.1.1 Bevisning – metod och begrepp 21
2.1.2 Metodstöd – Vad innebär utredningsansvaret för vår handläggning? 23
2.2 Bevisvärdering – hur ska bevisningen värderas och hur säkra behöver vi vara? 24
2.2.1 Metodstöd – Göra en bevisvärdering och en helhetsbedömning 26
2.3 Felaktiga utbetalningar och bidragsbrott 28
2.3.1 Vad är en felaktig utbetalning? 28
2.3.2 Vad är ett bidragsbrott? 28
2.4 Metodstöd – När du misstänker att det gjorts en felaktig utbetalning samt vid misstanke om bidragsbrott 29
2.5 Sekretess och samtycke 30
2.5.1 Metodstöd – Samtycke 31
2.5.2 Metodstöd – Dokumentation av samtycke 33
2.5.3 Metodstöd – Hantering av tidigare lämnat samtycke 33
2.5.4 Metodstöd – Återkallelse av samtycke 34
2.6 Utgångspunkter vid handläggningen av sjukpenningärenden 34
2.6.1 Metodstöd – Utgångspunkter vid handläggningen av sjukpenningärenden 34

3 Utredningsbefogenheter och den försäkrades skyldighet att lämna uppgifter **36**

3.1 Försäkringskassans utredningsbefogenheter 36
3.1.1 Förfrågningar 36
3.1.2 Metodstöd – Journalkopior från vården 37
3.2 Aktivitetsförmågeutredning (AFU) 37
3.2.1 När kan det vara aktuellt med en AFU? 37
3.2.2 Informera den försäkrade 38
3.2.3 Informera den vårdgivare som ska utföra utredningen 38
3.2.4 Det skriftliga utlåtandet 39
3.3 Avstämningsmöte 40
3.3.1 Metodstöd – Avstämningsmöte 40
3.3.2 Arvode och resekostnader vid avstämningsmöte 43
3.4 Särskild försäkran 43
3.5 SASSAM-kartläggning 44
3.5.1 Metodstöd – SASSAM-kartläggning 44
3.6 Metodstöd – Utredning med arbetsgivaren 46

3.7 Metodstöd – Arbetsgivarens plan för återgång i arbete 47
3.8 Metodstöd – Försäkringskassans plan för återgång i arbete 50
3.9 Metodstöd – Vad bör en plan för återgång i arbete innehålla? 52
3.10 Rehabiliteringsplan 53
3.11 Metodstöd – Försäkringsmedicinska konsultationer 54
3.12 Den försäkrades uppgiftsskyldighet 56
3.12.1 Skyldighet att anmäla ändrade förhållanden 57

4 Övergripande om vårt samordningsuppdrag och att klarlägga individens rehabiliteringsbehov 59
4.1 Uppdraget att klargöra den försäkrades behov av rehabilitering 59
4.1.1 Metodstöd – Så klarlägger du den försäkrades rehabiliteringsbehov 59
4.2 De olika aktörernas skyldigheter 61
4.2.1 Den försäkrades skyldigheter 61
4.2.2 Arbetsgivaren ska lämna upplysningar 61
4.2.3 Vårdgivarens skyldigheter 62

DEL B – Förutsättningar för förmån 63

5 Försäkrad, gällande skydd och sjukpenninggrundande inkomst (SGI) 63
5.1 Försäkrad i Sverige 63
5.1.1 Metodstöd – Utreda försäkring för arbetsbaserade förmåner 64
5.2 Laglig vistelse 65
5.2.1 Metodstöd – Så bedömer du laglig vistelse 65
5.3 SGI är en förutsättning för att kunna få sjukpenning 65

6 Ansökan och anspråk 67
6.1 Anspråk och ansökan 67
6.2 Ansökan 67
6.2.1 Vilken e-tjänst eller blankett ska användas? 68
6.2.2 Metodstöd – Ansökan om sjukpenning 68
6.2.3 Om ansökan är ofullständig eller inte uppfyller formkraven 69
6.2.4 Metodstöd – Komplettera ansökan 70
6.2.5 Undantag från kravet på skriftlig ansökan 71
6.2.6 Metodstöd – Bedöma undantag från kravet på skriftlig ansökan 71
6.2.7 Ansökan vid ökning av en förmån 71
6.2.8 Metodstöd – Ansökan vid ökad eller minskad omfattning 72
6.3 Metodstöd – När någon ytterligare ansökan inte kommer in 72
6.4 Metodstöd – När en ny ansökan kommer in efter ett avslagsbeslut 72

7 Sjukanmälan 75
7.1 Regler om sjukanmälan till Försäkringskassan 75
7.2 När krävs sjukanmälan? 75
7.2.1 Försämrat hälsotillstånd under pågående sjukperiod 75
7.3 Formen för sjukanmälan 76
7.4 Regler om sjukanmälan för anställda med sjuklön 76
7.5 Rättspraxis som beskriver när sjukpenning kan betalas ut för mer än 7 dagar före sjukanmälan 77

8 Sjukperiod 78
8.1 Bestämmelsen om sjukperiod 78

8.2 Andra perioder som ingår i sjukperioden 79
8.3 Vilken betydelse har sjukperioden? 80
8.3.1 Metodstöd – Utreda sjukperiodens början 80
8.3.2 Metodstöd – Utredning vid tidigare avslag 80

DEL C – Bedömning av rätten till förmån 83

9 Sjukdom och arbetsförmåga 83
9.1 Sjukdomsbegreppet 83
9.2 Begreppet arbetsförmåga 86
9.2.1 Bedömning av arbetsförmåga och fritidssysselsättningar med mera 87
9.3 Förmånsnivåer och arbetsförmåga 88
9.3.1 Arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till den normala arbetstiden 89
9.4 Så bedöms arbetstidens förläggning vid deltidssjukskrivning 90
9.4.1 Metodstöd – Utreda den normala arbetstiden och arbetstidens förläggning 92

10 Bedömningsgrunder för arbetsförmåga och rehabiliteringskedjan 94
10.1 Rehabiliteringskedjan 94
10.1.1 Metodstöd – Bedöma arbetsförmågan i förhållande till rehabiliteringskedjan 95
10.2 Grundläggande bestämmelse 96
10.2.1 Sitt vanliga arbete 96
10.2.2 Annat lämpligt arbete 96
10.3 Metodstöd – Utredningen dag 1–90 96
10.4 Bedömningen av arbetsförmågan efter 90 dagar 97
10.4.1 Annat arbete hos arbetsgivaren 97
10.4.2 Högst ett heltidsarbete 98
10.4.3 Möjligheten att prova annat arbete 99
10.5 Metodstöd – Utreda inför bedömningen vid dag 91 99
10.6 Bedömning av arbetsförmågans nedsättning efter 180 dagar 100
10.7 Metodstöd – Utreda inför bedömningen vid dag 181 101
10.7.1 Förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden 101
10.8 Metodstöd – Bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete i angiven yrkesgrupp med stöd av kunskapsmaterialet 103
10.9 Rättspraxis som beskriver förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden 104
10.9.1 Annat lämpligt och tillgängligt arbete 105
10.10 Undantag från bedömningen mot normalt förekommande arbete 106
10.10.1 Metodstöd – När den försäkrade har arbetsförmåga i relation till en tidigare bedömningsgrund 106
10.10.2 Övervägande skäl 107
10.10.3 Metodstöd – Bedöma om det finns övervägande skäl som talar för återgång i arbete senast dag 365 108
10.11 Särskilda skäl 109
10.11.1 Metodstöd – Bedöma om det finns särskilda skäl 111
10.12 Oskäligt 111
10.12.1 Fem situationer då det kan vara oskäligt att pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete 111

10.12.2 Metodstöd – Bedöma om det är oskäligt att bedöma mot normalt förekommande arbete ... 113
10.13 Personer med lönebidragsanställning eller skyddad anställning ... 113
10.13.1 Vad är en skyddad anställning hos Samhall? ... 113
10.14 Bedömningen efter 365 dagar ... 114
10.14.1 Bedömning av arbetsförmågan vid medicinsk behandling och rehabilitering ... 115
10.15 Särskilt om behovsanställda ... 115
10.15.1 Vem är behovsanställd? ... 115
10.15.2 Om det kan antas att personen skulle ha arbetat om hen inte blivit sjuk ... 116
10.16 Bedömningsgrund för behovsanställda ... 117
10.17 Behovsanställda efter dag 90 ... 118
10.17.1 Under tid med överenskommet arbete ... 119
10.18 Vissa försäkrade som har rätt till inkomstgrundad ålderspension (äldrereglerna för sjukpenning) ... 119
10.18.1 Metodstöd – Vissa försäkrade som har rätt till inkomstgrundad ålderspension ... 121
10.19 Bedöma arbetsförmågans nedsättning för den som är föräldraledig ... 121
10.19.1 Vård av barn med föräldrapenning ... 122
10.19.2 Vård av barn utan föräldrapenning ... 122
10.20 Bedöma arbetsförmågans nedsättning för den som lämnat ett arbetsmarknadspolitiskt program ... 122
10.20.1 Bedömningsgrunder efter deltagande i arbetsmarknadspolitiskt program ... 123
10.21 Arbetsförmågans nedsättning vid studier utan studiestöd ... 123
10.22 Vem räknas som egenföretagare? ... 124
10.22.1 Bedömning av arbetsförmågans nedsättning för egenföretagare ... 124
10.22.2 Bedömning av om en egenföretagare helt har slutat arbeta i företaget ... 124
10.22.3 Särskilt om delägare i aktiebolag och arbetslöshet ... 125
10.23 Bedömningsgrund för delvis arbetslösa ... 125
10.24 Sammanläggning av sjukperioder ... 126

11 Bedömning av rätten till sjukpenning i vissa situationer ... 127
11.1 Bedömning av rätten till sjukpenning under en sjuklöneperiod ... 127
11.2 Krav på att avstå från förvärvsarbete och rätten till sjukpenning ... 127
11.3 De första 14 dagarna i en sjukperiod ... 128
11.4 Efter de första 14 dagarna i sjukperioden ... 129
11.5 Sjukpenning för en familjehemsförälder ... 131
11.5.1 Beräkningsunderlag för familjehemsförälder ... 131
11.6 Rehabiliteringspenning för en familjehemsförälder ... 132
11.6.1 Beräkningsunderlag för en familjehemsförälder ... 132
11.7 Sjukpenning i samband med hel sjukersättning eller aktivitetsersättning ... 133
11.7.1 Försäkrade som börjat få ålderspension och innan dess fick hel sjukersättning ... 133
11.7.2 Försäkrade som skulle ha fått hel sjukersättning eller hel aktivitetsersättning om försäkringstidsvillkoret varit uppfyllt ... 133
11.7.3 Försäkrade med vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning ... 134
11.7.4 Försäkrade som får partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning med mera ... 134
11.7.5 När annan ersättning inte kan betalas ut men ändå ska beaktas ... 135
11.7.6 Sjukpenning för en försäkrad med steglös avräkning av sjukersättning ... 135
11.7.7 Rehabiliteringspenning för den som har sjukersättning med steglös avräkning ... 136

11.8 Försäkrade som fyllt 67 år ... 136
11.9 Försäkrade som fyllt 71 år ... 137
11.10 Beräkning av antalet dagar med sjukpenning efter 67 och 71 år ... 138

12 Läkarintyg ... 139
12.1 Huvudregeln – Läkarintyg senast från och med åttonde dagen i sjukperioden ... 139
12.2 Läkarintyg senare än från åttonde dagen i sjukperioden eller inte alls ... 139
12.3 Läkarintyg när arbetsförmågan försämras i ett pågående sjukdomsfall ... 140
12.4 Läkarintygets utformning och innehåll ... 141
12.5 Metodstöd - Utreda om den som utfärdat ett läkarintyg är behörig ... 142
12.5.1 Olika former av intyg ... 143
12.5.2 Intyg på blankett ... 143
12.5.3 Utreda uppgifterna om att intygsutfärdaren är behörig ... 144
12.5.4 Metodstöd – Läkarintygsblankettens uppbyggnad och innehåll ... 145
12.6 Metodstöd – Begära komplettering av läkarintyg ... 150
12.7 Längre sjukfall ... 152
12.8 Beslutsstöd för diagnoser ... 153
12.8.1 Diagnosspecifika rekommendationer ... 153
12.9 Metodstöd – Använda beslutsstödet för diagnoser ... 153
12.10 Läkarintygsföreläggande – Krav på läkarintyg tidigare än från och med den åttonde dagen i sjukperioden ... 155
12.10.1 Läkarintygsföreläggande vid sjukfrånvaro från arbetslivsinriktad rehabilitering ... 155
12.10.2 Läkarintygsföreläggande enligt sjuklönelagen ... 156
12.10.3 Läkarintygsföreläggande för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program ... 157
12.10.4 Metodstöd – Läkarintygsföreläggande ... 157

13 Ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning ... 159
13.1 Ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning – syfte och bedömning av rätten till ersättning ... 159
13.1.1 Metodstöd – Utreda om det är aktuellt med ersättning för arbetsresor ... 160
13.2 Hur länge kan en försäkrad få ersättning för arbetsresor? ... 160
13.3 Vad menas med ”merutgifter” och vad innebär ”till och från arbetet”? ... 160
13.4 Vad menas med att ersättningen för arbetsresor ska vara ”skälig”? ... 161
13.4.1 Metodstöd – Uppgifter som behövs i utredningen ... 161
13.4.2 Beräkning av resekostnader för egen bil eller hyrbil ... 161
13.5 Bokning av resor ... 162
13.6 Försäkran och utbetalning av ersättning för arbetsresor ... 162
13.6.1 Metodstöd – Hantera en begäran om ersättning för merutgifter ... 163

14 Rehabilitering ... 164
14.1 Vad menas med rehabilitering? ... 164
14.2 Samordningsuppdraget ... 164
14.2.1 Försäkringskassan ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs ... 165
14.3 Arbetsprövning med bibehållen sjukpenning ... 165
14.3.1 Period med arbetsprövning och ramtid ... 166
14.3.2 Förutsättningar för arbetsprövning ... 166
14.3.3 Metodstöd – Hantera en anmälan om arbetsprövning ... 168

14.3.4 Efter en genomförd arbetsprövning ... 169
14.3.5 Metodstöd – Bedöma arbetsförmågan i samband med period om arbetsprövning ... 171
14.4 Rätt till rehabiliteringsåtgärder ... 171
14.4.1 Rehabiliteringen ska utgå från den försäkrades förutsättningar och behov ... 171
14.5 Metodstöd – Utreda behov av rehabiliteringsåtgärder ... 172
14.6 Metodstöd – Att ställa frågor om våld ... 173
14.6.1 Hur kan du ställa frågor om våld? ... 175
14.7 Försäkringskassans skyldigheter i rehabiliteringen ... 179
14.7.1 Försäkringskassan ska samordna och utöva tillsyn ... 179
14.7.2 Försäkringskassan ska se till att åtgärder vidtas ... 180
14.7.3 Försäkringskassan ska samverka med andra aktörer ... 180
14.7.4 Metodstöd – Försäkringskassan ska samverka med andra aktörer ... 181
14.8 Försäkringskassan ska se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt ... 183
14.8.1 Rehabiliteringsplan ... 183
14.8.2 Metodstöd - Ta fram och följa upp rehabiliteringsplanen ... 184
14.9 Andra aktörers skyldigheter i rehabiliteringen ... 186
14.9.1 Den försäkrades skyldigheter ... 186
14.9.2 Arbetsgivarens skyldigheter ... 187
14.10 Samordnad rehabilitering för den som inte har ett pågående ersättningsärende ... 189
14.11 Metodstöd – Samordnad rehabilitering för den som inte har ett pågående ersättningsärende ... 190
14.12 Skada i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering ... 190
14.12.1 Skada orsakad av den som deltar ... 190
14.12.2 Skada som drabbar den som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering ... 191

15 Rehabiliteringsersättning ... 193

15.1 Metodstöd – Samtal med den försäkrade om rehabiliteringsersättning och möjligheten att ansöka om förmånen ... 193
15.2 Nedsatt arbetsförmåga ... 194
15.2.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering ... 194
15.3 Rätten till rehabiliteringsersättning ... 196
15.4 Metodstöd – Pröva anspråket ... 196
15.5 Vad gäller vid ledighet och sjukdom? ... 197
15.6 Metodstöd – Vad gäller vid ledighet och sjukdom? ... 198
15.7 Hur länge kan man få rehabiliteringsersättning? ... 199
15.8 Rehabiliteringspenning ... 199
15.8.1 Hur bedöms arbetsförmågan i samband med rehabiliteringspenning? ... 200
15.8.2 Rehabiliteringspenning och sjukpenning ... 200
15.8.3 Beräkning och förmånstid ... 200
15.8.4 Samordning med andra förmåner ... 201
15.9 Metodstöd – Samordning med andra förmåner ... 201
15.10 Särskilt bidrag ... 202
15.10.1 Särskilt bidrag för kostnader ... 202
15.10.2 Utbetalning av särskilt bidrag ... 206

16 Sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall ..207
16.1 Syftet med sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall ..207
16.2 Sjukpenning i särskilda fall i förhållande till 27 och 28 kap. SFB ..207
16.3 Vem kan få sjukpenning i särskilda fall? ..207
16.3.1 Har haft tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning ..208
16.3.2 Har låg eller ingen SGI ..208
16.4 När inträder rätten till sjukpenning i särskilda fall? ..208
16.5 Metodstöd – När inträder rätten till sjukpenning i särskilda fall? ..209
16.6 Vem har inte rätt till sjukpenning i särskilda fall? ..209
16.7 Sjukdomsbegreppet inom sjukpenning i särskilda fall ..210
16.8 Bedömning av rätten till sjukpenning i särskilda fall ..210
16.9 I vilka situationer kan den försäkrade behålla rätten till sjukpenning i särskilda fall? ..211
16.10 Sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte ..213
16.11 Metodstöd – Hantera en ansökan om sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte ..214

DEL D – Beräkning ..215

17 Ersättningsnivåer och förmånstid ..215
17.1 Sjukpenningens ersättningsnivåer ..215
17.2 Inledande bestämmelse om förmånstiden för sjukpenning ..215
17.3 Förmånstiden för sjukpenning på normalnivå ..216
17.3.1 Ersättningsdagar som räknas som dagar med sjukpenning på normalnivå ..216
17.3.2 Beräkning av ramtid ..217
17.3.3 Hur beräknas antalet dagar med sjukpenning på normalnivå inom ramtiden? ..217
17.3.4 När kan den försäkrade få nya dagar med sjukpenning på normalnivå? ..218
17.3.5 Förutsättningar för att kunna få fler dagar med sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom ..218
17.3.6 Förmånstiden för sjukpenning på fortsättningsnivå ..219

18 Beräkningsmetoder och beräkningsunderlag ..220
18.1 Två olika beräkningsmetoder ..220
18.2 Beräkningsunderlag – allmänna bestämmelser ..220
18.3 Beräkningsunderlag om sjuklön och sjukpenning betalas ut för samma dag ..221
18.4 Metodstöd – Beräkningsmodell för sjukpenning ..222

19 Beräkning av kalenderdagsberäknad sjukpenning ..224
19.1 Huvudregeln – kalenderdagsberäknad sjukpenning ..224
19.1.1 Situationer när sjukpenning alltid ska kalenderdagsberäknas ..224
19.1.2 Sjukpenning till arbetslösa – punkt 1 ..225
19.1.3 Sjukpenning vid föräldrapenning, graviditetspenning, eller rehabiliteringspenning – punkt 2 ..227
19.1.4 Egenföretagare med SGI av endast inkomst av annat förvärvsarbete – punkt 3 ..227
19.1.5 Familjehemsförälder som inte kan vårda barnet ..228
19.2 Räkna fram belopp för kalenderdagsberäknad sjukpenning ..228
19.3 Sjukpenningen ska begränsas till högst 543 kronor per dag om den försäkrade är arbetslös ..228

20 Beräkning av arbetstidsberäknad sjukpenning 234
20.1 Situationer när sjukpenning ska arbetstidsberäknas 234
20.2 Räkna fram belopp för arbetstidsberäknad sjukpenning – huvudregel 237
20.2.1 Om sjukpenning ska betalas ut för endast en dag 238
20.2.2 Om sjukpenning på samma förmånsnivå ska betalas ut för mer än en dag 238
20.2.3 Om sjukpenning betalas ut på olika förmånsnivåer för mer än en dag 239
20.2.4 Skiftarbete 239
20.2.5 Avrundning av timmar och belopp vid arbetstidsberäknad sjukpenning 240
20.3 Både arbetstidsberäknad och kalenderdagsberäknad sjukpenning vid SGI av både anställning och annat förvärvsarbete 240
20.4 Undantag från huvudregeln att beräkna arbetstidsberäknad sjukpenning per timme 242

21 Karens, återinsjuknande och högriskskydd 244
21.1 Vad är karens? 244
21.2 Karensavdrag 244
21.3 Metodstöd – Avgöra om karensavdrag ska göras 245
21.4 Karensavdragets storlek 246
21.4.1 Arbetstidsberäknat karensavdrag 246
21.4.2 Metodstöd – Arbetstidsberäknat karensavdrag 247
21.5 Interimistiska beslut vid utredning av karensavdrag 248
21.6 Metodstöd – Underrättelse och kommunicering vid karensavdrag 248
21.7 Metodstöd - Beslut om karensavdrag 248
21.8 Karensdagar 249
21.9 Karenstid 249
21.9.1 Egenföretagare kan välja längre eller kortare karens 249
21.9.2 Egenföretagare kan ändra eller säga upp sin valda karenstid 250
21.9.3 Karenstiden påverkar sjukförsäkringsavgiften 250
21.10 Metodstöd - Begränsning av karenstid 251
21.11 Karens vid sjukpenning i särskilda fall 251
21.12 Karens vid sjukpenning i förebyggande syfte 252
21.13 Egenföretagare som blir arbetslösa får alltid ett karensavdrag 253
21.14 Ingen karens vid rehabiliteringspenning 253
21.15 Bestämmelser om återinsjuknande 254
21.15.1 Återinsjuknanderegel för karensavdrag och karensdagar 254
21.15.2 Återinsjuknanderegel för karenstid 255
21.16 Högriskskydd 256
21.16.1 Allmänt högriskskydd 256
21.16.2 Allmänt högriskskydd för den som har SGI från inkomst av anställning 257
21.16.3 Allmänt högriskskydd för den som har SGI från inkomst av annat förvärvsarbete 257

22 Beräkning av sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall 259
22.1 Ersättningsnivåer 259
22.2 Beräkning av sjukpenning i särskilda fall 259
22.3 Metodstöd – Beräkning av sjukpenning i särskilda fall när beloppet för annan ersättning är för högt 261
22.4 Sjukpenning i särskilda fall och sjukersättning 261
22.5 Sjukpenning i särskilda fall och livränta 261

22.6 Rehabiliteringspenning i särskilda fall och sjukersättning eller livränta 262

23 Samordning av sjukpenning med samtidig lön – minskningsregeln 263
23.1 Samordning för inkomster under SGI-taket 264
23.2 Samordning för inkomster över SGI-taket 264
23.3 Hur ska beloppet vid samordning med samtidig lön avrundas och när ska avräkning göras? 265

24 Sammanträffande med andra förmåner eller a-kassa 266
24.1 Vilka förmåner ska samordnas med sjukpenning 266
24.2 Metodstöd – Samordning av förmåner 267

DEL E – Beslut 268

25 Beslut 268
25.1 Slutliga beslut 268
25.1.1 Delbeslut 269
25.1.2 Metodstöd – Fatta ett delbeslut 269

26 Bevilja anspråk 270
26.1 Beslut om att bevilja ett anspråk 270
26.1.1 Metodstöd – Beslut om att bevilja ett anspråk 270
26.2 Ett beslut som gäller ska verkställas 270
26.3 Sjukpenning i särskilda fall betalas inte ut om den överstiger maxbeloppet för förmånen 271

27 Avslå anspråk 272
27.1 Beslut om att helt eller delvis avslå ett anspråk 272
27.1.1 Metodstöd – Besluta att helt eller delvis avslå ett anspråk 272
27.2 Kommunicering och underrättelse om beslut 273
27.2.1 Informera om det planerade beslutet 273
27.2.2 Metodstöd – Kommunicera och informera om det planerade beslutet 274
27.2.3 Metodstöd – Då ska slutligt beslut fattas 275
27.3 Metodstöd – Kontakt- och omställningsmöte 276
27.4 Metodstöd – En begäran om omprövning krävs för varje avslagsbeslut 280
27.5 Metodstöd – Kvalitetssäkring 280

28 Övriga beslut 284
28.1 Avvisning 284
28.2 Avskrivning 284
28.3 Rättelse eller ändring av tidigare fattat slutligt beslut 284
28.4 Indragning eller nedsättning av tidigare beviljad ersättning 286
28.5 Underrättelse om väsentlig försening och när handläggningstiden påbörjas 291
28.5.1 Metodstöd – Underrättelse om väsentlig försening 291
28.6 Begäran om ett avgörande 292
28.6.1 Metodstöd – Begäran om ett avgörande 293

29 Interimistiska beslut 295
29.1 När interimistiska beslut ska fattas 295
29.2 Olika typer av interimistiska beslut 296
29.2.1 Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 2 § SFB 297
29.2.2 Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 2 a § SFB 299

29.2.3 Metodstöd – Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 2 och 2 a §§ SFB 301
29.2.4 Metodstöd – Beslut och information till den försäkrade 302
29.3 Samma krav på fortsatt aktiv handläggning även efter att ett interimistiskt beslut har fattats 302
29.4 Interimistiskt beslut för del av anspråksperiod 303
29.4.1 Metodstöd – Interimistiskt beslut vid delbeslut 303
29.5 Slutligt beslut efter ett interimistiskt beslut 303
29.5.1 Metodstöd – Efter interimistiskt beslut enligt 112 kap. 2 eller 2 a §§ SFB 303
29.5.2 Metodstöd – Om anspråket sträcker sig över beslutsdatumet behöver du informera den försäkrade när du fattar beslut 304
29.5.3 Metodstöd – Upprepade interimistiska beslut 305
29.6 Återbetalning av interimistiskt utbetald ersättning 305
29.7 Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 3 § SFB 305
29.7.1 Metodstöd – Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 3 § SFB 306
29.7.2 Metodstöd – Efter interimistiskt beslut enligt 112 kap. 3 § SFB 306

30 Omprövning, överklagan och verkställande av dom och beslut 308
30.1 Omprövning och överklagande 308
30.2 Verkställande av dom och beslut 308
30.2.1 Metodstöd – Verkställa en dom när dagarna i förmånstiden är slut 308
30.2.2 Metodstöd – Domen medför att ytterligare dagar med sjukpenning på normalnivå inte kan betalas ut i ett pågående efterföljande ärende 309
30.2.3 Metodstöd – Impuls om återkrav 309
30.3 Återställande av ersättningsdagar vid felaktigt utbetald ersättning 309
30.3.1 Metodstöd – Återställa ersättningsdagar 310
30.3.2 Metodstöd – Omräkning vid delvis eftergift 311

DEL F – Övrigt 312

31 Sjukpenning i förebyggande syfte 312
31.1 Förutsättningar för sjukpenning i förebyggande syfte 312
31.1.1 Förebygga, förkorta eller häva nedsättning av arbetsförmågan 312
31.1.2 Medicinsk behandling eller rehabilitering 312
31.1.3 En plan som är godkänd av Försäkringskassan 313
31.2 Metodstöd – Hantera en ansökan om godkännande av behandlingsplan 314
31.3 Beslut om behandlingsplan 316
31.3.1 Metodstöd – Kommunicering om att behandlingsplanen inte godkänns 316
31.4 Substansbruk 317
31.5 Sjukpenning i förebyggande syfte vid utredning beslutad av Försäkringskassan 317
31.6 Ersättningsbar tid 317
31.6.1 Sjukpenning och sjukpenning i förebyggande syfte 318
31.6.2 Dagar med sjukpenning i förebyggande syfte 319
31.7 Beslut om sjukpenning i förebyggande syfte 319
31.7.1 Metodstöd – Handlägga ansökan om sjukpenning i förebyggande syfte 319

32 Sjukperiod för studerande enligt studiestödsförordningen 321
32.1 Sjukanmälan enligt studiestödsförordningen (2000:655) 321
32.2 Godkännande av sjukperiod 321

32.2.1 Metodstöd – Bedöma om den studerande är till hälften oförmögen att bedriva heltidsstudier 323
32.2.2 Försäkringskassan får neka att godkänna sjukperioden för studerande 323
32.2.3 Metodstöd – Underrätta den studerande om beslutet 324
32.3 Meddela CSN om sjukperioden 324
32.4 Läkarintyg vid godkännande av sjukperiod 325
32.4.1 Läkarintygsföreläggande vid godkännande av sjukperiod 326
32.5 Åtgärder för att förkorta sjukdomstiden vid godkännande av sjukperiod 326
32.6 Utredningsbefogenheter vid godkännande av sjukperiod 327
32.7 Sjukperiod för studerande vid kompletterande pedagogisk utbildning för personer med forskarexamen 327

33 Samarbete vid arbetsskada samt utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning 328
33.1 Samarbete vid arbetsskada 328
33.2 Metodstöd – Informera om möjligheten att ansöka om livränta 329
33.3 När den försäkrade kan ha rätt till sjukpenning eller rehabiliteringspenning från arbetsskadeförsäkringen 329
33.4 Metodstöd – När den försäkrade inte har rätt till sjukpenning men kan ha rätt till ersättning från arbetsskadeförsäkringen 330
33.5 Metodstöd – Identifiera ärenden där det kan vara aktuellt att byta sjukpenning eller rehabiliteringsersättning mot sjukersättning eller aktivitetsersättning 330
33.6 Metodstöd – Förutsättningar för att lämna impuls om utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning 331
33.6.1 Metodstöd – Utbyte till sjukersättning för den som omfattas av äldrereglerna för sjukersättning 333
33.7 Rehabiliteringspenning i särskilda fall och sjukersättning eller livränta 334

34 Vissa situationer när sjukpenning inte ska betalas ut 335
34.1 Sjukpenning betalas inte ut under militärtjänstgöring, frihetsberövande med mera 335
34.2 Den som avtjänar straff utanför kriminalvården 337
34.2.1 Den som olovligen avviker, har permission, häktas i sin utevaro eller inte inställer sig till fängelsestraff eller sluten ungdomsvård 337
34.3 Sjukdom eller skada till följd av brott 337

35 Sjömän 339
35.1 Bestämmelsen om sjukperiod för sjömän 339
35.2 De första 13 dagarna för sjömän 339
35.3 Karensavdrag för sjömän 340
35.4 Arbetsgivarinträde 340
35.5 Arbetsgivarinträde under tid med rehabiliteringspenning 340
35.5.1 Metodstöd – Hantera arbetsgivarinträde för sjömän 340
35.6 Så beräknas sjukpenning i samband med arbetsgivarinträde för sjömän 341
35.6.1 Metodstöd – Bedöma och beräkna sjukpenning i samband med arbetsgivarinträde för sjömän 342

36 Utlandsvistelse och internationell rätt 343
36.1 Förmåner vid utlandsvistelse 343
36.1.1 Metodstöd – Om ansökan inte görs i god tid före avresan, eller om den görs efter avresan 346

36.1.2 Metodstöd – Handlägga medgivande till sjukpenning under utlandsvistelse 347
36.1.3 Rest utomlands utan medgivande 349
36.2 Inträde av staten efter konsulärt bistånd 349
36.3 Rehabilitering av personer som är bosatta och arbetar i olika länder 350
36.3.1 Metodstöd – De administrativa rutinerna om arbetslivsinriktad rehabilitering inom Norden 350

37 Övergångsbestämmelser och tidigare lydelser av bestämmelser 354
37.1 Bedömning av arbetsförmågans nedsättning efter 180 dagar 354
37.2 Särskilda skäl 355
37.3 Försenad vård eller rehabilitering orsakad av effekter av sjukdomen covid-19 lydelse före den 1 januari 2024 358
37.4 Sjukpenningen ska begränsas till högst 543 kronor per dag om den försäkrade är arbetslös 360
37.5 Allmänt högriskskydd för den som har SGI från inkomst av anställning 361
37.6 Åldersgränser inom sjukförsäkringen 361

Källförteckning 364

Förkortningar

Förkortning	Förklaring
AD	Arbetsdomstolens domar
AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
ALF	Lag (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring
AML	Arbetsmiljölagen (1977:1160)
DO	Diskrimineringsombudsmannen
EES	Europeiska ekonomiska samarbetsområdet
EU	Europeiska unionen
FEA	Förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser
FKAR	Försäkringskassans allmänna råd
FKFS	Försäkringskassans föreskrifter
FKRS	Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden
FL	Förvaltningslagen (2017:900)
FMR	Försäkringsmedicinsk rådgivare
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
JO	Justitieombudsmannen
KPUFU	Kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå
KRNG	Kammarrätten i Göteborg
KRNJ	Kammarrätten i Jönköping
KRNS	Kammarrätten i Stockholm
KRSU	Kammarrätten i Sundsvall
NJA	Nytt Juridiskt Arkiv
LAS	Lagen (1982:80) om anställningsskydd
LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
Prop.	Regeringens proposition
RAR	Riksförsäkringsverkets allmänna råd
RB	Rättegångsbalken
RFFS	Riksförsäkringsverkets författningssamling
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SFB	Socialförsäkringsbalken
SFS	Svensk författningssamling
SfU	Socialförsäkringsutskottet
SGI	Sjukpenninggrundande inkomst
SjLL	Lagen (1991:1047) om sjuklön
SOU	Statens offentliga utredningar

Sammanfattning

Vägledningen är uppdelad i sex delar, del A–F, som innehåller olika kapitel och avsnitt. I kapitlen finns det även metodstöd som redovisas löpande i anslutning till tillämpningstext och markeras med en symbol.

Del A är gemensam för alla ärenden inom sjukförsäkringen. Del A kan man behöva återkomma till i olika skeden av ett ärendes gång. Det första kapitlet handlar om att vara rättstillämpare och det är utifrån det perspektivet som hela vägledningen ska läsas. Delen innehåller bland annat information om Försäkringskassans utredningsansvar, samtycke och olika utredningsbefogenheter. Här finns även övergripande information om vårt samordningsuppdrag.

Del B innehåller information om förutsättningar för förmån. Delen berör främst förmånen sjukpenning men kan vara aktuell samtliga förmåner inom sjukförsäkringen.

Del C innehåller information som är aktuell vid bedömning av förmånerna sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Del D innehåller information om beräkning. Här finns information om ersättningsnivåer, förmånstid, beräkningsmetoder, karens, samordning med samtidig lön samt sammanträffande med andra förmåner.

Del E innehåller information om beslut och är ett förmånsspecifikt komplement till våra myndighetsgemensamma vägledningar. Här beskrivs både slutliga och interimistiska beslut, hur omprövningar och överklagande ska hanteras samt hur verkställande av domar och beslut ska hanteras.

Del F innehåller information som är aktuell i vissa specifika situationer, exempelvis sjukpenning i förebyggande syfte, förmån vid utlandsvistelse och förmåner för sjömän. Här är även övergångsbestämmelser samlade.

Läsanvisningar

Denna vägledning ska vara ett stöd för Försäkringskassans medarbetare i handläggningen och vid utbildning.

Vägledningen redovisar och förklarar lagar och andra bestämmelser. Den redogör för de delar av lagens förarbeten som är särskilt viktiga för att förstå hur lagen ska tillämpas. Den redogör också för rättspraxis och för Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden.

Vägledningen innehåller också en beskrivning av hur man ska handlägga ärenden och vilka metoder som då ska användas för att åstadkomma både effektivitet och kvalitet i handläggningen. Rubriken till sådana kapitel eller avsnitt inleds med ordet Metodstöd.

Hänvisningar

I vägledningen finns hänvisningar till lagar, förordningar och föreskrifter. Det finns också hänvisningar till allmänna råd, Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden, interna styrdokument, förarbeten, rättsfall, JO-beslut och andra vägledningar. Dessa hänvisningar finns antingen i löpande text eller inom parentes i direkt anslutning till den mening eller det stycke den avser.

Sist i vägledningen finns en källförteckning som redovisar de lagar, förordningar, domar med mera som nämns i vägledningen.

Exempel

Vägledningen innehåller också exempel. De är komplement till beskrivningarna och åskådliggör framför allt hur en ersättning ska beräknas.

Historikbilaga

Denna vägledning har reviderats. I historikbilagan finns en kortfattad beskrivning av de sakliga ändringar som gjorts i respektive version av vägledningen. Genom att läsa historikinformationen får du en överblick över de viktigaste nyheterna i den här versionen.

Att hitta rätt i vägledningen

I vägledningen finns en innehållsförteckning. Den är placerad först och ger en översiktsbild av vägledningens kapitel och avsnitt. Med hjälp av fliken ”Bokmärken” i vänsterkanten kan du navigera mellan avsnitten. Det finns också en sökfunktion för att hitta enstaka ord och begrepp.

DEL A – Utredning inom sjukförsäkringen och du som rättstillämpare

1 Att läsa vägledningen som rättstillämpare

Juridisk metod

Den juridiska metoden hjälper oss att fatta välgrundade och rättssäkra beslut. Juridisk metod innebär förenklat att vi utgår från rättskällorna när vi besvarar en juridisk fråga. En typisk juridisk fråga i våra ärenden är ”uppfyller den försäkrade villkoren för att beviljas förmånen?”.

I vägledningens tillämpningsavsnitt finns de relevanta rättskällorna samlade och presenterade i den ordning som rättskällorna ska värderas. Avsnitten inleds med aktuella bestämmelser ur lag eller annan författning och följs av andra relevanta rättskällor på området, exempelvis utdrag ur propositioner, praxis från domstol, JO-avgöranden och Försäkringskassans egna föreskrifter.

Bedömningsutrymmet

Många bestämmelser i socialförsäkringsbalken innehåller ett relativt stort bedömningsutrymme. Det innebär att det inte klart och tydligt framgår av lagtexten om en person har rätt till en förmån eller inte. I stället är bestämmelsen skriven så att flera olika utfall är möjliga. Syftet med bedömningsutrymmet är bland annat att du som rättstillämpare ska kunna beakta omständigheter i det enskilda ärendet. Det kan innebära att utfallet i liknande ärenden blir olika, eftersom de skillnader som ändå finns kan ha sådan betydelse att de leder till att man hamnar på olika ställen inom bedömningsutrymmet.

För att få fram bedömningsutrymmet för en specifik bestämmelse använder vi oss av den juridiska metoden. Bedömningsutrymmet kan begränsas eller påverkas av olika faktorer, exempelvis vad regeringen har uttalat i en proposition eller något som HFD (Högsta förvaltningsdomstolen) slagit fast i en dom. Ibland har Försäkringskassan genom föreskrifter, allmänna råd och rättsliga ställningstaganden förtydligat förutsättningarna för att bevilja en ersättning eller förmån. All sådan styrning påverkar hur stort bedömningsutrymme handläggaren har. Det är viktigt att ha med sig att bedömningsutrymmet inom en viss bestämmelse alltid ser likadant ut, oavsett vem som tillämpar det.

Hur vi förhåller oss till praxis från domstolarna

I flera avsnitt i vägledningen finns hänvisningar till praxis från domstolar. I första hand är det avgöranden från HFD som är vägledande för rättstillämpningen. I vissa avsnitt hänvisas dock till avgöranden från kammarrätterna, och det är när det saknas vägledande avgöranden från HFD.

Tänk på att praxis inte ska ses som exempel. Du som rättstillämpare måste alltid ta hänsyn till att utgången i olika rättsfall beror på hur omständigheterna såg ut i just det i fallet.

Vägledningen i förhållande till andra styrande och stödjande dokument

Vägledningen revideras löpande. Mellan revideringarna kan det publiceras rättsliga ställningstaganden (FKRS) som styr tillämpningen, eller informationsmeddelanden (IM)

om ny lagstiftning eller praxis från HFD. Som rättstillämpare behöver du känna till de IM och FKRS som publiceras och som berör den förmån du handlägger. Om informationen i ett IM eller FKRS inte skulle stämma överens med vad som framgår av vägledningen, har IM och FKRS företräde. Informationen i IM och FKRS arbetas in i vägledningen vid nästa revidering.

2 Försäkringskassans utredningsansvar, bevisbördan och beviskravet i sjukpenningärenden

I det här kapitlet beskrivs Försäkringskassans utredningsansvar, beviskravet i sjukpenningärenden och hur man gör en bevisvärdering. Kapitlet beskriver också sekretess och samtycke och utgångspunkterna för en rättssäker handläggning.

Kapitlet ger fördjupad information om vad som gäller vid handläggningen av ansökningsärenden om sjukpenning.

Försäkringskassans utredningsansvar regleras i både FL och SFB.

Läs mer
Läs mer om vad som gäller generellt i frågor om utredningsansvar, bevisbörda och beviskrav i Försäkringskassans förmånsärenden i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

9 § FL
Ett ärende ska handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts.

Handläggningen ska vara skriftlig. Myndigheten får dock besluta att handläggningen helt eller delvis ska vara muntlig, om det inte är olämpligt.

23 § FL
En myndighet ska se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver.

En enskild part som inleder ett ärende ska medverka genom att så långt som möjligt ge in den utredning som parten vill åberopa till stöd för sin framställning.

Om det behövs ska myndigheten genom frågor och påpekanden verka för att parten förtydligar eller kompletterar framställningen

110 kap. 13 § första stycket SFB
Den handläggande myndigheten ska se till att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver.

2.1 Försäkringskassans utredningsansvar i sjukpenningärenden

Ett materiellt riktigt beslut

Försäkringskassan ska utreda alla ärenden i den omfattning som varje ärende kräver. Syftet med utredningen är att klarlägga de faktiska förhållanden som är relevanta så att vi kan fatta ett beslut som stämmer överens med dessa förhållanden. Detta kallas för ett materiellt riktigt beslut. Vi behöver försäkra oss om att beslutet grundar sig på ett

tillräckligt underlag så att den enskilde inte går miste om ersättning som hen har rätt till eller felaktigt får ersättning som hen inte har rätt till på grund av brister i vår utredning.

Om Försäkringskassan fattar beslut med stöd av ett otillräckligt underlag riskerar beslutet att bli materiellt oriktigt. Den som fattar beslutet kan då inte med tillräcklig säkerhet bedöma om den försäkrade har rätt till sjukpenning eller inte (läs mer under rubriken Bevisvärdering och helhetsbedömning). Vid handläggningen av sjukpenningärenden ska Försäkringskassan sträva efter att fatta så materiellt riktiga beslut som möjligt, och för att åstadkomma det krävs vissa utredningsåtgärder.

Huvudansvaret för utredningen ligger på Försäkringskassan

Ett grundläggande krav vid handläggningen av sjukpenningärenden är att Försäkringskassan ska leda utredningen och se till att nödvändigt underlag kommer in. Den försäkrade har också ett ansvar för att lämna in de underlag som behövs. Vilka omständigheter som behöver utredas beror på de krav som gäller för att sjukpenning ska kunna beviljas. Vi ska bara utreda sådana omständigheter som har betydelse för beslutet i ärendet.

I ett sjukpenningärende är det framför allt nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga på grund av sjukdom som ska utredas, och den försäkrade behöver i de allra flesta fall lämna in ett läkarintyg. Den försäkrade har alltså ett ansvar i denna del. Vi får inte besluta i ärendet utan att först ge den försäkrade möjlighet att komplettera sin ansökan med ett läkarintyg om ett sådant saknas.

Om det läkarintyg som den försäkrade lämnar in inte ger tillräckliga uppgifter för att vi ska kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning, behöver det oftast kompletteras. Utredningsansvaret innebär då att vi antingen själva hämtar in fler uppgifter eller beskriver för den försäkrade på vilket sätt underlaget behöver kompletteras.

Ärendets beskaffenhet påverkar utredningsansvaret

Försäkringskassans utredningsansvar i sjukpenningärenden är som utgångspunkt omfattande. Vilka utredningsåtgärder vi behöver utföra eller hur omfattande de ska vara i det enskilda ärendet beror på ärendets *beskaffenhet*, det vill säga ärendets karaktär. Vårt utredningsansvar är särskilt stort när vi ska fatta beslut av ingripande karaktär, som till exempel beslut om indragning enligt sanktionsbestämmelserna eller annan minskning av förmån (jfr. prop. 2008/09:200 s. 554 ff.).

Det är viktigt att man i varje enskilt ärende bedömer hur omfattande utredningsåtgärder som krävs från Försäkringskassans sida. Vilken utredning som krävs av oss som myndighet kan alltså variera mellan ärenden inom samma ärendetyp. Det är beroende av faktorer som till exempel den försäkrades förutsättningar att bevaka sina intressen eller vilken typ av sjukdom det gäller.

2.1.1 Bevisning – metod och begrepp

För att förstå de krav som ställs på utredningen, underlaget i ärendet och hur ett anspråk på sjukpenning ska prövas, är det viktigt att förstå vissa grundläggande begrepp om bevisning och hur de förhåller sig till varandra.

Begreppen fri bevisföring och fri bevisprövning

I sjukpenningärenden gäller *fri bevisföring*. Det innebär att den försäkrade, utöver läkarintyget, kan lämna vilken information hen vill för att visa att hens arbetsförmåga är nedsatt.

På samma sätt gäller *fri bevisprövning*. Det innebär att vi ska ta hänsyn till all information som finns i ärendet när vi gör vår bevisvärdering.

Fri bevisprövning har ett samband med begreppet helhetsbedömning på så vis att allt underlag ska värderas och ingå i helhetsbedömningen.

Avvägningen mellan utredningsansvaret och bevisbördan

Försäkringskassan har ett omfattande *utredningsansvar*.

Orsaken till det är bland annat att den enskilde ofta är i underläge gentemot Försäkringskassan och kan ha svårt att ta tillvara sin rätt, till exempel på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning. Den enskilde är också ofta helt beroende av ersättningen för sin försörjning. Utredningsansvaret innebär att vi ska försöka få in relevanta underlag eller uppmana den försäkrade att lämna in dem.

Den som ansöker om en förmån har *bevisbördan*. Det betyder att hen ska visa att hen uppfyller förutsättningarna för att beviljas förmånen. Det här är en allmän förvaltningsrättslig princip. Bevisbördan innebär att den som ansöker ansvarar för att bevisa att en viss omständighet föreligger. När det gäller betungande beslut för den enskilde, såsom i ärenden om återkrav och sanktioner, är det emellertid Försäkringskassan som har bevisbördan.

Läs mer

Läs mer om utredningsansvaret och bevisbördan i vägledning 2004:7 *Förvaltningsrätt i praktiken.* Läs mer om återkrav i vägledning (2024:2) *Återbetalning*. Läs mer om sanktionsbestämmelserna i avsnitt 28.4.

Utredningsansvaret innebär att det är först när ett ärende är tillräckligt utrett som en ansökan kan avslås på den grunden att den försäkrade inte gjort sannolikt att hen har rätt till sjukpenning.

Försäkringskassan och den försäkrade har ofta samma uppfattning om hur det förhåller sig med omständigheterna i ärendet. Det är när vi *inte* har samma uppfattning om omständigheterna som frågan om bevisbörda ställs på sin spets. Det kan uttryckas som att Försäkringskassan ansvarar för att ärendet blir tillräckligt utrett så att det kan avgöras på ett korrekt sätt.

Om det finns oklarheter i någon del av utredningen, så bestämmer placeringen av bevisbörda vem som ska stå risken för den oklarheten eller bristen. Det innebär att om den försäkrade och Försäkringskassan inte har samma uppfattning om någon eller några omständigheter i ärendet, så ansvarar den försäkrade för att bevisa det som hen påstår. När det gäller ärenden om sjukpenning innebär bevisa att den försäkrade ska *göra sannolikt* det som hen påstår. Om hen inte gör det ska ansökan avslås och den försäkrade får då ”stå risken” för att en viss omständighet inte har bedömts föreligga.

Särskilt om läkarintyg som bevisning

Läkarintyget är vanligtvis det viktigaste bevismedlet i våra ärenden. Ett *bevismedel* är en typ av bevisning som kan tänkas förekomma, och det kan till exempel vara sakkunnigutlåtanden, skriftliga handlingar och muntliga uppgifter. Den försäkrade ska styrka nedsättningen av arbetsförmågan genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan (27 kap. 25 § SFB). Det är alltså vanligen läkarintyget som i första hand ger oss information om den försäkrades arbetsförmåga och hur den påverkas av hens sjukdom.

Det är viktigt att komma ihåg att läkarintyget visserligen utgör ett bevismedel, men att det även kan behövas annan utredning för att beviskravet sannolikt ska vara uppfyllt. För att kunna ta ställning till om rekvisiten för rätt till sjukpenning är uppfyllda så behöver

Försäkringskassan göra en bevisvärdering. Läs mer om bevisvärdering under avsnitt 2.2).

2.1.2 Metodstöd – Vad innebär utredningsansvaret för vår handläggning?

Syftet med utredningen är att du ska klargöra det som kan ha betydelse för din bedömning av rätten till sjukpenning så att du kan fatta ett materiellt riktigt beslut. Det här metodstödet beskriver

- vilka omständigheter du behöver utreda
- hur du avgör om du har tillräckligt underlag
- hur och av vem du hämtar in information från

Läs mer
Du kan läsa mer om Försäkringskassans utredningsansvar i vägledning *Förvaltningsrätt i praktiken* (2014:7) och i avsnitt 2.1.

Metodstöd – Så fattar du ett materiellt riktigt beslut

Tänk på att utredningsansvaret innebär att du ska utreda och försöka klarlägga det som kan ha betydelse för din bedömning av rätten till sjukpenning. Om det till exempel finns oklara eller motstridiga uppgifter, eller om det saknas uppgifter, och det är fråga om uppgifter som skulle kunna påverka beslutet, så behöver du göra ett försök att klargöra omständigheterna eller få in de uppgifter som saknas innan du fattar beslut. Det kan också handla om att du får impulser som gör att vissa omständigheter behöver utredas närmare, till exempel om det kommer fram att den försäkrade har stödinsatser från kommunen eller genomgår behandling på en annan klinik.

Metodstöd – Vad behöver du utreda?

För att en person ska ha rätt till sjukpenning måste vissa villkor vara uppfyllda. Vilka dessa villkor är framgår av bestämmelserna om sjukpenning. De faktiska omständigheterna måste göra att villkoren är uppfyllda för att den försäkrade ska ha rätt till förmånen. Du behöver alltså utreda vissa omständigheter för att kunna bedöma rätten till sjukpenning. För att bedöma om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom behöver du utreda

- om det rör sig om en sjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd
- vilka arbetsuppgifter den försäkrade har
- hur sjukdomen påverkar hens förmåga att utföra dessa arbetsuppgifter – alltså arbetsförmågan.

Utöver att bedöma arbetsförmågans nedsättning behöver du även ta ställning till om övriga förutsättningar för rätten till sjukpenning är uppfyllda. Det betyder att du även behöver utreda till exempel sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och försäkringstillhörighet. Utredningsansvaret omfattar alla villkor i de aktuella bestämmelserna, och inte bara arbetsförmågans nedsättning. Texten nedan handlar dock bara om bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.

Metodstöd – Avgör om du har tillräckligt underlag

För att avgöra om det finns ett tillräckligt underlag för bedömningen av arbetsförmågans nedsättning kan du arbeta i följande steg

1. Gå igenom all tillgänglig information så att du får en uppfattning om omständigheterna i ärendet.
2. Använd din genomgång som stöd för att ta ställning till vilka omständigheter som är relevanta för bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.
3. Granska informationen om dessa omständigheter. Det innebär att du granskar all tillgänglig information för respektive omständighet. Det kan vara information om den försäkrades sjukdomstillstånd, sjukdomstillståndets påverkan på hens arbetsförmåga och hens arbetsuppgifter.

Ta ställning till om du har vidtagit de åtgärder som innebär att myndigheten har uppfyllt sitt utredningsansvar. Om du bedömer att myndigheten har gjort det som vi kan för att utreda oklarheter som kan ha betydelse för rätten till sjukpenning så är i regel utredningsansvaret uppfyllt och du ska inte fortsätta att utreda.

Metodstöd – Vem vänder du dig till för att hämta mer information?

När du kommit fram till att du behöver hämta in mer information, behöver du avgöra hur du ska hämta in den och av vem. Vem du ska vända dig till beror på vilken omständighet du behöver utreda

- uppgifter om kraven på den försäkrades arbete hämtar du från den försäkrade eller hens arbetsgivare
- uppgifter om den försäkrades sjukdom och hur den påverkar arbetsförmågan hämtar du från hälso- och sjukvården eller den försäkrade.

Hämta in uppgifterna från den som enklast och mest objektivt kan lämna dem. Många gånger kan du vända dig till den försäkrade för att få information om exempelvis vilka medicinska utredningar som vården har gjort eller vilka anpassningar som har gjorts på arbetsplatsen. Den försäkrades uppgifter behöver dock vanligtvis ha stöd i övrigt underlag och bevisning. Därför kan du behöva prata med arbetsgivaren eller hälso- och sjukvården även efter att du varit i kontakt med den försäkrade. Även om den försäkrades uppgifter inte kan stå för sig själva och du behöver utreda ytterligare, så kan hens berättelse bidra till att du tydligare kan formulera vilken information som ärendet behöver kompletteras med.

Läs mer

Läs mer om hur du ska värdera medicinsk information kopplat till läkarintyg i avsnitt 12.6. Mer stöd i utredningsmetodik finns i *Handläggningsinstruktion – sjukpenning och rehabiliteringsersättning*.

2.2 Bevisvärdering – hur ska bevisningen värderas och hur säkra behöver vi vara?

Begreppen bevisvärdering och helhetsbedömning

Bevisvärdering handlar om att uppskatta styrkan i den bevisning som finns i ärendet – man ska alltså *bedöma värdet av* bevisningen.

Det är viktigt att komma ihåg att bevisvärderingen görs först efter att vi har uppfyllt utredningsansvaret.

Syftet med bevisvärdering i sjukpenninghandläggning är att avgöra om utredningen med tillräcklig styrka talar för att den försäkrade uppfyller villkoren för att få sjukpenning.

Bevisvärdering ska bara göras för den bevisning som avser omständigheter som är av betydelse för rätten till sjukpenning. Det kan till exempel gälla om den försäkrade klarar av att lyfta armarna ovanför axlarna, att befinna sig en miljö med mycket höga ljud eller att koncentrera sig på en uppgift under en viss tid.

Allt relevant underlag i ärendet ska värderas och ingå i den helhetsbedömning som ska göras. Helhetsbedömningen innebär till exempel att även om innehållet i ett läkarintyg inte räcker för att beviskravet sannolikt ska vara uppfyllt, så kan beviskravet ändå vara uppfyllt vid en helhetsbedömning av allt relevant underlag.

Läs mer
Hur du gör helhetsbedömningen kan du läsa mer om i avsnitt 2.2.1 samt i vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

När Försäkringskassan värderar den försäkrades egna uppgifter ska vi bedöma om uppgifterna framstår som tillförlitliga och rimliga. Den enskildes egna uppgifter har i normala fall ett lägre bevisvärde än om uppgifterna kommit från någon annan medan uppgifter från en myndighet med sakuppgifter eller sådant som ingår i myndighetens ansvarsområde generellt har ett högt bevisvärde. Den enskildes uppgifter kan dock få stöd av uppgifter i ett läkarintyg och kan då fylla ut och komplettera uppgifterna i läkarintyget. Exempelvis om det står i läkarintyget att den försäkrade ha svårt att läsa på grund av en synnedsättning och den försäkrade sedan kompletterar med egna uppgifter om hur synnedsättningen påverkar förmågan att läsa på en skärm. Även om en handling eller ett utlåtande inte ensamt gör att det aktuella beviskravet är uppfyllt, så kan alltså beviskravet vara uppfyllt vid en helhetsbedömning av allt relevant underlag.

Värderingen av bevisningen ska göras objektivt och redovisas i beslutet.

Begreppet beviskrav

Ett beviskrav anger hur stark bevisningen måste vara. Beviskravet beskriver med vilken säkerhet omständigheter måste vara bevisade för att ersättning ska kunna beviljas.

Det finns inget allmänt beviskrav som gäller för alla typer av förvaltningsärenden, och inte heller för alla typer av socialförsäkringsärenden. Inom förvaltningsrätten finns det olika beviskrav där uppenbart är ett mycket högt beviskrav och övervägande skäl är ett lågt beviskrav. Om vi föreställer oss en skala hamnar alltså uppenbart nära toppen av skalan och övervägande skäl strax över mitten på skalan.

När det gäller sjukpenning har HFD slagit fast att beviskravet är sannolikt (HFD 2022 ref. 47). Sannolikt klassificeras som ett medelhögt beviskrav och befinner sig mellan uppenbart och övervägande skäl.

Frågan är då vad beviskravet sannolikt i praktiken innebär vid bedömningen av rätten till sjukpenning. Sannolikt skulle kunna beskrivas som att det vid en helhetsbedömning av alla relevanta omständigheter i ärendet inte kommit fram någon anledning att ifrågasätta den försäkrades uppgifter. De skäl som talar för att någon har rätt till ersättning ska alltså framstå som starkare än de skäl som talar för motsatsen. Om de uppgifter som den sökande själv har lämnat tydligt stödjs av till exempel ett läkarintyg, och det saknas

omständigheter som med viss styrka talar i motsatt riktning, bör det ses som sannolikt att personen i fråga har rätt till ersättning.

I vår verksamhet förekommer flera olika nivåer av beviskrav. Däribland beviskravet hög grad av sannolikhet som i regel används i våra återkravsärenden. Hög grad av sannolikhet är ett högre beviskrav än sannolikt.

Läs mer
I vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken* kan du läsa mer om olika nivåer av beviskrav. Läs mer om återkrav i vägledning (2024:2) *Återbetalning*.

2.2.1 Metodstöd – Göra en bevisvärdering och en helhetsbedömning

När du ska bedöma om en person har rätt till sjukpenning behöver du utreda om, och i vilken omfattning, arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. I denna bedömning är det inte sjukdomstillståndet i sig (att det finns en diagnos) som är avgörande, utan hur personens arbetsförmåga påverkas av sjukdomen.

Din utredning och bedömning baseras på uppgifter och bedömningar från andra aktörer, inklusive den sjukskrivande läkaren och den försäkrade själv. Det handlar om olika typer av underlag som uppgifter i ansökan, läkarintyg och uppgifter från arbetsgivaren och ibland tidigare intyg eller utlåtanden om arbetsförmågan, även från eventuella tidigare sjukpenningärenden och ärenden om andra förmåner. Läkarintyget är ett centralt underlag i utredningen, men du ska göra en självständig helhetsbedömning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom utifrån det samlade beslutsunderlaget.

Så gör du bevisvärderingen
Efter att du har bedömt att ärendet är komplett, det vill säga när Försäkringskassan uppfyllt sitt utredningsansvar, ska du värdera informationen i underlaget. Du ska alltså göra en bevisvärdering. Beviskravet i sjukpenningärenden är sannolikt.

I helhetsbedömningen av ärendet ska du värdera och beakta allt relevant underlag. Samla ihop informationen om de omständigheter som har betydelse för bedömningen av arbetsförmågans nedsättning, det vill säga utredningen av sjukdomstillståndets påverkan på arbetsförmågan samt övrigt underlag som har betydelse för rätten till sjukpenning.

Värdera varje enskild uppgift som beskriver sjukdomstillståndets påverkan på arbetsförmågan. Det innebär att du ska bilda dig en uppfattning om sådant som vem som är uppgiftslämnare och hur hen har fått kunskap eller kännedom om den information som hen lämnar (läs mer om bevisvärdering i avsnitt 2.2).

Läkarintyg och medicinska underlag har generellt ett högt bevisvärde när det handlar om medicinska uppgifter. Men det innebär inte att alla uppgifter i ett läkarintyg per automatik har ett högt bevisvärde. Läkarintygets bevisvärde påverkas av vad intyget baseras på. Det handlar till exempel om ifall läkarundersökningen har varit fysisk eller digital, och om intyget utfärdats efter ett telefonsamtal eller baserat på journalanteckningar. Allt detta påverkar vilka uppgifter som läkaren kan intyga och därmed vilket bevisvärde som uppgifterna i läkarintyget har. Om läkaren till exempel

anger undersökningsfynd som normalt bara kan observeras vid en fysisk undersökning samtidigt som intyget baseras på ett telefonsamtal, är det något som kan påverka dessa uppgifters bevisvärde. Kort sagt innebär det att du i din värdering kritiskt ska granska varje enskild uppgift och ställa dig följande frågor samt säkerställa att du har fått svar på dem. Vem har lämnat in uppgiften? I vilket syfte har uppgiften lämnats in? Vad ska uppgiften visa? Har det framkommit någon anledning att ifrågasätta uppgiften och ger det som framkommit anledning att ifrågasätta uppgiften och utreda uppgiften vidare?

En läkares uppgifter om annat än medicinska fynd har inte ett högt bevisvärde bara för att de står i läkarintyget. På samma sätt får inte uppgifter som den försäkrade själv har lämnat ett högre bevisvärde bara för att de står i ett läkarintyg. Om en försäkrad till exempel har uppgett att hen lider av koncentrationssvårigheter och läkaren endast har upprepat det i läkarintyget, är det i regel inte en uppgift med högt bevisvärde. Om läkaren däremot har värderat och bedömt den försäkrades uppgifter så har denna värdering och bedömning typiskt sett ett högt bevisvärde. Se exempelvis HFD 2022 ref. 47. Där har Högsta förvaltningsdomstolen förtydligat att en läkares värdering och bedömning av uppgifter från den försäkrade, i kombination med eventuella iakttagelser som läkaren har gjort, är avgörande för prövningen av rätten till sjukpenning vid psykiatriska tillstånd.

Underlagens bevisvärde påverkas av vem som yttrar sig, vad hen yttrar sig över, vilken kännedom eller expertis hen har om det som hen yttrar sig över, samt hur hen har fått informationen.

Den försäkrades uppgifter kan utgöra ett komplement till läkarintyget, hen kan till exempel lämna mer detaljerade uppgifter i fråga om aktivitetsbegränsningar som läkaren har angett. Om den försäkrade lämnar uppgifter som inte har stöd i de medicinska underlagen så har uppgifterna i regel ett lågt bevisvärde.

Så gör du helhetsbedömningen

När du har avgjort vilket värde uppgifter i olika underlag har, ska du väga samman dem i en helhetsbedömning för att avgöra om beviskravet sannolikt har uppnåtts.

Uppgifter som är samstämmiga förstärker och samverkar som regel med varandra. Det sammanlagda bevisvärdet av två oberoende underlag som förstärker varandra är högre än värdet av de enskilda underlagen.

Motstridiga uppgifter kan i stället medföra att bevisvärdet sänks. Att uppgifter är motstridiga innebär dock inte per automatik att sannolikhetskravet inte kan uppnås, utan bara att du behöver ta ställning till hur uppgifterna förhåller sig till varandra och motivera dina ställningstaganden. Vid värderingen behöver du ta hänsyn till hur de olika bevismedlen förhåller sig till varandra.

Om de aktivitetsbegränsningar som framkommer i utredningen inte bedöms vara tillräckligt omfattande för att medföra att arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till aktuell bedömningsgrund, har den försäkrade inte rätt till sjukpenning. Då behöver du inte värdera uppgifterna och ta ställning till om den försäkrade gjort uppgifterna om aktivitetsbegränsningarna sannolika.

Bedöm om omständigheterna sammantaget innebär att den försäkrade har gjort sannolikt att hens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom i förhållande till aktuell bedömningsgrund.

2.3 Felaktiga utbetalningar och bidragsbrott

Det ingår i Försäkringskassans arbete att säkerställa att vi inte gör några felaktiga utbetalningar och att motverka bidragsbrott (se 2 § 3 p. förordningen [2009:1174] med instruktion för Försäkringskassan).

Det här avsnittet tar inte upp brottslighet som Försäkringskassans medarbetare kan utsättas för i tjänsten. Det kan du i stället läsa om på Försäkringskassans intranät.

Nedan kan du läsa mer om vad som skiljer felaktiga utbetalningar från bidragsbrott.

2.3.1 Vad är en felaktig utbetalning?

En utbetalning är felaktig i de här situationerna:

- när den försäkrade har haft rätt till ersättning men inte med ett så högt belopp som har betalats ut
- när den försäkrade inte har haft rätt till ersättningen över huvud taget
- när det utbetalda beloppet är lägre än vad den försäkrade haft rätt till.

Felaktiga utbetalningar kan orsakas av både avsiktliga och oavsiktliga fel. Felen kan bero på den försäkrade, Försäkringskassan eller någon annan aktör. Om vi misstänker att det har gjorts en felaktig utbetalning ska vi i regel utreda den för att kunna avgöra om den är felaktig. Det gäller oavsett vad som orsakat felet.

Exempel på felaktiga utbetalningar är om Försäkringskassan av misstag betalar ut hel sjukpenning i stället för halv sjukpenning när den försäkrade ansökt om halv sjukpenning eller om det görs en utbetalning till en person som inte har rätt till förmånen trots att inget fel har begåtts av den försäkrade.

Det här avsnittet fokuserar i nuläget endast på de situationer när det har utgått för mycket ersättning.

2.3.2 Vad är ett bidragsbrott?

Vad som är bidragsbrott regleras i bidragsbrottslagen:

2 § bidragsbrottslagen (2007:612)
Den som lämnar oriktiga uppgifter eller inte anmäler ändrade förhållanden som han eller hon är skyldig att anmäla enligt lag eller förordning, och på så sätt orsakar fara för att en ekonomisk förmån eller ett ekonomiskt stöd felaktigt betalas ut, felaktigt tillgodoräknas, betalas ut med ett för högt belopp eller tillgodoräknas med ett för högt belopp […].”

Det finns även ett brott som kallas vårdslöst bidragsbrott:

4 § 1 st. bidragsbrottslagen

Den som av grov oaktsamhet begår en sådan gärning som avses i 2 §, döms för vårdslöst bidragsbrott […]

Fysiska personer som begår ett bidragsbrott eller vårdslöst bidragsbrott kan få böter eller fängelse som påföljd.

Läkare som begår brottet *osant intygande*

Det händer att läkare begår ett brott som består i att de medvetet intygar en osann uppgift i ett läkarintyg för sjukpenning. Det är inte ett bidragsbrott enligt bidragsbrottslagen, utan en annan typ av brott som kallas osant intygande som regleras i 15 kap. 11 § brottsbalken (1962:700).

För att det ska uppfylla kraven för att vara ett osant intygande krävs att den osanna uppgiften medför fara i bevishänseende. Detta kan beskrivas som att det finns en konkret risk för att den osanna uppgiften accepteras som sanning och används som bevis. Eftersom ett läkarintyg är ett bevismedel i ett ärende om sjukpenning (27 kap. 25 § SFB), anses själva inlämnandet av läkarintyget till Försäkringskassan medföra fara i bevishänseende. Faran innebär då att den felaktiga uppgiften kan leda till att vi betalar ut sjukpenning på felaktiga grunder. Om en läkare medvetet lämnat en osann uppgift i ett läkarintyg kan Försäkringskassan därför polisanmäla händelsen.

Ett exempel på osant intygande är läkare som lämnar fabricerade uppgifter om hur undersökningen har genomförts eller vilka undersökningsfynd man gör.

Om du behöver stöd i om det är aktuellt att lämna en impuls för vidare utredning så ska du använda metodstödet i avsnitt 2.4.

Situationer där det finns erfarenhet av att felaktiga utbetalningar sker och att bidragsbrott begås

Det finns ett antal typiska situationer där det finns högre risk för felaktiga utbetalningar och bidragsbrott. Exempel på detta är när

- SGI grundas på felaktiga förhållanden.
- Den försäkrade har stora skulder hos Kronofogden.
- De besvär som framgår i intygen inte stämmer överens med de faktiska förhållandena.
- Den försäkrade befinner sig utomlands trots att kravet för förmånen är att vara i Sverige eller EU/EES.
- Den försäkrade arbetar utan att meddela Försäkringskassan och därför felaktigt kan få sjukpenning och lön samtidigt på ett otillåtet sätt.
- Den försäkrade tidigare har varit föremål för en kontrollutredning i en förmån.

Detta är bara exempel på situationer. Det finns även andra situationer där risken för felaktig utbetalning eller bidragsbrott är hög och man behöver vara extra vaksam i sin utredning.

2.4 Metodstöd – När du misstänker att det gjorts en felaktig utbetalning samt vid misstanke om bidragsbrott

Det är ditt uppdrag som försäkringsutredare att se till att besluten blir riktiga, men även att rapportera och lämna impulser kring misstankar om en felaktig utbetalning samt brott till rätt funktion. Du ska därför vara uppmärksam på saker som du stöter på inom ramen för den ordinarie ärendehandläggningen men du ska inte aktivt söka efter oegentligheter.

Om du misstänker att det skett en felaktig utbetalning ska du lämna en impuls om detta så att återbetalningsskyldigheten utreds. Om du misstänker att en person medvetet eller

av grov vårdslöshet försökt få, får eller har fått ersättning på felaktiga grunder, ska du lämna impuls om kontrollutredning. Det kan till exempel handla om att det finns omständigheter och uppgifter som gör att du misstänker att personen medvetet lämnat felaktiga uppgifter eller medvetet låtit bli att anmäla ändrade förhållanden.

Om du misstänker att det förekommer osant intygande från läkare ska du lämna impuls till RGR (riktad granskning av riskärenden). Det finns ett bedömningsstöd för när man kontaktar RGR vid misstanke om osant intygande.

I vissa fall ska du lämna uppgifter till andra myndigheter och aktörer om du upptäcker felaktigheter i ärenden eller misstänker att någon har fått en felaktig utbetalning från välfärdssystemen. Det finns en lista på intranätet över vilka myndigheter och aktörer som du ska lämna uppgifter till. Där finns även information om vilken typ av uppgift du ska lämna till respektive myndighet, förutsättningarna för att göra det och vilket lagrum som reglerar det. Listan heter ”Försäkringskassans skyldighet att lämna uppgifter till andra” och tar bland annat upp det som är gemensamt för myndigheter och vissa andra aktörer.

Läs mer
Du kan läsa mer om felaktiga utbetalningar och hur de ska handläggas på Försäkringskassans intranät, i vägledning (2024:2) *Återbetalning* samt i riktlinje (2009:9) *Anmäla misstänkta felaktigheter till kontrollutredning och till andra myndigheter*. Du kan läsa mer om osant intygande i vägledning (2004:1) *Kontrollutredning*.

2.5 Sekretess och samtycke

Offentlighet- och sekretesslagen reglerar sekretessen inom Försäkringskassans verksamhet. Att uppgifter är sekretessbelagda innebär att det är förbjudet att röja uppgiften vare sig det sker muntligen, genom utlämnande av allmän handling eller på något annat sätt (3 kap. 1 § OSL).

Det finns olika sätt för en myndighet att i vissa situationer lämna ut uppgifter som egentligen omfattas av sekretess. Det kan ske bland annat genom att den försäkrade samtycker till uppgiftslämnandet, att det rör sig om ett nödvändigt utlämnande eller partsinsyn.

Uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden i Försäkringskassans ärenden skyddas ofta av socialförsäkringssekretessen i 28 kap. 1 § OSL. För att bedöma om en uppgift är sekretessbelagd behöver du ta ställning till om den försäkrade eller någon av hens närstående skulle lida men, alltså ta skada, om uppgiften lämnades ut. Om du konstaterar att det är en sekretessbelagd uppgift behöver du antingen ett samtycke från den försäkrade som bryter sekretessen enligt 10 kap. 1 § OSL eller stöd i en annan sekretessbrytande bestämmelse för att kunna dela med dig av uppgiften till utomstående.

Läs mer
Du kan läsa mer om sekretessbestämmelser på Försäkringskassan i vägledning (2001:3) *Offentlighet, sekretess och behandling av personuppgifter*.

Du kan läsa mer om partsinsyn i vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken*. Där kan du också läsa mer om sekretessbrytande bestämmelser och hur du gör en sekretessprövning.

2.5.1 Metodstöd – Samtycke

Det här metodstödet beskriver hur du ska hantera sekretessbelagda uppgifter när du behöver lämna ut information om den försäkrade till någon utomstående.

I vilka situationer behövs samtycke

När du som försäkringsutredare utför vissa utredningsåtgärder kan du behöva lämna ut uppgifter som är sekretessbelagda. Det kan till exempel vara när du hämtar in uppgifter från en arbetsgivare eller någon annan som antas kunna lämna uppgifter som du behöver i ett ärende. Det kan också vara när du kallar till ett avstämningsmöte. Då behöver du inget samtycke, utan du får med stöd av 10 kap. 2 § OSL röja vissa enstaka uppgifter om den försäkrade när du behöver det för att hämta in information. Det som är tillåtet är att berätta vem det rör och att det gäller ett ärende (prop. 1996/97:121 s. 31). Det här är så kallade utredningsbefogenheter som vi har tack vare 110 kap. 14 § SFB. Du får däremot inte lämna ut fler uppgifter än vad som är nödvändigt för att du ska kunna få svar på dina frågor.

Behöver du lämna ut mer information än vilken person det gäller och att det finns ett ärende, krävs som regel den försäkrades samtycke till att diskutera hens situation och ärende. Detta gäller även om den försäkrade själv är närvarande i mötet (JO dnr 3507–2017). Att den försäkrade är med på mötet innebär alltså inte att hen samtycker till att sekretessbelagd information om hen delas med övriga mötesdeltagare.

När du delar sekretessbelagda uppgifter om den försäkrade behövs alltså antingen ett samtycke eller en tillämplig sekretessbrytande bestämmelse. Om du exempelvis ska lämna information till den försäkrades läkare för att hen ska komplettera ett läkarintyg, och informationen du behöver lämna inte framgår av läkarintyget, behöver du stöd för att lämna ut uppgifterna. Det som avgör om du behöver ett samtycke för att hämta in information från en utomstående är alltså om personen du ska begära in information ifrån redan känner till informationen som du behöver lämna för att kunna hämta in uppgifterna.

Samtycket behöver vara frivilligt

Ett samtycke måste vara frivilligt. Det går därmed inte att dra in eller sätta ned en beviljad ersättning med stöd av sanktionsbestämmelserna i 110 kap. 52–58 §§ SFB om den försäkrade inte godkänner att uppgifterna lämnas ut. I ett sådant läge får du i stället avgöra om utlämnandet av informationen är nödvändigt och om du kan lämna ut uppgifterna med stöd av exempelvis 10 kap. 2 § OSL. Läs mer om sekretess, sekretessbrytande bestämmelser och menprövning i vägledning (2001:03).

Samtycket behöver vara tillräckligt preciserat

För att ett samtycke ska vara giltigt får det inte råda några tveksamheter kring vad samtycket gäller. Det behöver därmed vara tillräckligt precist. Det räcker till exempel inte att skriva att den försäkrade samtycker till att du ”får prata med hens arbetsgivare om hens ärende”.

Du behöver precisera samtycket genom att exemplifiera vilken typ av uppgifter och information du kan komma att behöva dela. Till exempel kan du skriva att du kan behöva dela information om den försäkrades hälsotillstånd och behov av rehabilitering utifrån vad som framgår av läkarintyget eller andra underlag i ärendet. Du kan även precisera vilka aktörer det kan bli aktuellt att dela informationen med. Exempelvis kan du i förhållande till arbetsgivaren ange att samtycket innebär att du kan komma att dela information med den försäkrades chef och HR-avdelning. På dessa sätt kan samtycket bli mindre generellt och det blir även enklare för den försäkrade att förstå vad hen samtycker till.

Du behöver bedöma i varje enskilt ärende om det behövs samtycke. Ett samtycke kan inhämtas framåtsyftande. Om du bedömer att det finns ett behov av att dela information om den försäkrade kan det därför vara bra att inhämta ett samtycke i samband med att du ändå har kontakt med den försäkrade. Det kan du till exempel göra vid inledande kartläggning av rehabiliteringsbehov (IKR) om du bedömer att du kommer behöva lämna information om den försäkrade till någon annan. Behovet kan även uppstå om den försäkrade vill att vi lämnar information till en anhörig för att hen i sin tur ska kunna förklara ett beslut eller liknande för den försäkrade.

Om du inte ser ett behov av att dela information om den försäkrade framåt i tiden ska du inte hämta in något samtycke. Det beror på att den försäkrade behöver förstå vad hen samtycker till. Om du inte kan precisera vilka uppgifter som kan behöva lämnas och till vem blir samtycket för generellt. Samtycken ska därmed inte inhämtas slentrianmässigt.

Den försäkrade behöver lämna samtycke till att information lämnas till varje aktör informationen som ska delas med. Du behöver alltså inhämta ett samtycke för att dela information med vården, ett för arbetsgivaren, ett för en anhörig och så vidare. Dessa samtycken kan du givetvis inhämta vid samma tillfälle och dokumentera dem i samma journalanteckning, förutsatt att det tydligt framgår vad samtycket gäller i förhållande till respektive aktör.

Även om du har ett samtycke för en viss aktör innebär det inte att du får lämna information om den försäkrade till vem som helst hos den aktören. Den som du ska lämna information till måste vara någon som kan lämna uppgifter om den försäkrades situation eller som behöver sådana uppgifter från Försäkringskassan för att kunna utföra sitt uppdrag i förhållande till den försäkrade.

Vilken information den försäkrade behöver för att kunna samtycka till utbyte av information

Ett samtycke kan antingen vara muntligt eller skriftligt.

Eftersom uppgifter i om våra försäkrade ofta är känsliga är sekretesskyddet av stor betydelse för den försäkrade. Det får därför inte råda några tvivel om att samtycket har lämnats och att det är frivilligt. Innan du hämtar in ett samtycke behöver du därför informera den försäkrade om detta:

- Vilka handlingar eller uppgifter du kan komma att dela med dig av med stöd av samtycket (se avsnitt 2.4.1).
- Vilken aktör informationen kan komma att lämnas till. Du kan till exempel informera om att utredningsansvaret innebär att du kan behöva prata med vården eller arbetsgivaren och att detta kommer ske med stöd av samtycket (se avsnitt 2.4.1).
- Om det ska finnas några begränsningar kring vad samtycket gäller, det vill säga om det till exempel finns någon specifik information, eller person, som informationen inte får delas med.

- Att samtycket antingen kan gälla tills vidare eller tidsbegränsas.
- Att Försäkringskassan i pågående sjukfall säkerställer att tidigare lämnat samtycke fortfarande gäller. Detta gör vi när det finns behov av att dela information till utomstående om den försäkrade och samtycket är ett år eller äldre (läs mer om samtyckets giltighet under avsnitt 2.4.3)
- Att den försäkrade när som helst kan återkalla samtycket och hur hen gör det (läs mer om att återkalla samtycken under avsnitt 2.4.4)

2.5.2 Metodstöd – Dokumentation av samtycke

Det inhämtade samtycket ska alltid dokumenteras i den försäkrades journal. Dokumentationen av muntliga samtycken ska ske i journalen. Finns det ett skriftligt samtycke ska det även göras en notering om detta i journalen. Dokumentera detta:

- vilken information du lämnat till den försäkrade
- när du hämtade in samtycket
- hur länge samtycket gäller
- att du fått ett uttryckligt samtycke från den försäkrade till att lämna ut informationen
- att samtycket är uppläst för och godkänt av den försäkrade.

2.5.3 Metodstöd – Hantering av tidigare lämnat samtycke

I pågående sjukfall behöver du säkerställa att samtycket är giltigt varje år. Det gäller om du har haft löpande kontakter under året med den aktör som samtycket gäller.

En rimlig utgångspunkt är att samtycket bara gäller i det aktuella sjukfallet. Ett sedan tidigare lämnat samtycke i ett tidigare sjukfall bör därmed inte användas för att lämna ut information i ett senare sjukfall. Det gäller även om det gått mindre än ett år sedan samtycket i det tidigare sjukfallet inhämtades.

Samtycket behöver vara aktuellt och det får inte finnas några tveksamheter om att den försäkrade samtycker till att du lämnar ut information om hen. Du kan behöva säkerställa samtyckets giltighet vid olika tillfällen i handläggningen. Du kan till exempel behöva försäkra dig om att samtycket fortfarande gäller om det gått lång tid sedan samtycket lämnades. Du behöver också säkerställa att samtycket gäller om omständigheterna i ärendet har förändrats avsevärt sedan samtycket lämnades, även om det har gått mindre än ett år.

Skulle det vara så att du under en längre period inte haft någon kontakt med en viss aktör kan det redan innan det gått ett år vara aktuellt att säkerställa samtyckets giltighet om du ser behov av att lämna ut uppgifter i ärendet som skyddas av sekretess. Detta beror på att det kan ha skett förändringar i den försäkrades inställning till att information utbyts.

Inför varje tillfälle när du har för avsikt att dela information om den försäkrade med stöd av samtycket behöver du försäkra dig om att samtycket omfattar det utlämnande av information som är aktuellt. Om samtyckets ramar inte täcker in den information du behöver lämna, behöver du hämta in ett nytt samtycke.

Du behöver inte förnya ett samtycke om det inte finns behov av att lämna ut information om den försäkrade.

2.5.4 Metodstöd – Återkallelse av samtycke

Den försäkrade kan när som helst återkalla sitt samtycke, antingen helt eller delvis. Det kan hen göra skriftligt eller muntligt. Om den försäkrade återkallar samtycket muntligen behöver du dokumentera det noggrant.

Dokumentera återkallelsen i ärendets journal. Informera den försäkrade om att detta dokumenteras och att det innebär att ingen information kommer delas med den aktör som det tidigare samtycket gällde, förutsatt att det inte finns stöd för att dela information genom att tillämpa en sekretessbrytande bestämmelse.

2.6 Utgångspunkter vid handläggningen av sjukpenningärenden

Generellt ska handläggningen av sjukpenningärenden vara så snabb och enkel som möjligt utan att kvaliteten äventyras. Sjukpenningen ersätter en inkomst som den försäkrade är beroende av för sin försörjning. Därför är det normalt inte rimligt med längre handläggningstid än en månad (JO:s beslut, dnr 982–2000).

Försäkringskassan är också skyldig att säkerställa att handläggning och bemötande inte påverkas av stereotypa föreställningar om kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Handläggaren ska därför säkerställa att inget av detta påverkar i vilken omfattning ett ärende utreds.

Genom att säkerställa likvärdig tillgång till våra förmåner förebygger Försäkringskassan diskriminering i handläggningen. En likvärdig tillämpning av socialförsäkringen innebär dock inte att Försäkringskassan ska behandla alla personer på samma sätt. Både bemötande och handläggning måste anpassas till olika personers skiftande behov och förutsättningar. Anpassningarna ska göras utifrån faktiska behov och förutsättningar och inte utifrån generaliseringar eller egna föreställningar.

Läs mer

Läs mer om detta i Regeringskansliets *Den gemensamma värdegrunden för statsanställda* och i Försäkringskassans *Vår etiska kod*. De förvaltningsrättsliga kraven på handläggningen beskrivs huvudsakligen i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

2.6.1 Metodstöd – Utgångspunkter vid handläggningen av sjukpenningärenden

Rättssäker handläggning innebär bland annat att du ska vara medveten om att du kan bära på föreställningar om hur människor är utifrån sin bakgrund, och att detta kan påverka din handläggning. En sådan medvetenhet är nödvändig för att du ska kunna säkerställa att stereotypa föreställningar inte påverkar vilka utredningsmetoder du väljer, vilken information du hämtar in, vilka frågor du ställer eller vilken bedömning du gör. Det gäller alltid när du möter andra människor i din yrkesutövning.

Självklart ska även dokumentationen i ett ärende vara fri från stereotypa föreställningar utifrån diskrimineringsgrunderna. Inga nedsättande ord eller värdeomdömen får förekomma.

I *Handläggarstöd för jämställd handläggning* finns stöd för att motverka diskriminering i handläggningen. Där finns bland annat *Genushanden,* som du kan ta hjälp av för att

formulera lämpliga frågor när du träffar den försäkrade enskilt, under ett avstämningsmöte eller i kontakten med till exempel en arbetsgivare. Genushanden hjälper dig att tänka tvärtom för att undvika att ställa frågor baserat på stereotypa föreställningar. Exempelvis bör du inte låta kön, ålder eller etnisk tillhörighet avgöra om du ska fråga om riskbruk, sociala förhållanden och arbetsmiljö.

I handläggarstödet finns också checklistor för att undvika osakliga skillnader på grund av kön eller någon annan av diskrimineringsgrunderna. Checklistorna är stöd både i kontakten med den försäkrade och i samverkan med andra aktörer. Läs mer i *Handläggarstöd för jämställd handläggning*.

När du handlägger ett ärende ska du ta ställning till om den försäkrade kan behöva tolk. Men tänk på att inte låta stereotypa föreställningar styra ditt ställningstagande. Läs mer om tolkning i handläggningen i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Som tjänsteperson på Försäkringskassan ska du kontakta socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa. Misstänker du att det har begåtts ett brott mot barnet ska du även kontakta polisen. Läs mer i riktlinjerna (2016:02) *Anmälan till socialnämnden vid kännedom om eller misstanke att ett barn far illa och polisanmälan vid misstanke om brott.*

Handläggningen av sjukpenning är organisatoriskt indelad i kundsituationer. För mer information, se *Handläggningsinstruktion – sjukpenning och rehabiliteringsersättning*.

3 Utredningsbefogenheter och den försäkrades skyldighet att lämna uppgifter

Det här kapitlet innehåller en beskrivning av Försäkringskassans utredningsbefogenheter, metodstöd för olika typer av utredningsåtgärder samt metodstöd för att ställa frågor om erfarenheter av våld. Här beskrivs också den försäkrades skyldighet att lämna uppgifter till Försäkringskassan.

3.1 Försäkringskassans utredningsbefogenheter

Det finns en bestämmelse som beskriver de generella utredningsbefogenheter som Försäkringskassan har:

110 kap. 14 § SFB
När det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk får den handläggande myndigheten

1. göra förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare, läkare, anordnare av personlig assistans eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter,

2. besöka den försäkrade,

3. begära ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, samt

4. begära att den försäkrade genomgår undersökning enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar eller någon annan utredning eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga, behov av hjälp i den dagliga livsföringen samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Försäkringskassan har alltså omfattande befogenheter att på eget initiativ utreda ett ärende. Men vi ska bara vidta sådana utredningsåtgärder som behövs i det enskilda ärendet och ska alltså inte ställa eller skicka frågor slentrianmässigt. De olika utredningsformerna beskrivs utförligare nedan och i metodstödet till det här kapitlet.

För att kunna utföra vissa utredningsbefogenheter kan det krävas att vi lämnar ut uppgifter om den försäkrade som är sekretessbelagda. Du kan då behöva den försäkrades samtycke. Mer information om i vilka situationer den försäkrades samtycke är nödvändigt och vilka krav som ställs för att det ska utgöra ett giltigt samtycke framgår av avsnitt 2.4.

Läs mer
Läs mer om Försäkringskassans utredningsbefogenheter i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

3.1.1 Förfrågningar

När det behövs kan Försäkringskassan vända sig direkt till den läkare som utfärdat ett intyg eller utlåtande med en begäran om komplettering. Försäkringskassan kan också begära uppgifter av arbetsgivaren eller någon annan som kan antas kunna lämna

uppgifter i ärendet om förhållanden som gäller den försäkrade som har betydelse för tillämpningen av SFB (110 kap. 14 § 1 SFB). De är då skyldiga att lämna informationen till Försäkringskassan (110 kap. 31 § SFB).

3.1.2 Metodstöd – Journalkopior från vården

Du har möjlighet att hämta in uppgifter ur journalkopior från vården. Det är dock inte ett alternativ till att begära en komplettering av ett läkarintyg eller ställa riktade frågor till läkaren. Sjukvårdens journaler är nämligen skrivna huvudsakligen med ett annat syfte än det medicinska underlag som Försäkringskassan behöver för att bedöma arbetsförmågans nedsättning och rätten till sjukpenning. Journaler innehåller även mycket information som saknar relevans i försäkringsärendet och som därför är olämplig att ha i ärendet.

Att begära in journalkopior kan därför endast bli aktuellt i undantagsfall. Det kan till exempel vara när du, efter att ha begärt komplettering av läkarintyget eller ställt riktade frågor, inte kan få mer information från läkaren men din utredning ändå talar för att det finns mer uppgifter att hämta in som har betydelse för bedömningen av rätten till sjukpenning.

3.2 Aktivitetsförmågeutredning (AFU)

En AFU är en försäkringsmedicinsk utredning som ska ge en helhetsbild av den försäkrades aktivitetsförmåga. Den beskriver inte bara funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar utan belyser även den försäkrades kvarvarande förmåga till aktivitet. Syftet med en AFU är att ta fram en aktivitetsförmågeprofil som visar inom vilka områden den försäkrade har begränsningar och vad hen klarar av att göra trots sjukdom eller skada. En AFU är en standardiserad utredningsform som ser likadan ut för alla försäkrade.

För mer information, läs instruktionen för AFU som finns på Försäkringskassans intranät.

3.2.1 När kan det vara aktuellt med en AFU?

Försäkringskassan kan beställa en AFU med stöd av 110 kap. 14 § fjärde punkten SFB när det behövs ett fördjupat medicinskt underlag och sådan information inte kan hämtas in på något annat sätt. En AFU ska genomföras av en legitimerad läkare och vid behov även av en eller flera övriga legitimerade professioner som psykolog, arbetsterapeut och fysioterapeut (5 § förordningen [2018:1633]).

Det kan exempelvis vara aktuellt med en AFU i dessa situationer:

- när den medicinska informationen är oklar eller motsägelsefull
- när det är oklart i vilken omfattning sjukdomen sätter ner arbetsförmågan
- när det finns ett behov av att utreda vilken förmåga till aktivitet den försäkrade har
- när den försäkrade har diagnoser som saknar tydliga rekommendationer i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, och den medicinska informationen i ärendet är oklar.

Försäkringskassan kan beställa en AFU från den region där den försäkrade är bosatt (3 § lagen [2018:744] om försäkringsmedicinska utredningar och 5 § förordningen [2018:1633] om försäkringsmedicinska utredningar).

3.2.2 Informera den försäkrade

Försäkringskassan måste lämna viss information till den försäkrade inför en AFU:

6 § lagen om försäkringsmedicinska utredningar
Försäkringskassan ska inför en försäkringsmedicinsk utredning informera den försäkrade om utredningens syfte och förutsättningarna för den samt om vad utredningen närmare innebär för den försäkrade.

Försäkringskassan ska vidare informera den försäkrade om vilka uppgifter som kommer att överlämnas till den vårdgivare som ska utföra utredningen.

Den försäkrade ska ges möjlighet att lämna kompletterande uppgifter som kan vara av betydelse för utredningen.

3.2.3 Informera den vårdgivare som ska utföra utredningen

Försäkringskassan måste också lämna viss information tillvårdgivaren:

7 § lagen om försäkringsmedicinska utredningar
Försäkringskassan ska lämna ett underlag till den vårdgivare som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen. Underlaget ska innehålla de uppgifter om den försäkrade som vårdgivaren behöver för att utföra utredningen.

Försäkringskassan ska även informera vårdgivaren om den försäkrade har särskilda behov som måste beaktas i samband med utredningen.

Försäkringskassan ska informera den vårdgivare som ska göra utredningen om den försäkrade har särskilda behov som måste beaktas i samband med utredningen. Det kan vara en försäkrad som inte behärskar det svenska språket eller som är allvarligt syn-, hörsel- eller talskadad (prop. 2017/18:224 s. 77).

Försäkringskassan ska också ge vårdgivaren de uppgifter som behövs för att utföra utredningen:

6 § förordningen om försäkringsmedicinska utredningar
När Försäkringskassan har fått information om vilken vårdgivare som ska utföra den försäkringsmedicinska utredningen ska Försäkringskassan lämna ett underlag om den försäkrade till vårdgivaren. Underlaget ska innehålla

- medicinska handlingar som Försäkringskassan bedömer vara relevanta för utredningen,
- den försäkrades självskattning om hälsa och möjlighet att arbeta,
- handlingar som den försäkrade har lämnat till Försäkringskassan för att ingå i underlaget, och
- andra handlingar som Försäkringskassan bedömer vara relevanta för utredningen.

Om underlaget saknar någon väsentlig uppgift, ska Försäkringskassan komplettera underlaget på vårdgivarens begäran.

Om vårdgivaren bedömer att det saknas någon väsentlig uppgift ska Försäkringskassan

komplettera underlaget. Det betyder att handläggaren kan behöva hämta in ytterligare underlag från hälso- och sjukvården om uppgiften finns där och inte hos Försäkringskassan (prop. 2017/18:224 s. 77).

3.2.4 Det skriftliga utlåtandet

Det som kommer fram vid utredningen ska sammanställas i ett skriftligt utlåtande som ska ge en helhetsbild av den försäkrades funktions- och aktivitetsförmåga:

10 § lagen om försäkringsmedicinska utredningar
Iakttagelser och bedömningar av den försäkrades funktions- och aktivitetsförmåga ska sammanställas i ett skriftligt utlåtande.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de krav som ska gälla för utlåtandet, dess innehåll och utformning.

Utlåtandet ska innehålla den information som Försäkringskassan har begärt. Om handläggaren bedömer att det saknas någon väsentlig uppgift ska vårdgivaren komplettera utlåtandet:

7 § förordningen om försäkringsmedicinska utredningar
Det skriftliga utlåtandet från vårdgivaren ska innehålla den information och de uppgifter som Försäkringskassan har begärt för att bedöma den försäkrades rätt till ersättning eller andra förmåner enligt socialförsäkringsbalken.

Om det skriftliga utlåtandet saknar någon väsentlig uppgift, ska utlåtandet kompletteras på Försäkringskassans begäran.

Regionen ansvarar för att utlåtandet kommer in till Försäkringskassan senast 25 vardagar efter den dag då vårdgivaren tog emot underlaget. Om Försäkringskassan har godkänt att utredningen utvidgas med en eller flera professioner kan Försäkringskassan förlänga tiden att komma in med utlåtandet med högst 20 vardagar:

8 § förordningen om försäkringsmedicinska utredningar
Regionen ansvarar för att det skriftliga utlåtandet kommer in till Försäkringskassan senast 25 vardagar efter den dag då vårdgivaren tog emot underlaget enligt 6 §. Om Försäkringskassan har godkänt att en kompletterande undersökning ska utföras enligt 5 § tredje stycket, får Försäkringskassan förlänga tiden att komma in med utlåtandet med högst 20 vardagar.

Om det finns risk för att den försäkringsmedicinska utredningen inte kan genomföras som planerat eller att utlåtandet inte kommer att kunna lämnas i tid, ska regionen snarast informera Försäkringskassan om detta och om skälet till det. Försäkringskassan får bevilja anstånd när det gäller tidsfristerna i första stycket och ska då ange när utlåtandet senast ska komma in till myndigheten.

Övriga utlåtanden

Försäkringskassan har möjlighet att begära in ett utlåtande från någon annan läkare eller sakkunnig med stöd av 110 kap. 14 § tredje punkten SFB. Den försäkrade behöver alltså inte samtycka till att Försäkringskassan begär in ett yttrande från en läkare som

den försäkrade behandlas av eller har behandlats av. Detsamma gäller utlåtanden från till exempel en sjukgymnast som den försäkrade har gått till. Det är dock bara offentliga vårdgivare som är skyldiga att lämna de uppgifter till Försäkringskassan som behövs i ärendet. Privata vårdgivare kan neka att utfärda utlåtanden till Försäkringskassan. Läs mer om det och om ersättning för utlåtanden i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Läkarundersökning och utredning

Om den läkare eller annan som ska lämna ett utlåtande till Försäkringskassan redan är väl insatt i den försäkrades tillstånd behövs det kanske inte någon särskild undersökning eller utredning som underlag för utlåtandet. Men om det är nödvändigt med en undersökning eller utredning för att Försäkringskassan ska få tillräckliga uppgifter är den försäkrade skyldig att medverka i en sådan (110 kap. 14 § punkt 4 SFB).

Det gäller när som helst i ett sjukfall. Det krävs inte att läkarintyget som den försäkrade har lämnat in är bristfälligt eller att uppgifterna i det kan ifrågasättas. Det som är avgörande är om det behövs en undersökning av en viss läkare eller någon annan utredning för att Försäkringskassan ska ha ett fullgott underlag för att bedöma rätten till ersättning eller behovet av rehabilitering.

De undersökningar och utredningar som kan vara aktuella är i första hand sådana som är mindre ingripande för den försäkrade. Det kan till exempel handla om undersökning av specialistläkare och olika typer av funktionstester som genomförs av sjukgymnaster, psykologer eller arbetsterapeuter. Försäkringskassan måste ta hänsyn till att det i vissa fall kan vara svårt för den försäkrade att vara borta från hemorten flera dagar i följd (jfr prop. 1994/95:147 s. 49).

3.3 Avstämningsmöte

Försäkringskassan kan också begära att den försäkrade deltar i ett avstämningsmöte. Avstämningsmötet syftar till att klarlägga hur den försäkrades arbetsförmåga kan tas till vara genom att bedöma hens medicinska tillstånd, arbetsförmåga och eventuella behov av och möjligheter till rehabilitering. I mötet deltar Försäkringskassan och den försäkrade tillsammans med andra aktörer, till exempel den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren, företagshälsovården och Arbetsförmedlingen. Om den försäkrade begär det kan också en facklig representant delta. Avstämningsmötet kan jämföras med den multidisciplinära bedömning som i vissa fall förekommer inom företagshälsovården. Det ska däremot inte vara en muntlig förhandling om den försäkrades rätt till sjukpenning. (Prop. 2002/03:89 s. 28 f.)

Ett avstämningsmöte är ofta ett lämpligt tillfälle att upprätta en plan för återgång i arbete.

3.3.1 Metodstöd – Avstämningsmöte

Detta metodstöd beskriver hur det är lämpligt att förbereda och genomföra ett avstämningsmöte.

Initiativ till avstämningsmöte

Även om initiativ till ett avstämningsmöte kan komma från andra aktörer, är det viktigt att komma ihåg att det är Försäkringskassan som avgör om ett avstämningsmöte ska genomföras och vilket syfte som mötet ska ha. När det kommer önskemål om avstämningsmöte från en annan aktör, ska du dokumentera bedömningen av om det ska genomföras eller inte i journalen. För att avgöra om ett avstämningsmöte behövs för en försäkrad som är anställd, bör du alltid hämta in arbetsgivarens plan för återgång i arbete.

Om arbetsgivaren inte tagit fram någon plan för återgång i arbete fast du bedömt att de är skyldiga att göra det, kan det vara en anledning till att du behöver genomföra ett avstämningsmöte. Vid mötet ska du försöka förmå arbetsgivaren att genomföra anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder och ta fram en plan för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren.

Formulera syfte

Att formulera ett syfte är en förutsättning för att avstämningsmötet ska ge ett resultat som kan ligga till grund för planering av ärendets fortsatta handläggning. Av syftet ska det framgå vilka frågor som mötet förväntas ge svar på. Dokumentera syftet i journalen.

Informera och begär samtycke

Inför mötet hämtar du in den försäkrades samtycke till att information om hen som omfattas av sekretess får lämnas ut till övriga deltagare i mötet (4 § FKFS 2010:35). Samtycket kan lämnas skriftligt eller muntligt. Det är viktigt att det framgår vad och vilken tidsperiod samtycket omfattar och när det lämnades. Dokumentera uppgifterna om samtycke i journalen.

Den försäkrade är inte skyldig att ge sitt samtycke till att Försäkringskassan lämnar ut uppgifter. Den försäkrade är dock skyldig att medverka vid mötet även om hen inte vill ge samtycke. I sådana fall är det viktigt att inte lämna ut sekretesskyddade uppgifter under mötet. Läs mer om sekretess och samtycke i kapitel 2.

Kalla mötesdeltagare

Försäkringskassan ansvarar för att alla deltagare blir kallade till avstämningsmötet. Kallelsen ska innehålla

- information om det är digitalt eller information om tid och plats för mötet
- syftet med mötet
- uppgift om vilka deltagare som kallats
- information om den försäkrades möjlighet att ha med sig en facklig representant eller annan stödperson under mötet.

Om mötet ska genomföras fysiskt ska den försäkrade uppmanas att ta med sig legitimation.

Försäkringskassan kan ge en annan aktör i uppdrag att kalla deltagarna till mötet. Det kan ske när det finns ett väl upparbetat samarbete med exempelvis en arbetsgivare som är medveten om vad ett avstämningsmöte innebär och hur det ska genomföras. Men även om en annan aktör skickar kallelsen ska det vara tydligt att det är Försäkringskassan som ansvarar för mötet.

Förbereda möte

För att mötet ska bli effektivt behövs ett bra utredningsunderlag. Det kan till exempel vara SASSAM-kartläggning. Av den ska det bland annat framgå hur den försäkrade själv ser på sina möjligheter att börja arbeta igen.

Du som handläggare bör formulera en tydlig dagordning med de frågor som ska diskuteras. Dagordningen ska utgå ifrån vad som behöver tas upp i det enskilda ärendet. De rubriker som finns i mallen för dokumentation av avstämningsmöten kan vara en hjälp för att strukturera upp mötet.

För att åstadkomma aktiva deltagare, fundera på hur du kan bidra till att skapa trygghet för dem som deltar. Inför mötet bör du ha kontakt med deltagarna och involvera dem i mötets syfte, så att de kan bidra med sina perspektiv och förbereda sig på ett adekvat

sätt. Det är också viktigt att exempelvis tänka på sådant som placering och tilltal vid mötet.

Genomföra mötet

Under avstämningsmötet och vid planeringen är det viktigt att undvika osakliga skillnader på grund av kön eller någon annan av diskrimineringsgrunderna. Läs mer i avsnitt 2.5.1 om hur du kan göra för att agera jämställt i din handläggning.

Om det är första gången du träffar den försäkrade inleder du mötet genom att be den försäkrade legitimera sig för att kontrollera hens identitet. Fortsätt därefter med att berätta om

- Försäkringskassans uppdrag och din roll som handläggare
- olika sätt att återgå i arbete och vilka förmåner den försäkrade kan ansöka om under tiden
- övriga deltagares roll i förhållande till den försäkrade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
- villkoren i SFB, vad deltagarna på mötet behöver vara medvetna om i dagsläget och framåt gällande rehabiliteringskedjans tidsgränser samt vilka rättigheter och skyldigheter som den försäkrade har.

Prata tillsammans om syftet med mötet – vad vill vi ska uppnås och varför.

Därefter låter du övriga deltagare ta över, beroende på vilka som deltar:

- Den försäkrade kan här beskriva sitt nuvarande hälsotillstånd och hur hen ser på hur en återgång i arbete kan se ut.
- Den försäkrades chef kan här beskriva bakgrund, nuläge och genomförda insatser. Hen kan också informera om planeringen för medarbetarens återgång i arbete eller om innehållet i arbetsgivarens rehabiliteringsutredning, om det finns en sådan.
- Deltagaren från vården kan här beskriva den försäkrades nuvarande hälsotillstånd och konsekvenserna av hens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, samt vilka insatser från vården eller andra medicinska åtgärder som den försäkrade behöver för att återgå i arbete.
- Du som handläggare säkerställer att den försäkrades nuvarande hälsotillstånd och förutsättningar för återgång i arbete och behovet av rehabilitering har beskrivits i tillräcklig omfattning.

Låt deltagarna diskutera utifrån ovanstående information och sammanfatta tillsammans vad som kommit fram under mötet. Se till att alla får utrymme på mötet och stöd dem, om det behövs, med dina specifika kunskaper om sjukförsäkringen. Sammanfattningen är viktig för att undvika missförstånd. Det som kommit fram under mötet ska, tillsammans med övrigt underlag i ärendet, ligga till grund för planeringen av den fortsatta handläggningen. Det är viktigt att det är tydligt vem som ansvar för genomförande och uppföljning av planerade åtgärder.

Om mötet har gett ett tillräckligt underlag för det ska du upprätta en plan för återgång i arbete. Men om den försäkrade ska återgå i arbete hos arbetsgivaren så är det i stället arbetsgivarens ansvar att upprätta planen. Det ska dock alltid finnas en planering för den fortsatta handläggningen.

Planen ska ha ett konkret mål. Det ska framgå vilken arbetsförmåga den försäkrade förväntas uppnå och till vilken sysselsättning hen förväntas återgå.

Efter mötet

Du som handläggare ansvarar för att dokumentera vad som kommer fram vid avstämningsmötet och så snart som möjligt skicka ut dokumentationen till deltagarna (5 § FKFS 2010:35). Om den försäkrade haft med sig en stödperson ansvarar den försäkrade för att vidarebefordra dokumentationen till stödpersonen.

Dokumentationen förs in i ärendet som en bilaga. Anteckna i journalen att mötet hållits och hänvisa till bilagan.

3.3.2 Arvode och resekostnader vid avstämningsmöte

Försäkringskassan kan betala ut ersättning för kostnader som uppstår med anledning av sådan utredning som avses i 110 kap. 14 § SFB, se avsnitt 3.2.4. Ersättning betalas då ut i enlighet med föreskrifter som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar (110 kap. 30 § SFB).

Försäkringskassan har meddelat ytterligare föreskrifter (FKFS 2010:35) om arvode till läkare och ersättning till den försäkrade för resekostnader i samband med avstämningsmöte:

6 § Försäkringskassans föreskrifter FKFS 2010:35

Arvode till läkare lämnas med högst 750 kronor för första timmen och därefter med högst 375 kronor per påbörjad halvtimme när han eller hon deltar i avstämningsmöte.

Försäkringskassan kan också betala ersättning till den försäkrade för resekostnader till och från avstämningsmöte:

7–9 §§ Försäkringskassans föreskrifter FKFS 2010:35

7 § Ersättning för resor lämnas endast i den mån det är skäligt med hänsyn till de resekostnader som den försäkrade skulle ha haft om han eller hon hade förvärvsarbetat i sitt ordinarie arbete.

8 § Kostnaden för resa med allmänt kommunikationsmedel ersätts med ett belopp motsvarande kostnaden för det billigaste färdsättet.

9 § Kostnaden för resa med egen bil ersätts om det med hänsyn till tidsvinsten eller andra särskilda skäl är motiverat att göra resan med bil. Ersättning lämnas dock med högst 2 kronor och 50 öre per kilometer.

3.4 Särskild försäkran

Vid behov kan Försäkringskassan begära att den försäkrade lämnar en särskild försäkran:

110 kap. 21 § SFB
När det gäller sjukpenning ska den försäkrade, om Försäkringskassan begär det, ge in en skriftlig särskild försäkran avseende nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom. Den särskilda försäkran ska innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egna bedömning av arbetsförmågan än det som har uppgetts i ansökan. Uppgifterna i den särskilda försäkran ska lämnas på heder och samvete.

3.5 SASSAM-kartläggning

SASSAM står för Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering.

SASSAM-metoden bygger på delaktighet och struktur. Metodens centrala del är SASSAM-kartan. I dialog med den försäkrade kartläggs och analyseras hinder och möjligheter för att återgå i arbete. SASSAM-kartan omfattar individfaktorer, omgivningsfaktorer och motivation.

SASSAM-kartan tas fram vid ett personligt möte med den försäkrade. Den ger en bild av den försäkrades situation och blir en del i beslutsunderlaget för den fortsatta handläggningen. SASSAM-kartläggningen ska genomföras sammanhållet, vid ett eller eventuellt ytterligare något tillfälle.

3.5.1 Metodstöd – SASSAM-kartläggning

Metodstödet beskriver hur du som handläggare ska göra när du bedömt att det behövs en SASSAM-kartläggning i ett ärende.

Kartläggningen ska hjälpa dig som handläggare att ta ställning till hur du ska handlägga ärendet i fortsättningen. Om det behövs och är möjligt, ska den också leda fram till en planering för återgång i arbete, med eller utan rehabiliteringsåtgärder.

Formulera syfte

Syftet är en förutsättning för att kartläggningen ska kunna ligga till grund för planeringen av ärendets fortsatta handläggning. Det ska klart framgå vilken eller vilka frågeställningar som kartläggningen ska ge svar på.

En SASSAM-kartläggning ska vara anpassad till det aktuella ärendet. Det betyder att kartläggningens omfattning kan variera från fall till fall. Utredningen ska inte omfatta mer än vad som behövs för att göra en plan för ärendets fortsatta handläggning.

Informera och kalla den försäkrade

För att det ska bli ett bra möte är det viktigt att den försäkrade är införstådd med syftet med kartläggningen. Det är därför lämpligt att du kontaktar hen per telefon. Skicka sedan ett informationsbrev som bekräftar det avtalade mötet. En bilaga till brevet bör innehålla ett antal kartläggningsfrågor. Med hjälp av dessa kan den försäkrade i lugn och ro förbereda sig för mötet. I brevet ska det även stå att den försäkrade ska ta med legitimation till mötet. Om det inte är möjligt att få kontakt med den försäkrade per telefon skickar du i stället ett brev. I brevet föreslår du ett mötesdatum, berättar om syftet med mötet och hur lång tid som är avsatt för detta.

Förbereda mötet

Ett bra möte förutsätter att båda parter är väl förberedda. Läs därför igenom handlingarna i ärendet och gör noteringar om innehållet i mittfältet på SASSAM-kartan. Genom dessa noteringar visar du vilken information Försäkringskassan har. Den försäkrade kan då ta ställning till om uppgifterna stämmer och är aktuella.

Genomföra mötet

Om det är första gången du träffar den försäkrade inleder du mötet genom att be hen visa legitimation.

Sedan beskriver du följande för den försäkrade:

- Syftet med mötet – vad ska uppnås?
- Försäkringskassans uppdrag och din roll som handläggare. Beskriv vårt ansvar under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen men även vårt uppdrag om att förebygga sjukskrivning.
- Villkoren i SFB, den försäkrades rättigheter och skyldigheter och vad tidpunkterna i rehabiliteringskedjan innebär. Berätta om alternativ till sjukskrivning, vad som kan bidra till hens återgång i arbete och vilka förmåner som hen kan få under tiden.

Använd sedan SASSAM-kartan som stöd i samtalet. Förklara och beskriv rubrikernas innebörd och betydelsen för arbete och arbetsförmåga. Det är den försäkrade som avgör om hen har någon information att lämna under respektive rubrik. Utrymmet i rutorna är begränsat för att dokumentationen ska vara kortfattad.

Låt den försäkrade fritt beskriva sitt tillstånd och konsekvenserna av detta. Fråga om oklarheter, men undvik att ifrågasätta. Använd öppna frågor som kräver lite mer omfattande beskrivning, till exempel: Hur tänker du kring detta? Hur ser du på…? Kan du berätta mer om …? Hur vill du beskriva…? Tänk på att formulera lämpliga frågor för att undvika att ställa frågor baserat på stereotypa föreställningar utifrån exempelvis kön, ålder eller etnisk tillhörighet.

SASSAM-kartläggningen är ett bra tillfälle för dig att uppmärksamma och ställa frågor om erfarenheter av våld. Läs mer i avsnitt 14.5. Den försäkrades motivation och förändringsvilja har stor betydelse för planeringen av den fortsatta handläggningen. Det är viktigt att ta reda på vad den försäkrade vill och tror sig kunna klara av. Därför är det viktigt att ge den försäkrade utrymme att själv beskriva sina förväntningar och farhågor. Dialogen ska fokusera på framtiden.

Till sist sammanfattar du och den försäkrade tillsammans vad som kommit fram under mötet. Detta är viktigt för att undvika missförstånd.

Tänk på att redan under mötet fråga hur den försäkrade vill ta del av SASSAM-kartan för kännedom och godkännande. Du vet inte vem som öppnar posten hemma hos den försäkrade och det kan ha kommit fram uppgifter om till exempel våldsutsatthet som hen inte vill att andra ska se. Ett alternativ kan i en sådan situation vara att erbjuda den försäkrade att komma in på ett servicekontor för att ta del av SASSAM-kartan.

Efter mötet

Efter mötet för du över uppgifterna till den digitala SASSAM-kartan som finns i HAPO. Skicka sedan en kopia till den försäkrade för kännedom och godkännande.

När utredningen är klar gör du en planering av den fortsatta handläggningen. Om du ska ta fram en plan för återgång i arbete sammanställer du de åtgärder som behövs för att

den försäkrade så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete i en ”Plan för återgång i arbete/rehabiliteringsplan”.

3.6 Metodstöd – Utredning med arbetsgivaren

Arbetsgivaren ansvarar för att det finns en organisation för arbetsanpassning på arbetsplatsen och för att rutinerna för detta är kända på tjänstestället (Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd [AFS 2023:2] om planering och organisering av arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar).

Det är också arbetsgivaren som ansvarar för att ta fram en plan för återgång i arbete och genomföra de åtgärder på arbetsplatsen som behövs för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Om du behöver information om vilka möjligheter det finns att anpassa den försäkrades arbetsplats, arbetsuppgifter eller arbetsgivarens planering för den försäkrade, kontaktar du hens närmaste chef.

När du kontaktar arbetsgivaren kan du också få en indikation på om de verkar ha kunskap om sjukförsäkringen och om rehabilitering. Arbetsgivares kunskaper om vad de förväntas göra och hur sjukförsäkringen fungerar kan nämligen variera, och de kan behöva information från dig för att kunna fullgöra sitt anpassnings- och rehabiliteringsansvar. Därför är det viktigt att du tidigt har en bra dialog med arbetsgivaren – dels för att få den information du behöver och dels för att lyssna in arbetsgivarens behov av information. Om du kan stödja de arbetsgivare som behöver mer information om sjukförsäkringen, så underlättar och stödjer vi den försäkrades möjlighet att återgå i arbete så tidigt och på ett så hållbart sätt som möjligt.

Arbetsgivaren har även ett ansvar för att förebygga sjukfrånvaro genom arbetsanpassning och systematiskt arbetsmiljöarbete. Du som handläggare kan bidra till detta genom att informera arbetsgivaren om förebyggande förmåner, arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd och alternativ till sjukskrivning. Läs mer om sjukpenning i förebyggande syfte i kapitel 31, om arbetshjälpmedel och arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd på Försäkringskassans intranät och om partiell sjukskrivning och deltidsarbete i avsnitt 9.3 och i avsnitt 9.3.1.

Samtal med arbetsgivaren

När du ska ha ett samtal med arbetsgivaren är det lämpligt att du utgår från rubrikerna nedan och anpassar frågorna till ärendet. Du behöver också lyssna in och anpassa samtalet utifrån arbetsgivarens förståelse för sjukförsäkringen och deras utgångspunkt i samtalet. Utifrån den inledande dialogen kan du behöva anpassa samtalet utifrån vad arbetsgivaren verkar behöva. Läs mer i *Handläggarstöd för dialog med arbetsgivare i sjukfall* på sidan för sjukpenning och samordning på Försäkringskassans intranät.

Det finns även ett referensmaterial som du kan använda som stöd i diskussioner med arbetsgivaren om anpassning och arbetshjälpmedel. I materialet finns förslag på olika former av anpassning och arbetshjälpmedel som kan underlätta i en arbetssituation. Tänk dock på att förslagen är generella och att du alltid behöver göra en individuell bedömning. Materialet är inte heller heltäckande och det kan finnas andra former av anpassning och hjälpmedel som inte beskrivs i materialet. Du hittar materialet (Referensmaterial för anpassning och hjälpmedel i arbetslivet) under rubriken *Instruktioner* på sidan för sjukpenning och samordning på Försäkringskassans intranät.

Tänk på att göra medvetna val i din handläggning även i kontakten med arbetsgivaren för att inte styras av stereotypa föreställningar som till exempel kopplar ett visst kön till

vissa yrken. Läs mer i avsnitt 2.5.1.

De vanliga arbetsuppgifterna
Be arbetsgivaren att beskriva vilka krav som finns på fysisk och psykisk prestation. Innebär arbetet att den försäkrade ska stå, gå, sitta stilla, lyfta tungt eller arbeta med lyfta armar? Kräver arbetet koncentration, uppmärksamhet, uthållighet, samarbete med chefer och medarbetare, samarbete med kunder och externa partner? Behöver den försäkrade kunna planera, initiera, fortsätta med, korrigera eller avsluta arbetsuppgifter? Hur stor del av arbetstiden ställer dessa krav?

Ta reda på arbetstidens omfattning och förläggning. Arbetar den försäkrade hel- eller deltid? Hur många timmar per vecka motsvarar det?

Anpassning
Fråga arbetsgivaren om det är möjligt att underlätta den försäkrades arbetssituation genom ändrade arbetstider, anpassning av de ordinarie arbetsuppgifterna eller andra, tillfälliga, arbetsuppgifter. Kanske någon form av arbetshjälpmedel behövs eller att arbetsmiljön kan anpassas på annat sätt, till exempel genom att den försäkrade får arbeta ostört och avskilt. Fråga också i vilken omfattning anpassningarna kan erbjudas.

Annat arbete hos arbetsgivaren
Fråga om det finns andra arbeten inom arbetsgivarens verksamhet som den försäkrade skulle kunna klara av och eventuellt erbjudas. Läs mer om utredning av andra arbetsuppgifter i avsnitt 10.4.1.

Plan för återgång i arbete
I samtal med arbetsgivaren är det lämpligt att lyfta fram deras ansvar för att ta fram en plan för återgång i arbete. Känner arbetsgivaren till skyldigheten? Har de i så fall påbörjat arbetet med att ta fram en plan? Vid behov kan du även begära in planen.

Om arbetsgivaren saknar kunskap eller behöver stöd för att upprätta planen, planera och genomföra åtgärder för att förebygga sjukfrånvaro eller stödja sin medarbetares återgång i arbete, ska de anlita företagshälsovården eller annat sakkunnigt stöd med motsvarande kompetens (Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar). Du ska då informera om möjligheten att ansöka om arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd. Läs mer om arbetsgivarens plan för återgång i avsnitt 14.8.2 och om arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd på Försäkringskassans intranät.

Företagshälsovård
Fråga om arbetsgivaren har tillgång till företagshälsovård och om den försäkrade i så fall kan få hjälp därifrån. Berätta för arbetsgivaren att det är möjligt att ta hjälp av företagshälsovården i arbetet med planen och informera också om möjligheten att söka bidrag för att köpa arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd om du inte redan har gjort det.

3.7 Metodstöd – Arbetsgivarens plan för återgång i arbete

Om du anser att det behövs för handläggningen i det enskilda ärendet kan du begära att arbetsgivaren lämnar in sin plan för återgång i arbete till Försäkringskassan. Planen kan hämtas in från arbetsgivaren eller den försäkrade. Det gäller under förutsättning att den försäkrade har upprättat en plan med sin arbetsgivare och kan redogöra för denna. Om det finns tveksamheter kring detta bör planen hämtas in direkt från arbetsgivaren.

När och hur du hämtar in planen

Du hämtar in planen eller frågar arbetsgivaren om planens innehåll när du behöver veta vilka förutsättningar som finns för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren.

Du bör också hämta in planen i de här situationerna:

- Innan du tar ställning till om det är aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering hos arbetsgivaren eller i det förstärkta samarbetet med Arbetsförmedlingen. Syftet är då att säkerställa att arbetsgivaren genomfört alla möjliga åtgärder till anpassning.
- Innan du avgör om det är aktuellt med ett avstämningsmöte. Syftet är då att säkerställa att mötet behövs och att det i så fall blir effektivt. Läs om avstämningsmöte i avsnitt 3.3.

Du hämtar in planen genom att kontakta arbetsgivaren per telefon och fråga hur planeringen ser ut för den försäkrade. Om planen är omfattande och innehåller flera åtgärder, är det lämpligt att be arbetsgivaren skicka in planen. Att planen finns skriftligt underlättar också handläggningen när du ska följa upp de planerade åtgärderna. Om planen är kortfattad och innehåller få åtgärder kan du hämta in information om dess innehåll muntligt. Om du hämtar in planen från den försäkrade kan hen antingen skicka in den upprättade planen eller redogöra för denna muntligt.

När planen har hämtats in

När du hämtat in planen ska du ta ställning till om den och de åtgärder som den innehåller är av god kvalitet och om den kan genomföras inom ramen för villkoren i sjukförsäkringen.

För att avgöra om planen är av god kvalitet behöver du ta ställning till om den är utformad på ett sådant sätt att den stödjer anpassnings- och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen. Planen ska innehålla de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Det innebär att det bör framgå av planen att arbetsgivaren har sett över möjligheterna att anpassa den försäkrades arbetssituation utifrån hens medicinska förutsättningar och att det framgår en motivering till de åtgärder som planeras. Läs mer om arbetsgivarens skyldigheter och vad en plan bör innehålla i avsnitt 14.8.2.

Att planen kan genomföras inom ramen för sjukförsäkringen innebär till exempel att den håller sig inom tidsgränser som kan påverka den försäkrades rätt till ersättning eller att den inte innehåller åtgärder som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning för vilka du behöver ta fram en rehabiliteringsplan.

När planen kan genomföras inom ramen för villkoren i sjukförsäkringen och är av god kvalitet

Om planen stämmer med villkoren i sjukförsäkringen och är av god kvalitet, bör du säkerställa att övriga aktörer är införstådda i planeringen och sitt respektive ansvar. Du behöver också informera om att planen inte ger automatisk rätt till sjukpenning för perioden som planen omfattar, utan att det kan inträffa saker som inte går att förutse och som kan påverka den försäkrades rätt till ersättning. Be den försäkrade och arbetsgivaren att meddela dig om det blir några förändringar i planeringen.

När planen inte kan genomföras inom ramen för villkoren i sjukförsäkringen

Om planen är av god kvalitet men inte kan genomföras inom ramen för villkoren i sjukförsäkringen, behöver du snarast meddela arbetsgivaren och den försäkrade detta.

Du behöver också informera dem om vilka konsekvenser som kan uppstå om de väljer att genomföra planen ändå. Det kan till exempel vara

- om planen sträcker sig över tidsgränser i rehabiliteringskedjan som kan komma att påverka den försäkrades rätt till sjukpenning
- om det framgår av planen att arbetsgivaren planerar arbetslivsinriktade åtgärder som kan påverka rätten till sjukpenning och det krävs en rehabiliteringsplan för att ha rätt till rehabiliteringspenning.

När arbetsgivaren inte tar fram en plan, planen inte är av god kvalitet eller inte följs

Om du bedömer att arbetsgivaren brister i sin anpassnings- och rehabiliteringsskyldighet när det gäller att upprätta en plan för återgång i arbete ska du i första hand prata med arbetsgivaren. Berätta då om de brister du har uppmärksammat och informera om att de bör åtgärdas. Du gör det när arbetsgivaren

- inte gör någon plan fast du har bedömt att arbetsgivaren är skyldig att göra det
- har gjort en plan men du bedömer att den är av dålig kvalitet utifrån förutsättningarna i ärendet. Det kan till exempel handla om att arbetsgivaren
  - inte har sett över vilka möjligheter som finns för att underlätta återgång i arbete genom att anpassa den försäkrades arbetssituation
  - inte har motiverat varför åtgärder inte har eller kommer att genomföras
  - inte genomför de åtgärder som ingår i planen.

Om arbetsgivaren trots det inte åtgärdar bristerna ska du lämna en impuls till samverkansansvarig via funktionsbrevlåda. Läs mer om hur du lämnar impuls om avvikelser i *Rutin för rapportering om avvikelser i extern samverkan* på sidan för Sjukpenning och samordning på Försäkringskassans intranät. Samverkansansvarig bedömer i sin tur om det är aktuellt att kontakta arbetsgivaren för att uppmärksamma dem på de brister som Försäkringskassan har sett, eller om vi ska tipsa Arbetsmiljöverket direkt. Arbetsmiljöverket förväntar sig inte att vi på Försäkringskassan ska kunna Arbetsmiljöverkets lagstiftning, utan vi kontaktar dem om de brister som vi ser utifrån vårt perspektiv. Det är sedan Arbetsmiljöverkets inspektörer som beslutar om hur de ska förhålla sig till och använda informationen.

Läs mer i *Stöd för att uppmärksamma brister i arbetsgivares ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering* på sidan Partnersamverkan på Försäkringskassans intranät.

Om arbetsgivaren inte åtgärdar bristerna trots att du påtalat dem, är det också en impuls till dig att du behöver utreda ärendet vidare för att den försäkrade ska få en hållbar planering för återgång i arbete. Du kan till exempel behöva boka ett avstämningsmöte med arbetsgivaren och den försäkrade för att klargöra förutsättningarna för återgång i arbete.

Följa upp och justera planen

Du som handläggare ansvarar för att följa upp planen som du har hämtat in från arbetsgivaren. Syftet är att du ska veta om den försäkrade kommer att kunna återgå i arbete som planerat och om de eventuella insatserna fungerar eller om något behöver ändras.

Planen kan behöva anpassas beroende på hur ärendet utvecklar sig. Det kan hända saker som inte går att förutse. Den försäkrades hälsotillstånd kan till exempel försämras eller förbättras snabbare än förväntat.

Även om det är arbetsgivaren som ansvarar för att vid behov revidera planen kan det hända att du får information från andra aktörer om att saker har hänt som kan påverka planen. Du kan då behöva kontakta arbetsgivaren och meddela det som har hänt så att planen kan justeras. Du behöver dock säkerställa att du har den försäkrades samtycke innan du kontaktar arbetsgivaren.

I vissa ärenden kan planen justeras efter telefonkontakt med arbetsgivaren och den försäkrade, medan det i andra ärenden kan behövas ett avstämningsmöte med den försäkrade och eventuellt andra aktörer för att samordna olika insatser. Du som handläggare bedömer vad som är mest lämpligt.

3.8 Metodstöd – Försäkringskassans plan för återgång i arbete

Det här metodstödet beskriver syftet med en plan för återgång i arbete, hur den kan tas fram, vilken form den kan ha och vad den bör innehålla. Metodstödet beskriver även hur du kan följa upp och vid behov revidera planen.

När begreppet plan för återgång i arbete används innefattar det även återgång i andra sysselsättningar än arbete, till exempel att söka arbete eller studera.

När du har bedömt att en försäkrad har rätt till sjukpenning ska du göra en planering för hur hen så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete. Vid behov ska du även involvera andra rehabiliteringsaktörer i arbetet med att ta fram planeringen. Den plan som ni kommer överens om kan, beroende på omständigheterna i ärendet, dokumenteras i journalen eller i den separata blanketten *Plan för återgång i arbete*.

I normalfallet behöver du inte göra någon plan för återgång i arbete för en försäkrad som är anställd, eftersom det i så fall är arbetsgivarens skyldighet att ta fram planen. Du behöver dock försäkra dig om arbetsgivaren har gjort en planering för återgång i arbete för den försäkrade och att hen är införstådd i planeringen. Dokumentera då den planering som arbetsgivaren tagit fram med den försäkrade i journalen. Om arbetsgivaren inte har gjort någon planering så behöver du ha en dialog med arbetsgivaren och den försäkrade om detta i syfte att arbetsgivaren tar fram en planering. I vissa fall kan du behöva vara med och säkerställa att det tas fram en planering för den försäkrade på arbetsplatsen. Det kan också vara så att den försäkrade inte kan återgå i arbete hos arbetsgivaren och då behöver du göra en plan, även om anställningen inte har upphört formellt.

Syftet med att göra en plan för återgång i arbete

Syftet med att göra en plan för återgång i arbete är att klargöra för alla inblandade hur den försäkrades väg tillbaka till arbete eller annan sysselsättning ser ut. Planen är också ett verktyg för att ta tillvara den försäkrades förmågor i processen från sjukskrivning till egen försörjning genom arbete.

Planen är en naturlig del av handläggningen genom hela ärendet eftersom du som handläggare i samråd med den försäkrade ska se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas (30 kap. 9 § SFB).

Målet och de insatser som den försäkrade eventuellt behöver måste anpassas till rehabiliteringskedjans olika bedömningsgrunder, och därför kan planen tydliggöra de försäkringsmässiga ramarna. Den försäkrade kan då få en bättre överblick av

konsekvenserna av regelverket och sin väg tillbaka till arbete. Men planen fyller flera andra viktiga funktioner, till exempel att

- säkerställa samsyn av den medicinska prognosen för återgång i arbete
- tydliggöra vilket mål den försäkrade strävar mot
- tydliggöra vilka eventuella insatser som krävs för att nå målet
- tydliggöra för de inblandade aktörerna vilka eventuella insatser som man kommit överens om att genomföra och vem som ansvarar för dem
- vara ett verktyg för dig att i förekommande fall samordna insatser från andra aktörer till en fungerande helhet
- underlätta uppföljning av eventuella insatser.

När ska en plan för återgång i arbete tas fram?

När du har bedömt att en försäkrad har rätt till sjukpenning ska ni tillsammans göra en plan för när och hur hen ska kunna börja arbeta igen. Det ska göras så tidigt som möjligt eftersom det förbättrar den försäkrades förutsättningar att återgå i arbete. Att planen görs tidigt i ärendet ökar också förutsättningarna för den försäkrade att vara delaktig i sitt ärende och bättre kunna förbereda sig på att arbeta igen. Det kan till exempel handla om att du i planen tydliggör bedömningsgrunderna i rehabiliteringskedjan och vad det sannolikt kommer att innebära för den försäkrade om hen fortfarande är sjukskriven när en ny bedömningsgrund blir aktuell.

Hur tidigt en plan kan tas fram beror dock på omständigheterna i det enskilda ärendet. Om den försäkrade behöver arbetslivsinriktad rehabilitering kan det vara svårt att ta fram planen redan i samband med den första kontakten. På samma sätt kan det vara svårt att tidigt i sjukperioden planera för hur den försäkrade ska återfå sin arbetsförmåga om den medicinska prognosen är mycket oviss. Då kan planen behöva göras i ett senare skede.

Det finns naturligtvis också fall när det varken är möjligt eller lämpligt att ta fram en plan. Om du kommer fram till att det inte ska tas fram någon plan dokumenterar du anledningen till det i journalen. Dokumentera också när du planerar att följa upp den försäkrades hälsotillstånd.

Tänk på att alltid ha en planering för nästa steg i handläggningen av ärendet. En sådan planering är ett verktyg för dig att handlägga ärendet mer aktivt och driva ärendet mot att kunna göra en adekvat plan för återgång i arbete.

Ta fram och dokumentera planen

Du avgör utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet hur du och den försäkrade ska ta fram planen.

Ibland kan det vara tillräckligt att du tillsammans med den försäkrade kommer fram till vilket mål som är rimligt, när hen ska börja arbeta igen och vad som krävs för att komma dit. Till exempel när den medicinska prognosen i ärendet är tydlig och visar att den försäkrade inom en snar framtid kommer att kunna gå tillbaka till sitt vanliga arbete utan att Försäkringskassan behöver samordna några insatser. I sådana fall kan det vara tillräckligt att dokumentera planen i en journalanteckning och säkerställa att du och den försäkrade är överens.

I andra fall, när planen är mer omfattande och behöver tas fram tillsammans med den försäkrade och andra aktörer som till exempel läkare, företagshälsovården eller Arbetsförmedlingen, ska du dokumentera planen i blanketten *Plan för återgång i arbete*. Då blir planen också ett verktyg för att tydliggöra vilka insatser som ni har kommit överens om och vem som ansvarar för att de genomförs.

När flera aktörer är inblandade kan det behövas ett avstämningsmöte för att komma fram till hur planen ska se ut. Blanketten kan då infogas sist i dokumentationsmallen vid avstämningsmöte.

Den försäkrade ska alltid få en kopia av planen. Om hen samtycker så lämnar du även en kopia till de andra aktörerna.

Oavsett hur planen tas fram och dokumenteras är det avgörande att den uppfyller sitt syfte, nämligen att klargöra

- när den försäkrade förväntas kunna återgå i arbete eller annan sysselsättning
- vilka eventuella insatser som den försäkrade behöver för att kunna nå sitt mål.

3.9 Metodstöd – Vad bör en plan för återgång i arbete innehålla?

En plan för återgång i arbete ska alltid utgå från försäkringens ramar och villkor. För den som är anställd innebär det till exempel att planen måste göras inom ramarna för rehabiliteringskedjans bedömningsgrunder.

När du tillsammans med den försäkrade och eventuella andra inblandade aktörer ska ta fram en plan, bör ni först klarlägga hur den medicinska prognosen för återgång i arbete i ordinarie omfattning ser ut. Planen ska sedan innehålla följande punkter:

- När den försäkrade förväntas återgå i arbete eller annan sysselsättning (mål).
- Till vilket arbete eller annan sysselsättning hen ska återgå till och i vilken omfattning (mål).
- Vilka eventuella insatser som behövs för att den försäkrade ska kunna nå sitt mål.
- Tidplan för eventuella insatser och vem som ansvarar för dem.

Försök att göra så exakta uppskattningar som möjligt utifrån ovanstående punktlista. I vissa fall kan det vara svårt att bestämma ett exakt datum för när den försäkrade ska återgå i arbete. Då kan du i stället ange en ungefärlig tidpunkt, läs mer under mål och delmål.

Listan är inte på något sätt uttömmande. Det kan till exempel även vara relevant att komma överens om delmål och hur eventuella insatser ska följas upp och vem som är ansvarig för uppföljningen. Beroende på omständigheterna i det enskilda ärendet bedömer du om ytterligare uppgifter behöver finnas med i planen.

Mål och delmål

Det är viktigt att komma överens med den försäkrade om när hen förväntas kunna börja arbeta igen och i vilket arbete eller sysselsättning (mål). Målet ska utgå ifrån den försäkrades medicinska prognos och måste rymmas inom de försäkringsmässiga ramarna, som till exempel rehabiliteringskedjans bedömningsgrunder.

Om den försäkrade är egenföretagare är det viktigt att du så tidigt som möjligt tar ställning till om den medicinska prognosen pekar på att hen sannolikt kommer att kunna återgå i sitt arbete i ordinarie omfattning, eller om målet i stället bör vara omställning till annat normalt förekommande arbete. Om detta klargörs tidigt i ärendet, underlättar det sannolikt den försäkrades eventuella omställningsprocess. Målet är att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga i så stor utsträckning som möjligt.

Om den medicinska prognosen är oviss, eller om det sannolikt kommer att ta lång tid innan den försäkrade kan börja arbeta igen, kan det vara svårt att ange ett exakt datum för återgång i arbete. Då kan du i stället behöva ange en ungefärlig tidpunkt. Men sträva alltid efter att vara så exakt som möjligt. Om ni har kommit överens om ett tydligt mål har ni bättre förutsättningar att uppnå det.

Ibland kan det vara bra att sätta upp delmål. Ett delmål ska alltid rymmas inom ramen för slutmålet och de försäkringsmässiga villkoren. Det innebär att du bör ha en uppfattning om vilket arbete eller sysselsättning som den försäkrade ska kunna utföra. Ett delmål kan till exempel vara aktuellt när den medicinska prognosen visar att det kommer att ta lång tid innan den försäkrade får tillbaka sin arbetsförmåga och tidpunkten för målet därför är ungefärlig. Exempel på delmål kan vara att den försäkrade ska genomgå en medicinsk behandling som förväntas leda till ökad arbetsförmåga eller börja arbeta deltid. Även här är det dock viktigt att uppskatta tidpunkten för när delmålet ska vara uppnått så exakt som möjligt. Om ett delmål är att den försäkrade ska genomgå en medicinsk behandling, ska det av planen framgå vilken behandling det gäller, när den förväntas vara klar och vad den förväntas leda till.

Insatser som ska förbättra arbetsförmågan

Beroende på vad som behövs för att den försäkrade ska få tillbaka sin arbetsförmåga kan planen i vissa fall enbart innefatta medicinska insatser, medan den i andra fall även kan behöva innehålla insatser av social eller arbetslivsinriktad karaktär. Tillsammans med den försäkrade och eventuellt andra aktörer planerar du vilka insatser som ska genomföras för att den försäkrade så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete i sin ordinarie omfattning. Ni behöver också komma överens om vem som ansvarar för respektive insats och vem som ska stå för den eventuella kostnaden för insatsen.

Uppföljning och revidering av planen

Du som handläggare ansvarar för att följa upp planen. Syftet med uppföljningen är att du ska veta om den försäkrade kommer att kunna återgå i arbete som planerat och om de eventuella insatserna fungerar som planerat eller om något behöver förändras.

Det är viktigt att såväl den försäkrade som andra aktörer tar sitt ansvar för att rapportera till dig om förändringar eller händelser som kan påverka möjligheterna att följa planen.

Planen kan givetvis behöva anpassas eller justeras beroende på hur ärendet utvecklas. Det kan hända saker som inte går att förutse. Den försäkrades hälsotillstånd kan försämras eller förbättras snabbare än förväntat, sjukdomar kan tillkomma och möjligheterna hos arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen förändras.

I vissa ärenden kan planen justeras efter uppföljning med den försäkrade och hens läkare, medan det i andra ärenden kan finnas behov av ett avstämningsmöte med den försäkrade och eventuella andra aktörer. Du som handläggare bedömer vad som är mest lämpligt.

Om målet för planen ska justeras är det viktigt att tänka på att det nya målet ska rymmas inom de försäkringsmässiga villkoren, det vill säga att det tar hänsyn till eventuella nya bedömningsgrunder i rehabiliteringskedjan. Vid justering av målet är det också särskilt viktigt att aktörer som till exempel behandlande läkare och eventuell arbetsgivare är delaktiga.

3.10 Rehabiliteringsplan

Om den försäkrade behöver arbetslivsinriktad rehabilitering som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning ska du tillsammans med den försäkrade och andra inblandade aktörer ta fram en rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsplanen ska tas fram när vi ser att

den försäkrade behöver en rehabiliteringsplan, den kan därmed tas fram i ett tidigt skede.

Rehabiliteringsplanen är till skillnad från planen för återgång i arbete reglerad i lag (30 kap. 12 § SFB). Att det finns en rehabiliteringsplan är en förutsättning för att den försäkrade ska kunna få rehabiliteringsersättning. Läs mer om rehabiliteringsplan i avsnitt 14.7.1.

Om den försäkrade ansöker om sjukpenning samtidigt som hen deltar i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats, så utgör rehabiliteringsplanen ett mycket viktigt underlag vid arbetsförmågebedömningen. Därför är det mycket viktigt att detaljerat dokumentera i rehabiliteringsplanen.

3.11 Metodstöd – Försäkringsmedicinska konsultationer

Det här metodstödet handlar om din och den försäkringsmedicinska rådgivarens (FMR) roll i försäkringsmedicinska konsultationer. Här beskrivs vad en försäkringsmedicinsk konsultation är, när du kan konsultera FMR, hur du och FMR ska förbereda er, hur konsultationen går till och vad som ska dokumenteras när du konsulterar FMR i enskilda ärenden.

Vad är en försäkringsmedicinsk konsultation?

En försäkringsmedicinsk konsultation är en rådgivande funktion där FMR ger dig som handläggare stöd i att tolka och värdera det medicinska underlaget i ett enskilt ärende.

Formerna för konsultation

Det finns två sätt att konsultera FMR: muntligt och skriftligt. En muntlig konsultation är ett möte mellan dig och FMR där ni diskuterar ärendet och de aktuella frågorna och FMR svarar på dina frågor. Vid en skriftlig konsultation svarar FMR med ett *skriftligt yttrande* på de frågor som du har ställt.

Som ett första steg ska du alltid konsultera FMR muntligt, dels för att dialogen mellan er är en viktig del i ditt arbetsplatslärande, dels eftersom det i regel går snabbare än att få ett skriftligt yttrande. Som ett andra steg kan du även konsultera FMR skriftligt. Det är du som handläggare som efter den muntliga konsultationen avgör om det är aktuellt att begära ett skriftligt yttrande. Detta gäller dock inte vid sjukpenning i förebyggande syfte vid utredning beslutad av Försäkringskassan, se avsnitt 31.5.

I vilka situationer kan FMR konsulteras?

Du som handläggare behöver löpande ta ställning till om underlaget i ärendet är tillräckligt eller om ytterligare information behöver hämtas in. Om det finns oklarheter kopplat till de medicinska underlagen i ärendet som skulle kunna påverka bedömningen behöver utredningen fortsätta. Ett sätt att utreda dessa oklarheter är att konsultera FMR.

Du kan konsultera FMR när du behöver hjälp att tolka det medicinska underlaget för att kunna bedöma vilka konsekvenser sjukdomen har för den försäkrades arbetsförmåga.

FMR kan uttala sig om huruvida de aktivitetsbegränsningar som anges i de medicinska underlagen hindrar den försäkrade att utföra enskilda aktiviteter. I den situationen ställer FMR de medicinska uppgifterna i förhållande till den försäkrades specificerade arbetsuppgifter.

Du kan också konsultera FMR för att få stöd i att formulera frågor när du behöver be vården att komplettera de medicinska underlagen.

Du kan även konsultera FMR när du behöver stöd att tolka det medicinska underlaget för att kunna klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering.

Om den försäkrade ansökt om sjukpenning i förebyggande syfte kan FMR exempelvis ge stöd i om den behandling som den försäkrade får baseras på vetenskap eller beprövad erfarenhet, om den syftar till att förebygga, häva eller minska nedsättning av arbetsförmågan eller om behandlingen medför behov av återhämtning efter behandlingsinsatsen och i så fall vad som kan vara en rimlig återhämtningstid.

Du ska alltid konsultera FMR inför en AFU om den försäkrade har partiell sjukpenning. Läs vidare om detta i avsnitt 31.5.

Situationerna ovan är exempel på när du kan konsultera FMR och ska inte ses som en uttömmande förteckning.

Förbereda konsultationen

Inför konsultationen kan behovet av förberedelser se olika ut beroende på yrkesroll och omständigheterna i ärendet. Nedan beskrivs hur respektive yrkesroll ska förbereda sig inför en konsultation.

Du som är handläggare

Muntlig konsultation

1. Gå igenom ärendet för att kunna redogöra för det på konsultationen.
2. Formulera i dokumentationsmallen (Wimimall 15 892) den eller de försäkringsmedicinska frågor som konsultationen syftar till att besvara. Var tydlig med vad som behöver besvaras och varför. Ibland kan det vara svårt att konkretisera en fråga och då kan du i stället formulera ett tydligt syfte med varför du konsulterar FMR, till exempel att få stöd i att tolka om det finns medicinska hinder eller förutsättningar för att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Tänk på att om frågan ändras under konsultationen så behöver dokumentationsmallen uppdateras med den nya frågan innan dokumentet upprättas.
3. Ta ställning till vilka medicinska dokument som FMR behöver ta del av och ange detta i dokumentationsmallen.
4. Dokumentera i journalen att du planerar att konsultera FMR och varför. I dokumentationsmallen för muntlig konsultation dokumenterar du dina frågor eller syftet med konsultationen och de handlingar du bedömer är relevanta för FMR att ha som underlag för konsultationen.

Skriftlig konsultation

5. Om du efter den muntliga konsultationen med FMR bedömer att det behövs ett skriftligt yttrande ska du begära ett sådant. Dokumentera i journalen att du ska begära ett skriftligt yttrande och varför. Vid skriftlig konsultation behöver du formulera dina frågor så tydligt som möjligt i Wimimall 15 701. Liksom vid muntlig konsultation ska FMR ha tillgång till relevant underlag i HAPO.

Du som är FMR

Ta del av de handlingar som handläggaren angett i dokumentationsmallen med frågor innan konsultationen. Om du bedömer att du behöver ta del av fler underlag än vad handläggaren har angett så finns det inga hinder för det. Tänk dock på att det måste framkomma i dokumentationsmallen att du tagit del av ytterligare underlag. Du ansvarar för att detta förs in i dokumentationsmallen före konsultationen.

Under konsultationen

Muntlig konsultation

Konsultationen består av tre delar: inledning, dialog och dokumentation.

Inledning
Du som är handläggare inleder med att redogöra för ärendet med fokus på de frågor där konsultation behövs.

Dialog
Därefter för ni en dialog utifrån frågorna och underlaget för konsultationen.

Diskussioner om den försäkrade och hens ärende ska vara sakliga och objektiva och ta hänsyn till den försäkrades integritet. Därför ska du utelämna uppgifter om den försäkrade som inte har betydelse för konsultationen.

Sammanfattning och dokumentation
Tillsammans stämmer ni av att syftet med konsultationen uppnåtts, att frågorna gåtts igenom och besvarats.

Dokumentation är det företrädesvis du som gör, men i vissa situationer kan den efter överenskommelse göras av FMR. Oavsett vem som dokumenterar så ska FMR:s svar dokumenteras i dokumentationsmallen innan konsultationen avslutas. Innan dokumentet upprättas i HAPO är det viktigt att innehållet stäms av med FMR.

Skriftlig konsultation
Vid en skriftlig konsultation behöver du formulera de frågor som du vill få besvarade så tydligt som möjligt.

Om FMR anser att någon fråga inte gäller försäkringsmedicin eller är oklar ska hen kontakta dig. Detsamma gäller om någon fråga utgår ifrån ett eller flera medicinska underlag och de inte innehåller den information som behövs för att kunna svara på frågan.

FMR ska yttra sig över de frågor som du har ställt. Om FMR bedömer att en fråga inte kan besvaras ska hen ange detta. I komplicerade ärenden kan det vara lämpligt att FMR går igenom yttrandet tillsammans med dig för att förvissa sig om att det inte finns några oklarheter. Detta ska FMR göra innan hen upprättar yttrandet.

Efter konsultationen
När konsultationen är avslutad och FMR:s svar är dokumenterat i Wimimall 15 892 eller 15 701 ska du väga samman all information i ärendet. Därefter ska du dokumentera i journal hur det som framkommit vid konsultationen påverkar den fortsatta bedömningen och planeringen i ärendet. Detta gäller både efter en muntlig och en skriftlig konsultation.

3.12 Den försäkrades uppgiftsskyldighet

Den försäkrade har en uppgiftsskyldighet:

> **110 kap. 13 § andra stycket SFB**
> Den enskilde är skyldig att lämna de uppgifter som är av betydelse för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk. För sådant uppgiftslämnande gäller även 4 § andra stycket, om inte särskilda skäl talar mot det.

Den försäkrade är alltså skyldig att lämna de uppgifter som behövs för att Försäkringskassan ska kunna bedöma om hen har rätt till sjukpenning eller hur sjukpenningen ska beräknas. Dessutom ska den försäkrade lämna de uppgifter som behövs i övrigt, till

exempel för att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till hens behov av rehabilitering.

Uppgiftsskyldigheten enligt denna bestämmelse gäller inte bara fram till beslutet, utan så länge ersättning betalas ut. Men det finns också särskilda regler om anmälningsskyldighet vid ändrade förhållanden (se vidare avsnitt 3.12.1).

Läs mer
Läs mer om den försäkrades uppgiftsskyldighet i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken* och vägledning (2024:2) *Återbetalning.*

3.12.1 Skyldighet att anmäla ändrade förhållanden

Det finns en generell regel om anmälningsskyldighet vid ändrade förhållanden:

110 kap. 46 § SFB
Den som ansöker om, har rätt till eller annars får en förmån enligt denna balk ska anmäla sådana ändrade förhållanden som påverkar rätten till eller storleken av förmånen.

Det som anges i första stycket kan avse

1. bosättning i Sverige eller utlandsvistelse,
2. bostadsförhållanden,
3. civilstånd, vårdnad och sammanboende med vuxen eller barn,
4. hälsotillstånd,
5. förvärvsarbete i Sverige eller utomlands,
6. arbetsförmåga,
7. inkomstförhållanden,
8. förmögenhetsförhållanden, och
9. utländsk socialförsäkringsförmån.

Anmälan som gäller assistansersättning ska även göras av den till vilken assistansersättning har betalats ut enligt 51 kap. 19 §, om denne har kännedom om de ändrade förhållandena.

Anmälan behöver inte göras om den handläggande myndigheten har kännedom om ändringen och därför saknar behov av en anmälan. Anmälan behöver inte heller göras i ett ärende om bostadstillägg eller äldreförsörjningsstöd om ändringen innebär att inkomsterna eller förmögenheten endast har ökat i mindre omfattning.

Begreppet "förmån" omfattar inte bara ersättningar utan även åtgärder, såsom rehabilitering (2 kap. 11 § SFB).

Det framgår av bestämmelsens första stycke att skyldigheten bara gäller förhållanden som påverkar rätten till förmånen eller storleken på förmånen. De faktorer som räknas upp är inte relevanta i alla förmåner och uppräkningen är inte heller uttömmande. Men

den ger en bild vad den försäkrade bör vara observant på och anmäla på eget initiativ. Läs mer om anmälningsskyldighetens omfattning i vägledning (2024:2) *Återbetalning*.

Det finns en bestämmelse om när och hur anmälan ska göras:

110 kap. 47 § SFB
Anmälan enligt 46 § ska göras så snart som möjligt och senast fjorton dagar efter det att den anmälningsskyldige fick kännedom om förändringen.

Den handläggande myndigheten får, när det anses motiverat, kräva att uppgifterna lämnas på det sätt som föreskrivs i 4 §.

Hänvisningen till 110 kap. 4 § innebär att Försäkringskassan får kräva att anmälan görs skriftligt och att uppgifter om faktiska förhållanden lämnas på heder och samvete.

Det finns en särskild regel om anmälningsskyldighet som gäller specifikt för sjukpenning och några ytterligare dagersättningar:

110 kap. 49 § SFB
Den som är berättigad till graviditetspenning, tillfällig föräldrapenning, sjukpenning eller smittbärarpenning är skyldig att enligt bestämmelserna i 47 § meddela Försäkringskassan sin vistelseadress när han eller hon under sjukdomsfall eller annat ersättningsfall vistas annat än tillfälligt på annan adress än den som angetts till Försäkringskassan.

Den som får sjukpenning och tänker vara någon annanstans än på den hemadress som hen har uppgett till Försäkringskassan är alltså skyldig att anmäla det. Det gäller även när man vistas på en annan adress inom Sverige. Om man reser bort i högst tre dagar får det dock anses som en tillfällig bortavaro som inte behöver anmälas (jfr prop. 1985/86:38 s. 10 f.).

4 Övergripande om vårt samordningsuppdrag och att klarlägga individens rehabiliteringsbehov

I det här kapitlet beskrivs Försäkringskassans uppdrag med att klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov på ett övergripande sätt eftersom det är denna del av vårt samordningsuppdrag som blir aktuellt i de ärenden där sjukpenning beviljats.

Samordningsuppdraget innebär att Försäkringskassan ska klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov, samordna rehabiliteringen och verka för att andra aktörer vidtar de åtgärder som behövs för att hen ska få en effektiv rehabilitering.

Läs mer om Försäkringskassans uppdrag att verka för att rehabiliteringsåtgärder vidtas i kapitel 14.

4.1 Uppdraget att klargöra den försäkrades behov av rehabilitering

Det är försäkrade som drabbats av sjukdom som sätter ned arbetsförmågan som omfattas av reglerna om rehabilitering. Det krävs inte att nedsättningen av arbetsförmågan är av någon viss omfattning. Detta framgår av 29 kap. 2 § SFB, läs mer om detta i avsnitt 14.1.

Om den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga ska Försäkringskassan så snart som möjligt klarlägga hens behov av rehabilitering. Det är ett uppdrag som är långtgående och som ska genomsyra alla ärenden där ersättning har beviljats (jfr. prop.1990/91:141, s. 90) eller när den försäkrade ansökt om rehabilitering.

30 kap. 9 § p.1 SFB
Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att

den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs,

När behovet är klarlagt och det visar sig vara aktuellt med rehabiliteringsinsatser, så kan du läsa mer om dessa i kapitel 14 *Rehabiliteringsåtgärder och rehabiliteringsersättning.*

4.1.1 Metodstöd – Så klarlägger du den försäkrades rehabiliteringsbehov

För att uppfylla Försäkringskassan utredningsansvar så behöver du utreda och klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering (JO 2076–2019). Det innebär att du behöver utreda tills du har en tydlig bild av vad den försäkrade har för behov av rehabilitering för att kunna återgå i arbete. Målet är att behovet upptäcks tidigt. Vilka utredningsåtgärder du behöver vidta och när du behöver vidta dem varierar beroende på ärendets beskaffenhet. Ibland kan man till exempel behöva se till att det görs utredningar och undersökningar för att klarlägga rehabiliteringsbehovet.

Behovet av rehabilitering och samordning kan variera mycket mellan ärendena och även över tid i ett enskilt ärende. Du måste därför löpande klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov genom att regelbundet ta ställning till behovet av insatser. Du behöver även vara uppmärksam på signaler om att behovet har ändrats.

Att analysera underlaget

Ibland behöver man inte vidta några utredningsåtgärder för att klarlägga rehabiliteringsbehovet, eftersom behovet kan klarläggas utifrån tillgänglig information i ärendet. Det är ärendets beskaffenhet som avgör om det är aktuellt med utredningsåtgärder eller inte. När du har klarlagt rehabiliteringsbehovet så sammanfattar du det i en anteckning i den försäkrades journal.

Informationen kan komma från läkarintyget, från samtal med den försäkrade eller från den försäkrades arbetsgivare. Det finns ingen fullständig lista över vilka underlag som kan läggas till grund för bedömningen av rehabiliteringsbehovet, utan det varierar mellan ärendena. Läs mer om vilka metoder som du kan använda i kapitel 3.

Utredningen för att klarlägga rehabiliteringsbehovet

När du analyserat underlaget i den försäkrades ärende och kommit fram till att det *finns* behov av utredning finns det flera aktörer du kan utreda med. Det finns även flera utredningsåtgärder som kan vidtas i syfte att klarlägga rehabiliteringsbehovet.

Metoden ”Inledande kartläggning av rehabiliteringsbehov” (IKR) används exempelvis för att, efter första beslutet om sjukpenning, ta ställning till och klarlägga personens behov av rehabilitering. Även andra utredningsåtgärder kan bli aktuella, som exempelvis en aktivitetsförmågeutredning (AFU) eller metoden ”Fördjupad kartläggning av rehabiliteringsbehov” (FKR).

Läs mer

För mer information om metoderna, se publicerade metoder på Försäkringskassans intranät under ”Handläggarstöd SF” och ” Aktivitetsförmågeutredningar (AFU)”.

Viktiga uppgifter kan komma in från flera olika aktörer, vilket innebär att vi kan behöva vara i kontakt med flera olika aktörer för att klarlägga rehabiliteringsbehovet. Du kan exempelvis behöva be om arbetsgivarens plan för återgång i arbete och kontakta den försäkrade och hens vårdgivare för att säkerställa planeringen. Ibland räcker det att du får del av arbetsgivarens plan för återgång för att du, med denna som grund tillsammans med övrig information i ärendet, ska kunna bedöma att rehabiliteringsbehovet är klarlagt. I andra ärenden kanske du inte alls behöver be om arbetsgivarens plan för återgång i arbete. Samma resonemang gäller för andra typer av kontakter med olika aktörer. Det avgörande är vilken information du behöver ha i det enskilda ärendet för att klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering. Beroende på ärendets beskaffenhet kan det alltså bli aktuellt att vidta en rad olika utredningsåtgärder.

Försäkringskassan får vidta vissa utredningsåtgärder när det behövs för att bedöma frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen. Det framgår av 110 kap. 14 § SFB. Det innebär att Försäkringskassans utredningsbefogenheter även kan aktualiseras för att klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering. (jfr Prop. 2008/09:200 s 558) Läs mer om våra utredningsbefogenheter i kapitel 3.

Att klarlägga rehabiliteringsbehovet enligt 30 kap. 9 § SFB och samtidigt utreda i relation till rehabiliteringskedjan

För att du ska kunna bedöma rätten till sjukpenning i relation till rekvisiten i de olika bedömningsgrunderna behöver du utreda den försäkrades förutsättningar för återgång i arbete. Utredningen kan innebära att du behöver hämta in i princip samma information som du även behöver för att klarlägga rehabiliteringsbehovet. Utredningen kan därför göras med båda syftena samtidigt, och de behöver alltså inte utredas separat.

När du exempelvis ska göra en bedömning i relation till bedömningsgrunden i 27 kap. 46 § SFB om det vanliga arbetet, så behöver du veta om det finns några anpassade arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Samma information kan behövas för att få en tydlig bild av den försäkrades rehabiliteringsbehov. Samma sak gäller 27 kap. 47 § SFB om annat arbete hos arbetsgivaren efter omplacering. För att kunna göra en bedömning i relation till den bedömningsgrunden behöver du veta om det finns annat arbete hos arbetsgivaren för den försäkrade.

Informationen som du fått i utredningen av rätten till sjukpenning kan du alltså också använda för att bedöma om Försäkringskassan behöver verka för att den försäkrade ska få rehabiliteringsåtgärder. Vid en sådan utredning kan du få information om att det finns anpassade arbetsuppgifter som den försäkrade skulle kunna få tillgång till, men att Försäkringskassan behöver samtala med arbetsgivaren för att hen ska få det.

4.2 De olika aktörernas skyldigheter

Här kan du läsa översiktligt om de vanligaste aktörernas skyldigheter att medverka i utredningen när du ska klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov. Mer ingående information om dessa aktörers skyldigheter finns i kapitel 14.

4.2.1 Den försäkrades skyldigheter

Den försäkrade är skyldig att medverka i både utredningen och i själva rehabiliteringen:

30 kap. 7 § p.1 SFB
Den försäkrade ska

- lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans eller hennes behov av rehabilitering,

Utöver dessa skyldigheter finns också en regel i 110 kap. 14 § SFB som innebär att Försäkringskassan bland annat kan begära att den försäkrade deltar i ett avstämningsmöte som syftar till att bedöma hens behov av och möjligheter till rehabilitering. Läs mer om dessa regler i avsnitt 3.2.4.

Det finns sanktioner kopplade till dessa skyldigheter. Ersättningen kan dras in eller sättas ned om en försäkrad utan giltig anledning vägrar att lämna information som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering eller att medverka i en rehabiliteringsåtgärd (110 kap. 57 § SFB). Läs mer om denna regel i avsnitt 28.4.

4.2.2 Arbetsgivaren ska lämna upplysningar

Arbetsgivaren är skyldig att lämna upplysningar:

30 kap. 6 a § SFB
Den försäkrades arbetsgivare ska efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Bestämmelser om arbetsgivarens skyldigheter avseende arbetsanpassning och rehabilitering finns även i arbetsmiljölagen (1977:1160).

Arbetsgivaren ska lämna de upplysningar till Försäkringskassan som vi behöver för att tillsammans med den försäkrade klarlägga hens behov av rehabilitering. Det kan till exempel vara upplysningar om den försäkrades arbetsuppgifter. Arbetsgivaren kan också medverka genom att undersöka möjligheterna att ge den försäkrade andra arbetsuppgifter. Arbetsgivaren är naturligtvis den som tillsammans med den försäkrade bäst vet vad som kan göras på arbetsplatsen för att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga. (jfr prop. 2006/07:59 s. 22 f.)

4.2.3 Vårdgivarens skyldigheter

Även vårdgivaren är skyldig att lämna information som Försäkringskassan behöver för att bedöma rätten till ersättning och klarlägga av den försäkrades rehabiliteringsbehov. Informationen lämnas i första hand i läkarintyget. Detta framgår dock inte av 30 kap. SFB om rehabilitering utan av bestämmelsen om Försäkringskassans utredningsbefogenheter i 110 kap. 14 § SFB. Så som läkarintyget är utformat uppmanas läkaren att redogöra för prognos och medicinsk behandling, vilket kan vara värdefulla uppgifter när Försäkringskassan ska klargöra den försäkrades rehabiliteringsbehov. Du kan läsa mer om vad läkarintyget ska innehålla i avsnitt 12.5.

DEL B – Förutsättningar för förmån

5 Försäkrad, gällande skydd och sjukpenninggrundande inkomst (SGI)

För att en person ska ha rätt till sjukpenning eller rehabiliteringsersättning räcker det inte att hen uppfyller de villkor som finns för den specifika förmånen. Hen måste också uppfylla vissa grundläggande villkor som är gemensamma för många förmåner på Försäkringskassan. Ett sådant villkor är att vara *försäkrad i Sverige*. För vissa förmåner krävs även att personen har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI).

I det här kapitlet kan du läsa om de övergripande reglerna som gäller för sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning. I kapitlet behandlas vad som krävs för att vara försäkrad för förmånerna, kravet på laglig vistelse i Sverige samt kopplingen till reglerna om SGI.

4 kap. 3 § SFB
Försäkrad är den som uppfyller de krav i fråga om bosättning, arbete eller andra omständigheter som avses i 2 § samt gällande krav på försäkringstider.

För att omfattas av socialförsäkringsskyddet ska den försäkrade dessutom uppfylla de andra villkor som gäller för respektive förmån enligt 5–7 kap.

5.1 Försäkrad i Sverige

För att en person ska ha rätt till sjukpennings- och rehabiliteringsförmåner krävs att hen

- är försäkrad i Sverige antingen genom bosättning eller genom arbete samt uppfyller kraven på försäkringstid (4 kap. 3 § första stycket SFB)
- uppfyller relevanta villkor i det svenska socialförsäkringsskyddet (4 kap. 3 § andra stycket SFB)
- uppfyller de särskilda förmånsvillkoren (4 kap. 4 § SFB).

Sjukpenning och rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning är *arbetsbaserade förmåner*. Den som arbetar i Sverige är försäkrad för arbetsbaserade förmåner. Med ”arbetar i Sverige” menas som huvudregel att personen förvärvsarbetar i en verksamhet här i landet (6 kap. 2 § SFB). Vid en ansökan om en arbetsbaserad förmån behöver Försäkringskassan alltså ta ställning till om personen anses ha ett förvärvsarbete och om förvärvsarbetet utförs i Sverige.

Sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall är *bosättningsbaserade förmåner.* Den som bedöms vara bosatt i Sverige är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner. Vid en bosättningsbedömning är huvudregeln att den som har sin hemvist i Sverige ska bedömas vara bosatt här (5 kap. 2 § SFB). För personer som flyttar till Sverige ska bedömningen göras framåtsyftande. Då ska personen bedömas vara bosatt här om man kan anta att hen ska vistas i Sverige längre tid än ett år (5 kap. 3 § SFB). Många gånger kan Skatteverkets uppgift om folkbokföring användas som ett underlag för bosättningsbedömningen. Om det kommer indikationer på att personen kan anses vara bosatt i ett annat land ska det följas upp och utredas.

Rehabilitering och rehabiliteringsersättning i form av särskilt bidrag är såväl *bosättnings*- som *arbetsbaserade*. Det betyder att både den som är bosatt i Sverige och den som arbetar i Sverige kan ha rätt till förmånerna.

Läs mer

I vägledning (2017:1) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal* kan du bland annat läsa om

- vad arbetsbaserade och bosättningsbaserade förmåner är och hur man avgör om någon är försäkrad för sådana förmåner samt försäkringstid
- vad som gäller i gränsöverskridande situationer, det vill säga när två länder eller flera är involverade. Det kan till exempel handla om att den sökande skulle kunna uppfylla förutsättningarna för att vara försäkrad både i Sverige och i ett annat land
- vad det innebär att förmånerna sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning ingår i sakområdet för Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/04 och i vissa avtal om social trygghet som Sverige har med andra länder samt hur dessa kan behöva samordnas med andra medlemsländer.

Där kan du även läsa om vad som gäller för personer i Sverige som har omfattats av avtalet om Storbritanniens utträde ur EU.

5.1.1 Metodstöd – Utreda försäkring för arbetsbaserade förmåner

Det här metodstödet beskriver huvudreglerna när du tar ställning till om en person är försäkrad för arbetsbaserade förmåner. Om ditt ärende innehåller andra omständigheter än de som beskrivs här kan du läsa vidare i vägledning (2017:01) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal*, där undantagssituationerna beskrivs.

Har personen ett förvärvsarbete?

Ett förvärvsarbete innebär att personen utför arbete i någon omfattning för en arbetsgivare i utbyte mot ersättning. Arbetsgivaren kan vara offentlig eller privat, eller så kan personen vara egenföretagare. Arbete som utförs ideellt eller utan någon ekonomisk ersättning utgör däremot inte förvärvsarbete.

När du utreder om personen förvärvsarbetar kan du titta på om hen har ett anställningsavtal och vad som i så fall framgår där om arbetsuppgifter och lön. Om hen inte har ett skriftligt anställningsavtal kan du i stället utreda om det finns någon annan handling som visar att det är fråga om ett förvärvsarbete, exempelvis ett utdrag som visar att personen har fått lön.

Om personen tidigare har haft ett förvärvsarbete som har avslutats behöver du ta ställning till om personen fortfarande kan vara försäkrad. Som huvudregel löper försäkringstiden för arbetsbaserade förmåner i tre månader efter att arbetet har upphört, med vissa undantag. Läs mer i 6 kap. 8–10 §§ SFB om försäkringstid.

Bedrivs förvärvsarbetet i Sverige?

Huvudregeln är att arbetet rent fysiskt ska utföras i Sverige för att personen ska vara försäkrad för arbetsbaserade förmåner i Sverige.

5.2 Laglig vistelse

För många socialförsäkringsersättningar är det ett grundläggande villkor att personen vistas lagligt i Sverige. *Laglig vistelse* är ett samlingsbegrepp för när en person har rätt att bo, vistas och arbeta i Sverige, och är en del av socialförsäkringsskyddet. Eftersom laglig vistelse i regel behövs för både bosättnings- och arbetsbaserade förmåner (5 kap. 12 § samt 6 kap. 14 § SFB) kan du behöva kontrollera om den som behöver det har ett giltigt uppehålls- eller arbetstillstånd.

Du kan läsa mer om laglig vistelse i vägledning (2017:1) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal.*

5.2.1 Metodstöd – Så bedömer du laglig vistelse

Det här metodstöd beskriver vilka aspekter du kan behöva titta på när du utreder om en person uppfyller kravet på laglig vistelse. Metodstödet utgår från vägledning (2017:01) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal* och du kan behöva läsa vidare där om ditt ärende kräver en fördjupad utredning.

Behöver personen ha uppehålls- eller arbetstillstånd?

Det första du behöver ta ställning till är om personen behöver ha uppehålls- eller arbetstillstånd för att ha rätt till den sökta förmånen. Den som är medborgare i Sverige, någon av de nordiska länderna eller i ett annat EU/EES-land behöver inte uppehålls- eller arbetstillstånd för att uppfylla kravet på laglig vistelse. Läs mer i vägledning (2017:01) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal* om vad som gäller för dessa medborgare samt om andra som är undantagna kravet på tillstånd.

Har personen ett giltigt uppehålls- eller arbetstillstånd?

Om du har konstaterat att personen tillhör gruppen som behöver ha ett giltigt uppehålls- eller arbetstillstånd behöver du utreda om ett sådant tillstånd finns. Du behöver kontrollera detta inför varje beslut som fattas. Hur du gör en sådan kontroll kan du läsa om i process för *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning 2009:07*.

Om personen har ett giltigt uppehålls- eller arbetstillstånd behöver du även notera vilket datum tillståndet började och eventuellt slutar gälla och om det är möjligt att bevilja ersättning för hela den sökta perioden. Du ska bara bevilja ersättning för den period som hen har ett giltigt tillstånd. Du kan läsa mer om från och med när förmåner kan beviljas den som behöver ha uppehålls- eller arbetstillstånd i Sverige i 5 kap. 12 § (bosättningsbaserade förmåner) och 6 kap. 14 § SFB (arbetsbaserade förmåner) samt i vägledning (2017:01) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal.*

Har personen ansökt om ett förnyat tillstånd i tid?

Om personens uppehålls- eller arbetstillstånd har löpt ut eller kommer att löpa ut under perioden som hen ansöker om ersättning för kan det i vissa situationer vara tillräckligt att hen har ansökt om ett nytt tillstånd i rätt tid. Du kan läsa mer om dessa undantag i 5 kap. 12 § andra stycket SFB, 5 kap. utlänningsförordningen (2006:97) och i vägledning (2017:01) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal*.

5.3 SGI är en förutsättning för att kunna få sjukpenning

För att kunna få en arbetsbaserad förmån såsom sjukpenning måste den försäkrade förutom att vara försäkrad för arbetsbaserade förmåner även ha en SGI (24 kap. 2–3 §§ SFB). För att ha en SGI krävs att den sökande är försäkrad för arbetsbaserade förmåner, annars kan en SGI inte fastställas (25 kap. 3 § SFB). Försäkringskassan

behöver alltså ta ställning till om den sökande är försäkrad i Sverige innan vi utreder den sökandes SGI.

Om den försäkrade inte har någon SGI ska Försäkringskassan avslå ansökan om sjukpenning med motiveringen att hen inte kan få någon sjukpenning eftersom SGI saknas. Det finns då inte anledning att ta ställning till om övriga villkor för att få sjukpenning är uppfyllda, till exempel om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom (jfr 24 kap. SFB, 27 kap. 10 § samt 28 kap. SFB).

För att få sjukpenning i särskilda fall gäller andra regler om SGI. Läs om förutsättningarna för sjukpenning i särskilda fall i kapitel 16. Den som inte har en SGI kan i vissa fall beviljas sjukpenning från arbetsskadeförsäkringen eller det statliga personskadeskyddet. Läs mer om förutsättningarna för detta i kapitel 33.

Läs mer

Du kan läsa mer om villkoren för SGI i vägledning (2004:5) *Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid*.

Där kan du också läsa mer om när den som studerar kan ha en SGI under studietiden samt om särskilda regler för dem som har fyllt 66 eller fyller 66 samma månad.

6 Ansökan och anspråk

Det här kapitlet handlar om när den försäkrade måste lämna in en ansökan om sjukpenning och vilka krav som ställs på en sådan ansökan. Det handlar också om vad ett anspråk och vad en anspråksperiod innebär.

6.1 Anspråk och ansökan

Ett ärende påbörjas genom att den försäkrade ansöker om ersättning för en viss period och i viss omfattning. Det utgör den försäkrades anspråk på sjukpenning. Den tid som den försäkrade ansöker om sjukpenning för utgör anspråksperioden. Ärendet avslutas när ett slutligt beslut har fattats för det aktuella anspråket, oavsett om den försäkrades ansökan beviljas, avslås, avvisas eller avskrivs. Om Försäkringskassan har beslutat om sjukpenning för en period och den försäkrade därefter vill ha fler dagar med sjukpenning, behöver hen alltså göra en ny ansökan om sjukpenning för de dagarna.

Alla dagar i ett anspråk måste bemötas av ett slutligt beslut. Det kan exempelvis innebära att sjukpenning beviljas för vissa dagar i anspråket och andra dagar avslås. Om den försäkrade exempelvis tar ut föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning eller återgår i arbete under en tid krävs ingen ny ansökan för dagarna efter avbrottet. Så länge dagarna omfattas av en ansökan ska ansökan prövas i sin helhet.

Om den försäkrade bryter sin sjukperiod genom att till exempel börja arbeta mitt i en anspråksperiod innebär det inte per automatik att ett redan gjort anspråk på sjukpenning upphör, utan anspråket kvarstår och måste bemötas genom ett beslut. Att den försäkrade tar tillbaka sitt anspråk för en viss dag eller vissa dagar, exempelvis för att hen har fått en annan förmån, påverkar inte heller anspråket för resterande period.

Varje anspråk på sjukpenning är ett eget juridiskt ärende och kan höra samman med ett eller flera läkarintyg.

6.2 Ansökan

Det finns en regel om ansökan som gäller samtliga förmåner enligt SFB:

110 kap. 4 § SFB
Den som vill begära en förmån (sökanden) ska ansöka om den skriftligen. Detsamma gäller begäran om ökning av en förmån.

En ansökan om en förmån ska innehålla de uppgifter som behövs i ärendet och ska vara egenhändigt undertecknad. Uppgifter om faktiska förhållanden ska lämnas på heder och samvete.

Huvudregeln är att den som vill ha en förmån eller vill utöka en tidigare beviljad förmån ska ansöka om det skriftligt. För sjukpenning och sjukpenning med fler dagar på normalnivå vid allvarlig sjukdom behöver ansökan göras på den blankett som Försäkringskassan har fastställt, eller motsvarande e-tjänst (5 a § RFFS 1998:13).

Det behövs däremot ingen särskild ansökan när sjukpenning övergår från normalnivå till fortsättningsnivå och Försäkringskassan ska tillämpa 110 kap. 4 § SFB. Det beror på att de räknas som en och samma förmån (FKRS 2023:17). I den situationen kan Försäkringskassan alltså även bevilja sjukpenning på fortsättningsnivå, under förutsättning att det finns en ansökan om sjukpenning. För sjukpenning i särskilda fall,

samordnad rehabilitering, rehabiliteringsersättning, rehabiliteringspenning, särskilt bidrag och rehabiliteringspenning i särskilda fall finns inget krav på att ansöka på särskild blankett eller motsvarande e-tjänst, men utgångspunkten är att ansökan ska vara skriftlig. I den mån det finns framtagna blanketter och motsvarande e-tjänster är det alltså lämpligt att använda dem eftersom det underlättar för den sökande att lämna alla nödvändiga uppgifter och minskar risken för att ansökan måste kompletteras i efterhand.

Kravet på underskrift och att uppgifterna lämnas på heder och samvete utesluter inte att det i vissa fall går att komplettera ansökan om sjukpenning muntligt. Men i ett eventuellt återkravsärende eller om ärendet prövas i domstol kan det ha betydelse om uppgifterna har lämnats skriftligt eller muntligt.

Att uppgifter om faktiska förhållanden lämnas på heder och samvete är viktigt för att inskärpa vikten av att lämna fullständiga och korrekta uppgifter. Man har ansett att det kan avhålla försäkrade från att medvetet eller på grund av slarv lämna felaktiga uppgifter. Kravet innebär också att det kan bli aktuellt med straffansvar för osann försäkran. (Prop. 1994/95:147 och prop. 1996/97:121) Läs mer om när uppgifter ska lämnas på heder och samvete i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

6.2.1 Vilken e-tjänst eller blankett ska användas?

Det behövs en ansökan för varje period som en försäkrad vill ha sjukpenning för. Det gäller oavsett om den försäkrade ansöker för första gången eller om hen vill förlänga sin sjukpenning. Det finns ingen juridisk skillnad mellan ett förstagångsärende och ett förlängningssärende, utan det är samma uppgifter som behöver lämnas och det är rätten till sjukpenning som ska prövas. Däremot kan vissa uppgifter bli mer eller mindre aktuella att lämna beroende på var i sjukperioden den försäkrade befinner sig.

För att underlätta handläggningen och ansökningsprocessen för de försäkrade har Försäkringskassan delat upp blanketter och e-tjänster utifrån om den försäkrade ansöker om sjukpenning för första gången eller om hen vill förlänga sin sjukpenning. Av pedagogiska skäl kallas de *Ansökan om sjukpenning* och *Ansökan om förlängd sjukpenning*. Den enda skillnaden är att i Ansökan om förlängd sjukpenning finns det fler förifyllda uppgifter och vissa frågor har anpassats utifrån vilka uppgifter den försäkrade har lämnat tidigare.

I samband med att det kommer in ett läkarintyg digitalt till oss får den försäkrade i de allra flesta fall automatisk information om vilken ansökningstjänst hen ska använda utifrån vilken information vi har om hen sedan tidigare och vad som framgår av läkarintyget.

Första gången en försäkrad vill ha sjukpenning hänvisas hen till Ansökan om sjukpenning. Under en pågående sjukperiod när den försäkrade vill förlänga sin sjukpenning hänvisas hen till Ansökan om förlängd sjukpenning. Det finns dock inget juridiskt hinder mot att Ansökan om sjukpenning används i stället för Ansökan om förlängd sjukpenning eftersom den ansökan innehåller de uppgifter vi behöver för att pröva rätten till sjukpenning.

6.2.2 Metodstöd – Ansökan om sjukpenning

En ansökan ska vara undertecknad av den försäkrade och innehålla de uppgifter som behövs i ärendet (110 kap. 4 § SFB).

När det gäller sjukpenning är det

- vilken ersättning ansökan gäller
- anspråksperiod
- förmånsnivå
- uppgifter om sjukdomen
- beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och hur förmågan att utföra dem påverkas av sjukdomen eller skadan
- arbetsgivare
- inkomst
- arbetstid.

När en sjukanmälan som gäller en försäkrad som är anställd och omfattas av sjuklönelagen kommer in till Försäkringskassan, skickas ett informationsbrev ut till den försäkrade.

Brevet informerar om

- hur den försäkrade ansöker om sjukpenning på Mina sidor och vilka fördelar det innebär
- att den som har frågor om sjukpenning eller som vill beställa hem en ansökningsblankett kan kontakta kundcenter
- vad som händer när man har ansökt om sjukpenning.

Metodstöd – Information om sjukpenning på fortsättningsnivå

30 dagar före beräknad dag 364 får den försäkrade automatiskt information om att hens sjukpenning kommer att övergå till fortsättningsnivå. Det framgår också att hen särskilt måste ansöka om hen vill ha sjukpenning med fler dagar på normalnivå vid allvarlig sjukdom. Informationen går även ut till personer som ansöker på nytt om sjukpenning men som på grund av sammanläggning av sjukperioder är inom 30 dagar från beräknad dag 364 när hen ansöker om sjukpenning.

6.2.3 Om ansökan är ofullständig eller inte uppfyller formkraven

Den försäkrades anspråk är ramen för Försäkringskassans prövning av hens rätt till ersättning. Försäkringskassan kan inte bevilja ersättning i större utsträckning än vad den försäkrade ansöker om. Man måste alltså först fastställa vad den försäkrade ansöker om innan man går vidare och tar ställning till om hen kan få ersättning.

Det finns en bestämmelse om vad som händer om yrkandet inte framgår av ansökan eller om ansökan inte uppfyller formkraven:

110 kap. 10 § SFB
Om ansökan är så ofullständig att den inte kan läggas till grund för någon prövning i sak ska den handläggande myndigheten avvisa den.

Om ansökan inte i övrigt uppfyller föreskrifterna i 4 § andra stycket eller det som annars är särskilt föreskrivet, ska myndigheten också avvisa ansökan om inte bristen är av ringa betydelse.

För att en ansökan ska kunna prövas i sak måste det framgå vilken typ av ersättning som den försäkrade begär och vilken period som anspråket gäller. En ansökan som är ofullständig får dock inte avvisas utan att den försäkrade får tillfälle att komplettera den:

> **110 kap. 11 § SFB**
> Den handläggande myndigheten får inte avvisa ansökan enligt 10 § om sökanden inte först har förelagts att avhjälpa bristen vid påföljd att ansökan annars kommer att avvisas. Ett sådant föreläggande får delges.

Men om bristen är av ”ringa betydelse” kan en ansökan som inte uppfyller formkraven prövas ändå. Det framgår andra stycket i 110 kap. 10 § SFB. Det betyder att man till exempel kan pröva en skriftlig ansökan som inte har gjorts på fastställd blankett om man bedömer att ansökan ändå innehåller tillräckliga uppgifter.

Läs mer om när ansökan är ofullständig i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

6.2.4 Metodstöd – Komplettera ansökan

Om det saknas nödvändiga uppgifter i ansökan måste den försäkrade komplettera den. Det kan göras antingen muntligt eller skriftligt, beroende på vilka uppgifter det handlar om. Välj det sätt som gör handläggningen så enkel och snabb som möjligt utan att åsidosätta rättssäkerheten.

Följande uppgifter måste dock alltid kompletteras skriftligt:

- underskrift
- uppgift om kontonummer
- anspråk – det vill säga om det saknas uppgift om vilken dag, period eller omfattning som den försäkrade begär sjukpenning för
- utökat anspråk – det vill säga om den försäkrade vill ansöka i högre omfattning eller för en längre period.

Om kompletteringen inte kommer in

Vad konsekvensen blir om den försäkrade inte kompletterar ansökan beror på vilka uppgifter som saknas.

Om det tillgängliga underlaget är så bristfälligt att vi inte kan pröva ansökan i sak blir avvisning aktuellt. Läs mer i vägledning (2007:4) *Förvaltningsrätt i praktiken* om i vilka situationer en ansökan ska avvisas och vad du ska göra innan du fattar ett avvisningsbeslut.

Om bristerna innebär att den försäkrade inte gjort sannolikt att hen har rätt till sjukpenning för perioden blir följden i stället att ansökan avslås.

Så gör du när utebliven komplettering kan leda till att ansökan avslås

Om det saknas relevanta uppgifter för att kunna avgöra rätten till ersättning ska du informera om vad som saknas i ärendet. Kontakta först den försäkrade och informera om vilka uppgifter vi behöver innan vi kan fatta vårt beslut, samt vilket datum vi senast behöver dem. Var tydlig med att om uppgifterna inte kommer in så kommer vår bedömning göras utifrån befintligt underlag vilket kan resultera i ett avslag av ansökan.

Om du inte får tag i den försäkrade kan ett effektivt tillvägagångssätt vara att skicka dmi eller sms. Om du därefter fortfarande inte får tag i den försäkrade under dagen eller om

hen inte kan lämna uppgifterna i eller efter samtalet skickar du ett brev med ett föreläggande. Ett föreläggande innebär att om de efterfrågande uppgifterna inte kommer in så fattar Försäkringskassan ett beslut utifrån de uppgifter som finns i ärendet. Använd Wimimall 15 755 om ärendet gäller sjukpenning eller Wimimall 15 888 om det rör sjukpenning i förebyggande syfte.

Om inga uppgifter har kommit in när datumet har passerat, ska du underrätta den försäkrade om att du överväger att fatta ett avslagsbeslut och ge hen tillfälle att lämna synpunkter innan du fattar beslutet (läs mer i kapitel 27 om underrättelse och när du kan fatta ett slutligt beslut).

I vissa undantagsfall kan det vara lämpligt att skicka en påminnelse så den försäkrade får ytterligare en möjlighet att komplettera sin ansökan innan vi skickar ett föreläggande. Det kan bli aktuellt om den försäkrades individuella förutsättningar innebär att hen behöver ytterligare hjälp att tillvarata sina intressen, exempelvis på grund av en funktionsnedsättning. Det är en bedömning som du behöver göra i varje enskilt ärende.

Notera att ovanstående hantering endast gäller när vi efterfrågar uppgifter från den försäkrade samt att hen riskerar att få avslag på sin ansökan om uppgifterna inte lämnas in. Om vi begär uppgifter av någon annan, exempelvis vården eller den försäkrades arbetsgivare, ska vi alltid skicka en påminnelse om vi inte får svar på vår begäran.

6.2.5 Undantag från kravet på skriftlig ansökan

I 110 kap. 6 § SFB anges vissa undantag från kravet på skriftlig ansökan. Andra punkten rör sjukpenning och innebär att en skriftlig ansökan inte behöver lämnas om den försäkrade på grund av sjukdom är förhindrad eller har synnerliga svårigheter att ansöka.

Med ”förhindrad” avses situationer när det varit omöjligt för den försäkrade att ansöka, till exempel därför att hen är medvetslös eller nedsövd. Med ”synnerliga svårigheter” avses situationer när den försäkrade inte är helt förhindrad, men där hen skulle möta synnerliga svårigheter att ansöka. Man syftar endast på fall som ligger nära dem där den sjuke är helt förhindrad att göra en ansökan. (Prop. 2009/10:69 s. 80)

Att det ställs krav på *synnerliga* svårigheter markerar alltså att möjligheten att bevilja sjukpenning utan ansökan endast ska tillämpas i mycket speciella undantagsfall. Bestämmelsen i 110 kap. 4 § SFB tillämpas även för ansökningar som inte gäller en förmån. Det framgår av 110 kap. 9 § SFB.

6.2.6 Metodstöd – Bedöma undantag från kravet på skriftlig ansökan

När du som handläggare ska bedöma om det är aktuellt att göra undantag från kravet på ansökan om sjukpenning ska du ta ställning till informationen i ärendet och motivera din bedömning i en journalanteckning.

Om det är ett nytt sjukdomsfall och du inte har alla uppgifter som behövs för att kunna bedöma rätten till sjukpenning kan du hämta in dem muntligt. När du har fått in alla uppgifter som behövs handlägger du ärendet på samma sätt som andra anspråk på sjukpenning.

6.2.7 Ansökan vid ökning av en förmån

Som framgår av första stycket i 110 kap. 4 § SFB krävs en skriftlig ansökan även för ökning av en förmån. Ökning av förmån kan gälla både tid, omfattning och

ersättningsnivå. Det innebär till exempel att den som har ansökt om halv sjukpenning men som senare i stället vill få hel sjukpenning måste lämna in en ny ansökan. Även den som har en allvarlig sjukdom och vill få fler dagar med sjukpenning på normalnivå behöver lämna in en ansökan eftersom det innebär en ökning av förmånen.

6.2.8 Metodstöd – Ansökan vid ökad eller minskad omfattning

För att uppfylla kraven på skriftlig ansökan när den försäkrade vill *öka* omfattningen på sin sjukpenning efter att hen har ansökt om sjukpenning men innan Försäkringskassan har fattat beslut för aktuell period kan den försäkrade använda ansökningstjänsten *Ändra omfattning*.

En minskning av en förmån behöver inte vara skriftlig men det går bra att även använda tjänsten för att minska omfattningen på sin sjukpenning. I övriga situationer krävs en *ansökan om sjukpenning* eller en *ansökan om förlängd sjukpenning*. Läs mer om e-tjänster och blanketter i avsnitt 6.2.1.

6.3 Metodstöd – När någon ytterligare ansökan inte kommer in

Det är vanligt att ett läkarintyg kommer in till oss före ansökan eftersom läkarintygen oftast skickas digitalt direkt vid läkarbesöket. Ett läkarintyg är dock ingen ansökan om sjukpenning. När ansökan saknas finns det alltså inget anspråk för oss att pröva i sak. När ett läkarintyg kommer in ska vi informera den försäkrade om att hen behöver ansöka om sjukpenning. I de flesta fall skickas information som påminner om att ansöka ut automatisk. Om det trots detta inte kommer in en ansökan inom en viss tid så avslutas ärendet automatiskt.

6.4 Metodstöd – När en ny ansökan kommer in efter ett avslagsbeslut

Om det kommer in en ny ansökan om sjukpenning efter ett avslagsbeslut och den nya ansökan gäller en annan tidsperiod än avslagsbeslutet, ska du pröva den nya ansökan.

Du ska göra en fullständig prövning av den nya ansökan, dvs. prövningen ska baseras på de omständigheterna som kommer fram i underlaget och tillämplig lagstiftning. I din prövning behöver du även värdera om underlaget i det tidigare avslagsbeslutet påverkar den nya ansökan.

När sakfrågan har prövats tidigare

Om den nya ansökan gäller samma sakfråga som redan har prövats av Försäkringskassan eller om den har prövats i domstol eller om det pågår en prövning i domstol, så ska du avvisa ansökan.

Som utgångspunkt är det samma sakfråga vid en ansökan om sjukpenning när det är fråga om

- samma medicinska besvär,
- samma tidsperiod och
- samma omfattning.

Det är även omständigheterna i ärendet som avgör om det är en ny sakfråga eller inte. Om omständigheterna skiljer sig från det tidigare avslagsbeslutet kan det vara en ny sakfråga och då ska den nya sakfrågan prövas. Här behöver du beakta skälen för

ansökan, alltså vad som har orsakat de medicinska besvären, och övriga omständigheter som framgår av utredningen (se t.ex. rättsfallet RÅ 2010 ref.1).

Läs mer
Du kan få ytterligare stöd i ditt ställningstagande om det är samma sakfråga eller en ny sakfråga i vägledning (2001:7) *Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut.*

Anledningen till att du ska avvisa en ansökan som rör samma sakfråga är att beslut eller domar som har vunnit laga kraft har så kallad negativ rättskraft. Det innebär att Försäkringskassan inte får pröva samma sak igen.

Så gör du när samma sakfråga redan har prövats av Försäkringskassan

Först behöver du ta ställning till om Försäkringskassans beslut har vunnit laga kraft. Beslutet vinner laga kraft två månader efter att den försäkrade tog del av det. Du behöver dokumentera i journalen när den försäkrade tog del av beslutet. Om den uppgiften saknas behöver du utreda det. Du kan bara avvisa en ansökan om det tidigare beslutet har vunnit laga kraft.

Läs mera om avvisning i avsnitt 28.1.

Läs mer
I vägledning (2001:7) *Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut* beskrivs när en ny ansökan om samma sak kommer in i ärendet. Där finns också ett metodstöd för hur du hanterar en ny ansökan som kommer in *tidigare* än två månader från den dag då den försäkrade tog del av beslutet och när en ansökan kommer in *senare* än två månader från den dag då den försäkrade tog del av grundbeslutet.

Så gör du när samma sakfråga har prövats i domstol och dom har meddelats (res judicata)

Res judicata innebär att sakfrågan redan är avgjord i domstol genom en dom som har vunnit laga kraft. I den situationen ska en ny ansökan om samma sakfråga avvisas eftersom den tidigare har prövats av domstolen.

Innan du avvisar ansökan behöver du ta reda på om den meddelade domen har vunnit laga kraft. För att göra det behöver du kontakta domstolen per telefon eller per mejl och kontrollera om domen har vunnit laga kraft. Ta kontakt med en processjurist på avdelningen angående vilken domstol du ska kontakta. Om domen har vunnit laga kraft kan du besluta att avvisa ansökan.

Läs mera om avvisning i avsnitt 28.1.

Så gör du när sakfrågan har överklagats och det pågår en prövning i domstol (litispendens)

Litispendens innebär att när Försäkringskassan har överlämnat överklagandet av ett beslut till domstolen får vi varken ändra beslutet eller fatta ett nytt beslut om samma sakfråga under domstolens handläggning av ärendet. Denna regel framgår av 39 § FL.

Innan du tar ställning till om det är samma sakfråga bör du kontakta den processjurist som är tilldelad OVK-ärendet för säkerställa vilken sakfråga som ska prövas i domstolen. Om du bedömer att ansökan gäller samma sakfråga ska du avvisa ansökan med stöd av att sakfrågan är under prövning i domstol.

Läs mer om avvisning i avsnitt 28.1.

Läs mer

I vägledning (2001:7) *Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut finns* ett metodstöd för när det redan pågår en prövning i domstol (litispendens).

7 Sjukanmälan

Det här kapitlet beskriver reglerna för sjukanmälan och vad som gäller om sjukanmälan görs för sent.

7.1 Regler om sjukanmälan till Försäkringskassan

Den som är anställd och har rätt till sjuklön ska sjukanmäla sig direkt till sin arbetsgivare, se avsnitt 7.4. Övriga ska sjukanmäla sig till Försäkringskassan.

Det finns en bestämmelse om när i tiden sjukanmälan behöver göras:

> **27 kap. 17 § SFB**
> Sjukpenning får inte lämnas för längre tid tillbaka än sju dagar före den dag då anmälan om sjukdomsfallet gjordes till Försäkringskassan. Detta gäller dock inte om det har funnits hinder mot att göra en sådan anmälan eller det finns särskilda skäl för att förmånen ändå bör lämnas.

Huvudregeln är alltså att sjukpenning inte kan betalas ut för längre tid än sju dagar före anmälningsdagen. Det går dock att göra undantag från huvudregeln om den försäkrade varit förhindrad att sjukanmäla sig i tid eller om det finns särskilda skäl. Läs mer om hinder för sjukanmälan och särskilda skäl i avsnitt 7.5.

Begreppet *sjukdomsfall* i lagtexten syftar på en situation när den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel på grund av sjukdom (FKRS 2023:03). Det är sjukdomen som sätter ned arbetsförmågan som avgör om det är ett nytt sjukdomsfall. Det kan därför vara aktuellt med flera sjukdomsfall under en och samma sjukperiod.

7.2 När krävs sjukanmälan?

Den försäkrade behöver bara sjukanmäla sig om hen ansöker om sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Hen behöver alltså inte sjukanmäla sig för att få sjukpenning i förebyggande syfte enligt 27 kap. 6 § SFB. Den som har haft sjukpenning i förebyggande syfte och därefter vill ha sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga måste däremot göra en sjukanmälan. Den som har haft rehabiliteringsersättning och fortfarande har nedsatt arbetsförmåga behöver inte göra en ny sjukanmälan eftersom ansökan om rehabiliteringsersättning då ses som en anmälan av sjukdomsfallet (FKRS 2023:03).

Ibland bedömer Försäkringskassan att en försäkrads arbetsförmåga i ett pågående ärende inte längre är nedsatt på grund av sjukdom. Då avslutas det pågående ärendet genom att Försäkringskassan fattar beslut om att inte längre betala ut sjukpenning. Om den försäkrade därefter vill ha sjukpenning på nytt ska hen göra en ny sjukanmälan, även om det nya sjukdomsfallet är i direkt följd till det tidigare sjukdomsfallet.

7.2.1 Försämrat hälsotillstånd under pågående sjukperiod

Om den försäkrade under en pågående sjukperiod drabbas av ett försämrat hälsotillstånd med ytterligare nedsättning av arbetsförmågan, och detta inte beror på den sjukdom som sedan tidigare legat till grund för sjukpenning, räknas det som ett nytt sjukdomsfall. Då måste den försäkrade göra en ny sjukanmälan (se HFD 2023 ref. 57) för det sjukdomsfallet. För varje sjukanmälan gäller undantagen enligt 27 kap. 17 § SFB när sjukpenning kan betalas ut för mer än sju dagar före sjukanmälan. Den nya

sjukanmälan medför dock inte att det startas en ny sjukperiod, så länge den tidigare sjukperioden inte har brutits. Läs mer om begreppet sjukperiod i kapitel 8.

7.3 Formen för sjukanmälan

Det finns inga regler för hur sjukanmälan ska göras, vilket innebär att den kan göras på olika sätt. Det vanligaste är att sjukanmäla sig på Försäkringskassans webbplats eller på blankett. Men anmälan kan också göras muntligt, och den kan även göras via någon annan person. Exempelvis kan ett läkarintyg som gäller det aktuella sjukdomsfallet räknas som en sjukanmälan. Om det har kommit in flera uppgifter i ett ärende som kan utgöra en sjukanmälan så utgår man från den som först kom in till Försäkringskassan.

Om det inte finns ett redan pågående sjukdomsfall kan man normalt utgå från att en försäkrad som skickar in ett läkarintyg visar att hen vill sjukanmäla sig. Men om det finns något som tyder på att ett läkarintyg som kommer in är en komplettering till ett annat ärende eller om det råder osäkerhet om den försäkrade faktiskt vill sjukanmäla sig, så behöver man utreda varför den försäkrade har lämnat in ett läkarintyg.

7.4 Regler om sjukanmälan för anställda med sjuklön

För anställda finns en särskild bestämmelse om sjukanmälan:

27 kap. 18 § SFB
Om den försäkrades arbetsgivare ska anmäla sjukdomsfallet enligt 12 § första stycket lagen (1991:1047) om sjuklön, ska sjukpenning som grundas på inkomst av anställning lämnas utan hinder av det som anges i 17 §.

Den bestämmelse i sjuklönelagen som det hänvisas till innebär att en arbetsgivare ska anmäla sjukdomsfall till Försäkringskassan inom sju dagar efter sjuklöneperiodens utgång, om sjukdomsfallet fortsätter efter sjuklöneperioden.

Det finns inget krav i lagtexten på att den försäkrade själv ska sjukanmäla sig till Försäkringskassan i de situationer när arbetsgivaren *ska* göra sjukanmälan. Men det finns inte heller något som hindrar hen från att göra det. Försäkringskassan kan därför inte neka att ta emot en sjukanmälan som den försäkrade gör själv eller genom någon annan. Försäkringskassan behöver då ha uppgifter om vilken arbetsgivare den försäkrade har och när sjukdomsfallet började.

Om den försäkrade har ansökt om sjukpenning och Försäkringskassan har ett tillräckligt beslutsunderlag, kan ett beslut om sjukpenning fattas även om arbetsgivaren inte gör en sjukanmälan. Det saknar alltså betydelse för den försäkrades rätt till sjukpenning om arbetsgivaren faktiskt gör sjukanmälan eller när detta sker.

Att det är arbetsgivaren som ska göra sjukanmälan till Försäkringskassan gäller bara när den försäkrade är sjukskriven från sin anställning. Om hen är sjukskriven från någon annan sysselsättning, exempelvis som föräldraledig, arbetssökande eller arbete i eget företag, måste den försäkrade själv sjukanmäla sig till Försäkringskassan för att kunna få sjukpenning.

Det finns dock en situation när den som är anställd och har rätt till sjuklön själv måste sjukanmäla sig till Försäkringskassan. Det är om hen under pågående sjukdomsfall drabbas av ett försämrat hälsotillstånd som utgör ett nytt sjukdomsfall, se avsnitt 7.2.1.

7.5 Rättspraxis som beskriver när sjukpenning kan betalas ut för mer än 7 dagar före sjukanmälan

Det finns undantagssituationer när Försäkringskassan kan betala ut sjukpenning även för tid före de lagstadgade sju dagarna innan sjukanmälan gjorts (27 kap. 17 § SFB). Det är möjligt att göra ett sådant undantag antingen om den försäkrade har varit förhindrad att göra en sjukanmälan, eller om Försäkringskassan bedömer att det finns särskilda skäl att betala ut sjukpenning ändå.

Det måste ha funnits hinder mot att göra anmälan eller särskilda skäl (alternativt en kombination av de två) för samtliga dagar före anmälan som godkänns. Ersättning kan därefter beviljas om övriga förutsättningar för att få sjukpenning är uppfyllda.

Förhindrad att göra sjukanmälan

Att den försäkrade har varit förhindrad att sjukanmäla sig i tid innebär att hen faktiskt inte har haft möjlighet att göra det, exempelvis till följd av hens sjukdomstillstånd. Att hen har glömt att sjukanmäla sig innebär däremot inte att hen har varit förhindrad att sjukanmäla sig. Och om den försäkrade till exempel har kunnat kontakta sin läkare så har hen sannolikt inte varit förhindrad att kontakta Försäkringskassan.

Om det har funnits hinder under hela perioden kan ersättning betalas ut om övriga förutsättningar för att få sjukpenning är uppfyllda.

Kammarrätten i Stockholm har i ett avgörande kommit fram till att en försäkrad som ansåg att hans sjukdom hindrat honom från att sjukanmäla sig i tid inte hade ett sådant tillstånd att det hindrat honom från att sjukanmäla sig i tid. Domstolen beaktade då bland annat att han haft förmåga att kontakta och besöka en läkare. I målet fanns inte heller några särskilda skäl för att betala ut sjukpenning för tid före anmälan.

Särskilda skäl att ändå betala ut sjukpenning för tid före anmälan

Det finns ingen praxis från Högsta förvaltningsdomstolen som handlar om begreppet särskilda skäl i den här situationen. Begreppet särskilda skäl är tänkt att tillämpas när den försäkrade visserligen inte varit *förhindrad* att göra en sjukanmälan, men ändå har en *rimlig förklaring* till att hen inte gjorde det i tid. Om det finns en *rimlig förklaring* till att sjukanmälan är försenad och övriga förutsättningar för att kunna få sjukpenning är uppfyllda, vore det i de flesta fall orimligt att neka den försäkrade sjukpenning för tid före sjukanmälan.

Vad som kan anses vara en rimlig förklaring till en försenad sjukanmälan eller vad som ska anses utgöra särskilda skäl beskrivs inte närmare i lagtext eller i förarbeten. Försäkringskassan måste därför alltid bedöma i varje enskilt ärende om den försäkrade varit förhindrad att göra en sjukanmälan eller om hen har en rimlig förklaring till den sena anmälan. Kammarrätten har i ett avgörande kommit fram till att det i sig inte är en rimlig förklaring att den försäkrade inte visste att hen skulle sjukanmäla sig.

8 Sjukperiod

Sjukperiod är ett centralt begrepp i sjukpenningförsäkringen. Sjukperioden har betydelse till exempel för beräkning av dagar i rehabiliteringskedjan.

8.1 Bestämmelsen om sjukperiod

27 kap. 26 § SFB

Som sjukperiod anses tid då en försäkrad

1. i oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 2 §,
2. har rätt till sjukpenning enligt 6 §,
3. har rätt till rehabiliteringsersättning enligt 31 kap. 2 och 3 §§, eller
4. får sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall enligt 112 kap. 2 a §.

Om rätt till sjukpenning för den försäkrade uppkommer i omedelbar anslutning till en period med lön enligt 34 § sjömanslagen (1973:282), en sjuklöneperiod enligt lagen (1991:1047) om sjuklön eller en period när en arbetsgivare för sjömän som avses i sjömanslagen har betalat ut lön vid sjukdom med stöd av sådant kollektivavtal som avses i 56 §, ska sjukperioden enligt denna lag anses omfatta också sådana perioder.

En sjukperiod börjar när den försäkrades arbetsförmåga blir nedsatt med minst en fjärdedel, och fortsätter så länge arbetsförmågan är nedsatt i minst den omfattningen. Det är innebörden av hänvisningen i första stycket första punkten till ”sjukdom som avses i 2 §”.

Sjukperioden är alltså inte kopplad till att den försäkrade får sjukpenning, utan den kan pågå även om den försäkrade inte kan få eller inte har ansökt om sjukpenning.

Det innebär att sjukperioden i vissa fall börjar tidigare än ersättningsperioden (se FKRS 2016:04 om ersättningsperiod). Det gäller till exempel när en försäkrad inte får ersättning för den första tiden med nedsatt arbetsförmåga eftersom hen sjukanmält sig för sent. Det innebär också att sjukperioden i vissa fall kan fortsätta efter ersättningsperiodens slut.

Sjukperiod för anställda och egen företagare

HFD har prövat vad som menas med begreppet sjukperiod för anställda och egenföretagare enligt 27 kap. 26 § första stycket första punkten SFB. Med sjukperiod avses tid när en försäkrad i oavbruten följd har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel i förhållande till den försäkrades *vanliga arbete* eller *egen verksamhet* (HFD 2018 ref. 69).

Rättsfall
HFD anser att rehabiliteringskedjan och bestämmelsen om sammanläggning av sjukperioder syftar till att försäkrade ska undvika medicinskt olämpliga arbeten och uppmuntras att byta arbete för att tillvarata den arbetsförmåga som de har trots sin sjukdom. För att syftet inte ska motverkas måste prövningen av om en sjukperiod pågår ske med utgångspunkt i den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till hens vanliga arbete. En sjukperiod avslutas därför först när den försäkrades arbetsförmåga inte längre är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom i förhållande till hens vanliga arbete. Att den försäkrade inte har fått sjukpenning under hela tiden saknar enligt HFD betydelse. (HFD 2018 ref. 69)

Det innebär att sjukperioden fortsätter om den försäkrade bedöms ha nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel på grund av sjukdom i förhållande till det vanliga arbetet men nekas sjukpenning i dessa situationer:

- efter dag 90 i rehabiliteringskedjan för att hen bedöms klara ett annat arbete hos arbetsgivaren efter omplacering, eller
- någon gång efter dag 180 i rehabiliteringskedjan för att hen bedöms klara ett arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden.

Läs mer om vad som menas med det vanliga arbetet i avsnitt 10.2.1.

8.2 Andra perioder som ingår i sjukperioden

I sjukperioden ingår även dessa perioder:

1. Perioder med sjukpenning i förebyggande syfte eller rehabiliteringsersättning. Det framgår av 27 kap. 26 § andra och tredje punkten i första stycket SFB. För att sjukperioden ska fortsätta måste den försäkrade ha rätt till sådan ersättning i oavbruten följd. Om det blir ett uppehåll på en dag eller mer bryts sjukperioden (prop. 1991/92:40 s. 64).
2. Perioder när en försäkrad får sjukpenning interimistiskt med stöd av 112 kap. 2 a § SFB. Det framgår av fjärde punkten i första stycket.
3. Perioder med sjuklön, under förutsättning att den försäkrade får sjukpenning omedelbart därefter. Det följer av andra stycket. Det gäller alltså även om den försäkrades arbetsförmåga varit nedsatt i lägre grad än en fjärdedel under sjuklöneperioden.

Det som står i punkt 2 ovan gäller alltså bara interimistisk sjukpenning med stöd av 112 kap. 2 a § SFB.

Om den försäkrade i stället får interimistisk sjukpenning med stöd av 112 kap. 2 § SFB, så ingår den perioden i sjukperioden om den försäkrade då varit sjuk på ett sätt som satt ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel (det vill säga om perioden ingår i sjukperioden eftersom den uppfyller förutsättningarna i 27 kap. 26 § första stycket första punkten SFB).

Om vi däremot beviljat interimistisk sjukpenning med stöd av 112 kap. 2 § SFB och kommer fram till att den försäkrade under perioden *inte* varit sjuk på ett sätt som satt ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel, så ingår perioden med interimistisk sjukpenning *inte* i sjukperioden.

Perioder med sjukersättning, aktivitetsersättning och livränta ingår inte i sjukperioden. Det följer bland annat av hänvisningen till 27 kap. 2 § SFB i första punkten.

8.3 Vilken betydelse har sjukperioden?

Begreppet sjukperiod förekommer i många bestämmelser om sjukpenning:

- Sjukperiodens början avgör när den försäkrade måste lämna ett läkarintyg för att styrka arbetsförmågans nedsättning. Läs mer i kapitel 12.
- Sjukperiodens början har betydelse för karens- och återinsjuknandereglerna. Läs mer i kapitel 21.
- Sjukperioden påverkar hur arbetsförmågan ska bedömas enligt rehabiliterings-kedjan och om det är aktuellt med sammanläggning. Läs mer i kapitel 10.
- För den som har SGI som baseras på inkomst av anställning finns det särskilda regler om rätt till sjukpenning och beräkning av sjukpenning under de första 14 dagarna i sjukperioden. Definitionen av sjukperioden styr när 14-dagarsperioden infaller. Läs mer i kapitel 8 och 11.
- För den som är arbetslös finns det en särskild regel om sjukpenning under de första 14 dagarna. Definitionen av sjukperiod styr när 14-dagarsperioden infaller. Läs mer i kapitel 19.

För att kunna ta ställning till rätten till sjukpenning och beräkna sjukpenningens storlek måste man alltså veta när sjukperioden började.

8.3.1 Metodstöd – Utreda sjukperiodens början

När du ska utreda sjukperiodens början kan du normalt utgå från att sjukanmälningsdagen är den första dagen i sjukperioden. Men om det finns något som tyder på att sjukperioden kan ha börjat före sjukanmälningsdagen kan du behöva göra en kompletterande utredning.

Exempel på när du behöver utreda sjukperioden är

- när den försäkrade ansöker om sjukpenning för tid före sjukanmälningsdagen
- när en anställd eller egenföretagare ansöker om sjukpenning och tidigare har fått ett avslag någon gång efter dag 180 med motiveringen att hen bedömdes klara ett arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden
- när det finns sjukperioder som den försäkrade inte har fått sjukpenning för, eller där hen bara har fått sjukpenning för en del av perioden. Om det finns anledning att anta att den försäkrade har haft någon sådan sjukperiod och att den kan påverka rätten till sjukpenning i det aktuella ärendet, behöver du alltså göra en kompletterande utredning.

Normalt bör det räcka att kontakta den försäkrade för att utreda när sjukperioden började. Om det fortfarande finns oklarheter efter samtalet, kan du behöva kontakta till exempel hälso- och sjukvården eller den försäkrades arbetsgivare för att klargöra när arbetsförmågan blev nedsatt med minst en fjärdedel. Hur du ska göra utredningen avgör du utifrån omständigheterna i ärendet.

8.3.2 Metodstöd – Utredning vid tidigare avslag

Om den försäkrade är anställd eller egenföretagare och det finns något i ärendet som tyder på att sjukdomsfallet kan vara en fortsättning på en tidigare sjukperiod som avslutades med ett avslag efter dag 90 eller 180, ska du alltid utreda om det är fråga om en och samma sjukperiod. Det innebär att du behöver utreda om hens arbetsförmåga har varit nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom i det vanliga arbetet eller egna företaget sedan hen senast fick sjukpenning.

Tänk så här

Steg	Fråga
1	Är den försäkrade anställd eller egenföretagare? Om ja, gå vidare till punkt 2. Om nej, gå vidare till punkt 5.
2	Finns det ett tidigare sjukpenningärende som avslutades med ett avslag för att arbetsförmågan inte var nedsatt? Om ja, gå vidare till punkt 3. Om nej, gå vidare till punkt 5.
3	Bedömdes den försäkrade ha nedsatt arbetsförmåga mot det vanliga arbetet, men fick avslag efter dag 90 eller någon gång efter dag 180 för att arbetsförmågan inte bedömdes vara nedsatt i ett annat arbete hos arbetsgivaren alternativt mot ett arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden? Om ja, gå vidare till punkt 4. Om nej, gå vidare till punkt 5.
4	Finns det något som tyder på att arbetsförmågan kan ha varit nedsatt mot det vanliga arbetet i oavbruten följd sedan sjukpenning senast betalades ut? Det kan till exempel handla om att den försäkrade fortfarande har samma sjukdomsbesvär och samma arbetsgivare som när avslaget gjordes. Om ja, behöver du utreda om det är fråga om samma sjukperiod eller två olika sjukperioder. Det som du ska utreda är om den försäkrades arbetsförmåga varit nedsatt på grund av sjukdom med minst en fjärdedel mot det vanliga arbetet eller egna verksamheten under den tid som sjukpenning inte betalades ut. Läs i avsnitt 10.2.1 om det vanliga arbetet. Om nej, gå vidare till punkt 5.
5	Du behöver inte göra någon kompletterande utredning av sjukperioden.

Gör så här

Utred med den försäkrade om hen har kunnat arbeta igen sedan avslaget och i vilken omfattning. I vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken* beskrivs vilka uppgifter som ska lämnas på heder och samvete och hur de ska lämnas.

Om den försäkrade har varit helt åter i arbete sedan avslaget

Om den försäkrade uppger att hen har varit helt åter i sitt vanliga arbete sedan avslaget är det en ny sjukperiod. Eftersom det här blir fråga om två olika sjukperioder ska du ta ställning till om du ska göra en sammanläggning av dagar i sjukperioderna.

Om den försäkrade på grund av sjukdom inte har kunnat återgå helt i arbete

Om den försäkrade uppger att hen på grund av sjukdom inte har kunnat återgå helt i sitt vanliga arbete sedan avslaget är det sannolikt fråga om samma sjukperiod. Om det finns indikationer på att arbetsförmågan inte har varit nedsatt behöver du utreda det.

Dokumentera din bedömning av om arbetsförmågan har varit nedsatt på grund av sjukdom med minst en fjärdedel i förhållande till det vanliga arbetet sedan sjukpenning senast betalades ut.

Om den försäkrade har varit åter helt i arbete under en del av tiden sedan avslaget

Om den försäkrade uppger att hen har kunnat återgå i sitt vanliga arbete endast under en del av tiden efter att sjukpenning slutade betalas ut, behöver du ta reda på vilka dagar hens arbetsförmåga har varit nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Dokumentera uppgifterna och din bedömning av under vilken tid sjukperioden

har pågått i ärendets journal. Eftersom det blir fråga om två olika sjukperioder ska du ta ställning till om du ska göra en sammanläggning av dagar i sjukperioderna. Läs vidare om sammanläggning av dagar i sjukperioder i avsnitt 10.24.

Sjukperiod och tjänstledighet

Med begreppet *sjukperiod* menas en period när den försäkrade oavbrutet har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel i förhållande till sitt vanliga arbete. När den försäkrade får tillbaka sin arbetsförmåga är sjukperioden slut. Denna definition klargörs i HFD 2018 ref. 69. Läs mer om det i avsnitt 8.1.

Avbryts sjukperioden om den försäkrade tar tjänstledigt?

Att en person under sjukperioden tar tjänstledigt för att söka arbete, studera eller vara föräldraledig med eller utan föräldrapenning innebär inte *i sig* att hen ska anses ha fått tillbaka arbetsförmåga i sitt vanliga arbete och därmed brutit sin sjukperiod, utan detta behöver utredas utifrån omständigheterna i det enskilda fallet (FKRS 2024:11).

Frågan om huruvida sjukperioden avbryts eller inte i och med tjänstledigheten har betydelse för vilken bedömningsgrund i rehabiliteringskedjan som blir tillämplig. Bland annat får det betydelse när en försäkrad bedöms klara av ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden efter dag 180 och i samband med det tar tjänstledigt i 90 dagar eller mer och därefter ansöker om sjukpenning på nytt.

Den försäkrade har bevisbördan

Den som säger att hen under tjänstledighet har fått tillbaka arbetsförmågan i sitt vanliga arbete har bevisbördan för sitt påstående.

Det beviskrav som gäller i den situationen är *sannolikt*. Den försäkrade bör alltså göra sannolikt att hen har fått tillbaka arbetsförmågan i sitt vanliga arbete för att sjukperioden ska anses ha avbrutits. Försäkringskassan har kommit fram till att det beviskravet ska gälla med utgångspunkt i Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2022 ref 47.

Även om det är den försäkrade som har bevisbördan för att sjukperioden har avbrutits i och med tjänstledigheten så har Försäkringskassan också ett ansvar för att utreda oklarheter i ärendet och, om det behövs, vidta åtgärder för att få in ett tillräckligt underlag för beslutet. Läs mer om Försäkringskassans utredningsansvar i kapitel 2 och i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

DEL C – Bedömning av rätten till förmån

9 Sjukdom och arbetsförmåga

Det finns en bestämmelse som beskriver de allmänna villkor som måste vara uppfyllda för att en försäkrad ska ha rätt till sjukpenning:

> **27 kap. 2 § första stycket SFB**
> En försäkrad har rätt till sjukpenning vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel.

För att få sjukpenning krävs alltså dels en sjukdom, dels att arbetsförmågan är nedsatt *till följd* av sjukdomen.

9.1 Sjukdomsbegreppet

Den försäkrade måste lida av en sjukdom för att kunna få sjukpenning. Sjukdomsbegreppet är därmed något centralt inom sjukförsäkringen och har varit det allt sedan den kom till.

Sjukdomsbegreppet inom sjukpenning i särskilda fall skiljer sig från det som anges nedan, under avsnitt 16.7 kan du läs mer om sjukdomsbegreppet inom sjukpenning i särskilda fall.

Det finns ingen definition av sjukdomsbegreppet i lagstiftningen. Detta beror på att det inte har ansetts lämpligt eller ens möjligt att lämna en sådan.

Begreppet har i stället sin grund i förarbetsuttalanden från 1940-talet som i relevanta delar fortfarande är vägledande (prop. 1994/95:147 s. 20 f. och HFD 2023 ref. 57). Där framgår att man vid bedömningen av om något ska räknas som en sjukdom i första hand ska hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom. Med denna utgångspunkt kan varje onormalt kropps- eller själstillstånd som inte sammanhänger med den normala livsprocessen betraktas som sjukdom (prop. 1946:312 och SOU 1944:15 s. 162).

Sjukdomsbegreppet är dock inget statiskt begrepp. Vad som enligt vanligt språkbruk och vedertagen läkarvetenskaplig uppfattning räknas som sjukdom är nämligen under ständig utveckling, vilket medför att sjukdomsbegreppet inom sjukförsäkringen ändras i samma takt.

Det finns en bestämmelse om att vissa tillstånd ska likställas med en sjukdom:

> **27 kap. 2 § andra stycket SFB**
> Med sjukdom likställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga som orsakats av sjukdom för vilken det lämnats sjukpenning, om tillståndet fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört.

Bestämmelsen innebär att ett resttillstånd som finns kvar efter att själva sjukdomen har upphört kan ge rätt till sjukpenning om tillståndet sätter ner arbetsförmågan. Det gäller

till exempel situationer när sjukdomen orsakat missbildningar eller förlust av en kroppsdel (SOU 1944:15 s. 162).

Det finns också en bestämmelse som syftar till att förtydliga och till viss del avgränsa vad som räknas som sjukdom inom sjukförsäkringen (jfr prop. 1994/95:147 s. 47):

27 kap. 3 § SFB
Vid bedömningen av om den försäkrade är sjuk ska det bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

Syftet med förtydligandet är att hindra att sjukförsäkringen används som en allmän inkomstbortfallsförsäkring så att ersättning inte ska betalas ut för bland annat sociala och generella livsproblem av så kallad existentiell art (prop. 1994/95:147 s. 21). Bestämmelsen gör det också möjligt att hänvisa personer vars problem i grunden inte är medicinskt betingade till det samhällsorgan som är bäst lämpat att ta sig an dessa (prop. 1996/97:28 s. 9 f.).

Bestämmelsen ska tillämpas vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt *till följd* av sjukdom. Som framgår redan av 27 kap. 2 § första stycket SFB ska det vara just sjukdom och inget annat som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga för att hen ska kunna få sjukpenning. Det innebär att hen inte kan få sjukpenning om arbetsförmågan i stället är nedsatt på grund av arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållande.

Vid bedömningen om en försäkrad lider av en sjukdom spelar det ingen roll för den bedömningen vad som har utlöst eller orsakat tillståndet. Det innebär att ett sjukdomstillstånd som har utlösts av något av de förhållanden som räknas upp i 27 kap. 3 § SFB kan betraktas som sjukdom i sjukförsäkringens mening och alltså ligga till grund för sjukpenning (jfr prop. 1994/95:147 s. 20 f. och 46 samt prop. 2002/03:89 s. 25).

Det finns ett undantag från detta. Enligt 107 kap. 6 § SFB kan Försäkringskassan dra in eller sätta ned sjukpenningen för en försäkrad som har ådragit sig sjukdom eller skada vid ett uppsåtligt brott som hen har dömts för genom en dom som har vunnit laga kraft. Läs mer om denna bestämmelse i avsnitt 34.3.

Redan i förarbetsuttalandena från 1940-talet öppnades det upp för en framtida utvidgning av sjukdomsbegreppet (se SOU 1944:15 s. 162), vilket också har skett i ett flertal domstolsavgöranden. Nedan redogörs för hur sjukdomsbegreppet har förtydligats och utvidgats avseende vissa situationer.

Graviditet

Graviditet i sig betraktas inte som en sjukdom, men det har ingen betydelse vid bedömningen av rätten till sjukpenning. Det Försäkringskassan ska ta hänsyn till vid sin bedömning är den gravidas besvär, och det spelar ingen roll om de är orsakade av graviditet eller inte. Besvär som är en följd av graviditeten kan därför omfattas av sjukdomsbegreppet i 27 kap. 2 § SFB.

Detta har att göra med att Försäkringskassan inte får diskriminera den som är gravid och göra en strängare bedömning än för en person som inte är gravid. Det innebär att en gravids arbetsförmåga ska bedömas på samma sätt som en icke-gravids, om besvären och förutsättningarna för rätten till sjukpenning är jämförbara. Annars utgör det könsdiskriminering av den gravida. Diskriminering är förbjuden inom socialförsäkringen

(2 kap. 14 § diskrimineringslagen [2008:567]). Mer om diskriminering finns att läsa i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken.*

Hovrätten har bedömt att en tillämpning där sjukpenning endast kan bli aktuellt om besvären avviker från vad som kan anses vara normalt vid en graviditet utgör diskriminering.

Den som är gravid och därför inte kan arbeta kan i vissa fall ha rätt till graviditetspenning. Mer om förutsättningarna för att beviljas graviditetspenning finns att läsa i vägledning (2002:6) *Graviditetspenning*.

Sorg, stress och trötthet

Sorg, stress och trötthet är en del av livet. Men uttalade sorgetillstånd, stresstillstånd och trötthetstillstånd kan betraktas som sjukdom.

Det går inte att avgöra om ett sådant tillstånd utgör sjukdom utifrån vilken livshändelse som har orsakat tillståndet. Bedömningen måste i stället göras i det enskilda fallet utifrån de aktuella omständigheterna och om tillståndet är av sådan grad att det kan anses utgöra ett sjukdomstillstånd.

HFD har i ett avgörande tagit ställning till om en man som blivit avskedad från sitt arbete med omedelbar verkan på grund av misstanke om brott, och som därefter drabbats av en kris- och ångestreaktion, kunde anses ha en sjukdom. Domstolen noterade att mannen hade sökt vård akut vid en psykiatrisk sjukhusmottagning på grund av kraftig ångest och att han hade sjukskrivits av en specialist i psykiatri med diagnosen reaktion på svår stress. Enligt specialisten i psykiatri hade mannen bland annat ångest, sömnsvårigheter, handlingsoförmåga och koncentrationssvårigheter. Behandling med både medicin och stödsamtal skulle genomföras under sjukskrivningen. Domstolen bedömde att hans tillstånd var en sjukdom och att han hade rätt till sjukpenning. (RÅ 2009 ref. 102 II)

Avgörandet är ganska kortfattat och det är inte möjligt att dra några generella slutsatser från det om när ett tillstånd av sorg, stress eller trötthet ska anses utgöra en sjukdom. Det visar snarare att man måste göra en bedömning i det enskilda fallet av om ett tillstånd är så uttalat att det kan anses utgöra ett sjukdomstillstånd.

Operationer

Som regel görs operationer på grund av att någon har en sjukdom eller skada. Men även om operationen görs av en annan anledning kan tillståndet vid och efter operationen anses vara en sjukdom.

Ett tillstånd som uppkommer i samband med eller efter en operation kan utgöra sjukdom, om det innebär att den försäkrades hälsa eller funktion är så påverkad att det kan anses vara ett sjukdomstillstånd. Bedömningen ska avse det faktiska tillståndet efter ingreppet, oavsett vad som orsakat operationen.

Kammarrätten har i ett avgörande ansett att vid bedömningen av om det finns ett sjukdomstillstånd är tillståndets karaktär under den period som gäller i det aktuella ärendet avgörande. De bakomliggande orsakerna till en operation eller till ett tillstånd saknar betydelse.

Infertilitet

Möjligheten att få sjukpenning i samband med utredning och behandling av infertilitet gäller både män och kvinnor och omfattar alla åtgärder som är en del i infertilitetsbehandlingen.

Bedömningen av om den försäkrade har en sjukdom ska ta sikte på om hen har ett medicinskt påvisbart tillstånd som innebär en avvikelse från normal kroppslig funktion och som medför nedsatt arbetsförmåga. Det är alltså inte infertiliteten i sig som är avgörande, utan om den försäkrade i samband med utredning eller behandling har ett tillstånd som kan anses utgöra sjukdom.

Substansbruk

Substansbruk (tidigare benämnt missbruk), oavsett det är alkohol eller andra substanser som kan tas i berusningssyfte, kan vara av sådan grad att det klassas som sjukdom. Av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd framgår att berusning eller akut intoxikation vid frivilligt intag inte utgör sjukdom och därmed inte skäl för sjukskrivning. Skadligt bruk är när intaget får psykiska, kroppsliga eller sociala konsekvenser men beroendekriterier inte uppfylls. Inte heller vid skadligt bruk rekommenderas sjukskrivning. När beroendekriterier uppfylls kan däremot sjukskrivning vara aktuellt.

Huvudregeln är i SFB att sociala omständigheter inte ingår i sjukdomsbegreppet, och i regel ska man därför inte ta hänsyn till att en försäkrad använder droger eller alkohol vid bedömningen av om hen har en sjukdom (27 kap. 3 § SFB). Det innebär dock inte att den som har ett alkohol- eller drogberoende ska nekas ersättning endast på denna grund, utan utgångspunkten är fortfarande att hen har rätt till sjukpenning om sjukdomen sätter ner arbetsförmågan med minst en fjärdedel.

Ett långvarigt substansbruk kan orsaka följdsjukdomar i form av både psykiska och fysiska besvär. Det innebär att även om själva bruket i sig inte bedöms vara ett tillstånd som ger rätt till sjukpenning, så kan det orsaka följdsjukdomar som medför en nedsättning av arbetsförmågan, vilket i sin tur kan ge rätt till sjukpenning. Det är därför viktigt att inte avfärda eventuella följdsjukdomar endast på grund av att de har uppkommit av ett bakomliggande substansbruk.

Ett pågående substansbruk kan vara en indikation om att det behövs ytterligare utredning för att avgöra om arbetsförmågans nedsättning beror på sjukdom eller inte. Det kan i dessa situationer vara lämpligt att konsultera försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) för att få stöd i hur substansbruket påverkar andra besvär som framgår av läkarintyget. FMR kan även stödja i hur du kan formulera eventuella kompletterande frågor till sjukskrivande läkare om du bedömer att underlaget inte är komplett.

9.2 Begreppet arbetsförmåga

Det finns ingen definition i SFB av begreppet arbetsförmåga. I förarbetena anges dock att en person har arbetsförmåga när hen kan arbeta trots sjukdomsbesvär. Det innebär att arbetsförmåga inte är ett statiskt, objektivt påvisbart tillstånd, utan måste bedömas i förhållande till ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter (prop. 1996/97:28 s. 10 f.). Bedömningen av hur en persons besvär påverkar arbetsförmågan måste alltid göras i det enskilda fallet (HFD 2018 ref. 51).

Alltsedan tillkomsten av lagen (1962:381) om allmän försäkring har arbetsoförmåga ansetts förekomma i två olika former:

- faktisk oförmåga, det vill säga att den försäkrade på grund av sjukdom rent faktiskt inte *kan* arbeta
- terapeutisk (även kallad profylaktisk) oförmåga, det vill säga att den försäkrade inte *bör* arbeta eftersom det skulle fördröja eller förhindra botandet av sjukdomen.

Vid sidan av faktisk oförmåga och terapeutisk oförmåga kan den försäkrade också ha en begränsning till följd av att hen inte kan utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt för

andra. Detta berörs i SOU 2009:89 där det bland annat anges att det kan sägas ligga i många aktiviteters och uppgifters natur att utförandet måste kunna ske på ett säkert sätt för omgivningen. Om sjukdom förhindrar detta föreligger det en faktisk oförmåga att utföra aktiviteterna. (SOU 2009:89 s. 116)

Det finns inte några särskilda bestämmelser om rätten till sjukpenning för den som inte uppfyller de säkerhetskrav som myndigheter eller arbetsgivare ställer för ett visst arbete. Försäkringskassan ska därför pröva rätten till sjukpenning genom att ta ställning till om den försäkrade har en sjukdom och om sjukdomen sätter ner hens arbetsförmåga med minst en fjärdedel (27 kap. 2 § SFB).

Att en myndighet, arbetsgivare eller läkare har bedömt att en person inte uppfyller de säkerhetskrav som gäller för ett visst arbete innebär inte per automatik att hen har rätt till sjukpenning. Men när en annan myndighet har gjort en sådan bedömning har det ett stort bevisvärde för frågan om utförandet medför fara för andra.

9.2.1 Bedömning av arbetsförmåga och fritids-sysselsättningar med mera

En person kan få sjukpenning även om hen kan utföra uppdrag på fritiden eller delta i olika fritidsaktiviteter. Detsamma gäller om personen kan ta hand om sina barn eller andra anhöriga. Men vid bedömningen av arbetsförmågan ska förmågan att utföra sådana aktiviteter vägas in.

Rättsfall

HFD har prövat ett mål som gällde en försäkrad som arbetade som lärare och elevassistent och som även hade ett uppdrag som kontaktperson. Den försäkrade minskade sin arbetstid som lärare och elevassistent med en fjärdedel men utförde uppdraget som kontaktperson som vanligt. Uppdraget innebar att vara ett socialt stöd för en jämnårig person, genom att träffa henne två timmar per vecka och fika tillsammans. Den försäkrade fick ett arvode på 925 kronor per månad plus kostnadsersättning.

HFD hänvisar i domen till ett tidigare mål om sjukersättning (RÅ 2006 ref. 17) i vilket domstolen uttalade att det inte kan anses uteslutet att en försäkrad med partiell nedsättning av arbetsförmågan kan utföra vissa uppgifter på fritiden utan att rätten till sjukersättning ifrågasätts, men att utrymmet för att utföra dessa sysslor med bibehållen ersättning torde vara mycket begränsat. Enligt HFD är utgångspunkten densamma vid prövning av rätten till sjukpenning.

I det aktuella fallet ansåg HFD dock att den försäkrades insatser som kontaktperson inte påverkade hennes rätt till sjukpenning. De visade inte att hon haft någon ytterligare arbetsförmåga utöver den hon redan utnyttjade i arbetet som lärare och elevassistent. (RÅ 2006 ref. 56)

Kammarrätten har i ett mål tagit ställning till om ett uppdrag som god man påverkar bedömningen av en försäkrads arbetsförmåga vid prövningen av rätten till sjukpenning. Den försäkrade arbetade 75 procent i sitt ordinarie arbete och var samtidigt god man till fyra personer. Kammarrätten konstaterade dels att inkomsterna från uppdraget ingick i den sjukpenninggrundande inkomsten, dels att det faktum att den försäkrade klarat att utföra fyra godmansuppdrag vid sidan av sitt ordinarie arbete visade att arbetsförmågan översteg 75 procent. Den försäkrade hade därför inte rätt till sjukpenning.

Kammarrätten har i ett annat mål prövat frågan om en deltidssjukskriven försäkrad som vistats på sin arbetsplats efter arbetstidens slut av sociala skäl hade uppvisat ytterligare arbetsförmåga. Den försäkrade hade vistats på arbetsplatsen under fika- och lunchpauser och kammarrätten beaktade den försäkrades medicinska begränsningar och omständigheten att arbetsförmågan skulle bedömas mot hens ordinarie arbete som snickare. Domstolen ansåg att vistelsen på arbetsplatsen inte innebar att den försäkrade hade uppvisat någon ytterligare arbetsförmåga.

Man måste alltså ta ställning i det enskilda fallet till hur aktiviteter som den försäkrade ägnar sig åt på fritiden eller på arbetsplatsen kan påverka rätten till sjukpenning. Det är när aktiviteterna kan jämställas med ett förvärvsarbete, eller visar att den försäkrade har en arbetsförmåga som kan användas i förvärvsarbete, som de kan påverka bedömningen av rätten till sjukpenning. När man gör bedömningen ska man ta hänsyn till aktiviteternas art och omfattning. Om aktiviteterna är sådana att arbetsgivaren skulle kunna tänka sig att betala lön för dem, talar det för att det är fråga om förvärvsarbete. Om personen utför ett uppdrag som hen får ett arvode för spelar det ingen roll för bedömningen om arvodet ingår i hens SGI – den uppvisade förmågan ska oavsett vägas in vid bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga.

Under perioder när den försäkrade arbetsprövar får Försäkringskassan däremot inte likställa arbetsprövningen med förvärvsarbete vid bedömningen av rätten till sjukpenning. Läs mer om arbetsprövning i avsnitt 14.3.

9.3 Förmånsnivåer och arbetsförmåga

Sjukpenning finns på fyra förmånsnivåer:

27 kap. 4 § SFB
Sjukpenning lämnas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån enligt 45 §.

Sjukpenning kan beviljas enligt olika nivåer beroende på i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom:

27 kap. 45 § SFB
Sjukpenning lämnas enligt följande förmånsnivåer:

1. Hel sjukpenning lämnas för dag när den försäkrade saknar arbetsförmåga.

2. Tre fjärdedels sjukpenning lämnas när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst tre fjärdedelar men inte saknas helt.

3. Halv sjukpenning lämnas när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst hälften men inte med tre fjärdedelar.

4. En fjärdedels sjukpenning lämnas när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel men inte med hälften.

De fyra förmånsnivåerna för sjukpenning sammanfaller inte alltid med den försäkrades faktiska arbetsförmåga. En försäkrad som har en normal arbetstid på åtta timmar per dag får till exempel halv sjukpenning oavsett om hen kan arbeta fyra timmar eller två och en halv timme per dag. Eftersom det är förmågan att arbeta som bedöms kan en

försäkrad som klarar att arbeta två och en halv timme inte välja att minska arbetstiden till två timmar per dag och få tre fjärdedels sjukpenning.

9.3.1 Arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till den normala arbetstiden

Huvudregeln är att arbetsförmågan ska bedömas dag för dag i förhållande till den försäkrades normala arbetstid:

27 kap. 46 § andra stycket SFB
Om den försäkrade på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärvsarbete under minst en fjärdedel av sin normala arbetstid en viss dag, ska hans eller hennes arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande grad den dagen.

Så fastställs den normala arbetstiden

Försäkringskassan ska fastställa den normala arbetstiden utifrån det eller de arbeten som den försäkrades SGI har beräknats på. Den ska uttryckas som procent eller del av en heltidsanställning. Den normala arbetstiden varierar inte från dag till dag. Den behöver alltså inte stämma överens med den försäkrades faktiska arbetstid enligt schema. (FKRS 2024:01)

Exempel
Jacobs SGI är fastställd mot ett arbete med en arbetstid på 1 664 timmar i en tjänst där heltid motsvarar en årsarbetstid på 2 080 timmar. Hans normala arbetstid är därför 80 procent (1664/2080=0,8). Jacobs normala arbetstid är 80 procent varje dag, oavsett om hans faktiska arbetstid per dag varierar.

Att den normala arbetstiden ska beräknas på det eller de arbeten som den försäkrades SGI har beräknats på innebär bland annat följande:

- Om den försäkrade får ett nytt arbete som inte är SGI-grundande, påverkar det arbetet inte den normala arbetstiden.
- Om den försäkrade har fler arbeten som ligger till grund för SGI, är det omfattningen av samtliga arbeten som utgör den normala arbetstiden.
- Om den försäkrade skyddar en SGI från ett arbete som hen inte längre arbetar kvar i, är det omfattningen av det arbetet som den normala arbetstiden ska fastställas mot.

Det kan underlätta att beräkna den normala arbetstiden i timmar. Beräkningen bör då utgå från en femdagarsvecka.

Exempel
Om vi vill veta vad Jacobs normala arbetstid är i timmar per vecka eller dag delar vi hans arbetstid med antal veckor per år, 1664/52=32. Vi får då fram att den normala arbetstiden per vecka är 32 timmar.

Om vi delar veckoarbetstiden på fem får vi fram att Jacobs normala arbetstid per dag är 6,4 timmar (32/5=6,4).

Jourtid som inte kräver någon form av arbetsprestation ska inte räknas som arbetstid.

Jourtid räknas därför inte in årsarbetstiden och ska inte heller beaktas vid fastställandet av normal arbetstid. (RÅ 2002 ref. 48)

När Försäkringskassan fastställer den normala arbetstiden kan vi i normalfallet utgå från årsarbetstiden. Det är dock inte alltid som dessa stämmer överens med varandra, eftersom den normala arbetstiden ska anges som en omfattning av heltid. Om den försäkrade exempelvis har en årsarbetstid som är fastställd till 1 900 timmar som enligt kollektivavtal motsvarar heltid i den tjänsten, är den normala arbetstiden 100 procent av en heltid (jfr HFD 2015 ref. 74 och HFD 2015 not. 66).

Exempel

Caroline arbetar som bagare på 50 procent, i en tjänst där heltid motsvarar 2 080 timmar.

Hennes SGI är baserad på ett tidigare arbete som maskintekniker med en årsarbetstid på 1 768 timmar. Enligt kollektivavtalet utgör 1 768 timmar heltid i tjänsten som maskintekniker eftersom arbetet utförs på obekväm arbetstid. Eftersom normal arbetstid ska beräknas på det arbete som ligger till grund för SGI är Carolines normala arbetstid 100 procent av en heltid.

Caroline är nu sjukskriven på 50 procent från arbetet som bagare och arbetar 2 timmar per dag.

Om vi ställer arbetad tid i förhållande till den normala arbetstiden får vi fram att Caroline arbetar 25 procent av sin normala arbetstid.

Det finns framförallt två situationer när Försäkringskassan inte kan utgå från den fastställda årsarbetstiden när vi fastställer den normala arbetstiden:

- Om årsarbetstiden är fastställd i dagar. En årsarbetstid kan exempelvis vara fastställd till 260 dagar oavsett om personen arbetar hela dagar eller endast delar av dagar.
- Om Försäkringskassan vid handläggningen av SGI inte har ändrat årsarbetstiden eftersom årsarbetstiden bedömts sakna betydelse för beräkningen enligt 25 kap. 25 § SFB.

Notera att från och med dag 91 i rehabiliteringskedjan ska bedömningen göras i förhållande till högst ett heltidsarbete (27 kap. 47–49 §§ SFB). Läs mer om begränsningen till högst ett heltidsarbete i avsnitt 10.4.2.

9.4 Så bedöms arbetstidens förläggning vid deltidssjukskrivning

Huvudregeln är att arbetstiden ska minskas motsvarande sjukskrivningsgraden varje dag:

27 kap. 46 § tredje stycket SFB

Vid bedömningen av i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt enligt 45 § 2–4 gäller att arbetstiden varje dag ska minskas i motsvarande grad eller, om arbetstiden förläggs på ett annat sätt, att arbetstidens förläggning inte får försämra möjligheterna till återgång i arbete.

Bedömningen av arbetstidens förläggning ska utgå från den normala arbetstiden. Eftersom den normala arbetstiden inte varierar dag för dag följer den försäkrade huvudregeln när hen arbetar lika många timmar per dag under deltidssjukskrivningen. Eftersom den normala arbetstiden bör utgå från en femdagarsvecka anses förläggningen vara jämn och följa huvudregeln endast när den försäkrade arbetar lika mycket fem dagar per vecka. All annan förläggning av arbetstiden anses som ojämn.

Den försäkrade får göra undantag från huvudregeln och förlägga arbetstiden ojämnt under förutsättning att det inte försämrar hens möjligheter att återgå i arbete. Att förläggningen försämrar möjligheterna att återgå i arbete kan handla dels om att den påverkar hälsotillståndet negativt, dels att sjukdomen är av sådan karaktär att en annan förläggning av arbetstiden än jämn minskning varje dag skulle motverka rehabiliteringen (prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 67).

Försäkringskassan behöver i varje enskilt fall ta ställning till om förläggningen av arbetstiden försämrar möjligheterna till återgång i arbete. Om en försäkrad vill förlägga arbetstiden på ett annat sätt än genom jämn minskning så bör hen, i de fall det är möjligt, först stämma av det med Försäkringskassan. (Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 68)

I de flesta bör det vara tillräckligt att den försäkrade lämnar in ett läkarintyg där en sådan bedömning har gjorts för att Försäkringskassan ska kunna godta en ojämn förläggning av arbetstiden. Någon ytterligare information behöver då inte hämtas in från hälso- och sjukvården. (Jfr prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10, s. 82)

Om arbetstidens förläggning försämrar den försäkrades möjligheter att återgå i arbete, ska den inte ligga till grund för partiell sjukpenning (prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 82). Försäkringskassan ska alltså inte bevilja partiell sjukpenning om vi bedömer att arbetstidens förläggning försämrar den försäkrades möjligheter att återgå i arbete.

Bedömning av arbetsförmågan över en längre period när arbetstiden är ojämnt förlagd

Om den försäkrade har förlagt sin arbetstid ojämnt utifrån den normala arbetstiden och det inte bedöms försämra hens möjligheter att återgå i arbete, ska Försäkringskassan bedöma arbetsförmågan över en längre period. Bedömningen bör i normalfallet kunna göras utifrån en period om högst 14 dagar. I vissa fall kan det dock finnas skäl att göra bedömningen utifrån en ännu längre period. Sådana skäl kan exempelvis vara sjukdomens art, den försäkrades arbetsförhållanden, kommunikationer och restidens längd. (Prop. 2021/22:1, utgiftsområde 10, s. 82)

Under bedömningsperioden bör arbetsförmågan anses vara nedsatt lika mycket varje dag, oavsett hur arbetstiden är förlagd. Det innebär till exempel att den försäkrade kan få en fjärdedels sjukpenning för en viss dag i bedömningsperioden, trots att hen har arbetat heltid just den dagen. Förutsättningen för detta är att den försäkrades arbetsförmåga anses vara nedsatt med minst en fjärdedel under hela bedömningsperioden. (Prop. 2021/22:1, utgiftsområde 10, s.69 och 82 f) Det innebär även att sjukperioden inte bryts, trots att den försäkrade arbetat en hel dag om arbetsförmågan bedömts vara nedsatt för den aktuella bedömningsperioden.

Exempel
Annas normala arbetstid är 50 procent av en heltid i en tjänst där heltid motsvarar en årsarbetstid på 2 080 timmar. Hon arbetar vid deltidssjukskrivning 2,5 timmar per dag måndag, tisdag, torsdag och fredag. På onsdagar har hon en vilodag och arbetar inte alls.

Eftersom Anna förlägger sin arbetstid på fyra dagar är arbetstidens förläggning ojämn i förhållande till den normala arbetstiden. Förläggningen av arbetstiden anses inte motverka Annas möjligheter att återgå i arbete. Eftersom förläggningen är ojämn ska Försäkringskassan bedöma hennes arbetsförmåga över en längre period. I Annas fall är det lämpligt att bedöma arbetsförmågan över 14 dagar.

Eftersom Anna har arbetat 20 timmar under perioden har hon arbetat hälften av sin normala arbetstid.

9.4.1 Metodstöd – Utreda den normala arbetstiden och arbetstidens förläggning

Innan du kan ta ställning till om den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga och rätt till sjukpenning så behöver du först

- utreda den försäkrades normala arbetstid
- utreda hur hen har förlagt/avser att förlägga sin arbetstid under deltidssjukskrivning
- avgöra om arbetstidens förläggning är jämn eller ojämn i förhållande till den normala arbetstiden
- om förläggningen är ojämn, avgöra om förläggningen försämrar den försäkrades möjligheter att återgå i arbete.

Utreda den försäkrades normala arbetstid

Eftersom den normala arbetstiden ska beräknas på det eller de arbeten som den försäkrades SGI har beräknats på, så kan du oftast utgå från årsarbetstiden. Om årsarbetstiden är fastställd i dagar behöver du utreda vidare. Relevant information kan inhämtas från SGI-utredningen, den försäkrade eller arbetsgivaren. Om det finns indikationer på att årsarbetstiden inte stämmer behöver du titta i SGI-utredningen för att se om SGI:n har sänkts av någon anledning.

Så länge den försäkrade arbetar kvar i det arbete som ligger till grund för hens SGI behöver du inte ta reda på vad som framgår av kollektivavtal. Skulle det vara så att den försäkrade har bytt arbete och uppger att den tjänst som SGI:n är fastställd mot har ett annat heltidsmått än 2 080 timmar på grund av ett kollektivavtal, kan du oftast utgå från den försäkrades uppgifter. Den försäkrade behöver alltså i normalfallet inte skicka in avtalet.

Utreda hur den försäkrade har förlagt sin arbetstid under deltidssjukskrivningen

Uppgifterna om arbetstidens förläggning kan du få antingen av den försäkrade eller av arbetsgivaren. Om sjukfallet inleds med att den försäkrade är deltidssjukskriven har hen oftast angett i ansökan hur hen förlägger arbetstiden. Arbetstidens förläggning kan även vara beskriven i arbetsgivarens plan för återgång i arbete.

I journalen dokumenterar du både den försäkrades normala arbetstid och den arbetstidsförläggning som är aktuell under deltidssjukskrivningen.

Avgöra om arbetstidens förläggning är jämn eller ojämn i förhållande till den normala arbetstiden

Det är endast när den försäkrade arbetar lika mycket varje dag, fem dagar i veckan, som förläggningen anses jämn och därmed följer huvudregeln i 27 kap. 46 § tredje stycket SFB. Annars anses den vara ojämn.

Om förläggningen är jämn och därmed följer huvudregeln, ska du bedöma arbetsförmågans nedsättning utifrån den arbetade tiden i relation till den normala arbetstiden dag för dag.

Avgöra om en ojämn förläggning försämrar den försäkrades möjligheter att återgå i arbete

Om förläggningen är ojämn och undantaget därför blir tillämpligt, behöver du först bedöma om arbetstidens förläggning försämrar den försäkrades möjligheter att återgå i arbete:

- Om du bedömer att arbetstidens förläggning försämrar den försäkrades möjligheter att återgå i arbete, ska anspråket för perioden avslås.
- Om du bedömer att arbetstidens förläggning *inte* försämrar den försäkrades möjligheter att återgå i arbete, ska du bedöma den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till den normala arbetstiden över en längre period.

Du behöver ta ställning till om den sammanlagda arbetstiden under den aktuella bedömningsperioden överstiger den omfattning som den försäkrade är sjukskriven i. Du behöver också beakta arbetstidens förläggning när du bedömer arbetsförmågan. Förläggningen kan ge en indikation om att den försäkrade har en arbetsförmåga som påverkar rätten till sjukpenning, även om hen inte har arbetat mer än sjukskrivningsgraden. Det kan till exempel vara att den försäkrade under deltidssjukskrivningen arbetar längre arbetspass under en period men den totala arbetstiden sammantaget inte överstiger den aktuella sjukskrivningsgraden. Du behöver alltid göra en helhetsbedömning utifrån de samlade uppgifterna i ärendet.

Om den försäkrade har ett schema som löper på ett visst antal veckor är det rimligt att utgå från schemaperioden. Bedömningsperioden bör dock rimligtvis inte överstiga fyra veckor. Om den försäkrade trappar upp eller ner sjukskrivningsgraden och därför arbetar i olika omfattning olika veckor, bör veckorna bedömas för sig.

10 Bedömningsgrunder för arbetsförmåga och rehabiliteringskedjan

Det här kapitlet beskriver flera av bestämmelserna om bedömningsgrunder för arbetsförmågans nedsättning i 27 kap. 46–55 b §§ SFB.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning för den som har sjukersättning framgår i stället av kapitel 11.

10.1 Rehabiliteringskedjan

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning görs stegvis enligt tidsramar som är fastställda i lagtexten. Detta kallas *rehabiliteringskedjan*.

Vilka bedömningsgrunder som är aktuella bestäms av hur länge arbetsförmågan har varit nedsatt. Det framgår av 27 kap. 46–49 §§ SFB. Alla dagar i sjukperioden ingår i beräkningen av hur länge den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga. Vilka dagar som ingår i sjukperioden framgår av kapitel 8.

Arbetsförmågan prövas först i relation till den första bedömningsgrunden i rehabiliteringskedjan, och därefter mot var och en av de tillkommande bedömningsgrunderna. Även om den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i relation till någon av de föregående bedömningsgrunderna, så ska arbetsförmågan även prövas mot samtliga efterföljande bedömningsgrunder som är aktuella.

Rehabiliteringskedjan kan bara tillämpas fullt ut för den som har en arbetsgivare.

För egenföretagare gäller endast prövning mot det vanliga arbetet och efter dag 180 mot arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden (prop. 2007/08:136 s. 59). Läs mer om bedömning för egenföretagare i avsnitt 10.22.1.

För den som är arbetslös eller tjänstledig sker prövningen hela tiden gentemot arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden (prop. 2007/08:136 s. 100 f.). Se dock avsnitt 10.4.3 om tjänstledighet för att prova ett annat arbete, avsnitt 10.19 om föräldraledighet och avsnitt 10.21 om studier. När tjänstledigheten upphör och den försäkrade skulle ha återgått i sitt vanliga arbete ska arbetsförmågan bedömas enligt rehabiliteringskedjan (FKRS 2010:05).

En egenanställd är en person som utför uppdrag åt olika uppdragsgivare. För att Försäkringskassan ska kunna avgöra om personens rätt till sjukpenning ska bedömas i förhållande till rehabiliteringskedjan, behöver vi bedöma om hen ska anses vara anställd eller inte. Bedömningen ska göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Något som måste klargöras är om personen får ersättning för de uppdrag hen utför via egenanställningsföretaget eller om hen faktureras med A-skatt.

Läs mer

Läs om hur man bedömer om det finns ett anställningsförhållande i vägledning (2011:1) *Sjuklöneförmåner* och vägledning (2017:1) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal.*

Om den försäkrade har flera sysselsättningar kan det bli aktuellt att pröva hens arbetsförmåga mot olika bedömningsgrunder. Detsamma gäller om den försäkrade är delvis arbetslös.

10.1.1 Metodstöd – Bedöma arbetsförmågan i förhållande till rehabiliteringskedjan

När bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga ska prövas enligt rehabiliteringskedjan ska du göra så här:

1. Utred var i rehabiliteringskedjan den försäkrade befinner sig under den period som du ska pröva arbetsförmågan. Det är viktigt att du antecknar detta i journalen så att det tydligt framgår av vår dokumentation var den försäkrade befinner sig i rehabiliteringskedjan.
2. Konstatera vilken eller vilka bestämmelser i rehabiliteringskedjan som är aktuella för prövningen. Arbetsförmågan ska alltså prövas först i relation till den första aktuella bedömningsgrunden i rehabiliteringskedjan, och därefter mot var och en av de tillkommande bedömningsgrunderna.
3. Om en bestämmelse har både en huvudregel och ett undantag måste du ta ställning till om det finns förutsättningar att tillämpa ett undantag innan du går vidare och prövar arbetsförmågans nedsättning.
4. Pröva arbetsförmågans nedsättning, antingen i förhållande till huvudregeln eller ett tillämpligt undantag. Det är viktigt att det framgår av både beslut och journal vilken eller vilka bedömningsgrunder i rehabiliteringskedjan som du prövar arbetsförmågan mot, och hur du gjort din bedömning.

Metodstöd – Utreda och bedöma inför tidsgränserna i rehabiliteringskedjan

Innan den försäkrade passerar tidsgränsen för en ny bedömningsgrund måste du i god tid utreda de faktiska omständigheterna hos arbetsgivaren och de aktuella medicinska förutsättningarna.

När du har beviljat en försäkrad sjukpenning för en period ska du bedöma om det är sannolikt att hen kommer att vara fortsatt sjukskriven och om sjukskrivningen också kommer att passera tidsgränsen för en ny bedömningsgrund i rehabiliteringskedjan. Om det är sannolikt, ska du genast börja att utreda de omständigheter som har betydelse för att du ska kunna bedöma rätten till sjukpenning i förhållande till villkoren för den nya bedömningsgrunden. Du ska inte vänta på att den försäkrade gör anspråk på sjukpenning för en period som innebär att en ny bedömningsgrund blir aktuell.

Kontakta den försäkrade, arbetsgivaren eller den behandlande läkaren om du behöver få en tydligare bild av den försäkrades situation. Det är även viktigt att du har kontakt med den försäkrade för att förklara hur rätten till sjukpenning kommer att bedömas framöver. Utredningen ska vara klar innan den nya bedömningsgrunden blir aktuell, så att du har tillräckligt beslutsunderlag för att bedöma rätten till sjukpenning i förhållande till den nya bedömningsgrunden.

Om du bedömer att det är tveksamt om den försäkrade har rätt till sjukpenning i förhållande till den nya bedömningsgrunden så ska du informera hen om det. Det ska du göra trots att den försäkrade inte har gjort anspråk på sjukpenning för en period som sträcker sig över den nya bedömningsgrunden.

I många fall gör du din utredning via telefon, men det finns även andra metoder du kan använda dig av beroende på situationen. I kapitel 3 kan du läsa mer om Försäkringskassans utredningsbefogenheter.

10.2 Grundläggande bestämmelse

Under de första 90 dagarna av rehabiliteringskedjan ska rätten till sjukpenning prövas i förhållande till den försäkrades sitt vanliga arbete eller ett annat lämpligt tillfälligt arbete:

> **27 kap. 46 § första stycket SFB**
> Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdom inte kan utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder honom eller henne.

Läs mer om begreppet arbetsförmåga i avsnitt 9.2.

10.2.1 Sitt vanliga arbete

Med begreppet *sitt vanliga arbete* menas att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras i relation till de arbetsuppgifter som den försäkrade normalt utför hos sin arbetsgivare. Begreppet vanliga arbetet är samma sak som uttrycket *ordinarie arbete* som ibland används.

Om arbetets innehåll ändras under en pågående sjukperiod ska bedömningen göras utifrån de nya förutsättningarna, eftersom dessa då utgör den försäkrades vanliga arbete. Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete efter att en sådan anpassning har genomförts har hen inte längre rätt till sjukpenning.

Om en person tillfälligt eller permanent byter arbete, antingen hos samma arbetsgivare eller hos en ny, räknas det nya arbetet som det vanliga arbetet. Om personen är tjänstledig för att pröva annat arbete räknas det arbetet som det vanliga arbetet.

Även en försäkrad som har en så kallad skyddad anställning eller en anställning med lönebidrag bedöms enligt rehabiliteringskedjan (se avsnitt om 10.9.1 om skyddade anställningar och anställningar med lönebidrag). Bedömningen görs alltså i första hand i förhållande till de arbetsuppgifter som den försäkrade normalt utför i den anställningen.

10.2.2 Annat lämpligt arbete

Om arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda den försäkrade ett annat lämpligt arbete ska bedömningen av arbetsförmågans nedsättning göras i förhållande till det arbetet. Det innebär att den försäkrade kan behöva acceptera ett annat arbete under den tid som hen inte kan utföra sitt vanliga arbete på grund av sjukdomsbesvären (prop. 1994/95:147 s. 47).

Arbetsgivaren är dock inte skyldig att erbjuda den försäkrade ett annat arbete. Men om arbetsgivaren erbjuder den försäkrade ett annat lämpligt arbete som hen bedöms kunna utföra kan hen inte längre få sjukpenning (prop. 1994/95:147 s. 47).

10.3 Metodstöd – Utredningen dag 1–90

För den som är anställd eller behovsanställd ska du före den första bedömningen av rätten till sjukpenning utreda om arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda anpassning eller ändrade arbetsuppgifter. I de flesta fall utreder du detta genom att titta på den försäkrades ansökan om sjukpenning, där hen har svarat på frågan om arbetsgivaren erbjudit andra arbetsuppgifter så att hen ska kunna arbeta i stället för att vara sjukskriven.

Om det är tydligt att arbetsförmågan är nedsatt oavsett arbete behöver du inte utreda detta vidare för att kunna göra den första bedömningen av rätten till sjukpenning.

Om den försäkrade har svarat nej på frågan, så har du i de flesta fall tillräckliga uppgifter om arbetsgivarens möjlighet att erbjuda anpassade eller andra arbetsuppgifter för att bedöma rätten till sjukpenning i det aktuella anspråket.

Om det finns något som tyder på att uppgiften som den försäkrade lämnat inte stämmer eller om omständigheterna har ändrats vid tidpunkten för bedömningen, behöver du utreda det. Detta gäller både i den manuella och maskinella handläggningen.

Om den försäkrade har svarat ja på frågan i ansökan, så behöver du utreda detta. Det gör du i första hand genom att prata med den försäkrade och i vissa fall även med arbetsgivaren.

Tänk på att även om den försäkrade svarat nej på frågan, så ska du när den första bedömningen är gjord löpande utreda och ta ställning till om arbetsgivaren kan erbjuda anpassning eller ändrade arbetsuppgifter i samband med varje nytt anspråk.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning kan förändras under ett sjukfall beroende på omständigheterna i ärendet. Till exempel kan omständigheten att arbetsgivaren inte kunde erbjuda anpassade eller ändrade arbetsuppgifter vid ansökningstillfället ha ändrats under tiden. Det kan även vara så att den försäkrades förmåga till aktivitet förändras, vilket kan göra att du behöver utreda om det finns anpassade eller ändrade arbetsuppgifter som den försäkrade skulle klara av. Du måste alltid göra en bedömning av om arbetsgivaren kan erbjuda anpassning eller ändrade arbetsuppgifter, och inför detta behöver du analysera underlaget i ärendet. Ärendets beskaffenhet avgör om detta kräver utredning eller om bedömningen kan baseras på det underlag du redan har.

Du behöver även blicka framåt mot nästa bedömningsgrund. Om du bedömer att den försäkrade skulle kunna klara ett annat arbete på hel- eller deltid ska du utreda om arbetsgivaren kan erbjuda något annat arbete. Du bör då även fråga arbetsgivaren om hen kan anpassa arbetet eller om det finns tillfälliga arbetsuppgifter.

När du bedömt att den försäkrade har rätt till sjukpenning är det viktigt att planera för vad som ska hända fram till nästa bedömningsgrund och därefter.

10.4 Bedömningen av arbetsförmågan efter 90 dagar

Från och med dag 91 i rehabiliteringskedjan ska rätten till sjukpenning även prövas i förhållande till ett annat arbete hos arbetsgivaren:

27 kap. 47 § SFB
Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska det även beaktas om han eller hon kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras i förhållande till högst ett heltidsarbete.

Bedömningen ska efter dag 90 göras i relation till högst ett heltidsarbete.

10.4.1 Annat arbete hos arbetsgivaren

Om den försäkrade fortfarande har nedsatt arbetsförmåga efter 90 dagar vidgas prövningen till att gälla även annat arbete hos arbetsgivaren. Det gäller oavsett om den försäkrade antas kunna återgå till sitt vanliga arbete (prop. 2007/08:136 s. 101).

Även om det finns arbetsuppgifter som den försäkrade skulle kunna utföra innebär det inte automatiskt att hens rätt till sjukpenning kan ifrågasättas. Den försäkrade måste också ha erbjudits att utföra dessa arbetsuppgifter. Men om den försäkrade nekar att ta ett sådant erbjudet arbete ska sjukpenning inte längre betalas ut (prop. 2007/08:136 s. 61 f.).

Om det krävs rehabilitering för att den försäkrade ska kunna ta ett annat arbete hos arbetsgivaren ska prövningen mot det andra arbetet göras först efter det att rehabiliteringen har avslutats (prop. 1996/97:28 s. 19 f. och 24 samt prop. 2007/08:136 s. 61).

Förarbetena betonar att strävan måste vara att den som drabbats av sjukdom eller skada ska återgå i arbete i samma omfattning som hen arbetade före sjukfallet. Det innebär att om en försäkrad bedöms kunna återgå i sitt vanliga arbete efter 90 dagar, men enbart på deltid, ska man vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning även väga in om den försäkrade kan utföra andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren (prop. 2007/08:136 s. 69). Den försäkrade har inte rätt till sjukpenning om hen kan återgå i arbete i samma omfattning som före sjukfallet genom att utföra sitt vanliga arbete på deltid och dessutom utföra andra arbetsuppgifter.

För att bedöma om den försäkrade har rätt till sjukpenning efter 90 dagar i rehabiliteringskedjan måste Försäkringskassan utreda om arbetsgivaren kan erbjuda personen ett annat arbete. Utredningen enligt denna bestämmelse ska inte förväxlas med den omplaceringsskyldighet som arbetsgivare har enligt 7 § lagen (1982:80) om anställningsskydd, att vid en uppsägningssituation se över samtliga lediga anställningar i sin verksamhet. Den utredning som Försäkringskassan gör utgår från bestämmelserna i SFB. Om det framgår av den utredning som redan finns i ärendet att den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga oavsett arbete, behövs dock ingen utredning om möjligheterna till annat arbete för att ta ställning till rätten till sjukpenning. Läs mer om arbetsgivarens skyldigheter i kapitel 14 samt om utredning med arbetsgivaren i avsnitt 14.6.

10.4.2 Högst ett heltidsarbete

Med begreppet ”heltidsarbete” menas en arbetstid om 40 timmar per vecka om det inte finns ett kollektivavtal inom arbetsområdet som anger annat (RAR 2002:5). Bestämmelsen innebär inte någon förändring av den fastställda SGI:n i sig sett till årsinkomst och årsarbetstid, utan den talar endast om vilken total arbetstid som en försäkrads eventuellt uppvisade arbetsförmåga ska relateras till efter dag 90 i rehabiliteringskedjan vid partiell sjukskrivning. Beroende på hur stor arbetsförmåga den försäkrade uppvisar före respektive efter dag 90 kan omfattningen av sjukpenning ändras.

Exempel

Johanna har en tillsvidareanställning på 40 timmar per vecka och en behovsanställning på 8 timmar per vecka, vilket ger en total arbetstid 48 timmar per vecka.

Johanna är först helt sjukskriven men börjar sedan arbeta deltid efter ett tag. Hon arbetar 10 timmar per vecka i tillsvidareanställningen och 2 timmar per vecka i behovsanställningen, det vill säga hon uppvisar en arbetsförmåga på totalt 12 timmar per vecka.

Så här påverkas omfattningen på Johannas sjukpenning av att hennes arbetstid endast får bedömas i förhållande till ett heltidsarbete på högst 40 timmar per vecka från och med dag 91 i rehabiliteringskedjan:

Dag 1–90: Under de första 90 dagarna ska Försäkringskassan relatera Johannas uppvisade arbetsförmåga till den faktiska arbetstiden som hon har i normala fall när hon inte är sjukskriven utan att begränsa arbetstiden till 40 timmar per vecka. Om hon under denna period uppvisar arbetsförmåga på 12 timmar per vecka av totalt 48 timmar per vecka motsvarar det en fjärdedels uppvisad arbetsförmåga (12/48=0,25 eller 25 %). På motsvarande sätt har Johanna nedsatt arbetsförmåga med tre fjärdedelar och kan alltså få tre fjärdedels sjukpenning.

Dag 91 och framåt: Johanna fortsätter att uppvisa en arbetsförmåga 12 timmar per vecka även efter dag 90. Eftersom den uppvisade arbetsförmågan endast får relateras till högst ett heltidsarbete motsvarande 40 timmar per vecka innebär det att Johanna uppvisar en arbetsförmåga på mer än en fjärdedel men mindre än halv arbetsförmåga (12/40=0,3 eller 30 %). Johanna har endast rätt till halv sjukpenning om hon arbetar enligt ovanstående upplägg efter dag 90 i rehabiliteringskedjan.

10.4.3 Möjligheten att prova annat arbete

En försäkrad som har haft nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom i förhållande till sitt vanliga arbete eller till annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjudit under en period om minst 90 dagar kan under vissa förutsättningar ha rätt att vara ledig från sin anställning för att prova annat arbete. Det regleras i lagen (2008:565) om rätt till ledighet för att på grund av sjukdom prova annat arbete. Det är en arbetsrättslig lagstiftning och det är inte Försäkringskassan som bedömer om den försäkrade har rätt till en sådan ledighet. Om den försäkrade har frågor om lagen och dess tillämpning bör hen i första hand vända sig till sin arbetsgivare eller till sitt fackförbund.

Om den försäkrade påbörjar ett nytt arbete och därefter blir sjuk så ska Försäkringskassan bedöma arbetsförmågans nedsättning i förhållande till arbetet hos den nya arbetsgivaren.

10.5 Metodstöd – Utreda inför bedömningen vid dag 91

Före dag 91 ska du utreda om arbetsgivaren kan erbjuda något annat arbete. När en anställd riskerar att vara sjuk längre än 60 dagar har arbetsgivaren ett ansvar för att ta fram en planering för återgång i arbete tillsammans med den anställde senast dag 30 i sjukperioden. Du bör säkerställa att arbetsgivaren, tillsammans med den försäkrade, har gjort en sådan planering och att planen följs. Du börjar med att kontakta den försäkrade för att få en bild av hens uppfattning om återgången i arbete samt fråga om det finns en planering tillsammans med arbetsgivaren eller vården. I normalfallet kontaktar du därefter arbetsgivaren för att prata om vilka möjligheter de har att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga. Du kan också boka ett avstämningsmöte med de parter du bedömer behöver delta.

Om du bedömer att det finns en risk att den försäkrade inte kan återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 180 men att hen skulle klara ett normalt förekommande arbete, så ska du informera om möjligheten att söka nytt arbete med bibehållen sjukpenning fram till och med dag 180, samt om möjligheten till kontaktmöte med Arbetsförmedlingen.

10.6 Bedömning av arbetsförmågans nedsättning efter 180 dagar

Efter 180 dagar vidgas prövningen av arbetsförmågans nedsättning till att omfatta ytterligare en bedömningsgrund:

27 kap. 48 § SFB
Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska det dessutom beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

1. förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Vid bedömningen tillämpas 47 § andra stycket.

Den försäkrades arbetsförmåga ska, trots det som sägs i första stycket, från och med den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar bedömas enligt 46 och 47 §§ om

1. övervägande skäl talar för att den försäkrade kan återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar, eller

2. det finns särskilda skäl som grundas på att den försäkrade kan förväntas återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den tidpunkt då han eller hon haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar, eller

3. det kan anses oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga enligt första stycket.

Bedömningen ska göras mot förvärvsarbeten i en angiven yrkesgrupp som innehåller normalt förekommande arbete. Det innebär att den försäkrades arbetsförmåga inte kan anses nedsatt om hen bedöms klara ett arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden. Försäkringskassan ska då ange en eller flera yrkesgrupper inom vilka den försäkrades arbetsförmåga inte bedöms nedsatt. Läs mer om förvärvsarbete i en angiven yrkesgrupp och hur bedömningen ska göras i avsnitt 10.7.1 samt 10.8.

Det finns vissa undantag från denna regel, och då ska arbetsförmågan i stället fortsätta bedömas i förhållande till arbete hos arbetsgivaren. Läs mer om det i avsnitt 10.10–10.12.2.

Det finns även en annan situation, förutom de som anges i bestämmelsen, när arbetsförmågan ska bedömas mot en annan bedömningsgrund än normalt förekommande arbete: när den försäkrade har uppnått en ålder när hen skulle kunna få inkomstgrundad ålderspension. Denna situation beskrivs i avsnitt 10.18.

Genom hänvisningen till 27 kap. 47 § andra stycket SFB framgår också att bedömningen av arbetsförmågan ska göras i förhållande till högst ett heltidsarbete även efter 180 dagar.

10.7 Metodstöd – Utreda inför bedömningen vid dag 181

För att kunna avgöra vilken bedömningsgrund som är aktuell efter dag 180 behöver du börja med att utreda om den försäkrade uppfyller villkoren för något av undantagen. Utredningen ska påbörjas så tidigt som möjligt. Tänk på att om den försäkrade har uppnått den ålder när hen tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension så gäller en annan bedömningsgrund. Läs mer om det i avsnitt 10.18 samt 10.18.1.

Ta ställning till undantagen och åldersbestämmelserna i följande ordning:

1. Har den försäkrade uppnått den ålder när hen tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension?
2. Finns det övervägande skäl som talar för att den försäkrade kommer vara åter i arbete senast dag 365?
3. Finns det särskilda skäl som talar för att den försäkrade med stor sannolikhet kommer vara åter i arbete senast dag 550?

Först när du utrett detta vet du vilka bedömningsgrunder som är aktuella. När din utredning visar att ett undantag är tillämpligt behöver du inte gå vidare och utreda de andra undantagen.

Om inget av undantagen i steg 1–3 är tillämpliga så ska du utreda om den försäkrades arbetsförmåga kan bedömas vara nedsatt i förhållande till en angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden. Om du efter din utredning bedömer att den försäkrade skulle klara ett sådant arbete, behöver du utreda om det kan anses oskäligt att använda den bedömningsgrunden.

10.7.1 Förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

Bedömningen av arbetsförmågan vidgas alltså till att gälla ett sådant arbete som ”är normalt förekommande på arbetsmarknaden”, om inte något av undantagen ska tillämpas. Bedömningen ska göras i förhållande till varje typ av arbete som kan anses vara normalt förekommande, och det räcker att den försäkrade kan utföra något sådant arbete för att anses ha arbetsförmåga (jfr prop. 2007/08:136 s. 67). När arbetsförmågan prövas mot normalt förekommande arbete kan det alltså bli aktuellt att pröva arbetsförmågan mot andra arbeten som är mer lämpliga med hänsyn till den försäkrades aktivitetsbegränsningar.

Bedömningen ska göras mot arbeten som finns på den nationella arbetsmarknaden. Det går alltså inte att ta hänsyn till lokala eller regionala förhållanden. Däremot är det inte möjligt att neka någon sjukpenning för att hen har arbetsförmåga i ett arbete som endast finns i mycket begränsad omfattning, såvida hen inte faktiskt erbjuds det arbetet (prop. 1996/97:28 s. 17 f.). Ett arbete som är udda och sällan förekommande räknas alltså inte som ett normalt förekommande arbete (prop. 2007/08:136 s. 67).

Förvärvsarbete inom en angiven yrkesgrupp som innehåller normalt förekommande arbeten

Den 1 september 2022 ändrades lagstiftningen på så sätt att prövningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras mot förvärvsarbeten i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. (Prop. 2020/21:171 s. 15)

För sjukperioder som påbörjades före den 1 september 2022 finns övergångsbestämmelser, se kapitel 37.

Lagändringen innebar att Försäkringskassan vid ett beslut om avslag på grund av att arbetsförmågan inte är nedsatt i ett normalt förekommande arbete ska ange en eller flera yrkesgrupper som den försäkrade bedöms klara av att arbeta inom.

Regeringen ansåg också att det vore av stort värde för individen att Försäkringskassan, när det är möjligt, anger en yrkesgrupp som framstår som rimlig på så sätt att yrkesgruppen till exempel ligger nära individens utbildning eller tidigare arbetslivserfarenhet. (Prop. 2020/21:171 s. 13)

Lagändringen innebar dock inte någon ändring av vad som menas med ett normalt förekommande arbete. Den praxis som hade utvecklats kring detta begrepp fortsatte alltså att gälla även efter lagändringen. Den arbetsmarknad som arbetsförmågan ska bedömas mot gjordes varken bredare eller smalare efter lagändringen. Det innebär att yrkesgrupperna måste bestå av arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. (Prop. 2020/21:171 s. 22)

Vad är en yrkesgrupp?

En yrkesgrupp är inget verkligt på så sätt att den finns utanför en teoretisk konstruktion. Den är endast en samling arbeten som har strukturerats under samma namn utifrån att de till exempel tillhör samma bransch eller har likartade arbetsuppgifter och arbetsmoment och därmed likartade aktivitetskrav ur medicinskt hänseende. (Prop. 2020/21:171 s. 11)

Regeringen gav Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i uppdrag att tillsammans utveckla ett kunskapsmaterial som Försäkringskassan kan använda som stöd i handläggningen och vid bedömningen av arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete inom en angiven yrkesgrupp.

Kunskapsmaterialet – ett stöd i bedömningen av arbetsförmåga inom en angiven yrkesgrupp

Kunskapsmaterialet är framtaget för att ge stöd i bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till normalt förekommande arbeten inom en angiven yrkesgrupp.

I materialet beskrivs olika yrkesgrupper som innehåller normalt förekommande arbeten som grupperats utifrån att de ställer liknande fysiska och psykiska krav på den som ska utföra arbetet. Det innebär att yrken som normalt sett inte skulle grupperas utifrån andra faktorer som till exempel krav på utbildning eller erfarenhet, kan utgöra en yrkesgrupp i kunskapsmaterialet.

Kunskapsmaterialet beskriver de fysiska och psykiska krav på aktivitet som respektive yrkesgrupp ställer samt de krav och förväntningar på arbetsprestationer som arbetsgivare allmänt sett har. På så sätt blir det ett tydliggörande av vad ett normalt förekommande arbete kan innebära och ett stöd i handläggningen och i bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga.

Till varje yrkesgrupp finns också en kort beskrivning av vilka yrken som ingår i yrkesgruppen och exempel på vanliga arbetsuppgifter.

Kunskapsmaterialet förvaltas av Arbetsförmedlingen och finns på deras hemsida.

10.8 Metodstöd – Bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete i angiven yrkesgrupp med stöd av kunskapsmaterialet

För att kunna bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete i en angiven yrkesgrupp med stöd av kunskapsmaterialet så behöver du först

- ha tagit ställning till att du har tillräckligt underlag för att kunna göra bedömningen
- ha gjort en helhetsbedömning av om underlaget sammantaget når upp till beviskravet sannolikt, det vill säga om det är sannolikt att den försäkrade har en sjukdom eller ett sjukdomstillstånd som påverkar hens förmåga till aktivitet eller inte. Läs mer i kapitel 2 och processteg 3.4 Utreda och bedöma arbetsförmågans nedsättning i processen för *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning 2009:07.*

Därefter kan du gå vidare till att bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete i en angiven yrkesgrupp med stöd av kunskapsmaterialet. Det gör du genom att relatera din helhetsbedömning av den försäkrades medicinska nedsättningar till de krav som ställs i yrkesgrupperna.

Tänk i följande steg:

1. Utgå från det som du bedömt som medicinska nedsättningar som påverkar förmåga till aktivitet och sätt dem i relation till de krav som beskrivs i var och en av de olika yrkesgrupperna i kunskapsmaterialet.
2. Sortera bort de yrkesgrupper som ställer för höga krav i förhållande till den försäkrades medicinska nedsättningar och som du därmed bedömer att den försäkrade har en nedsatt arbetsförmåga i.
3. Om det återstår yrkesgrupper där kraven inte är för höga så ska du bedöma om den försäkrade skulle kunna arbeta i var och en av dessa med sina medicinska nedsättningar. Det gör du genom att bedöma om hen kan tänkas klara samtliga krav i respektive yrkesgrupp

Din bedömning ska omfatta samtliga yrkesgrupper. Det räcker alltså inte med att du väljer en eller några få yrkesgrupper och bedömer arbetsförmågan mot dem.

Om du bedömer att den försäkrade inte kan arbeta i någon av de yrkesgrupper som finns i kunskapsmaterialet, så är den försäkrades arbetsförmåga nedsatt.

Om du däremot bedömer att det inte finns något som hindrar att den försäkrade skulle kunna arbeta i en eller flera yrkesgrupper som finns i kunskapsmaterialet så är den försäkrades arbetsförmåga inte nedsatt.

Tänk på att du vid bedömningen ska bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Du får alltså inte ta hänsyn till något annat än den försäkrades medicinska förutsättningar att arbeta inom den angivna yrkesgruppen.

Så dokumenterar du din bedömning av arbetsförmågans nedsättning i journalen

I journalen ska du dokumentera och redogöra för de ställningstaganden som ligger till grund för din bedömning av arbetsförmågans nedsättning.

Om du har bedömt att den försäkrade inte har någon arbetsförmåga så förutsätter det att hens arbetsförmåga är nedsatt i samtliga yrkesgrupper med normalt förekommande

arbeten. Du behöver därmed inte motivera din bedömning i förhållande till alla yrkesgrupper, utan redogör för din bedömning mot normalt förekommande arbeten.

Om du däremot har bedömt att den försäkrade har arbetsförmåga i en eller flera yrkesgrupper så förutsätter det att det finns en eller flera yrkesgrupper som inte ställer högre krav än vad den försäkrade bedöms klara av med sina medicinska nedsättningar. Redogör för din bedömning av detta i journalen.

Tänk på att inte formulera din bedömning som om ett beslut om rätt till sjukpenning vore fattat.

Så anger du en yrkesgrupp i kommunicerings- och beslutsbrev

För att det ska bli begripligt för den försäkrade hur du bedömt arbetsförmågans nedsättning så ska du i beslutet exemplifiera med en eller flera yrkesgrupper som du bedömt att den försäkrade skulle kunna arbeta i. Du avgör själv om du exemplifierar med en eller flera yrkesgrupper. Utgå från vad du bedömer blir mest begripligt för den försäkrade.

10.9 Rättspraxis som beskriver förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

I RÅ 2008 ref. 15 definieras ett normalt förekommande arbete som ett arbete på arbetsmarknaden där en försäkrads arbetsförmåga kan tas tillvara i full eller närmast full omfattning. Ett sådant arbete innebär krav på normal prestation, där ringa eller ingen anpassning kan förväntas utifrån den försäkrades funktionsnedsättningar eller medicinska besvär.

Utifrån hur ett normalt förekommande arbete definieras i RÅ 2008 ref. 15 bör till exempel fysiskt lätta och rörliga arbeten som exkluderar att personen arbetar i arbetsställningar som inte är ergonomiska, anses vara normalt förekommande. Domen innebär att arbeten med mer än marginell anpassning på grund av den försäkrades sjukdomsbesvär eller funktionsnedsättning inte kan anses vara normalt förekommande.

Rättsfall

I två senare mål från HFD var frågan hur det ska avgöras om en försäkrad har en sådan förmåga att hen kan försörja sig själv genom ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

HFD anförde att prövningen av om arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till normalt förekommande arbeten ska göras med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom. Avgörande för bedömningen är vilken sjukdom det rör sig om och på vilket sätt sjukdomen inskränker den försäkrades förmåga att arbeta. När sjukdomen och dess konsekvenser är fastställda, ska man bedöma om den försäkrade har kvar någon arbetsförmåga som hen kan använda för att försörja sig genom ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Men om den försäkrade faktiskt kan få ett sådant arbete eller inte ska inte inverka på bedömningen.

HFD prövade därefter vad som menas med begreppet *förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden*. Det ska röra sig om vanliga arbeten som den försäkrade trots sin sjukdom kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning med hänsyn till hens medicinska besvär. Anställningar som på något sätt subventioneras av det allmänna kan inte anses ingå i begreppet.

Sedan prövade HFD på vilket sätt prövningen ska göras i det enskilda fallet. HFD kom då fram till att lagstiftningens nuvarande utformning och tidigare praxis innebär att det inte kan krävas att Försäkringskassan, för att avslå en ansökan om sjukpenning, måste hänvisa till konkreta typer av arbeten som den försäkrade kan anses ha förmåga att utföra. HFD sade därefter att även om bedömningen inte görs i relation till konkret angivna typer av arbeten så måste den ta hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden i stort och anpassas efter hur arbetsmarknaden förändras över tid. Det innebär bland annat att Försäkringskassan vid sin prövning har anledning att beakta eventuella bedömningar av personens arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen. En arbetsförmågeutredning från Arbetsförmedlingen bör, enligt HFD, som utgångspunkt kunna vara vägledande även vid den bedömning av arbetsförmågan som ska göras av Försäkringskassan. HFD anförde också att den arbetsförmåga som försäkrade har kvar måste kunna anses vara tillräcklig för att leva upp till de krav och förväntningar som arbetsgivare på den öppna arbetsmarknaden allmänt sett har när det gäller till exempel arbetsprestationer och arbetstakt (HFD 2018 ref. 51 I och II).

Att Försäkringskassan ska beakta en arbetsförmågeutredning som Arbetsförmedlingen har gjort innebär att utredningen *kan* vara vägledande *men inte behöver vara avgörande* för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan. Värderingen av ett sådant underlag ska göras på samma sätt som värderingen av de övriga underlag som vi har att ta ställning till, som till exempel läkarintyg eller utlåtanden från försäkringsmedicinska rådgivare.

HFD:s prövning i de båda målen är ett bra exempel på att man i det enskilda fallet alltid måste bedöma hur personens besvär påverkar arbetsförmågan i förhållande till ett normalt förekommande arbete. Prövningen visar också att det avgörande är om den försäkrade med ingen eller endast ringa anpassning kan tänkas klara samtliga arbetsuppgifter i ett sådant arbete i normal arbetstakt och alltså har förmåga att försörja sig själv.

10.9.1 Annat lämpligt och tillgängligt arbete

Enligt bestämmelsen ska den försäkrades arbetsförmåga även bedömas i förhållande till ”annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne”. Vad som avses med detta definieras inte närmare i lagtexten. Kravet på att arbetet ska vara *tillgängligt* får dock anses innebära att det måste vara fråga om ett arbete som den försäkrade faktiskt erbjuds innan rätten till sjukpenning kan ifrågasättas.

”Annat lämpligt arbete” kan utifrån uttalanden i förarbetena delas in i tre kategorier. De är udda och sällan förekommande arbeten, sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga och arbeten där arbetsgivaren får lönebidrag (prop. 1996/97:28 s. 16 samt prop. 2007/08:136 s. 67 f. och s. 101).

Udda och sällan förekommande arbete

Ett arbete som är udda och sällan förekommande är inte ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete (jfr avsnitt 11.5.1). Det går inte att närmare ange vilka arbeten som ska anses vara udda och sällan förekommande, eftersom det kan förändras över tid. Bedöms den försäkrade bara ha arbetsförmåga i ett sådant arbete kan sjukpenning betalas ut i avvaktan på att den försäkrade faktiskt erbjuds arbetet.

Sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga (skyddad anställning)

En person med nedsatt arbetsförmåga kan få en skyddad anställning inom Samhall eller en offentlig skyddad anställning (OSA). Det kan bli aktuellt för den som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning och Arbetsförmedlingen bedömer att hen inte kan få ett annat arbete.

Om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade bara har arbetsförmåga i ett sådant arbete kan sjukpenning betalas ut i avvaktan på att den försäkrade faktiskt erbjuds ett sådant arbete (prop. 1996/97: 28 s. 16 och 2007/08:136 s. 67 f.).

Anställning med lönebidrag

Arbetsförmedlingen kan med stöd av förordning (1991:333) om lönebidrag besluta om lönebidrag till en arbetsgivare som anställer en arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga till följd av en funktionsnedsättning. Det är i grunden en helt vanlig anställning men lönen subventioneras av Arbetsförmedlingen.

10.10 Undantag från bedömningen mot normalt förekommande arbete

Det finns några situationer när den försäkrades arbetsförmåga inte ska prövas mot normalt förekommande arbete. Det gäller om

- övervägande skäl talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som innan sjukfallet senast dag 365
- det finns särskilda skäl som talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som innan sjukfallet senast dag 550
- det kan anses oskäligt att bedöma arbetsförmågan i förhållande till normalt förkommande arbete.

Orsaken till undantagen är att det inte har ansetts rationellt att tillämpa bestämmelsen strikt utan möjlighet till undantag, vare sig för den försäkrade eller ur ett samhällsperspektiv (prop. 2020/21:78 s. 10 f. och prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 46 f.)

Vid varje ny ansökan om sjukpenning så ska Försäkringskassan bedöma om det finns förutsättningar att göra undantag från bedömningen mot normalt förekommande arbete. Det innebär att en tidigare bedömning kan komma att ändras, om omständigheterna har ändrats sedan den föregående ansökan.

Om den försäkrade har uppnått den ålder när hen tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension gäller en annan bedömningsgrund. Läs mer i avsnitt 10.18.

Tidigare fanns ett undantag vid försenad vård eller rehabilitering orsakad av effekter av sjukdomen covid-19. Det undantaget är endast aktuellt vid anspråk som gäller tid före den 1 januari 2024. Information om detta finns i kapitel 37.

10.10.1 Metodstöd – När den försäkrade har arbetsförmåga i relation till en tidigare bedömningsgrund

Om den försäkrade har passerat dag 180 i rehabiliteringskedjan och arbetsförmågan inte bedöms vara nedsatt i förhållande till det vanliga arbete, annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder eller annat arbete hos arbetsgivaren, 27 kap. 46 eller 47 §§ SFB, är det inte aktuellt att pröva om det finns förutsättningar att göra undantag från bedömningen mot normalt förekommande arbete. Vi har då redan bedömt att arbetsförmågan inte är nedsatt i förhållande till de bedömningsgrunder som blir aktuella

om något av undantagen enligt 27 kap. 48 § SFB kan tillämpas. Du ska dokumentera detta ställningstagande.

10.10.2 Övervägande skäl

Försäkringskassan ska skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete om det finns övervägande skäl som talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren eller det egna företaget i samma omfattning som innan sjukperioden senast dag 365.

Beviskravet övervägande skäl innebär att mer ska tala för än emot en sådan återgång. Övervägande skäl innebär alltså att sannolikheten överstiger 50 procent. (Prop. 2020/21:78 s.13) För att sannolikheten ska kunna anses överstiga 50 procent behöver det finnas en plan med målet att den försäkrade ska återgå i arbete hos arbetsgivaren eller det egna företaget i samma omfattning som innan sjukperioden senast dag 365.

Bedömningen av om det finns övervägande skäl ska göras dag för dag från och med dag 181 i sjukperioden.

Vid vissa diagnoser och sjukdomar är det svårare för läkaren att ge en säker prognos om ifall den försäkrade kan återgå arbete i samma omfattning som tidigare senast dag 365. Det gäller exempelvis psykiatriska sjukdomar eller symtomdiagnoser. Det framgår dock av förarbetena att ingen diagnos ska undantas vid prövningen av om det finns övervägande skäl (prop. 2020/21:78 s.15). Att den försäkrade är sjukskriven för en sådan diagnos utesluter alltså inte att Försäkringskassan kan tillämpa övervägande skäl.

Försäkringskassan har i FKRS 2024:18 klargjort en del situationer där det *inte* finns övervägande skäl:

- Under en period när den försäkrade saknar anställning.
- Om den försäkrades anställning kommer att upphöra före det datumet hen förväntades återgå i arbete hos arbetsgivaren. Med arbetsgivare menas den arbetsgivare som den försäkrade förväntas börja arbeta hos efter sjukfallet. Om den försäkrade får ett nytt arbete innan tidsgränserna passerats och därmed kan återgå till arbete i samma omfattning som före sjukfallet innan dag 365, så kan undantaget tillämpas igen. Om den försäkrade varit arbetslös innan hen tillträder det nya arbetet så kan undantaget alltså tillämpas från och med tillträdesdagen.
- Om den försäkrade ska vara tjänstledig (exempelvis för föräldraledighet, studier osv.) och därför inte kommer att kunna återgå i arbete i samma omfattning som före sjukfallet innan dag 365.
- Om den försäkrade ska ta ut ålderspension och därför inte kommer att kunna återgå i arbete i samma omfattning som före sjukfallet innan dag 365.

I dessa situationer ska den försäkrades arbetsförmåga bedömas mot ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, om inte någon annan bedömningsgrund är aktuell i ärendet.

För sjukperioder som påbörjades före den 15 mars 2021 finns övergångsbestämmelser, se kapitel 37.

10.10.3 Metodstöd – Bedöma om det finns övervägande skäl som talar för återgång i arbete senast dag 365

För att kunna ta ställning till om det finns övervägande skäl behöver du först veta hur prognosen eller planen för återgång i arbete med vården eller arbetsgivaren ser ut. Utredningen gör du med den försäkrade, arbetsgivaren och/eller vården. I normalfallet ska utredning eller kontakt med arbetsgivaren vara genomförd innan du kan göra ett sådant ställningstagande.

Ta sedan ställning till om du har tillräckligt underlag för att bedöma om det finns övervägande skäl, eller om du behöver utreda vidare.

De här frågorna kan du använda som stöd i din analys av om du har tillräckligt underlag:

- Finns det en plan för återgång i arbete som upprättats tillsammans med den försäkrade och arbetsgivaren med målet att hen ska återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukperioden senast dag 365?
- Trappar den försäkrade upp sin arbetstid med målet att återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukperioden senast dag 365?
- Har den försäkrades ordinarie arbetsuppgifter kunnat anpassas eller har arbetsgivaren kunnat erbjuda andra, tillfälliga, arbetsuppgifter?
- Följer den försäkrade en plan avseende arbetsplatsinriktade och/eller medicinska åtgärder som tagits fram i samarbete med företagshälsovården eller av hälso- och sjukvården och som visar på återgång i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukperioden senast dag 365?
- Har sjukskrivande läkare bedömt att den försäkrade kan förväntas återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365 i sjukperioden och motiverat sitt ställningstagande till den medicinska prognosen?

I läkarintyget kan läkaren kryssa i prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle (ruta 9). Det behöver framgå hur läkaren har motiverat sitt ställningstagande till den medicinska prognosen. Om det inte går att utläsa av den samlade informationen i läkarintyget hur läkaren har motiverat sitt ställningstagande, eller om det finns motstridiga uppgifter om prognosen, får uppgiften som läkaren har lämnat ett lägre bevisvärde.

Om det inte finns tillräckligt med information i ärendet om ovanstående omständigheter är utredningen inte tillräcklig. Då behöver du utreda vidare. Utredningen behöver påbörjas så tidigt som möjligt.

När du har klarlagt de faktiska omständigheterna om den försäkrades möjligheter att återgå i arbete senast dag 365 behöver du värdera uppgifterna. Det gör du genom att väga uppgifter som talar för och emot en återgång i arbete mot varandra och sedan bedöma vilka uppgifter som väger tyngst. I den här delen behöver du alltså bedöma om prognosen och planen för återgång i arbete är rimlig utifrån uppgifterna i ärendet. I bedömningen kan du bland annat titta på följande:

- Är planen för återgång i arbete väl förankrad med relevanta parter (den försäkrade, arbetsgivaren, sjukvården)?
- Är kraven i de arbetsuppgifter som den försäkrade ska återgå till rimliga utifrån sjukdomsbilden?
- Framgår det av det medicinska underlaget på vilka grunder prognosen kan göras?
- Pågår eller planeras det för en upptrappning av arbetstiden? Om det pågår upptrappning, går den enligt plan?

I journalen ska du tydligt motivera och dokumentera följande:

- Vilka omständigheter som talar för och emot att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukperioden senast dag 365
- Din bedömning och motivering till om det finns/inte finns övervägande skäl.

Bedömningen av om det finns övervägande skäl ska göras löpande. Det innebär att du behöver göra ett nytt ställningstagande för varje ny anspråksperiod utifrån aktuell information.

10.11 Särskilda skäl

Försäkringskassan ska även göra undantag från bedömningen mot normalt förekommande arbete om det finns särskilda skäl. Särskilda skäl innebär att den försäkrade förväntas återgå i arbete hos arbetsgivaren eller det egna företaget i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 550. Syftet med bestämmelsen var att ytterligare öka flexibiliteten i rehabiliteringskedjan på så sätt att försäkrade som har goda möjligheter att återgå i arbete hos sin ordinarie arbetsgivare där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör ges förutsättningar att i första hand kunna återgå i det arbetet. Att människors yrkeserfarenheter kan fortsätta tas tillvara i det ordinarie arbetet gagnar såväl enskilda som arbetsgivare och samhället i övrigt. Vid vissa typer av sjukdomar bedöms det dessutom vara avgörande för återhämtningen att arbeta i en trygg och välkänd miljö. (Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 45 ff.)

Bedöma om det finns särskilda skäl att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete

Precis som vid prövningen av övervägande skäl så ska ingen diagnos undantas vid prövningen av om det finns särskilda skäl att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete. Det innebär att särskilda skäl kan finnas även när en diagnos är diffus. (Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s 48 f.)

Särskilda skäl innebär att

- stor sannolikhet talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 550 i sjukperioden
- prognosen för återgång i arbete är tydlig
- det finns en tidsplan för när återgången förväntas kunna ske. (Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s 47 f.)

Bedömningen av om det finns särskilda skäl baseras på en sammantagen bedömning av samtliga relevanta omständigheter i ärendet, både medicinska uppgifter och annat. För att man ska kunna skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete behöver det finnas en välgrundad anledning att anta att återgången kan ske senast vid dag 550 i rehabiliteringskedjan. Det avgörande för bedömningen är om prognosen för återgång i arbete är tydlig. Det kan den vara även om vården inte kan lämna en tydlig medicinsk prognos som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. (Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s 48 f.)

I förarbetena beskrivs två exempel på när det kan finnas särskilda skäl eftersom prognosen för återgång kan anses vara tydlig trots att det finns begränsad medicinsk kunskap om läkningsförloppet för den försäkrades sjukdom. Särskilda skäl kan finnas

- när den försäkrade har gjort betydande framsteg i sin rehabilitering
- när den försäkrade trappar upp arbetstiden enligt en plan. (Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 48)

Det kan däremot inte finnas särskilda skäl om den försäkrades anställning kommer att upphöra innan hen förväntas återgå i arbete hos arbetsgivaren (FKRS 2024:18). Detta gäller från den tidpunkt då det konstaterats att hen inte kommer att kunna återgå i arbete i samma omfattning som före sjukfallet före dag 550 i rehabiliteringskedjan.

FKRS 2024:18 beskriver också situationen när den försäkrade sedan får ett nytt arbete innan tidsgränsen vid dag 550 passerats och anställningen inte tillträtts men hen kommer tillträda det nya arbetet innan dag 550 i rehabiliteringskedjan. Då kan undantaget återigen bli aktuellt. Om den försäkrade varit arbetslös innan hen tillträder det nya arbetet så kan undantaget tillämpas från och med tillträdesdagen. Möjligheten att tillämpa undantaget aktualiseras alltså från och med tillträdesdatumet för den nya anställningen.

För att särskilda skäl ska kunna tillämpas krävs att den försäkrade kan börja arbeta hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukfallet innan dag 550 i rehabiliteringskedjan. Med arbetsgivare menas då den arbetsgivare som den försäkrade ska arbeta hos efter återgången (FKRS 2024:18).

Undantaget kan inte tillämpas om den försäkrade ska vara tjänstledig (exempelvis för föräldraledighet, studier osv) eller ta ut ålderspension och därför inte kommer att kunna återgå i arbete i samma omfattning som innan sjukfallet innan dag 550 i rehabiliteringskedjan. (FKRS 2024:18)

Hur förhåller sig särskilda skäl till övervägande skäl?

Bestämmelserna om övervägande skäl och särskilda skäl förhåller sig till varandra på så sätt att Försäkringskassan från och med dag 181 ska pröva om det finns övervägande skäl som talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos sin arbetsgivare senast dag 365 i sjukperioden *eller* om det finns särskilda skäl som talar för att hen kan återgå i arbetet senast dag 550 i sjukperioden. Båda bestämmelserna kommer att vara tillämpliga parallellt under dagarna 181–364. Från och med dag 365 kommer endast särskilda skäl vara tillämpligt.

Övervägande skäl innehåller ett betydligt lägre beviskrav än särskilda skäl. För att övervägande skäl ska finnas räcker det att mer talar för en återgång i arbete än emot (prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 50). För att särskilda skäl ska kunna tillämpas måste det däremot finnas en stor sannolikhet att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 550 i sjukperioden.

Läs mer om beviskrav i sjukpenningärenden i kapitel 2.

Övergångsbestämmelse

Bestämmelsen tillämpas även på sjukperioder som påbörjades före den 1 februari 2022, det vill säga innan bestämmelsen trädde i kraft. Men bestämmelsen ska bara tillämpas för de dagar som infaller från och med den 1 februari 2022.

10.11.1 Metodstöd – Bedöma om det finns särskilda skäl

Från och med dag 181 kan du också behöva ta ställning till om det finns särskilda skäl att inte bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Det blir aktuellt när det inte finns övervägande skäl som talar för att hen kommer återgå i arbete innan dag 365.

För att du ska kunna använda undantaget särskilda skäl måste prognosen för återgång i arbete vara tydlig. Därför behöver du ha en klar bild av den försäkrades möjligheter att återgå i arbete. Om det inte redan finns uppgifter om detta i ärendet när du ska göra bedömningen behöver du utreda det med den försäkrade, arbetsgivaren och/eller vården. Du kan behöva ta reda på

- om det finns en tydlig prognos för när den försäkrade förväntas återgå i arbete
- om det pågår någon rehabilitering eller behandling som gör att den försäkrade förväntas återgå i arbete
- om den försäkrade trappar upp sin arbetstid enligt en plan med vården eller arbetsgivaren
- om den försäkrade gör framsteg i sin rehabilitering
- det ungefärliga datumet för när den försäkrade kan förväntas vara åter i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som före sjukfallet.

När du har en klar bild av den försäkrades förutsättningar för att återgå i arbete behöver du göra en sammantagen bedömning av uppgifterna för att avgöra om de tillsammans visar på att den försäkrade med stor sannolikhet förväntas återgå i arbete i samma omfattning som innan sjukfallet senast dag 550.

10.12 Oskäligt

Om den försäkrade inte omfattas av något annat undantag som gör att Försäkringskassan ska skjuta upp bedömningen, ska vi bedöma om hen har arbetsförmåga i förhållande till ett förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden. Om den försäkrade då bedöms klara ett sådant arbete ska Försäkringskassan i nästa steg pröva om det kan anses *oskäligt* att använda den bedömningsgrunden. Om så är fallet ska arbetsförmågan i stället bedömas i förhållande till arbete hos arbetsgivaren eller i det egna företaget även efter dag 180 i rehabiliteringskedjan.

Någon närmare beskrivning av vad oskäligt innebär i detta sammanhang finns inte i lagtexten. I Socialförsäkringsutskottets betänkande (bet. 2009/10: SfU13 s. 8 f.) finns dock fem exempel på situationer när det kan anses vara oskäligt att pröva arbetsförmågan mot ett normalt förekommande arbete. De är just exempel och inte en uttömmande lista. Det finns alltså ett visst bedömningsutrymme. Men tanken var att införandet av begreppet oskäligt inte skulle förändra den restriktivitet som ligger i kravet på särskilda skäl.

De fem exempel som beskrivs i betänkandet är i huvudsak sådana där den försäkrade har en allvarlig sjukdom, men det kan inte uteslutas att det finns andra situationer där det också skulle kunna vara oskäligt att bedöma arbetsförmågan i förhållande till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

10.12.1 Fem situationer då det kan vara oskäligt att pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete

Nedan redovisas de fem situationer som beskrivs i Socialförsäkringsutskottets betänkande (bet. 2009/10: SfU13 s. 7 f.). Det är den försäkrades medicinska status och

hälsotillstånd vid tiden för prövningen som är avgörande. Behandlingar eller rehabiliteringsåtgärder som den försäkrade tidigare har genomgått har ingen betydelse

Successiv försämring

Det är inte ovanligt även vid allvarliga sjukdomar att den försäkrade har arbetsförmåga kvar och kan arbeta helt eller delvis. I vissa fall skulle hen kunna arbeta i större omfattning i ett annat arbete, åtminstone för en viss tid. Det är dock inte rimligt att begära att någon ska lämna sin anställning eller begära tjänstledigt för att söka annat arbete om det är troligt att arbetsförmågan successivt kommer att försämras och den försäkrade kommer att få svårigheter att på sikt klara även ett annat arbete.

Tillfällig förbättring

En försäkrad med en allvarlig sjukdom kan periodvis få en ökad arbetsförmåga och skulle då eventuellt kunna arbeta mer i ett annat arbete. Men inte heller i en sådan situation är det rimligt att kräva att den försäkrade ska söka ett nytt arbete, om inte den ökade arbetsförmågan bedöms vara bestående.

Medicinsk behandling för allvarlig sjukdom

Prövningen bör begränsas till arbete hos nuvarande arbetsgivare om den försäkrade genomgår en medicinsk behandling i syfte att förebygga en allvarlig sjukdom och den nedsatta arbetsförmågan beror på behandlingen. Så kan vara fallet när den försäkrade har haft en tumörsjukdom och det krävs ytterligare behandling för att minska risken för ett återinsjuknande.

Långvarig rehabilitering

I samband med olyckor och vissa sjukdomar, till exempel stroke, kan den försäkrade drabbas av funktionsnedsättningar med betydande konsekvenser för arbetsförmågan. Det kan handla om omfattande brännskador, förlamning, förlust av en kroppsdel eller förmågan att se eller att tala och liknande funktionsnedsättningar. Den efterföljande rehabiliteringen kan pågå under en lång tid. Så länge rehabiliteringen pågår enligt en plan som Försäkringskassan godkänt, bör prövningen mot hela arbetsmarknaden kunna skjutas upp. Men om rehabiliteringen sannolikt inte kommer att leda till att den försäkrade kan börja arbeta hos sin arbetsgivare igen bör prövningen göras mot hela arbetsmarknaden.

Rättsfall

HFD har prövat frågan hur man avgör om en skada eller funktionsnedsättning till följd av en olycka är av sådant slag att det kan anses oskäligt att pröva den försäkrades arbetsförmåga mot arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden.

I domen återger HFD bland annat vad som står i Socialförsäkringsutskottets betänkande (bet.2009/10: SfU 13) om försäkrade som får betydande skador och funktionsnedsättningar efter olyckor. Gemensamt för de skador och funktionsnedsättningar som räknas upp i betänkandet är att de är av sådan art och svårighetsgrad att de måste betraktas som livsomvälvande och bör kräva omfattande rehabilitering och anpassningar såväl i arbetslivet som i vardagslivet i övrigt. HFD tar hänsyn till detta och till att begreppet särskilda skäl ska tillämpas restriktivt samt till att det i förarbetena saknas generell vägledning för hur oskälighetsbedömningen ska göras. HFD konstaterar därför att följande slutsats ska gälla:

Oskälighetsrekvisitet ska bara tillämpas om det är fråga om sådana skador och funktionsnedsättningar som räknas upp i betänkandet eller som till sin art och svårighetsgrad klart kan anses jämförbara med dem. (HFD 2019 ref. 14)

Progressiv sjukdom

Vid vissa progressiva sjukdomar som leder till att arbetsförmågan successivt avtar kan den försäkrade under en begränsad tid ha större arbetsförmåga i ett annat arbete. Inte heller i en sådan situation bör arbetsförmågan bedömas i förhållande till hela arbetsmarknaden.

10.12.2 Metodstöd – Bedöma om det är oskäligt att bedöma mot normalt förekommande arbete

Eftersom det är den försäkrades medicinska status, förutsättningar och hälsotillstånd som är avgörande vid prövningen är det i första hand sjukskrivande läkare du kontakter om det behövs ytterligare information.

Som ett stöd i utredningen och diskussionen med läkaren kan du använda de fem situationer som beskrivs i Socialförsäkringsutskottets betänkande. När den försäkrade har en skada eller funktionsnedsättning till följd av en olycka kan du vid behov konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare. Hen kan hjälpa dig att avgöra om skadan eller funktionsnedsättningen är en sådan som räknas upp i betänkandet, eller om den är klart jämförbar med de som räknas upp där.

10.13 Personer med lönebidragsanställning eller skyddad anställning

Även för den som har en anställning med lönebidrag eller skyddad anställning bedöms arbetsförmågans nedsättning efter dag 180 i förhållande till 27 kap. 48 § SFB.

Att den försäkrade har lönebidrag eller en skyddad anställning innebär dock inte automatiskt att hen *vid prövningen av rätten till sjukpenning* ska anses ha nedsatt arbetsförmåga i förhållande till ett normalt förekommande arbete, utan Försäkringskassan ska göra en självständig prövning av arbetsförmågans nedsättning. Försäkringskassans bedömning om arbetsförmågan kan nämligen skilja sig från Arbetsförmedlingens bedömning om möjligheten att bevilja lönebidrag eller skyddad anställning. Det beror på att bedömningarna görs utifrån olika regelverk och att den försäkrades hälsotillstånd kan ha förändrats mellan de båda prövningstillfällena. Men när en person har en skyddad anställning av medicinska skäl kan det dock vara rimligt att anta att arbetsförmågan är nedsatt även i förhållande till ett normalt förekommande arbete.

10.13.1 Vad är en skyddad anställning hos Samhall?

Skyddat arbete innebär att personen är skyddad från konkurrens av personer utan arbetshinder när det gäller att få och behålla ett arbete. Anställningen är subventionerad, och det är Arbetsförmedlingen som fattar beslut om att en person ska få en sådan anställning. Det får ske först när personens arbetsförmåga är så nedsatt att hen inte kan få annat arbete och när hens behov inte kan tillgodoses genom andra insatser, som till exempel lönebidrag. En anvisning till Samhall sker först när alla andra möjligheter hos Arbetsförmedlingen, även en skyddad anställning hos en offentlig arbetsgivare är uttömda.

Samhall som arbetsgivare har ett utökat ansvar för medarbetare med skyddad anställning. Det innebär att de ska anpassa arbetsuppgifterna utifrån medarbetarens förmåga och individuella förutsättningar. Det kan handla om längre introduktion, lägre arbetstakt, anpassad arbetsmiljö samt att flera personer kan dela på vissa uppgifter. Det finns också en förstärkt anställningstrygghet som innebär att Samhall ska undvika att säga upp personer med skyddad anställning på grund av arbetsbrist.

I och med att Arbetsförmedlingen redan har prövat alla tillgängliga åtgärder och bedömt att anvisningen till skyddad anställning är den enda återstående möjligheten för individen är det inte meningsfullt att återföra personer med skyddad anställning hos Samhall till Arbetsförmedlingen.

Viktigt att tänka på när det gäller personer med skyddad anställning

Personer med skyddad anställning har många gånger en komplex sjukhistorik, och det kan finnas mer bakom sjukskrivningen än det som framgår i det aktuella läkarintyget. Det är därför viktigt att vi klargör de faktiska omständigheterna avseende arbetsförmågans nedsättning, de aktuella arbetsförhållandena och förutsättningarna för återgång i arbete.

Personer med skyddad anställning har många gånger sämre förutsättningar att ta till sig information och att navigera i sjukförsäkringsprocessen. Därför är det viktigt att ha kontakt med den försäkrade och arbetsgivaren under sjukskrivningsprocessen, gärna samtidigt i avstämningsmöten, och på så vis stödja den försäkrades förståelse. Ett sådant möte ger också arbetsgivaren kännedom om status i sjukskrivningen, så att de kan agera utifrån sitt utökade ansvar som arbetsgivare och vidta åtgärder för att omhänderta den arbetsförmåga som personen eventuellt har trots sin sjukdom.

Om den försäkrade inte bedöms kunna gå tillbaka till sina tidigare arbetsuppgifter ska Samhall initiera ett omställningsarbete för att hitta lämpliga arbetsuppgifter åt sin medarbetare.

10.14 Bedömningen efter 365 dagar

Efter dag 365 i rehabiliteringskedjan ändras bedömningsgrunden på så sätt att övervägande skäl inte längre kan beaktas:

27 kap. 49 § SFB

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar ska det beaktas om han eller hon har sådan förmåga som avses i 48 § första stycket.

Den försäkrades arbetsförmåga ska, trots det som sägs i första stycket, från och med den tidpunkt då han eller hon haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar bedömas enligt 46 och 47 §§ om

1. det finns särskilda skäl som grundas på att den försäkrade kan förväntas återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ vid den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar, eller

2. det kan anses oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga enligt 48 § första stycket.

Efter dag 365 i rehabiliteringskedjan är det alltså inte möjligt att skjuta upp bedömningen mot ett normalt förekommande arbete på grund av övervägande skäl. Däremot kan

bedömningen skjutas upp om det finns särskilda skäl eller om det är oskäligt att göra en sådan bedömning. Läs mer om vad särskilda skäl och oskäligt innebär i avsnitt 10.11 och 10.12.

Det finns även en annan situation, förutom de som anges i bestämmelsen, när arbetsförmågan ska bedömas mot en annan bedömningsgrund än normalt förekommande arbete: när den försäkrade har uppnått en ålder när hen skulle kunna få inkomstgrundad ålderspension. Denna situation beskrivs i avsnitt 10.18.

Genom hänvisningen till 47 § andra stycket framgår att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning även nu ska göras i förhållande till högst ett heltidsarbete.

10.14.1 Bedömning av arbetsförmågan vid medicinsk behandling och rehabilitering

Det finns en bestämmelse som säger att man alltid ska beakta behovet av behandling och rehabilitering vid bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga:

27 kap. 50 § SFB
I de fall den försäkrade är i behov av någon medicinsk behandling eller 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 sådan åtgärd.

Bestämmelsen fanns tidigare i 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring. Någon närmare beskrivning av hur den ska tillämpas i förhållande till rehabiliteringskedjan finns inte i förarbetena (se prop. 2007/08:136 s. 101).

10.15 Särskilt om behovsanställda

Det finns särskilda regler för hur arbetsförmågan ska bedömas under sjukperiodens första 90 dagar för en försäkrad som är behovsanställd. Reglerna gäller om det kan antas att hen skulle ha arbetat om hen inte blivit sjuk. I detta avsnitt beskrivs vem som ska ses som behovsanställd, hur man bedömer om någon kan antas skulle ha arbetat om hen inte blivit sjuk, vad som ligger till grund för den bedömningen samt hur arbetsförmågan i dessa fall ska bedömas till och med dag 90 i sjukperioden.

Det finns också särskilda regler om hur sjukpenningen ska beräknas när sjukpenning beviljas med stöd av bestämmelserna som beskrivs i detta avsnitt. Läs mer i avsnitt 19.3.

10.15.1 Vem är behovsanställd?

27 kap. 16 a § första stycket SFB
Med behovsanställd avses i detta kapitel en försäkrad som vid behov kallas in för att arbeta i en tidsbegränsad anställning eller som är anställd för att arbeta vid behov.

Det finns ingen vedertagen arbetsrättslig definition av vad som menas med en behovsanställning (prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 80). I första stycket definieras dock vad som menas med begreppet behovsanställd vid tillämpning av bestämmelserna om sjukpenning i 27 kap. SFB.

En behovsanställning kan innebära att arbetstagaren följer ett schema som upprättas i förväg. Det kan också innebära att det inte finns något schema, utan att arbetstagaren i stället blir kontaktad inför varje arbetstillfälle. Behovsanställningen kan pågå antingen under lång tid eller kort tid (prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 62).

Att ”vid behov kallas in för att arbeta i en tidsbegränsad anställning” inkluderar anställningar som brukar benämnas dag-för-dag-anställning, timanställning, anställning enstaka dagar eller sms-anställning. Arbetstagaren har i dessa fall varken rättighet eller skyldighet att arbeta, utan gör en överenskommelse med arbetsgivaren vid varje enskilt tillfälle. Det centrala för behovsanställningar av detta slag är att det är arbetsgivarens behov av att få arbete utfört under en tidsbestämd period som styr. (Prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 80)

Kännetecknande för behovsanställningar är i normalfallet att

- arbetstagaren endast arbetar kortare perioder i taget
- arbetstagaren endast arbetar på kallelse från arbetsgivaren
- det är ett nytt anställningsförhållande vid varje arbetstillfälle
- tiden mellan arbetstillfällena inte räknas som anställningstid
- arbetstagaren har möjlighet att säga nej till arbete (prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 80).

Vikariat och andra tidsbegränsade anställningar som pågår under längre tid räknas inte som behovsanställningar. Man kan i dessa fall inte anse att arbetstagaren ”kallas in” för att utföra arbete (prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 80).

Den som är mellan vikariat ska inte per automatik anses vara vare sig behovsanställd eller arbetslös, utan man måste göra en bedömning i varje enskilt fall. Om det varken finns ett pågående anställningsavtal eller någon avsikt om fortsatt arbete, bör den försäkrade anses vara arbetslös under förutsättning att det inte finns någon annan omständighet som talar emot det (prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 62).

Om den som är behovsanställd har gjort en överenskommelse med arbetsgivaren om att arbeta under en särskilt angiven tid, ska arbetsförmågan under den tiden bedömas på samma sätt som för andra anställda.

10.15.2 Om det kan antas att personen skulle ha arbetat om hen inte blivit sjuk

Det finns särskilda regler för när behovsanställda kan få sjukpenning:

27 kap. 16 a § andra stycket SFB
Sjukpenning till en försäkrad i egenskap av behovsanställd lämnas under de första 90 dagarna i sjukperioden endast under förutsättning att det kan antas att den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat om han eller hon inte hade varit sjuk.

De särskilda reglerna om bedömningsgrund och beräkning för behovsanställda ska alltså bara användas när det kan antas att den försäkrade skulle ha arbetat om hen inte varit sjuk. Bestämmelsen beskriver inte vilka dagar den försäkrade kan få sjukpenning för, utan endast om det särskilda regelverket för behovsanställda kan tillämpas. Om det inte kan antas att den försäkrade skulle ha arbetat om hen inte varit sjuk, ska rätten till sjukpenning i stället prövas enligt de regler som gäller för arbetslösa. (Prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10, s. 81)

Beviskravet ”kan antas” är lägre än styrkt, sannolikt och övervägande skäl, och innebär att det vid en sammantagen bedömning ska framstå som troligt att den försäkrade skulle ha arbetat i behovsanställningen om hen inte hade blivit sjuk. (Jfr prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10, s. 60)

Jämförelseperiod – ett sätt att bedöma hur mycket den försäkrade skulle ha arbetat

Ett viktigt underlag för att kunna bedöma om det kan antas att den försäkrade skulle ha arbetat om hen inte blivit sjuk är i vilken omfattning hen har arbetat före sjukperioden, under den så kallade jämförelseperioden.

Jämförelseperioden beräknas enligt samma principer som för bestämmelsen i 27 kap. 11 § SFB (jfr prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 60). Bestämmelsen anger inte hur långt tillbaka man ska gå när man tittar på hur den försäkrade arbetade före sjukfallet. Enligt nuvarande regelverk att det bör vara tillräckligt med en jämförelseperiod som sträcker sig från en till tre månader. För en person som är ny på arbetsmarknaden kan perioden bli kortare (bet. 1999/00: SfU12 s. 8).

En till tre månader är inte tvingande, utan bör ses som ett riktmärke för jämförelseperiodens längd. Perioden kan variera från fall till fall beroende på hur arbetsförhållandena ser ut och om arbetstiden har växlat mycket över tid (prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 60).

Försäkringskassan måste utreda och bedöma i vilken genomsnittlig omfattning den försäkrade har arbetat i behovsanställningen under jämförelseperioden. Bedömningen görs utifrån den samlade informationen i ärendet, till exempel anställningsavtal, lönespecifikationer eller andra muntliga eller skriftliga uppgifter från den försäkrade eller en arbetsgivare.

Helhetsbedömning av hur mycket hen skulle ha arbetat

Försäkringskassan ska göra en helhetsbedömning av om och i vilken omfattning det kan antas att den försäkrade skulle ha arbetat i behovsanställningen om hen inte blivit sjuk utifrån omständigheterna i ärendet. I den bedömningen ingår bland annat arbetsgivarens inställning till framtida arbete och hur den försäkrade har arbetat under jämförelseperioden (prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 60). Den omfattning som man kommer fram till att den försäkrade arbetat under jämförelseperioden gäller i normalfallet fram till dag 90 i sjukperioden, om det inte finns information i ärendet som talar emot det eller som visar på att förutsättningarna kan komma att förändras i förhållande till hur hen arbetade under jämförelseperioden (jfr prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10 s. 60). Det gäller till exempel om den försäkrade har en behovsanställning med säsongsvariation eller om hen också skulle ha börjat arbeta i en annan behovsanställning under sjukperioden. Sådan information behöver vägas in i helhetsbedömningen, och kan innebära att den omfattning vi antar att personen skulle ha arbetat varierar under sjukperioden.

10.16 Bedömningsgrund för behovsanställda

För en sådan behovsanställd som avses i 27 kap. 16 a § SFB och som kan antas skulle ha arbetat under de första 90 dagarna i sjukperioden om hen inte blivit sjuk gäller första stycket i den här bestämmelsen:

27 kap. 49 b § SFB
För en behovsanställd försäkrad ska arbetsförmågan bedömas mot sådant arbete som avses i 46 § första stycket.

Från och med den tidpunkt då den behovsanställde har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska det dessutom beaktas om den behovsanställde har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

1. förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller
2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Vid bedömningen tillämpas 47 § andra stycket.

Arbetsförmågan för en sådan behovsanställd ska alltså bedömas i förhållande till det vanliga arbetet eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder. Med det vanliga arbetet menas här det arbete som den försäkrade skulle ha utfört inom sin behovsanställning (prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10, s. 85). Läs mer om bedömningsgrunden i avsnitt 10.2.1 och 10.2.2.

Om det finns flera behovsanställningar som det kan antas att den försäkrade skulle ha arbetat i, ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till var och en av anställningarna. (Prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10, s. 63)

För en behovsanställd som är delvis arbetslös ska arbetsförmågan bedömas mot det vanliga arbetet, men bara i den omfattning som det kan antas att hen skulle ha arbetat i behovsanställningen. För resterande del av den arbetstid som den behovsanställda är försäkrad för bedöms arbetsförmågan mot ett sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. (Prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10, s. 63)

Denna bedömningsgrund gäller enligt andra stycket 27 kap. 49 b § SFB endast under de första 90 dagarna. Därefter ska bedömningen göras mot ett sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Läs mer i avsnitt 10.7.1. Läs också i avsnittet *Under tid med överenskommet arbete* nedan om hur arbetsförmågan ska bedömas när det finns en överenskommelse om arbete för en viss tid.

10.17 Behovsanställda efter dag 90

För behovsanställda ska arbetsförmågan från och med dag 91 bedömas även i förhållande till ett sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden:

27 kap. 49 b andra och tredje stycket § SFB
Från och med den tidpunkt då den behovsanställde har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska det dessutom beaktas om den behovsanställde har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

1. förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Vid bedömningen tillämpas 47 § andra stycket.

Läs mer om vad bedömningen mot ett förvärvsarbete i angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande innebär i avsnitt 10.7.1.

Hänvisningen till 27 kap. 47 § andra stycket SFB innebär att bedömningen ska göras i förhållande till högst ett heltidsarbete, läs mer om detta i 10.4.2.

10.17.1 Under tid med överenskommet arbete

När en behovsanställd har en överenskommelse om att arbeta under en viss tid, ska arbetsförmågan under den tiden bedömas på samma sätt som för andra anställda:

27 kap. 49 c § SFB
Om den behovsanställde omfattas av en överenskommelse om att utföra arbete under en särskilt angiven tid, gäller för den tiden bestämmelserna om bedömning av arbetsförmåga i 46–49 §§ i stället för vad som anges i 49 b §.

Bestämmelsen tar sikte på situationer där den behovsanställda rent faktiskt är anställd, till exempel när det finns inbokade arbetspass som hen har tackat ja till eller när det finns ett avtal om arbete för en viss tid. Det krävs att arbetsgivaren har begärt att den försäkrade ska utföra arbete under en viss specificerad tid för att bestämmelsen ska tillämpas, och därför räcker det inte med att det finns ett avtal om arbete vid behov som saknar ett fastlagt arbetstidsmått. (Prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10, s. 81 och 86)

Denna bestämmelse gäller även efter dag 90 i sjukperioden, och om den försäkrade har en sådan överenskommelse som anges ska arbetsförmågan bedömas enligt rehabiliteringskedjan så länge som överenskommelsen varar. Vilken bedömningsgrund som ska användas avgörs på samma sätt som för övriga anställda.

10.18 Vissa försäkrade som har rätt till inkomstgrundad ålderspension (äldrereglerna för sjukpenning)

För anställda och egenföretagare som har uppnått en ålder när de har rätt att ta ut inkomstgrundad ålderspension gäller att deras arbetsförmåga ska bedömas i förhållande till arbete hos den ordinarie arbetsgivaren eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för hen även efter dag 180 och 365.

27 kap. 49 d §
Bestämmelserna i 48 och 49 §§ gäller inte för en försäkrad som har ett förvärvsarbete och som har uppnått den ålder då inkomstgrundad ålderspension tidigast kan lämnas.

För en försäkrad som avses i första stycket gäller bestämmelserna om bedömning av arbetsförmåga i 46 och 47 §§. Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska det vid bedömningen dessutom beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Sjukpenning med stöd av andra stycket kan som längst lämnas fram till den tidpunkt då den försäkrade tidigast kan ta ut garantipension.

27 kap. 49 e §
Den som har uppnått den ålder då inkomstgrundad ålderspension tidigast kan lämnas ska omfattas av regleringen i 49 d § även om tidpunkten för uttag av sådan pension därefter skulle senareläggas genom en författningsändring.

Bestämmelsen innebär att denna bedömningsgrund ska användas från och med dag 181 i rehabiliteringskedjan för försäkrade som

- är anställda eller egenföretagare
- har uppnått en ålder då de har rätt till inkomstgrundad ålderspension
- inte har uppnått en ålder då de har rätt till garantipension.

Man kan ta ut inkomstgrundad ålderspension tidigast från och med den månad när man fyller 64 år, och garantipension tidigast från och med den månad när man fyller 67 år. Det innebär att den nedre åldersgränsen för att omfattas av äldrereglerna är den månad när man fyller 64 år och den övre åldersgränsen är månaden innan man fyller 67 år.

Observera att en annan nedre åldersgräns gäller för personer födda 1962 och tidigare och en annan övre åldersgräns för personer födda 1959 och tidigare. Läs mer om det i kapitel 37.

Den försäkrades arbetsförmåga ska alltså även efter dag 180 i rehabiliteringskedjan bedömas mot arbete hos arbetsgivaren eller annat lämpligt arbete som finns tillgängligt för hen. Med annat lämpligt arbete avses udda och sällan förekommande arbeten, sysselsättningar som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga och arbeten där arbetsgivaren får lönebidrag (prop. 2021/22:1 s. 52). Läs mer om vad som avses med annat lämpligt arbete i avsnitt 10.2.2.

Ansvaret för rehabilitering och samordning påverkas inte

Att bedömningsgrunden ändras för dessa försäkrade påverkar inte arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Arbetsgivaren har fortfarande samma ansvar för anpassning och rehabilitering för dem som för övriga arbetstagare.

Införandet av den nya bedömningsgrunden påverkar inte heller Försäkringskassans samordningsansvar. I förarbetena till bestämmelsen sägs att det är viktigt att Försäkringskassan ser till att behov av rehabilitering klarläggs, att åtgärder vidtas som

kan förkorta sjukdomsperiodens längd samt att behov av samordning tillgodoses (prop. 2021/22:1 s. 55).

10.18.1 Metodstöd – Vissa försäkrade som har rätt till inkomstgrundad ålderspension

Vid varje bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver du ta ställning till om arbetsgivaren har något annat lämpligt arbete att erbjuda den försäkrade där hens arbetsförmåga skulle kunna tas tillvara. Det innebär att du i normalfallet behöver ha kontinuerlig kontakt med den försäkrade och arbetsgivaren, och ibland även vården, för att utreda vilka förutsättningar för återgång i arbete som finns samt om de medicinska förutsättningarna förändrats.

I god tid innan den försäkrade fyller 67 år och inte längre omfattas av äldrereglerna, behöver du i ta reda på vilken dag i rehabiliteringskedjan hen kommer befinna sig på den första dagen i månaden hen fyller 67 år. Du behöver också ta ställning till om något av undantagen i rehabiliteringskedjan kan tillämpas då. Därefter behöver du ta ställning till vilka omständigheter du behöver utreda för att kunna bedöma rätten till sjukpenning i förhållande till rätt bedömningsgrund.

Klarlägga behovet av rehabilitering

Du har fortfarande samma ansvar som tidigare för att klarlägga behovet av rehabilitering och vid behov samordna insatser. Insatserna ska dock syfta till att ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga hos den ordinarie arbetsgivaren.

Om det skulle vara så att den försäkrade vill ha stöd för att ställa om till ett annat arbete så finns det inget som hindrar att du erbjuder det, till exempel i form av gemensam kartläggning tillsammans med Arbetsförmedlingen.

Viktigt att tänka på är att den försäkrades arbetsförmåga även i fortsättningen ska bedömas mot arbeten hos den ordinarie arbetsgivaren samt annat lämpligt arbete, även om hen påbörjar en omställning till annat arbete.

Läs mer om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar i 14.8.2, Försäkringskassans samordningsansvar i 14.6 samt 14.7.

10.19 Bedöma arbetsförmågans nedsättning för den som är föräldraledig

För en försäkrad som skulle ha fått föräldrapenning ska bedömningen göras i förhållande till hur sjukdomen påverkar förmågan att vårda barnet:

> **27 kap. 52 § SFB**
> Vid prövning av rätt till sjukpenning för tid när den försäkrade annars skulle ha fått föräldrapenning, ska arbetsförmågan anses nedsatt endast i den utsträckning som den försäkrades förmåga att vårda barn är nedsatt på grund av sjukdom.

Eftersom ordalydelsen i bestämmelsen inte skiljer på föräldrapenning på sjukpenningnivå och föräldrapenning på grundnivå eller lägstanivå ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till vård av barn oavsett vilken typ av föräldrapenning som den försäkrade skulle ha fått.

Enligt förarbetena krävs det att sjukdomen hindrar föräldern från att vårda barnet eller sätter ned förmågan att vårda barnet. Till ledning för bedömningen av förmågan att

vårda barnet bör främst vara att den försäkrades sjukdom kräver att en annan person övertar vården av barnet (prop. 1991/92:106 s. 39).

Varken i lagtexten eller i förarbetena anges det närmare för vilken tid arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till att vårda barnet. Försäkringskassan har därför tagit fram ett rättsligt ställningstagande (FKRS 2010:05).

10.19.1 Vård av barn med föräldrapenning

Försäkringskassans har tagit fram ett rättsligt ställningstagande om vad som gäller vid bedömningen av arbetsförmågan i samband med vård av barn med föräldrapenning:

- För den som är anställd och föräldraledig ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till förmågan att vårda barnet, så länge som den försäkrade har planerat att vara tjänstledig och skulle ha tagit ut föräldrapenning.
- För den som är arbetslös ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till förmågan att vårda barnet, så länge som hen skulle ha tagit ut föräldrapenning.
- För den som är egenföretagare ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till förmågan att vårda barnet, så länge som hen skulle ha tagit ut föräldrapenning.

Om det inte går att ta reda på hur länge den försäkrade skulle ha tagit ut föräldrapenning kan det antal dagar med föräldrapenning som den försäkrade har kvar att ta ut ses som den längsta tid som den försäkrade kan ha planerat att vara ledig. Även sådana dagar som kan överlåtas ska räknas in i antalet dagar.

Om den försäkrade blir sjuk innan förlossningen och skulle ha tagit ut föräldrapenning under denna tid bör bedömningen göras i förhållande till förmågan att vårda barn, trots att det inte finns något barn att vårda. (FKRS 2010:05)

10.19.2 Vård av barn utan föräldrapenning

I Försäkringskassans rättsliga ställningstagande beskrivs också vad som gäller vid bedömningen av arbetsförmåga i samband med vård av barn utan föräldrapenning:

- För en anställd som är tjänstledig för att vårda barn enligt föräldraledighetslagen (1995:584) ska bedömningen göras i förhållande till förmågan att vårda barnet, även om den försäkrade inte skulle ha tagit ut föräldrapenning.
- För den som är tjänstledig utan stöd av föräldraledighetslagen ska bedömningen göras i förhållande till sådant arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden, även om den försäkrade skulle ha vårdat sitt barn.
- En anställd som är tjänstledig under graviditet men som inte tar ut föräldrapenning ska ses som andra tjänstlediga, det vill säga arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till sådant arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden.
- För arbetslösa och egenföretagare ska bedömningen av arbetsförmågan göras som om de hade omfattats av föräldraledighetslagen. Det innebär att bedömningen av arbetsförmågan ska göras i förhållande till att vårda barnet om den försäkrade hade kunnat vara ledig för att vårda barn med stöd av föräldraledighetslagen om hen hade varit anställd.

10.20 Bedöma arbetsförmågans nedsättning för den som lämnat ett arbetsmarknadspolitiskt program

Om en försäkrad som är inskriven i ett arbetsmarknadspolitiskt program är förhindrad att delta på grund av sjukdom, ska hen skrivas ut från programmet efter 30 dagars sjukfrånvaro i följd (10 § förordningen [2000:634] om arbetsmarknadspolitiska program). Ett beslut om utskrivning fattas då av Arbetsförmedlingen. Efter utskrivningen kan hen

ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan. Det finns en bestämmelse om hur arbetsförmågan ska bedömas då:

27 kap. 55 b § SFB
För en försäkrad som på grund av sjukdom har lämnat ett arbetsmarknadspolitiskt program, och som har formell möjlighet att återinträda i ett sådant program, ska det vid bedömningen av nedsättningen av arbetsförmågan även beaktas den försäkrades förmåga att delta i ett sådant program.

Med formell möjlighet menas att den försäkrade har lämnat ett sådant arbetsmarknadspolitiskt program som det finns en förordningsreglerad möjlighet för hen att återinträda i. Det avgörande är alltså om det finns en formell möjlighet att återinträda, inte om den försäkrades medicinska förutsättningar medger att hen inom en viss tidsperiod återinträder i programmet (prop. 2009/10:45 s. 36 f.). Om den försäkrade har formell möjlighet att återinträda i programmet ska bedömningen av hens arbetsförmåga inte bara göras i förhållande till rehabiliteringskedjan utan även i förhållande till det arbetsmarknadspolitiska programmet.

För en försäkrad som inte har formell möjlighet att återinträda i ett arbetsmarknadspolitiskt program bedöms arbetsförmågan på vanligt sätt, det vill säga utifrån om hen är anställd, egenföretagare eller arbetslös och utifrån var i rehabiliteringskedjan hen befinner sig.

För att bedöma arbetsförmågan för någon som har skrivits ut från ett arbetsmarknadspolitiskt program måste man alltså utreda om hen har formell möjlighet att återinträda. Villkoren för att återinträda skiljer sig åt mellan olika program och framgår i de förordningar som reglerar de arbetsmarknadspolitiska programmen.

10.20.1 Bedömningsgrunder efter deltagande i arbetsmarknadspolitiskt program

För en försäkrad som ansöker om sjukpenning efter att på grund av sjukdom ha blivit utskriven från ett arbetsmarknadspolitiskt program som hen har formell möjlighet att återinträda i, ska arbetsförmågans nedsättning bedömas i förhållande till den bedömningsgrund som är aktuell i rehabiliteringskedjan. Om arbetsförmågan är nedsatt så ska också den försäkrades förmåga att delta i programmet utredas.

Information om den försäkrades formella möjlighet att återinträda i programmet och om vilka aktiviteter som ingår i programmet fås genom kontakt med Arbetsförmedlingen.

I dessa fall inleds sjukperioden när den försäkrade gör sjukanmälan och ansöker om sjukpenning. Karensavdrag ska då göras enligt 27 kap. 27 § SFB.

10.21 Arbetsförmågans nedsättning vid studier utan studiestöd

För en försäkrad som studerar utan studiestöd, och därför inte omfattas av reglerna i studiestödsförordningen, ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden (FKRS 2010:05).

För den som är anställd som doktorand och får lön bedöms arbetsförmågan på samma sätt som för andra anställda.

10.22 Vem räknas som egenföretagare?

Som egenföretagare räknas den som bedriver näringsverksamhet som hen personligen arbetar i och har ett väsentligt inflytande över. En egenföretagare är alltså inte anställd, eftersom hen beskattas på inkomst av näringsverksamhet och inte på inkomst av tjänst (se 34 § ALF, 13 kap. 1 § första stycket IL och 25 kap. 8 § SFB).

10.22.1 Bedömning av arbetsförmågans nedsättning för egenföretagare

För egenföretagare kan rehabiliteringskedjan inte tillämpas fullt ut. Fram till och med dag 180 i rehabiliteringskedjan bedöms arbetsförmågans nedsättning mot det vanliga arbetet (prop. 2007/08:136 s. 59). Läs mer om det i avsnitt 10.2.1. Från och med dag 90 gäller dock att bedömningen ska göras i relation till högst ett heltidsarbete, enligt 27 kap. 47 § andra stycket SFB. Läs mer om det i avsnitt 10.4.2.

Från och med dag 181 bedöms arbetsförmågans nedsättning enligt 27 kap. 48 § SFB, det vill säga i förhållande till förvärvsarbeten i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, förutsatt att ingen av undantagsbestämmelserna är tillämpliga. Läs mer om det i avsnitt 10.6.

10.22.2 Bedömning av om en egenföretagare helt har slutat arbeta i företaget

Ibland kan det vara svårt att avgöra om en egenföretagare är att betrakta som arbetslös eller inte i socialförsäkringsbalkens mening.

En förutsättning för att en egenföretagare ska räknas som arbetslös är att verksamheten i företaget har upphört definitivt, det vill säga att det inte rör sig om endast ett tillfälligt avbrott (se 35a § ALF och prop.2009/10:120 s. 87 och 117). Försäkringskassan behöver därför utreda om det pågår någon verksamhet i företaget eller om verksamheten har avslutats helt. På samma sätt innebär en uppgift om vilandeförklaring av verksamheten i sig inte att verksamheten kan sägas ha upphört och att en egen företagare är att anse som arbetslös utan en helhetsbedömning utifrån omständigheterna i det enskilda fallet måste alltid göras.

Det finns flera omständigheter som kan tala för att verksamheten i ett företag fortfarande pågår, och man måste alltid göra en samlad bedömning utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Exempel på omständigheter som Försäkringskassan kan utreda är

- om företaget är fortsatt registrerat för F-skatt och moms
- om det bedrivs någon faktisk verksamhet i företaget
- om det finns några befintliga tillgångar i företaget som exempelvis inventarier, anläggningstillgångar, immateriella tillgångar eller andra tillgångar som kan säljas eller på annat sätt ge inkomster
- om den försäkrade har för avsikt att fortsätta att bedriva verksamheten eller inte.

Det finns viss ledning kring vilka omständigheter som får beaktas i förarbetena till SFB och i rättspraxis. Enligt förarbetena kan de här omständigheterna tala för att företagets verksamhet har upphört:

- att företaget är avregistrerat hos Skatteverket
- att företaget inte längre betalar skatt
- att företagets tillgångar är sålda
- att avbrottet i verksamheten inte endast är tillfälligt. (Prop. 1998/99:119, s. 119 f)

Ytterligare ledning i frågan finns i en kammarrättsdom där domstolen uttalar att bedömningen av om en egenföretagare är att betrakta som arbetslös eller inte måste ske utifrån en helhetsbedömning av samtliga omständigheter.

I målet hade den försäkrade avregistrerat sin enskilda firma i momsregistret och för F-skatt hos Skatteverket, samt skrivit in sig på Arbetsförmedlingen. Utöver detta hade verksamheten inga tillgångar kvar att sälja. Kontor och kundregister fanns dock fortfarande kvar. Ingen av dessa omständigheter ansågs i sig vara tillräckliga för att bedöma att verksamheten hade upphört helt och att den försäkrade skulle bedömas vara arbetslös. En ytterligare omständighet som domstolen beaktade var den försäkrades avsikt att driva företaget vidare, vilken hade varit vacklande sett utifrån dokumentationen av kontakterna med Arbetsförmedlingen. Efter en samlad bedömning av omständigheterna kom domstolen fram till att näringsverksamheten var helt avslutad och att den försäkrade var att betrakta som helt arbetslös när verksamheten registrerades som inaktiv hos Skatteverket. En egenföretagare som ansöker om sjukpenning ska kunna göra sannolikt att verksamheten fortfarande pågår, och har alltså bevisbördan för detta.

10.22.3 Särskilt om delägare i aktiebolag och arbetslöshet

Försäkrade som är delägare i ett aktiebolag och som tar ut lön eller förmån betraktas inte som egenföretagare, utan som anställda, i socialförsäkringsbalkens mening.

Aktiebolaget är en egen juridisk person och ska därmed registreras som den försäkrades arbetsgivare. Detta gäller även om det inte skulle finnas några andra anställda i aktiebolaget som till exempel vid fåmansaktiebolag. Vad som utgör ett fåmansaktiebolag framgår av 56 kap. 2 § IL.

Vid bedömningen av om en försäkrad som är anställd i eget aktiebolag är arbetslös eller inte är det anställningsavtalet som är utgångspunkten. Om den försäkrade både är anställd och delägare i bolaget kan en överlåtelse av aktierna få betydelse vid bedömningen av om hen fortfarande är anställd, beroende på omständigheterna i det enskilda fallet.

Om aktiebolaget har gått i konkurs är utgångspunkten att den försäkrade betraktas som anställd så länge som anställningen består. Om det är oklart huruvida den försäkrade är fortsatt anställd eller är arbetslös kan Försäkringskassan behöva kontakta den försäkrade och eventuellt konkursförvaltaren för att få reda på om hen är uppsagd och i så fall hur lång uppsägningstiden är.

Den som enbart är delägare i ett aktiebolag och inte tar ut lön eller förmån utan enbart utdelning på aktierna betraktas inte som anställd i socialförsäkringsbalkens mening. Det innebär i regel att hen inte har rätt till en SGI, eftersom inkomst baserat på kapital inte är SGI-grundande.

I vägledning (2004:5) *Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid* finns information om SGI under uppbyggnadsskedet av en näringsverksamhet.

10.23 Bedömningsgrund för delvis arbetslösa

Försäkrade som har inkomst från arbete till viss del, och samtidigt skyddar en tidigare SGI genom att vara aktivt arbetssökande, betraktas som *delvis* arbetslösa.

Det är den försäkrade som ska visa att hen har en anställning. Om den försäkrade slutar arbeta helt under sjukperioden betraktas hen därefter som helt arbetslös.

Den som varit egenföretagare ska betraktas som arbetslös när hen helt har slutat arbeta i företaget. Läs mer om detta i avsnitt 10.22.2.

För den som är delvis arbetslös kan två olika bedömningsgrunder bli aktuella:

- till den del den försäkrade är anställd ska hens arbetsförmåga bedömas i förhållande till rehabiliteringskedjans bedömningsgrunder
- till den del den försäkrade är arbetslös ska arbetsförmågan alltid bedömas i förhållande till normalt förekommande arbete.

Läs mer
Läs mer om SGI-skydd i vägledning (2004:5) *Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid* samt om när en egenföretagare kan anses ha upphört med sin verksamhet i vägledning (2017:1) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal*.

10.24 Sammanläggning av sjukperioder

Bestämmelsen om sammanläggning av sjukperioder har sin grund i att det inte ansågs rimligt att ett kortare uppehåll mellan två sjukperioder ska leda till att prövningen i rehabiliteringskedjan börjar om från början (prop. 2007/08:136 s. 70 f.).

Så här lyder bestämmelsen om hur om hur sjukperioder ska läggas samman:

27 kap. 51 § SFB
Vid beräkningen av hur lång tid den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga enligt 46–49 §§ ska dagar i sjukperioder läggas samman om färre än 90 dagar förflutit mellan sjukperioderna.

Av lagtexten följer att det ska ha gått *minst* 90 dagar mellan sjukperioderna för att de inte ska läggas samman. Om den försäkrade inte haft några sjukperioder tidigare, eller om det har gått minst 90 dagar sedan den föregående sjukperioden avslutades, är första dagen i sjukperioden dag 1 i rehabiliteringskedjan. Om den försäkrade däremot har haft en eller flera sjukperioder ska dagarna under vissa förutsättningar läggas samman. Det innebär att den försäkrade redan från första dagen i sjukperioden hamnar längre fram i rehabiliteringskedjan.

För att kunna ta ställning till om en sjukperiod ska läggas samman med en tidigare måste man först fastställa när den tidigare sjukperioden slutade och när den nya sjukperioden började. Läs mer i kapitel 8 om vad en sjukperiod är och vilka dagar som ingår i en sjukperiod.

11 Bedömning av rätten till sjukpenning i vissa situationer

I det här kapitlet kan du läsa om bedömningen av rätten till sjukpenning i dessa situationer:

- under en sjuklöneperiod och de första 14 dagarna i sjukperioden
- för en familjehemsförälder
- för den som har sjukersättning eller aktivitetsersättning
- för de som har fyllt 67 eller 71 år.

Du kan också läsa om när det finns krav på att den försäkrade ska avstå från arbete för att kunna få sjukpenning.

11.1 Bedömning av rätten till sjukpenning under en sjuklöneperiod

För den som är anställd och har rätt till sjuklön finns det en särskild bestämmelse om rätten till sjukpenning:

> **27 kap. 9 § SFB**
> Sjukpenning lämnas inte på grundval av anställningsförmåner för tid som ingår i en sjuklöneperiod när den försäkrades arbetsgivare ska svara för sjuklön enligt lagen (1991:1047) om sjuklön.

Enligt förarbetena är syftet med bestämmelsen att skära av rätten till sjukpenning under sjuklöneperioden (prop. 1990/91:181 s. 88). Även om den försäkrade uppfyller övriga villkor för sjukpenning ska hen inte kunna få sjukpenning under sjuklöneperioden.

Det avgörande för om den försäkrade kan få sjukpenning för en viss dag är om dagen ingår i en sjuklöneperiod, inte om den försäkrade faktiskt får sjuklön den dagen (prop. 1990/91:181 s. 88). En anställd som bara får sjuklön för vissa dagar i sjuklöneperioden kan alltså inte få sjukpenning för övriga dagar i perioden.

Som framgår av bestämmelsens ordalydelse gäller den bara för sjukpenning som grundas på anställningsförmåner hos den arbetsgivare som ska svara för sjuklön. Om den försäkrade har flera arbetsgivare och en sjuklöneperiod pågår bara hos någon av dem kan den försäkrade alltså få sjukpenning. Detsamma gäller om den försäkrade är både anställd och egenföretagare eller är delvis arbetslös. Då bortser man från arbetet hos den arbetsgivare som ska svara för sjuklön när man bedömer arbetsförmågan. Sjukpenningen ska då också beräknas utifrån ett beräkningsunderlag som inte omfattar inkomsten och arbetstiden hos den arbetsgivare som ska svara för sjuklön (läs om beräkningen i kapitel 18).

11.2 Krav på att avstå från förvärvsarbete och rätten till sjukpenning

För tid när den försäkrade får kalenderdagsberäknad sjukpenning finns enligt 28 kap. 3 § SFB inget krav på att man behövt *avstå* från förvärvsarbete för att få sjukpenning, förutom när det gäller sjukpenning som betalas ut i förebyggande syfte (se kapitel 31).

Om arbetsförmågan är nedsatt kan man alltså normalt få sjukpenning även för dagar då man inte skulle ha arbetat.

Det finns dock situationer när det krävs att man behövt avstå från förvärvsarbete för att ha rätt till sjukpenning. De beskrivs i 27 kap. 10–16 §§ SFB. Om man har rätt till sjukpenning ska sjukpenningen i dessa fall arbetstidsberäknas. Läs om arbetstidsberäknad sjukpenning i kapitel 20.

11.3 De första 14 dagarna i en sjukperiod

Det finns en bestämmelse som gäller för sjukperiodens första 14 dagar:

> **27 kap. 10 § SFB**
> För de första 14 dagarna i en sjukperiod lämnas sjukpenning som svarar mot sjukpenninggrundande inkomst av anställning endast under förutsättning att den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat om han eller hon inte hade varit sjuk.
>
> Med tid för förvärvsarbete enligt första stycket likställs tid som avses i 25 kap. 28 §.

Bestämmelsen gäller alltså bara till den del den försäkrades SGI baseras på inkomst av anställning. Den som har en SGI som endast baseras på inkomst av annat förvärvsarbete omfattas inte.

Bestämmelsen innebär att den försäkrade inte har rätt till sjukpenning för lediga dagar. Det gäller till exempel dagar när den försäkrade är ledig på grund av inarbetad tid, ibland kallad vederlagstid.

Enligt andra stycket gäller detta dock inte sådan ledighet som likställs med arbetad tid vid beräkning av årsarbetstid enligt 25 kap. 28 § SFB. Den bestämmelsen handlar om

- ferieledighet för lärare
- studieledighet då full lön betalas ut
- ledighet för att delta i teckenspråksutbildning för vissa föräldrar
- ledighet för semester.

När det gäller ledighet för semester jämställs den inte med arbetad tid om den försäkrade är ledig med semesterlön och enligt 15 § semesterlagen har rätt att begära att sjukdagar inte ska räknas som semesterdagar (25 kap. 28 § 1 SFB). Eftersom 15 § semesterlagen ger en generell rätt att byta ut semesterledighet mot sjukledighet är det i praktiken bara när semesterledigheten är obetald som den räknas som arbetad tid.

Om det inte kan utredas hur den försäkrade skulle ha arbetat

För en försäkrad som arbetar oregelbundet kan det ibland vara svårt att utreda hur hen skulle ha arbetat under sjukperioden. Det finns en bestämmelse om hur sjukpenning kan betalas ut då:

27 kap. 11 § SFB
Kan det inte utredas hur den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat under sjukperiodens första 14 dagar gäller följande. Sjukpenningen får lämnas efter vad som kan anses skäligt med ledning av hur den försäkrade har förvärvsarbetat före sjukperioden, om det kan antas att den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat i motsvarande omfattning under de första 14 dagarna i sjukperioden.

Lagtexten anger inte hur långt tillbaka man ska gå när man tittar på hur den försäkrade arbetade innan sjukfallet. Perioden kan variera från fall till fall beroende på hur arbetsförhållandena ser ut och om arbetstiden har växlat mycket över tid.

Enligt förarbetena bör dock jämförelseperioden inte sträcka sig alltför långt bakåt i tiden. Normalt bör det vara tillräckligt med en jämförelseperiod som är en till tre månader lång. För en person som är ny på arbetsmarknaden kan perioden bli kortare. (1999/00: SfU12 s. 8)

Arbetslösa

Ordalydelsen i 27 kap. 10 och 11 §§ SFB omfattar alla som har en SGI som grundas på anställning. Det ställs alltså inte något krav på att den försäkrade fortfarande är anställd. Men särskilda regler gäller för den som är helt eller delvis arbetslös:

27 kap. 11 a § SFB
Särskilda bestämmelser om rätt till sjukpenning under de första 14 dagarna i en sjukperiod när denna förmån lämnas till en försäkrad som är helt eller delvis arbetslös finns i 28 kap. 6 § tredje stycket.

En försäkrad som är helt eller delvis arbetslös kan alltså ha rätt till sjukpenning under de första 14 dagarna i sjukperioden trots att hen inte skulle ha arbetat. Det gäller om hen uppfyller villkoren i 28 kap. 6 § tredje stycket SFB om att ha varit anmäld som arbetssökande på Arbetsförmedlingen och beredd att anta ett arbete som motsvarar den fastställda SGI:n. Läs mer om det i kapitel 19.

11.4 Efter de första 14 dagarna i sjukperioden

För vissa grupper gäller kravet på att ha behövt avstå från förvärvsarbete för hela sjukperioden. Bestämmelserna om det finns i 27 kap. 12–16 §§ SFB.

Gemensamt för dessa bestämmelser är att de hänvisar till 27 kap. 10 § SFB. Det som står där ska tillämpas även efter de första 14 dagarna i sjukperioden. Däremot finns det ingen hänvisning till 27 kap. 11 § SFB. Det går alltså inte att göra en skälighetsbedömning efter de första 14 dagarna.

Studier

För studerande tillämpas kravet på att ha behövt avstå från förvärvsarbete under hela sjukperioden:

27 kap. 12 § SFB
Det som föreskrivs i 10 § gäller även för tid efter de första 14 dagarna av sjukperioden för en försäkrad som bedriver sådana studier som avses i 26 kap. 11 §.

Det framgår av 26 kap. 11 § SFB att det är studerande som får studiestöd enligt studiestödslagen (1999:1395) som avses. En sådan försäkrad har sin tidigare SGI skyddad under studietiden.

Periodiskt ekonomiskt stöd

Periodiskt ekonomiskt understöd är stöd enligt särskilt avtal mellan arbetsmarknadens parter, till exempel ersättning från trygghetsfond eller trygghetsråd. För den som får sådant understöd tillämpas kravet på att ha behövt avstå från förvärvsarbete under hela sjukperioden:

27 kap. 13 § SFB
Det som föreskrivs i 10 § gäller även för tid efter de första 14 dagarna av sjukperioden för en försäkrad som får periodiskt ekonomiskt stöd enligt sådana särskilda avtal mellan arbetsmarknadens parter som avses i 26 kap. 12 §.

Arbetsmarknadspolitiskt program

Kravet på att ha behövt avstå från förvärvsarbete för att ha rätt till sjukpenning gäller under hela sjukperioden för den som deltar i arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning:

27 kap. 14 § SFB
Det som föreskrivs i 10 § gäller även för tid efter de första 14 dagarna av sjukperioden för en försäkrad som, på det sätt som avses i 26 kap. 13 §,

1. deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning, eller

2. står till arbetsmarknadens förfogande.

Den som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program får normalt behålla aktivitetsstödet, utvecklingsersättningen eller etableringsersättningen vid kortare sjukfrånvaro med stöd av förordning (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser (FEA). Bestämmelsen är därför i praktiken aktuell för den som arbetar vid sidan om programmet.

Behandling och rehabilitering med livränta

För den som får livränta under tid för behandling och rehabilitering gäller kravet på att ha behövt avstå från förvärvsarbete under hela sjukperioden:

27 kap. 15 § SFB
Det som föreskrivs i 10 § gäller även för tid efter de första 14 dagarna av sjukperioden för en försäkrad som får sådan behandling som avses i 6 § eller 31 kap. 3 § och som under denna tid får livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 41–44 kap.

Plikttjänstgöring

Även i samband med plikttjänstgöring gäller kravet på att ha behövt avstå från arbete under hela sjukperioden:

27 kap. 16 § SFB
Det som föreskrivs i 10 § gäller även för tid efter de första 14 dagarna för en försäkrad som fullgör tjänstgöring enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt, om tjänstgöringen avser grundutbildning som är längre än 60 dagar.

Bestämmelsen gäller alltså bara för grundutbildning som är längre än 60 dagar, men inte för kortare grundutbildningar eller för fortsättningsutbildningar.

11.5 Sjukpenning för en familjehemsförälder

För den som är familjehemsförälder finns det en särskild regel om bedömning av rätten till sjukpenning:

27 kap. 8 § SFB
Om en familjehemsförälder får ersättning för vården av barn som omfattas av uppdraget för tid när sjukpenning kommer i fråga, bedöms rätten till sjukpenning med bortseende från ersättningen.

Med familjehemsförälder menas den som tagit emot ett barn för stadigvarande vård och fostran i ett enskilt hem som inte tillhör barnets föräldrar eller någon annan som har vårdnaden om barnet (2 kap. 16 § SFB). Eftersom det ska handla om *stadigvarande* vård och fostran omfattas inte den som är dagbarnvårdare eller liknande av 27 kap. 8 § SFB.

Bestämmelsen innebär att Försäkringskassan vid bedömningen av rätten till sjukpenning ska bortse från uppdraget som familjehemsförälder om den försäkrade trots sjukdomen fortsätter att vårda barnet och får ersättning för det.

11.5.1 Beräkningsunderlag för familjehemsförälder

Det finns en särskild regel om beräkningsunderlag för sjukpenning för familjehems-föräldrar:

28 kap. 9 § SFB
För en familjehemsförälder som får ersättning för vården för tid då sjukpenning kommer i fråga, ska sjukpenningens storlek och årsarbetstiden beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst respektive ett beräknat antal timmar i förvärvs-arbete som inte omfattar ersättningen.

När Försäkringskassan beräknar sjukpenning för en familjehemsförälder som får familjehemsersättning, ska vi helt bortse från hens arvode för uppdraget. Den delen av inkomsten ska alltså inte ingå i beräkningsunderlaget. Det innebär att ersättningen beräknas utifrån familjehemsförälderns övriga sjukpenninggrundande inkomster upp till inkomsttaket för sjukpenning. Det finns ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen om detta (HFD 2019 ref. 3). Avgörandet gällde visserligen föräldrapenningförmåner, men man ska tillämpa samma princip för att fastställa beräkningsunderlaget i sjukpenningärenden.

Om familjehemsföräldern inte längre får familjehemsersättning, exempelvis för att sjukdomen hindrar hen från att utföra uppdraget eller för att uppdraget har upphört, gäller inte längre 28 kap. 9 § SFB. Då ska sjukpenningen i stället beräknas enligt övriga bestämmelser i 28 kap. SFB. Det innebär att om uppdraget har upphört och den försäkrade är arbetslös, ska arbetslöshetstaket i 28 kap. 11 § SFB tillämpas.

Ett metodstöd för beräkning av sjukpenning finns i avsnitt 18.4.

11.6 Rehabiliteringspenning för en familjehemsförälder

För familjehemsföräldrar finns en särskild regel om bedömning av rätten till rehabiliteringspenning:

> **31 kap. 7 § SFB**
> Om en familjehemsförälder får ersättning för vården av barn som omfattas av uppdraget för tid när rehabiliteringspenning kommer i fråga, bedöms rätten till rehabiliteringspenning med bortseende från ersättningen.

Med familjehemsförälder menas den som tagit emot ett barn för stadigvarande vård och fostran i ett enskilt hem som inte tillhör barnets föräldrar eller någon annan som har vårdnaden om barnet (2 kap. 16 § SFB). Eftersom det ska handla om *stadigvarande* vård och fostran omfattas inte den som är dagbarnvårdare eller liknande av 31 kap. 7 § SFB.

Bestämmelsen innebär att Försäkringskassan vid bedömningen av rätten till rehabiliteringspenning ska bortse från uppdraget som familjehemsförälder om den försäkrade fortsätter att vårda barnet och får ersättning för det under rehabiliteringen.

11.6.1 Beräkningsunderlag för en familjehemsförälder

Det finns en särskild regel om beräkningsunderlag av rehabiliteringspenning för familjehemsföräldrar:

> **31 kap. 11 § SFB**
> I fall som avses i 7 § ska rehabiliteringspenningens storlek beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst som inte omfattar den ersättning som den försäkrade får i egenskap av familjehemsförälder.

När man beräknar rehabiliteringspenningens storlek för en familjehemsförälder som vid sidan av rehabiliteringen vårdar barn och får ersättning för det, ska man alltså bortse från den del av hens SGI som grundas på denna ersättning.

11.7 Sjukpenning i samband med hel sjukersättning eller aktivitetsersättning

Den som får hel sjuk- eller aktivitetsersättning kan inte få sjukpenning (27 kap. 34 § första stycket SFB). Men den som får partiell sjuk- eller aktivitetsersättning kan få sjukpenning för en inkomstförlust som orsakas av nedsättning av den återstående arbetsförmågan.

11.7.1 Försäkrade som börjat få ålderspension och innan dess fick hel sjukersättning

Det finns en bestämmelse som gäller för dem som tidigare fått hel sjukersättning och direkt därefter börjat få hel ålderspension:

27 kap. 34 § andra stycket SFB
En försäkrad har inte heller rätt till sjukpenning om han eller hon under månaden närmast före den då han eller hon började få hel ålderspension fick hel sjukersättning.

Som bestämmelsen är utformad saknar det betydelse om den försäkrade vid prövningen av rätten till sjukpenning fortfarande får hel ålderspension. Den som börjat ta ut hel ålderspension i direkt anslutning till att hens hela sjukersättning upphört kan alltså inte få sjukpenning, även om hen minskar eller helt återkallar uttaget av ålderspension.

Vid tillämpningen av bestämmelsen gäller också att den försäkrade inte har rätt till sjukpenning om hen hade rätt till hel sjukersättning under månaden närmast före den månad när hen började få hel ålderspension, även om sjukersättning inte har betalats ut på grund av bestämmelserna om steglös avräkning eller vilande sjukersättning. (FKRS 2024:15)

11.7.2 Försäkrade som skulle ha fått hel sjukersättning eller hel aktivitetsersättning om försäkringstidsvillkoret varit uppfyllt

Begränsningar i rätten till sjukpenning finns även för försäkrade som inte har fått sjukersättning eller aktivitetsersättning på grund av att villkoren om försäkringstid inte var uppfyllda:

27 kap. 35 § SFB
Bestämmelserna i 34 § om sjukersättning och aktivitetsersättning ska tillämpas även när den försäkrade skulle ha haft sådan ersättning i form av garantiersättning om han eller hon hade haft rätt till sådan ersättning enligt bestämmelserna i 35 kap. 4–7 och 11–15 §§ om försäkringstid.

Bestämmelsen innebär att en försäkrad inte kan få sjukpenning om hen skulle ha fått hel sjukersättning eller aktivitetsersättning om villkoret om försäkringstid varit uppfyllt. Den innebär också att en försäkrad inte kan få sjukpenning om hen har börjat ta ut hel ålderspension och dessförinnan skulle fått hel sjukersättning om villkoret om försäkringstid varit uppfyllt.

Läs mer
Läs mer om försäkringstid i vägledning (2013:3) *Sjukersättning och aktivitetsersättning – beräkning, steglös avräkning m.m.*

11.7.3 Försäkrade med vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning

De allmänna bestämmelserna om vilande sjukersättning och aktivitetsersättning finns i 36 kap. 10–12 §§ SFB. Den som har sin sjukersättning eller aktivitetsersättning vilande vid arbete kan få sjuklön och sjukpenning utbetald på vanligt sätt för den del när hen skulle ha arbetat. Vid upprepade avbrott i arbetet bör Försäkringskassan och den försäkrade diskutera hur frånvaron påverkar arbetsförsöket. Sedan tar Försäkringskassan ställning till om sjukersättningen eller aktivitetsersättningen ska betalas ut igen (prop. 2000/01:96 s. 121).

11.7.4 Försäkrade som får partiell sjukersättning eller aktivitetsersättning med mera

Det finns en särskild bestämmelse om hur arbetsförmågans nedsättning ska bedömas för den som får partiell sjuk- eller aktivitetsersättning:

27 kap. 53 § SFB
Vid prövningen av den försäkrades rätt till sjukpenning ska det vid bedömningen av hans eller hennes arbetsförmåga bortses från den nedsättning av förmågan eller möjligheten att bereda sig arbetsinkomst som ligger till grund för ersättning till den försäkrade i form av

1. sjukersättning eller aktivitetsersättning, eller

2. livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 41–44 kap.

Bestämmelsen är ett uttryck för principen att ett och samma inkomstbortfall inte ska ersättas mer än en gång (se till exempel prop. 2001/02:81 s. 73). Vid bedömningen av rätten till sjukpenning ska Försäkringskassan alltid bortse från den nedsättning av arbetsförmågan som ersätts genom en redan beviljad sjukersättning, aktivitetsersättning eller livränta. Om den försäkrade får sjukpenning och Försäkringskassan därefter beviljar hen sjukersättning, aktivitetsersättning eller livränta så upphör rätten till sjukpenning i den del förmånerna gäller samma arbetsoförmåga. Den försäkrade kan fortfarande få sjukpenning för nedsättning av den återstående arbetsförmågan, förutsatt att nedsättningen är minst en fjärdedel.

Hänvisningen till 41–44 kap. SFB förtydligar att detta inte bara gäller sjukersättning, aktivitetsersättning och livränta. Om den försäkrade får ersättning enligt bestämmelserna om statligt personskadeskydd eller krigsskadeersättning till sjömän ska Försäkringskassan ta hänsyn även till den ersättningen, eftersom inkomstbortfallet inte ska ersättas två gånger.

Arbetsförmågans nedsättning vid vilande sjukersättning

En försäkrad som har sin sjukersättning eller aktivitetsersättning vilande för att arbeta, kan ha rätt till sjuklön och sjukpenning på den del som hen arbetar. Bedömningen av

den försäkrades arbetsförmåga görs då med utgångspunkt i rehabiliteringskedjan och med hänsyn till var någonstans i kedjan som hen befinner sig.

Se vidare vägledning (2004:5) *Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid*, vägledning (2013:1) *Sjukersättning* och vägledning (2013:2) *Aktivitetsersättning*.

11.7.5 När annan ersättning inte kan betalas ut men ändå ska beaktas

Bestämmelsen i 27 kap. 53 § 1 SFB ska i vissa fall tillämpas även om den försäkrade inte har rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning:

27 kap. 54 § SFB
Bestämmelsen i 53 § 1 ska tillämpas även när den försäkrade skulle ha haft sjukersättning eller aktivitetsersättning i form av garantiersättning om han eller hon hade haft rätt till sådan ersättning enligt bestämmelserna i 35 kap. 4–7 och 11–15 §§ om försäkringstid.

Bestämmelsen gäller en försäkrad som uppfyller de medicinska kraven för sjukersättning eller aktivitetsersättning på garantinivå men som inte kan få sådan ersättning på grund av att hen inte har tillräckligt lång försäkringstid. Den försäkrade har då inte rätt till sjukpenning för den arbetsoförmåga som kunde ha gett rätt till sjuk- eller aktivitetsersättningen.

11.7.6 Sjukpenning för en försäkrad med steglös avräkning av sjukersättning

För den som beviljats sjukersättning utan tidsbegränsning enligt bestämmelserna som gällde före den 1 juli 2008 finns det särskilda regler som ger möjlighet att arbeta utan att rätten till sjukersättning prövas på nytt. Sjukersättningen minskas då med hänsyn till arbetsinkomsterna enligt ett beräkningssätt som kallas steglös avräkning. Det finns en bestämmelse om hur bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras om den försäkrade ansöker om sjukpenning när hen arbetar med steglös avräkning:

27 kap. 55 § SFB
För en försäkrad som förvärvsarbetar under tid som han eller hon får sjukersättning enligt bestämmelserna i 37 kap. 3 § ska nedsättningen av arbetsförmågan, om det inte går att avgöra till vilken tid och till vilket förvärvsarbete nedsättningen hänför sig, i första hand anses hänföra sig till sådant förvärvsarbete som avses i den paragrafen.

För en försäkrad som avses i första stycket ska bedömningen enligt 53 § alltid göras som om sjukersättning och livränta lämnas med oavkortade belopp.

Bakgrunden till bestämmelsen är att inkomsten från arbetet inom ramen för reglerna om steglös avräkning inte ingår i den försäkrades SGI (se 25 kap. 24 § SFB). Det är bara inkomster som kan hänföras till den arbetsförmåga som den försäkrade bedömts ha sedan tidigare som kan ligga till grund för SGI:n (prop. 2007/08:124 s. 67 f.). En försäkrad som har hel sjukersättning och arbetar med steglös avräkning kan därför inte få sjukpenning alls. För den som har partiell sjukersättning och arbetar med steglös avräkning ska arbetsförmågan bedömas på det sätt som anges i bestämmelsen när man prövar rätten till sjukpenning. I bedömningen av arbetsförmågan ska man alltså

bortse från den nedsättning av arbetsförmågan som ligger till grund för sjukersättning eller livränta.

Om det är svårt att avgöra om nedsättningen av arbetsförmågan är samma som den nedsättning som ligger till grund för sjukersättningen eller livräntan så ska nedsättningen i första hand anses gälla arbetet som utförs med steglös avräkning (prop. 2007/08:136 s. 102). Det innebär att om ansökan om sjukpenning enbart gäller den del på vilken den försäkrade arbetar med steglös avräkning så ska sjukpenning inte beviljas.

Som framgår av bestämmelsens andra stycke gäller det även om den steglösa avräkningen medfört att sjukersättningen eller livräntan helt har reducerats bort. Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska ändå alltid göras som om sjukersättningen eller livräntan hade betalats ut (prop. 2007/08:136 s. 102).

11.7.7 Rehabiliteringspenning för den som har sjukersättning med steglös avräkning

Det finns en särskild bestämmelse om bedömningen av arbetsförmågans nedsättning för den som har rätt till sjukersättning med steglös avräkning:

31 kap. 9 § SFB
Vid tillämpningen av 8 § första stycket ska det bortses från sådan arbetsförmåga som den försäkrade utnyttjar i samband med förvärvsarbete som utförs med stöd av 37 kap. 3 §. Om det inte går att avgöra till vilken tid och till vilket förvärvsarbete nedsättningen av arbetsförmågan hänför sig ska denna i första hand anses hänföra sig till sådant förvärvsarbete som avses i 37 kap. 3 §.

Vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning enligt 31 kap. 8 § SFB ska Försäkringskassan alltså inte väga in den arbetsförmåga som den försäkrade använder i arbete som hen utför inom ramen för systemet med steglös avräkning av sjukersättningen.

Läs mer
Läs mer om vilande sjukersättning och aktivitetsersättning i vägledning (2013:1) *Sjukersättning* eller vägledning (2013:2) *Aktivitetsersättning.*

11.8 Försäkrade som fyllt 67 år

För den som har uppnått riktåldern för pension finns det en begränsning i möjligheten att få sjukpenning:

27 kap. 36 § SFB
Har den försäkrade fått sjukpenning för 180 dagar efter ingången av den månad när han eller hon uppnådde riktåldern för pension, får Försäkringskassan besluta att sjukpenning inte längre ska lämnas till den försäkrade.

Riktåldern för pension är för närvarande 67 år. Det gäller för personer födda 1960 och senare. För personer födda 1959 och tidigare är det andra åldersgränser som gäller. Du kan läsa mer om åldersgränserna i kapitel 37.

Enligt förarbetena ska Försäkringskassan pröva rätten till sjukpenning enligt liknande principer som gäller vid prövning av rätt till sjukersättning. Om den försäkrades arbetsförmåga bedöms vara stadigvarande nedsatt ska Försäkringskassan besluta att inte längre betala ut sjukpenning. Bedömningen ställer dock inte samma krav på att rehabiliteringsmöjligheterna ska vara uttömda som vid prövning av rätten till sjukersättning. (Prop. 1975:97 s. 73 och 82)

I den här situationen ska den försäkrades arbetsförmåga enbart bedömas i förhållande till sådant arbete som finns direkt tillgängligt för den försäkrade. Om hen inte bedöms kunna återgå i sitt vanliga arbete, och det inte finns något annat arbete direkt tillgängligt för hen, ska Försäkringskassan besluta att inte längre betala ut ersättning. (HFD 2025 ref. 25)

Rättsfall

HFD har prövat ett mål där regeln om sjukpenning till den som fyllt 65 år (numera 66 år) var aktuell. Målet gällde en försäkrad som inledningsvis varit helt sjukskriven men sedan ett antal år tillbaka hade återgått i arbete på 25 procent. Försäkringskassan beslutade att inte längre betala ut sjukpenning eftersom den försäkrades arbetsförmåga ansågs vara stadigvarande nedsatt. Enligt läkarintygen var den försäkrades sjukdom fluktuerande och det var svårt att bedöma arbetsförmågan för längre tid än tre månader. Läkarna hade bedömt att ytterligare förbättring eventuellt kunde ske men att den försäkrade inte skulle kunna arbeta heltid ens på lång sikt. Under överklagandeprocessen hade dock den försäkrades tillstånd förbättrats och vid tidpunkten för HFD:s prövning hade den försäkrade även börjat arbeta heltid.

HFD konstaterade att bedömningen av om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt ska baseras på den kunskap om behandlingsmetoder med mera som finns vid tiden för Försäkringskassans beslut. HFD ansåg att Försäkringskassan haft fog för bedömningen att den försäkrades arbetsförmåga var stadigvarande nedsatt och att nedsättningen omfattade 75 procent av arbetsförmågan. Försäkringskassan hade därför också fog för att besluta att sjukpenning inte skulle betalas ut. (RÅ 2010 ref. 108)

Det finns inget krav på att Försäkringskassan ska ha betalat ut sjukpenning i 180 dagar i en följd för att kunna besluta att inte längre betala ut sjukpenning. Som lagtexten är utformad går det att fatta ett sådant beslut även om de 180 dagarna har varit utspridda, under förutsättning att arbetsförmågan bedöms vara stadigvarande nedsatt.

Observera att den som fyllt 67 år inte omfattas av samma SGI-skyddsregler som den som är under 67 år. För vissa försäkrade gäller andra åldersgränser . Läs mer om detta och SGI-reglerna i vägledning (2004:5) *Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid* och FKRS 2022:10. Om den försäkrade inte har någon SGI kan hen inte få någon sjukpenning. Det gäller oavsett om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt eller inte.

11.9 Försäkrade som fyllt 71 år

För den som har fyllt 71 år finns en definitiv tidsgräns för rätten till sjukpenning. För den som fyllt 70 år före den 1 januari 2023 är åldersgränsen 70 år. Det framgår av övergångsbestämmelserna till lag om ändring i socialförsäkringsbalken (SFS 2022:878).

27 kap. 37 § SFB
För tid efter ingången av den månad då den försäkrade fyllt 71 år får sjukpenning lämnas under högst 180 dagar.

Den försäkrade kan alltså få sjukpenning under högst 180 dagar från och med den första dagen i den månad när hen fyller 71 år. Det saknar betydelse om de 180 dagarna betalas ut i en följd eller om de är utspridda.

11.10 Beräkning av antalet dagar med sjukpenning efter 67 och 71 år

Det finns en bestämmelse om hur man beräknar dagarna med sjukpenning efter 67 respektive 71 år:

27 kap. 38 § SFB
När antalet dagar beräknas enligt 36 eller 37 § ska varje dag som sjukpenning har lämnats för räknas som en dag.

Det spelar alltså ingen roll för beräkningen om den försäkrade har fått hel eller partiell sjukpenning.

I de 180 dagarna med sjukpenning ingår dagar med

- sjukpenning
- sjukpenning i förebyggande syfte
- viss sjukpenning i förebyggande syfte enligt förordningen (2020:802) om dels fortsatt giltighet av förordningen (2020:582) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärarpenning med anledning av sjukdomen covid-19, dels ändring i samma förordning. Orsaken är att det saknas uppgift i förordningen om att bestämmelserna i 27 kap. 36–38 §§ SFB inte ska tillämpas för viss sjukpenning i förebyggande syfte.

Sjukpenning i särskilda fall ingår inte i dagarna, eftersom rätten till sådan ersättning upphör månaden när den försäkrade fyller 67 år. Inte heller sjuklön ingår i dagarna.

12 Läkarintyg

Det här kapitlet handlar om läkarintyg som Försäkringskassan i de flesta fall behöver för att kunna bedöma rätten till sjukpenning. Kapitlet berör även Socialstyrelsens beslutstöd för diagnoser och läkarintygsföreläggande.

12.1 Huvudregeln – Läkarintyg senast från och med åttonde dagen i sjukperioden

Det finns en bestämmelse om när den försäkrade behöver styrka arbetsförmågans nedsättning med ett läkarintyg:

27 kap. 25 § SFB

Den försäkrade ska styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom senast från och med den sjunde dagen efter sjukperiodens första dag genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter dels om undantag från skyldigheten att lämna läkarintyg enligt första stycket när ett sådant intyg inte behövs, dels om att skyldigheten enligt första stycket ska gälla från och med en annan dag.

Huvudregeln är att den försäkrade från och med den åttonde dagen i sjukperioden måste lämna ett läkarintyg för att styrka att arbetsförmågan är nedsatt. Det framgår av bestämmelsens första stycke.

Sjukperiodens första dag behöver inte sammanfalla med den första dag som den försäkrade ansöker om sjukpenning för. Det innebär att den försäkrade i vissa fall kan behöva lämna läkarintyg redan från första dagen som hen ansöker om sjukpenning för. Det gäller exempelvis när den försäkrade haft sjuklön från sin arbetsgivare under sjukperiodens första 14 dagar och därefter ansöker om sjukpenning. Läs mer om begreppet sjukperiod i kapitel 8.

Som framgår av bestämmelsens andra stycke kan det föreskrivas om undantag från huvudregeln. I avsnitt 12.2 och 12.9 framgår när läkarintyg kan lämnas tidigare respektive senare än åttonde dagen i sjukperioden.

12.2 Läkarintyg senare än från åttonde dagen i sjukperioden eller inte alls

Förordningen (1995:1051) om skyldigheten att lämna läkarintyg när det gäller vissa socialförsäkringsförmåner vid sjukdom innehåller ett bemyndigande för Försäkringskassan att meddela föreskrifter om undantag från huvudregeln om läkarintyg från och med den åttonde dagen i sjukperioden (3 § förordningen). Med stöd av den bestämmelsen har Försäkringskassan meddelat föreskrifter som finns i Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:13) om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet, m.m.

I föreskriften finns en bestämmelse som innebär att läkarintyget i vissa fall kan lämnas från en senare tidpunkt än åttonde dagen i sjukperioden:

6 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13

Om sjukpenning inte kan utges i direkt anslutning till läkarintygsfri tid enligt 27 kap. 25 § socialförsäkringsbalken får denna tid förlängas fram till den dag för vilken sjukpenning tidigast kan utges.

Bestämmelsen innebär att Försäkringskassan inte ska begära läkarintyg från och med den åttonde dagen i sjukperioden om den försäkrade ändå inte kan få sjukpenning. Det kan till exempel handla om situationer när den försäkrade sjukanmält sig för sent utan att det funnits förhinder eller särskilda skäl eller när hen har vistats utomlands utan medgivande från Försäkringskassan. Försäkringskassan ska då begära läkarintyg först från och med den dag när den försäkrade kan få sjukpenning om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt.

I föreskrifterna finns också bestämmelser om när läkarintyg inte behöver lämnas alls:

7 och 8 §§ Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13

7 § För den försäkrade gäller undantag från skyldigheten att lämna läkarintyg i sjukpenningärenden och ärenden om rehabiliteringsersättning om det är uppenbart obehövligt att intyget lämnas.

8 § Även om den försäkrade inte kunnat visa upp läkarintyg för att styrka nedsättningen av arbetsförmågan, får sjukpenning eller rehabiliteringsersättning utges om det ändå av omständigheterna i ärendet kan anses visat att han eller hon lidit av sjukdom som avses i 27 kap. 2 § respektive 31 kap. 5 § socialförsäkringsbalken.

Läkarintygskravet är alltså inte absolut. Om den försäkrade inte lämnar in ett läkarintyg får Försäkringskassan göra en samlad bedömning av de uppgifter som finns i ärendet. Om det av uppgifterna kan anses visat att den försäkrade uppfyller villkoren i 27 kap. 2 § SFB kan sjukpenning beviljas även utan läkarintyg.

Detsamma gäller vid prövning av om en försäkrad kan få behålla sin rehabiliteringsersättning vid sjukfrånvaro och där det av uppgifterna i ärendet kan anses visat att den försäkrade inte kunnat delta i rehabiliteringen på grund av sådan sjukdom som avses i 31 kap. 5 § SFB. Det kan till exempel vara möjligt när utredningen visar att den försäkrade vårdats på sjukhus eller när det finns ett intyg från tandläkare som styrker att den försäkrade har en tandsjukdom som sätter ned hens arbetsförmåga.

Ett intyg från en tandläkare uppfyller inte kravet för att utgöra ett läkarintyg enligt 27 kap. 25 § SFB. Däremot kan ett intyg från en tandläkare vara tillräckligt för att göra en bedömning enligt 27 kap. 2 § SFB av om arbetsförmågan är nedsatt till följd av sjukdom.

Det krävs alltid en motivering till varför underlaget är tillräckligt för att bedöma rätten till sjukpenning enligt 27 kap. 2 § SFB trots att det saknas läkarintyg.

12.3 Läkarintyg när arbetsförmågan försämras i ett pågående sjukdomsfall

Det finns en bestämmelse om vad som gäller när en försäkrad som är partiellt sjukskriven försämras och vill höja nivån på sin sjukpenning:

8 a § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13
När en försäkrad vars arbetsförmåga partiellt är nedsatt på grund av sjukdom får en större total arbetsoförmåga i ärende om sjukpenning, ska den totala arbetsoförmågan styrkas med läkarintyg från och med den sjunde dagen efter den dag då den försäkrades arbetsoförmåga blev större.

Försäkringskassan kan alltså i upp till sju dagar bevilja sjukpenning på en högre nivå än vad som motsvarar nivån på den nedsatta arbetsförmågan som styrks i ett läkarintyg som hen har lämnat tidigare.

Om de samlade uppgifterna i ärendet visar att den försäkrades arbetsförmåga varit nedsatt i sådan grad som krävs för den högre förmånsnivån, kan den beviljas även för längre perioder utan nytt läkarintyg.

12.4 Läkarintygets utformning och innehåll

För att ett intyg ska uppfylla kraven för att vara ett läkarintyg krävs att intyget är utfärdat av någon av följande:

- en legitimerad läkare
- en läkare som efter avslutad läkarutbildning går igenom sin AT-utbildning (4 kap. 5 § patientsäkerhetslagen [2010:659] [PSL])
- en person som ännu inte är legitimerad läkare, men som genom ett särskilt förordnande av Socialstyrelsen eller genom förordnande från region får utöva läkaryrket. (Socialstyrelsens föreskrifter [HSLF-FS 2020:3 2000:6] om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare).

Läkarintyget ska vara utformat utifrån den fastställda blanketten för läkarintyg:

9 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13
I ärende om sjukpenning ska användas formulär för läkarintyg och särskilt läkarutlåtande som fastställts av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen.

Den fastställda blanketten är utformad för att ge den medicinska information som Försäkringskassan behöver för att kunna bedöma rätten till sjukpenning. Blanketten finns både digitalt och i pappersformat. Även om den försäkrade lämnar in ett läkarintyg som är utformat på annat sätt ska vi värdera de uppgifter som finns i intyget. Om uppgifterna är tillräckliga för att bedöma rätten till sjukpenning behöver vi inte begära ett nytt intyg på rätt blankett.

Huvudregeln är att arbetsförmågans nedsättning ska styrkas genom att den sökande lämnar in ett läkarintyg. Ett intyg utfärdat av någon annan än en läkare uppfyller inte kriterierna för att utgöra ett läkarintyg. Läkare är en skyddad titel och får endast användas av den som är behörig. Det är bara den som har läkarlegitimation eller är särskilt förordnad att utöva yrket som är behörig att utöva läkaryrket (4 kap. 4 § PSL). Vi behöver därför bedöma om de uppgifter som finns i läkarintyget är tillräckliga för att du ska kunna avgöra om det är utfärdat av en läkare. Om det inte finns tillräckliga uppgifter i läkarintyget för att göra denna bedömning behöver vi utreda vidare. Läs mer om vilka utredningsåtgärder som kan bli aktuella under avsnitt 12.6.3.

Utgångspunkten är att intyget ska vara fullständigt ifyllt, och om det inte är det behöver det i normalfallet kompletteras. Om intyget inte är fullständigt ifyllt men ändå tillsammans med övriga underlag i ärendet innehåller tillräcklig information för att rätten till sjukpenning ska kunna bedömas behöver det dock inte alltid kompletteras. Läs mer om utredningsansvar och utredning i sjukpenningärenden i kapitel 2.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter om vad ett läkarintyg ska innehålla. I Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården står bland annat följande:

> **6 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2018:54**
> Av ett intyg ska det framgå från vem en uppgift kommer, om det är intygsutfärdarens egen uppgift eller om den härrör från någon annan. Vidare ska det framgå vad som är intygsutfärdarens bedömning och vad som är uppgifter som ligger till grund för den.

För att Försäkringskassan ska kunna värdera informationen i intyget behöver läkaren ha beskrivit tydligt vilka uppgifter som har lämnats av den försäkrade och vilka uppgifter som läkaren kan intyga.

I Socialstyrelsens föreskrifter framgår också att läkaren i intyget ska redovisa undersökningsfynd och liknande i intyget och förklara hur de ligger till grund för hens bedömning:

> **6 kap. 8 § Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2018:54**
> Ett intyg ska vidare innehålla uppgifter om de undersökningar, journalhandlingar och andra handlingar samt upplysningar som ligger till grund för den bedömning som intygsutfärdaren gör vid utfärdandet av intyget. Det ska även framgå i vilka avseenden de olika uppgifterna ligger till grund för bedömningen.

Läkarens roll är i första hand att uttala sig om den försäkrades medicinska status och i vilken mån och på vilket sätt den påverkar funktionsförmågan. Läkaren förväntas i ett läkarintyg kunna ange vad som ligger till grund för hens bedömning. Det handlar bland annat om den diagnos eller de symtom som orsakar arbetsoförmåga i relation till den försäkrades vanliga arbetsuppgifter. Intygandet bör dock bara gälla sådana förhållanden som läkaren kan ta ansvar för utifrån sin medicinska kompetens (prop. 1994/95:147 s. 27 ff. samt prop. 2002/03:89 s. 22).

I rättspraxis betonas att det bör framgå av läkarintyg och andra medicinska underlag på vilket sätt den försäkrade påverkas av sjukdomstillståndet och vilka aktivitetsbegränsningar det medför. Man understryker också att det tydligt bör framgå hur läkaren har kommit fram till sin bedömning (HFD 2022 ref 47).

I Socialstyrelsens föreskrifter står att huvudregeln är att läkaren ska undersöka sin patient innan hen utfärdar ett läkarintyg. Däremot specificerar inte föreskrifterna vilka kontaktsätt som kan vara lämpliga vid undersökningen (5 kap. 2 § HSLF-FS 2018:54).

12.5 Metodstöd - Utreda om den som utfärdat ett läkarintyg är behörig

I detta metodstöd kan du läsa om vilken information du behöver ha om utfärdaren av ett läkarintyg samt i vilka fall du behöver utreda om utfärdaren av ett läkarintyg är behörig

eller inte. Metodstödet behandlar endast behörighetsfrågan och syftar inte till att utgöra ett stöd i frågor om exempelvis osant intygande eller förfalskning av läkarintyg. När det finns sådana misstankar ska du kontakta RGR (riktad granskning i riskärenden).

12.5.1 Olika former av intyg

Läkarintyg kan komma in till Försäkringskassan digitalt via en elektronisk tjänst som gör att intygen överförs direkt från vården till Försäkringskassan eller manuellt på blankett. För att skicka intyget via den elektroniska tjänsten krävs behörighet, vilket innebär att det bara är behöriga läkare som kan skicka in läkarintyg digitalt till Försäkringskassan. Intyg inkomna via den digitala tjänsten uppfyller därför som regel kraven på läkarintyg och du behöver då inte utreda utfärdarens behörighet.

12.5.2 Intyg på blankett

När du får in ett intyg utfärdat på blankett behöver du kontrollera att den som utfärdat intyget är läkare. Du behöver säkerställa att vissa uppgifter framgår:

- Namn
- Titel
- Egenhändigt undertecknad

Om intygsutfärdaren inte är legitimerad utan har ett särskilt förordnande behöver du även uppgifter om vårdenheten där det särskilda förordnandet gäller. Läs mer under *Titel*.

Eftersom intyg inkomna på blankett inte innehåller samma verifiering av behörigheten hos utfärdaren behöver du vara uppmärksam på intygets utformning och innehåll.

Namn

Du behöver läkarens namn för att veta vem det är som har utfärdat intyget. Uppgiften i kombination med övriga nödvändiga uppgifter i punktlistan ovan gör det möjligt att identifiera utfärdaren.

Titel

Det behöver framgå av intyget att det är en läkare som har utfärdat intyget. Detta får du reda på av fältet ”befattning” eller ”specialistkompetens” i fält 13 i läkarintyget.

Legitimerade läkare får utfärda läkarintyg på sin egen behörighet och behöver därför inte nödvändigtvis vara kopplade till en viss vårdenhet för att få utfärda intyg.

Icke-legitimerade läkare får däremot bara utfärda intyg för den vårdenhet som de är anställda av. De får inte självständigt utöva yrket, utan står under översyn av en överordnad legitimerad läkare. Läkaren är då endast behörig att behandla och ge vård åt de patienter som får vård hos den vårdgivare där hens särskilda förordnande gäller.

I listan nedan hittar du en kort beskrivning av olika läkartitlar och om titeln innebär att läkaren är legitimerad eller inte:

Läkarstudent: En läkarstudent får endast utfärda läkarintyg om hen har särskilt förordnande att arbeta som underläkare. En läkarstudent med särskilt förordnande är endast behörig att utfärda intyg för de patienter som är listade eller inneliggande hos den vårdgivare som hens särskilda förordnande gäller för, och då behöver du information om vilken vårdenhet hen är anställd hos.
AT-läkare: En AT-läkare är inte legitimerad, utan genomgår allmäntjänstgöring efter examen för att få yrkeslegitimation. AT-läkaren är endast behörig att utfärda intyg för de patienter som får vård hos den vårdgivaren som hens

särskilda förordnande gäller för, och därför behöver du information om vilken vårdenhet hen är anställd hos.
BT-läkare: En legitimerad läkare som genomgår bastjänstgöring som en del av ST-tjänstgöringen.
ST-läkare: En legitimerad läkare som tjänstgör för att bli specialist inom ett visst medicinskt område.
Underläkare: Underläkare är en tjänstegrad inom sjukvården och ger inte besked om huruvida hen är legitimerad eller inte. En underläkare kan vara student, AT- läkare eller BT-läkare. Du måste därför utreda om läkaren är legitimerad, och om hen inte är det men har särskilt förordnande behöver du också information om vilken vårdenhet hen är anställd hos.
Specialistläkare: En legitimerad läkare som är specialiserad inom ett specifikt område. Det finns totalt 63 specialiteter i Sverige, och vanliga i sjukpenningärenden är exempelvis allmänmedicin, psykiatriker och ortoped.
Överläkare: En legitimerad läkare som ofta har jobbat ett antal år och kan ha ledningsansvar. Överläkare beskriver tjänstegraden.

Egenhändigt undertecknande

När ett läkarintyg kommer in på blankett behöver det vara undertecknat för hand av utfärdaren (6 kap. 9 § HSLF-FS 2018:54). Om ett läkarintyg utfärdat på blankett saknar egenhändigt undertecknande behöver du begära att läkaren skickar in intyget på nytt med ett egenhändigt undertecknande.

Kravet på egenhändigt undertecknande gäller även om utfärdaren har signerat ett intyg elektroniskt och sedan skrivit ut det och skickat till Försäkringskassan. Den elektroniska signaturen är inte längre verifierbar i pappersformat, vilket gör att handlingen inte längre uppfyller kraven för ett digitalt intyg. Kravet på egenhändigt undertecknande av utfärdaren gäller även om ett intyg som signerats elektroniskt har skrivits ut och vidimerats av någon annan än utfärdaren själv.

12.5.3 Utreda uppgifterna om att intygsutfärdaren är behörig

När du får in ett läkarintyg på annat sätt än via den digitala tjänsten behöver du utreda om det är sannolikt att informationen om utfärdaren är korrekt. Det råder fri bevisprövning i ärenden om sjukpenning och du ska alltid utreda ärenden i den beskaffenhet som det individuella ärendet kräver. Det innebär att du kan behöva vidta olika mycket utredningsåtgärder i olika ärenden. Listan nedan utgör ett stöd i din utredning. Den består av exempel och är inte uttömmande.

Om du inte har tillräcklig information om intygsutfärdaren av ett intyg som inkommer på blankett så kan du arbeta i följande ordning

1. Börja med att själv eftersöka information om intygsutfärdaren. Du kan exempelvis ta hänsyn till vilken information som går att hitta om läkaren eller vårdgivaren på internet. Du behöver sedan avgöra om informationen är tillräcklig för att göra bedömningen att intygsutfärdaren är legitimerad läkare. Dokumentera i journalen att du har gjort en eftersökning och vilket ställningstagande du gör utifrån detta. Om din eftersökning visar att det finns anledning att ifrågasätta om intygsutfärdaren är behörig läkare kan du behöva tillföra ärendet de uppgifterna genom att spara ner dem från internet. Läs mer om detta i vägledning (2004:7).
2. Behöver du ytterligare information kontaktar du den vårdenhet/vårdgivare där utfärdaren enligt intyget är verksam.
    a. Dokumentera i journalen vem du pratat med hos vårdgivaren, personens befattning samt vilken information du fått om intygsutfärdarens behörighet.

b. Dokumentera ditt ställningstagande till om informationen du fått medför att det är klarlagt att utfärdaren är läkare.

3. Om du inte kan få informationen från vårdgivaren kontaktar du Socialstyrelsens enhet för behörighet per telefon eller e-post för att utreda om intygsutfärdaren är behörig. Kontaktuppgifter till Socialstyrelsen framgår av deras hemsida.
    a. Dokumentera svaret från Socialstyrelsen i ärendets journal. Om du har kontaktat Socialstyrelsen skriftligen ska du även tillföra dokumentet från Socialstyrelsen i ärendet i HAPO.
    b. Om intygsutfärdaren är behörig är behörighetsfrågan klarlagd.
    c. Om du fortfarande inte har tillräcklig information om intygsutfärdarens behörighet kan läkarintyget inte anses uppfylla kravet på att vara ett läkarintyg enligt 27 kap. 25 § SFB.
        1. Kontakta i så fall den försäkrade och informera hen om att intyget inte bedöms utgöra ett läkarintyg och att hen behöver lämna in ett nytt läkarintyg eller sådan bevisning som visar att intyget är ett läkarintyg, alternativt dokumentation som styrker hens sjukdomstillstånd.
        2. Om den försäkrade inte kommer in med ytterligare underlag behöver du pröva om ansökan ska beviljas trots att den försäkrade inte har lämnat in ett läkarintyg enligt 7 och 8 §§ RFFS 1998:13.

12.5.4 Metodstöd – Läkarintygsblankettens uppbyggnad och innehåll

Nedan följer en genomgång av informationsfälten i läkarintyget (7804), vad de är tänkta att innehålla och hur du kan använda informationen i handläggningen.

”Smittbärarpenning” (Ruta 1)

Läkaren ska ange om personen måste avstå från sitt arbete på grund av

- intygsskrivande läkares beslut enligt smittskyddslagen
- läkarundersökning eller hälsokontroll som syftar till att klarlägga om personen är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada som gör att hen inte får hantera livsmedel.

Läkaren ska också fylla i fält 4 (diagnos) och fält 8 (nedsättning av arbetsförmågan).

Intyget är baserat på (Ruta 2)

Du behöver uppgifter om vad läkaren baserar läkarintyget på. Av 5 kap. 2 § HSLF-FS 2018:54 framgår att ett intyg som huvudregel ska utfärdas efter en undersökning av intygspersonen (den försäkrade). Av 6 kap. 2 § i samma föreskrift följer att intygsutfärdaren (läkaren) bara ska uttala sig om sådana förhållanden som hen har tillräcklig kännedom om.

Det är läkaren som avgör vilken undersökningsform (fysisk, digital eller möte över telefon) som är lämplig, och därför bör du inte ifrågasätta hur läkaren valt att undersöka patienten. Hur läkaren har undersökt patienten kan däremot påverka vilka uppgifter läkaren rimligen kan intyga och därmed vilket bevisvärde du kan tillskriva uppgifterna, eftersom en del kontaktsätt innebär begränsade möjligheter för läkaren att undersöka och observera patienten. Det gäller till exempel telefonsamtal.

Läkarintyg utfärdas ibland av läkare som inte har hand om själva vården av patienten. Det kan till exempel vara en psykiatriker som utfärdar läkarintyg utifrån bedömningar i

det vårdteam som sköter behandlingen. Sådana läkarintyg ska hanteras och värderas på samma sätt som alla andra läkarintyg.

I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan (Ruta 3)

Du behöver även uppgifter om i förhållande till vilken sysselsättning läkaren har bedömt arbetsförmågans nedsättning.

För att du ska kunna avgöra om arbetsförmågan är nedsatt behöver du kunna relatera den till de arbetsuppgifter som den försäkrade utför i sitt arbete eller den sysselsättning hen har (föräldraledig, studerande, arbetslös osv.). Uppgifter om den försäkrades sysselsättning får läkaren oftast från den försäkrade. För din bedömning blir detta viktigt för att du ska veta i förhållande till vilken sysselsättning läkaren har rekommenderat sjukskrivning. Du behöver kunna förstå hur den försäkrades besvär påverkar hen i olika aktiviteter, vilket i sin tur är en förutsättning för att du ska kunna relatera arbetsoförmågan till aktuell bedömningsgrund. Det finns inget krav på att läkaren ska ha bedömt arbetsförmågans nedsättning i förhållande till ”rätt” bedömningsgrund.

Om läkaren kryssat i flera alternativ ska hen under ”Övriga upplysningar” skriva om och i sådana fall hur sjukskrivningens omfattning eller period skiljer sig åt mellan olika sysselsättningar.

Om du behöver kompletterande uppgifter om den försäkrades arbetsuppgifter eller sysselsättning kan du kontakta den försäkrades arbetsgivare eller den försäkrade själv.

Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga (ruta 4)

Du behöver även ha uppgifter om vilken eller vilka sjukdomar som läkaren bedömer sätter ner den försäkrades arbetsförmåga. Detta är den första delen av rekvisitet i 27 kap. 2 § SFB. Du kan läsa mer om sjukdomsbegreppet i avsnitt 9.1 i denna vägledning.

Det är viktigt att komma ihåg att personer som har samma diagnos kan få olika besvär och konsekvenser av sin sjukdom, och det finns därför en variation i hur en viss sjukdom påverkar olika personers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter.

Om den försäkrade har två eller flera sjukdomar samtidigt kan sjukdomarna tillsammans påverka den försäkrade på andra sätt än vad varje sjukdom för sig hade gjort. Om det finns fler än tre diagnoser anges dessa under ”Övriga upplysningar” (fält 11).

Det är den sjukrivande läkaren som ska ställa diagnos och bedöma om den försäkrade har en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan. Den diagnos som läkaren angett bör inte ifrågasättas. Eftersom sjukdom är en del av villkoret behöver du bedöma om den diagnos läkaren angett omfattas av sjukdomsbegreppet enligt SFB. Exempelvis omfattas inte diagnoser som ”dåliga bostadsförhållanden” och ”brist på avkoppling och fritid”. Är det oklart om diagnosen som angetts uppfyller kravet på att utgöra sjukdom enligt SFB bör du utreda vidare för att kunna avgöra om den försäkrade har en sjukdom.

Funktionsnedsättning (ruta 5)

Du behöver information om funktionsnedsättning för att veta om den försäkrade har en medicinsk nedsättning av en funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan vara fysisk, psykisk eller intellektuell. Funktionsnedsättning är alltså en övergripande beskrivning av vilka funktioner som sjukdomen påverkar. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och försäkringsmedicinsk rådgivare kan ge dig stöd i att förstå de funktionsnedsättningar som framgår av läkarintyget.

I ruta fem ska läkaren även beskriva undersökningsfynd, testresultat och observationer. Detta är ett sätt för läkaren att motivera och förklara hur hen har kommit fram till att den

försäkrade har de funktionsnedsättningar som anges. För att tydliggöra hur funktionsnedsättningen påverkar individen kan läkaren behöva gradera funktionsnedsättningarna som lätta, måttliga, stora eller totala. Även synonymer till dessa graderingsord kan förekomma. Att läkaren anger att en viss funktionsnedsättning finns är oftast inte tillräckligt för att visa vilka konsekvenser sjukdomen ger. Läkaren behöver alltså ange vad som kommit fram i undersökningen och utredningen av den försäkrade som är relevant för läkarens bedömning. Dessa uppgifter är viktiga för att du ska kunna bedöma omfattningen av funktionsnedsättningarnas påverkan på arbetsförmågan.

Läkarens medicinska utredning kan innefatta uppgifter om exempelvis

- undersökningsfynd i form av avvikelser i fysisk och/eller psykisk status
- uppgifter från den försäkrade (den försäkrades berättelse, även kallat anamnes, och självskattningar) och läkarens värdering av dessa uppgifter
- observationer av hur en viss funktionsnedsättning visat sig vid besöket
- testresultat (t.ex. neuropsykologiska tester)
- röntgen- och laboratoriefynd
- journaluppgifter från andra läkare eller yrkesgrupper i hälso- och sjukvården (t.ex. psykolog, fysioterapeut och arbetsterapeut).

Det finns inga generella krav på vilka undersökningsfynd, testresultat, observationer och anamnesuppgifter som ett läkarintyg ska innehålla, men dessa uppgifter bör framgå så långt det är möjligt och rimligt för att förklara funktionsnedsättningar. Exempelvis bör du vid diagnosen lumbago kunna förvänta dig att läkaren redogjort dels för den fysiska funktionsnedsättningen, dels för hur sjukdomen påverkar personens förmåga att böja ryggen och dels för graderingen av påverkan. Sjukdomen bör då kunna kopplas till avvikande undersökningsfynd, testresultat eller observationer. Men vid vissa sjukdomstillstånd kan detta vara svårt att påvisa (vid exempelvis vissa psykiatriska diagnoser). Då kan läkaren i stället beskriva vilka uppgifter som ligger till grund för bedömningen och hur hen har värderat dem. Det kan exempelvis handla om att läkaren gör en sammanvägd bedömning av det som den försäkrade berättar, självskattningar och journaluppgifter. Huvudsaken är alltså att läkaren beskriver hur hen kommit fram till de nedsättningar som anges i läkarintyget.

Högsta förvaltningsdomstolen har uttalat att det vid fysiska sjukdomar är naturligt att läkarintyget innehåller en beskrivning och bedömning av de undersökningsfynd som framkommit vid till exempel blodprov, röntgen eller fysiologiska undersökningar. Men när det gäller psykiatriska tillstånd kan läkarens bedömning inte på samma sätt grundas på den typen av undersökningsfynd, utan måste med nödvändighet i stor utsträckning utgå från de uppgifter som den försäkrade lämnar. Det avgörande för prövningen av rätten till sjukpenning är dock inte dessa uppgifter i sig, utan läkarens värdering och bedömning av dem i kombination med eventuella iakttagelser som läkaren har gjort. Läkaren ska alltså även i dessa fall göra en bedömning av vad som talar för att det aktuella tillståndet föreligger samt beskriva vilka funktioner som påverkas av tillståndet (HFD 2022 ref 47).

Aktivitetsbegränsning (ruta 6)

Aktivitetsbegränsningarna ger dig en bild av vilka konsekvenser sjukdomen medför och hur de påverkar den försäkrades arbetsförmåga. Aktivitetsbegränsningar kan uttryckas exempelvis i form av att den försäkrade inte kan, eller har svårt att, gå, sitta, lyfta, bära föremål, fatta beslut, behålla koncentration och minnas information.

Läkaren ska beskriva vad den försäkrade inte kan göra eller har svårt att göra på grund av sin sjukdom. Läkaren bör gradera aktivitetsbegränsningarna. Det kan göras på olika

sätt. Det kan exempelvis vara genom att beskriva konkreta situationer och aktiviteter i den försäkrades sysselsättning där begränsningarna visar sig. Det kan också vara genom att beskriva hur ofta och länge begränsningarna visar sig. Sådana beskrivningar säger mer om aktivitetsbegränsningens omfattning och gör det lättare för dig att bedöma hur arbetsförmågan påverkas.

Om läkaren har angett aktivitetsbegränsningar i förhållande till den försäkrades faktiska arbetsuppgifter eller aktuell bedömningsgrund ger intyget ofta en tydligare bild av arbetsförmågans nedsättning. Men även ett intyg där läkaren angett aktivitetsbegränsningar i förhållande till fel bedömningsgrund kan styrka arbetsförmågans nedsättning. Att läkaren anger rätt sysselsättning som aktivitetsbegränsningen relateras till kan leda till minskat behov av komplettering. Information om sysselsättning och arbetsuppgifter får läkaren framförallt genom den försäkrades egna uppgifter om vad hen inte klarar att göra. Läkaren gör sedan en sammanvägd bedömning tillsammans med övrig information om patienten, vilket mynnar ut i värderingen av aktivitetsbegränsningarna.

Medicinsk behandling, prognos för arbetsförmågan utifrån aktuellt undersökningstillfälle och åtgärder som läkaren tror skulle göra det lättare för den försäkrade att återgå i arbete (ruta 7, 9 och 10)

Du kan behöva information om vilken medicinsk behandling/rehabilitering som är aktuell och vad den ska leda till. Du kan även behöva information om tidsaspekten för behandlingen/rehabiliteringen och prognos. Dessa uppgifter behövs för att Försäkringskassan ska kunna samordna rehabiliteringen. Informationen kan även ha betydelse vid tillämpning av rehabiliteringskedjans undantag eller vid bedömningen av om den försäkrade har en "allvarlig sjukdom". Att hämta in den informationen är alltså en del av ditt utredningsansvar.

Bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan (ruta 8)

Du behöver uppgifter om ifall läkaren bedömer att arbetsförmågan är nedsatt och i så fall i vilken omfattning och under vilken period. Dessa uppgifter är viktiga eftersom de oftast utgör prövningsramen. Utgångspunkten är att arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till den försäkrades normala arbetstid. Notera att läkaren inte alltid har kännedom om den försäkrades normala arbetstid och att det i vissa fall kan behöva utredas vad den angivna omfattningen av arbetsförmågans nedsättning faktiskt innebär.

”Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att”

Om sjukskrivningen är längre än den som rekommenderas i det försäkringsmedicinska beslutsstödet behöver du en motivering från läkaren till varför rekommendationen överskrids. Det gäller dock inte sjukskrivningar som bara är någon eller några dagar längre än den rekommenderade tiden. Det gäller inte heller om det tydligt framgår av övrig information i läkarintyget att arbetsförmågan är nedsatt eller att den inte är det. Om sjukdomens förlopp följer vad som kan förväntas utifrån beslutsstödet men sjukskrivningstiden avviker från den rekommenderade tiden, kan en motivering från läkaren väga upp för det. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet hittar du på Socialstyrelsens webbplats.

”Resor till och från arbetet med annat färdmedel än normalt kan göra det möjligt för patienten att återgå till arbetet under sjukskrivningsperioden”

Om läkaren kryssat i ja-rutan är det en impuls till dig som handläggare att utreda frågan. Oavsett om läkaren kryssat i rutan eller inte ska du alltid värdera om ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning skulle göra det möjligt för den försäkrade att återgå i arbete på hel- eller deltid.

”Kommer möjligheterna till återgång i arbete försämras om arbetstiden förläggs på annat sätt än att arbetstiden minskas lika mycket varje dag?”

Fältet ska endast besvaras vid deltidssjukskrivning. Om läkaren kryssat i ja i rutan ska läkaren även motivera detta.

Övriga upplysningar (ruta 11)

Här kan läkaren vid behov förtydliga det som angetts i andra fält eller lämna annan information som har betydelse för ärendet.

Om en läkare har sjukskrivit en närstående är läkaren jävig. En jävig läkare får bara utfärda intyg om det finns särskilda skäl. Läkaren ska ange de särskilda skälen till att hen sjukskriver den försäkrade trots att hen är närstående. I din bedömning av om läkarens jäv påverkar bevisvärdet i läkarintyget kan du väga in vilken relation den försäkrade har till läkaren. Du ska också väga in läkarens förklaring till varför hen trots jäv anser att det finns särskilda skäl att utfärda läkarintyget.

Om det finns särskilda skäl till att läkaren ser behov av att utfärda ett läkarintyg till en närstående ska hen motivera det.

Som närstående räknas läkaren själv, hens make, sambo, förälder, barn eller syskon eller någon annan närstående. Den generella bestämmelsen om jäv finns i 16 § förvaltningslagen. I 6 kap. 28–32 §§ och 7 kap. 4 § kommunallagen och 4 kap. 1–2 §§ HSLF-FS 2018:54 beskrivs vad som gäller för jäv vid utfärdande av läkarintyg. Där står det att läkaren behöver ange särskilda skäl om hen anser det nödvändigt att utfärda intyg trots att hens opartiskhet kan ifrågasättas.

För att bedöma om det finns särskilda skäl behöver du väga in om det finns någon annan som skulle kunna lämna uppgifterna eller utfärda intyget. I förarbeten till förvaltningslagen står det att den som är jävig får vidta åtgärder som inte någon annan kan vidta utan olägligt uppskov. Detta är dock endast ett undantag och jäv ska som regel medföra att man inte tar del i handläggningen av ett ärende (prop.1971:30 del 2 s. 344 och 357). Om läkaren är jävig gäller därför som regel att hen inte får befatta sig med hanteringen av ett ärende, i detta fallet utfärda läkarintyg. Vad som skulle kunna utgöra särskilda skäl har inte närmre preciserats men det skulle exempelvis kunna röra sig om en väldigt specifik sjukdom som endast några få specialiserat sig på. En sådan omständighet skulle kunna utgöra sådana särskilda skäl till att ett läkarintyg kan tillmätas ett högt bevisvärde trots ett jävsförhållande.

Om det inte finns någon motivering trots ett jävsförhållande, behöver läkarintyget kompletteras för att få in en sådan motivering. När kompletteringen kommit in behöver du bedöma hur läkarintyget ska värderas i ärendet mot bakgrund av jävsförhållandet och de särskilda skäl som angetts.

Kontakt med Försäkringskassan (ruta 12)

Här kan läkaren lämna önskemål om kontakt. Om läkaren anger att hen vill ha kontakt ska du alltid ta kontakt. Kontakten med läkaren bör tas snarast, helst innan du fattar beslut.

I situationer då den medicinska informationen inte är tillräcklig, ska Försäkringskassan enligt utredningsansvaret se till att de ytterligare uppgifter som behövs kommer in. En läkares önskemål om kontakt ska då anses ingå i utredningsansvaret. Om du däremot anser att informationen i läkarintyget är tillräcklig och ytterligare medicinsk information inte kan påverka bedömningen ska läkarens önskemål om kontakt i stället ses som en del av vår serviceskyldighet. Utifrån ärendets beskaffenhet och informationen som läkaren lämnar när hen önskar kontakt behöver du avgöra om kontakten lämpligast tas innan beslut fattas. Om det framgår att kontaktbegäran uppenbart inte påverkar

bedömningen av rätten till ersättning måste inte kontakten tas innan beslut fattats. Ett sådant exempel på när det skulle kunna bli aktuellt att fatta beslut först kan vara om läkaren tydligt anger att kontakten endast syftar till att diskutera förutsättningarna för rehabiliterande insatser. Oavsett hur du ser på läkarens begäran om kontakt är det viktigt att ta kontakt med läkaren.

Underskrift (ruta 13)

Det är bara legitimerade läkare eller personer som har särskilt förordnande som läkare som har rätt att utfärda läkarintyg för sjukpenning (för mer om detta se avsnitt 12.5). Läkarintyget måste alltid vara undertecknat av läkaren, antingen elektroniskt eller i pappersform (HSLF-FS 2018:54). Om läkarintyget saknar underskrift behöver det kompletteras. Pappersintyg ska även ha namnförtydligande och datum. Ett läkarintyg får bara utfärdas i en e-tjänst under förutsättning att läkarintyget överförs med en avancerad elektronisk underskrift. Den tekniska lösning som används av Försäkringskassan och hälso- och sjukvården uppfyller detta krav. Om samma elektroniska läkarintyg skrivs ut och lämnas in till Försäkringskassan i pappersform så måste läkarintyget verifieras genom att läkaren undertecknar intyget i original. I intyg som inte inkommer via e-tjänsten ska också HSA-id eller motsvarande finnas för att det ska gå att verifiera att intygsutfärdaren är behörig.

12.6 Metodstöd – Begära komplettering av läkarintyg

När du fått in ett läkarintyg behöver du avgöra om informationen i intyget tillsammans med den övriga utredningen som finns i ärendet utgör tillräckligt beslutsunderlag. Du behöver alltså löpande värdera och bedöma den information som kommer in i ärendet. Om du kommer fram till att du behöver ytterligare uppgifter för bedömningen kan du behöva begära komplettering. Innan du gör det är det viktigt att du tar ställning till vad du behöver mer information om och från vem du ska hämta informationen.

Det här avsnittet beskriver hur du går till väga när du ska begära komplettering av läkarintyg som saknar tillräckliga uppgifter för att du ska kunna bedöma den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering.

Innan du ber läkaren att komplettera

Innan du tar ställning till om det är aktuellt att be läkaren att komplettera ska du värdera alla relevanta uppgifter i ärendet. Ibland kan uppgifter som saknas i ett fält finnas på ett annat ställe i läkarintyget. Då behöver du inte be läkaren komplettera intyget. Det viktiga är att läkarintyget som helhet ger den information som behövs. Om du är tveksam till om uppgifterna i läkarintyget är tillräckliga kan du samråda med en försäkringsmedicinsk rådgivare.

Du tar sedan ställning till vilka uppgifter som saknas eller behöver utvecklas för att du ska kunna bedöma den försäkrades arbetsförmåga eller behov av rehabilitering. Du behöver också fråga dig från vilken aktör du ska hämta in den information du behöver. Läs mer i avsnitt 2.2 om bevisvärdering och helhetsbedömning.

Hämta information från rätt aktör

Du ska hämta in den kompletterande informationen från den aktör som enklast och mest objektivt kan lämna den. Vilken aktör som har lämnat en viss uppgift har nämligen betydelse för uppgiftens bevisvärde. Läs mer i avsnitt 2.1 om vem du vänder dig till för att hämta mer information.

När uppgifterna om sjukdom och dess konsekvenser behöver förtydligas eller saknas är det i första hand från läkaren du ska hämta in informationen. Det beror på att vi vill att läkaren ska värdera uppgifterna utifrån sin medicinska kompetens vilket innebär att uppgifterna vanligtvis har ett högt bevisvärde. Läs mer om bevisvärdering i avsnitt 2.2.

Ett exempel på när du ska kontakta läkaren är när du behöver mer detaljerad information om den försäkrades aktivitetsbegränsningar. Det kan handla om att du vill ha mer information kring graderingen och omfattningen av en aktivitetsbegränsning eller att du behöver få en bättre bild kring hur aktivitetsbegränsningarna påverkar den försäkrades arbetsförmåga.

Vissa uppgifter kan dock enklare lämnas av den försäkrade själv. Det gäller framför allt uppgifter som inte behöver värderas av läkaren, exempelvis vilka medicinska utredningar som vården har gjort eller mer detaljerade uppgifter om den försäkrades arbetsuppgifter. Tänk på att uppgifter från en försäkrad om hens sjukdom och dess konsekvenser inte ensamma kan komplettera ett bristfälligt läkarintyg.

När du har fått in uppgifter från den försäkrade måste du ta ställning till om du behöver kontakta läkaren för att ge hen möjlighet att värdera uppgifterna utifrån sin medicinska kompetens. Det gör du genom att värdera den försäkrades uppgifter i ljuset av övrig utredning. Om uppgifterna från den försäkrade går utöver vad läkaren redan har värderat och graderat behöver du normalt sett kontakta läkaren. Om uppgifterna däremot är samstämmiga med övriga uppgifter, eller inte har någon direkt påverkan på bedömningen av rätten till sjukpenning behöver du vanligtvis inte göra det.

Om den försäkrade har berättat att det finns ytterligare medicinsk information behöver du också ta ställning till om du behöver hämta in det underlaget. Det kan handla om medicinska undersökningar eller andra utredningar som har gjorts och som inte framkommer av det underlag som du har i ärendet. Om du ska hämta in underlaget kan du exempelvis göra det genom att ta kontakt med den sjukskrivande läkaren eller be att den försäkrade själv skickar in det (utredningsresultat, journaler eller dylikt). Tänk på att du ska bedriva utredningen så tids- och kostnadseffektivt som möjligt.

Om det kommer underlag från en annan yrkesroll inom hälso- och sjukvården så är det från den personen du ska be om kompletterande information. Ett sådant exempel kan vara att kontakta rehabiliteringskoordinator i syfte att klargöra rehabiliteringsbehov.

Så begär du komplettering av läkarintyg

Det finns olika sätt att begära komplettering av beslutsunderlaget från hälso- och sjukvården.

Det finns inget krav på att komplettering måste ske på ett visst sätt. Det är dock viktigt att ha i åtanke att kompletteringen ska ske så snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts.

Elektronisk och skriftlig komplettering

Om läkarintyget har kommit in till Försäkringskassan elektroniskt så kan du begära elektronisk komplettering genom ärendekommunikationen i HAPO. Även en påminnelse om komplettering kan skickas elektroniskt. Om komplettering har begärts via ärendekommunikationen ska även en påminnelse skickas på samma sätt. Läs mer om fråga/svar-funktionen i Användarhandledningen *Hantering av medicinska underlag och ärendekommunikation med hälso-och sjukvården*.

En skriftlig begäran om komplettering innebär att du skickar en kopia av intyget tillsammans med ett följebrev till läkaren. Av brevet ska det tydligt framgå vilken information du behöver. Det är viktigt att du anpassar språket efter mottagaren, ställer raka frågor och undviker att använda interna begrepp. Tänk även på att anpassa frågorna utifrån informationen i det aktuella ärendet.

Skriv i din kompletteringsbegäran varför du behöver uppgifterna. Om det är för att kunna bedöma arbetsförmågan ska du informera om att Försäkringskassan måste ha

uppgifterna för att kunna bedöma om den försäkrade har rätt till sjukpenning och när uppgifterna senast ska lämnas in. Om du i stället behöver uppgifterna för att klarlägga rehabiliteringsbehovet ska du skriva det.

Muntlig komplettering

Du kan även kontakta läkaren för en komplettering per telefon om du anser att det är det lämpligaste sättet. Dokumentera läkarens svar i ärendets journal. För att vara säker på att du har uppfattat informationen rätt läser du sedan upp din journalanteckning för läkaren. Därefter noterar du följande i journalen: ”Uppläst för och godkänt av NN”.

Informera den försäkrade om att uppgifter saknas i intyget

Det är viktigt att omgående informera den försäkrade om att läkarintyget måste kompletteras.

Om kompletteringen gäller information som behövs för att bedöma arbetsförmågans nedsättning eller utreda förutsättningarna för återgång i arbete och du har skickat en skriftlig förfrågan till läkaren, ska du meddela den försäkrade genom att skicka en kopia av kompletteringen tillsammans med ett förklarande följebrev.

I vissa fall kan det också vara lämpligt att kontakta den försäkrade per telefon. Den försäkrade kan då själv kontakta läkaren och be om komplettering av läkarintyget.

Om läkaren inte kompletterar intyget

Om kompletteringen av läkarintyget inte har kommit in till Försäkringskassan inom angiven tid är det lämpligt att du i första hand försöker nå läkaren per telefon innan du skickar en påminnelse. Du bör informera läkaren om att bedömningen av rätten till sjukpenning fördröjs eller att sjukpenning inte kan betalas ut alls om uppgifterna inte kommer in till Försäkringskassan.

12.7 Längre sjukfall

Ju längre en sjukskrivning pågår, desto större möjligheter bör läkaren ha att fördjupa och säkerställa sin bedömning. Läkaren har normalt fått mer kunskap om patienten och hens sjukdomstillstånd och hunnit göra behövliga utredningar, tester osv. Det innebär att det oftare med tiden bör kunna ställas högre krav på läkarens bedömningar för att det ska anses vara sannolikt att arbetsförmågan är nedsatt. Det bör därmed kunna ställas högre krav på informationen som ska finnas i läkarintyget (jämför HFD 2022 ref 47).

Det finns inga generella krav på vad som är tillräcklig information i ett läkarintyg, eller när mer information kan förväntas framgå av läkarintyget eller behöver hämtas in. Det är en bedömning som behöver göras i det enskilda fallet. Läs mer om vad ett läkarintyg ska innehålla i avsnitt 12.5 och 12.5.1.

Det är viktigt att komma ihåg att informationen i intyget måste vara aktuell. För att avgöra om den är det kan man exempelvis titta på om ett tillstånd beskrivs på samma sätt trots att sjukskrivningsgraden minskat och att medicinsk behandling genomförts, men att tillståndet trots det är beskrivs som oförändrat.

För att avgöra rimligheten i hur ett tillstånd beskrivs och om informationen är aktuell, kan du ta stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet eller en försäkringsmedicinsk rådgivare. Det kan även vara relevant att be den sjukskrivande läkaren komplettera underlaget.

Läs mer om bevisvärdering och helhetsbedömning när du ska ta ställning till om du har den medicinska information som behövs för att bedöma om arbetsförmågan är nedsatt i kapitel 2.

12.8 Beslutsstöd för diagnoser

Socialstyrelsen har tagit fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som innehåller rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser.

12.8.1 Diagnosspecifika rekommendationer

De diagnosspecifika rekommendationerna innehåller vägledning om sjukskrivningstider och omfattning i olika situationer. Det innehåller också information om

- symtom, prognos och behandling
- funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar
- rehabilitering.

Rekommendationerna är inte regler, utan vägledning. Läkarens bedömning av en persons arbetsförmåga ska alltid vara individuell och utgå ifrån personens unika förutsättningar.

De specifika rekommendationerna för olika diagnoser ska vara ett stöd för såväl hälso- och sjukvården som Försäkringskassan. För Försäkringskassans del kan de ha ett vägledande värde i handläggningen av sjukpenningärenden. Men de ska inte ska uppfattas som regler för hur länge en person kan få sjukpenning.

Läkare bör motivera överskriden sjukskrivningstid

Syftet med rekommendationerna är bland annat att behandlande läkare ska få vägledning om rimliga sjukskrivningstider i olika situationer. Att rekommendationerna är vägledande för läkarna betyder att de ska tolkas och användas utifrån de unika förutsättningar som råder i varje situation där sjukskrivning är aktuell. Läkaren kan alltid göra avsteg från rekommendationerna, men i så fall bör avsteget motiveras. Anledningen kan till exempel vara samsjuklighet eller att det finns en variation i hur sjukdomen påverkar olika personers arbetsförmåga.

Beslutsstödet för diagnoser hittar du på Socialstyrelsens webbplats.

12.9 Metodstöd – Använda beslutsstödet för diagnoser

Det här metodstödet beskriver hur du använder beslutsstödet för diagnoser. De diagnosspecifika rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Du ska alltid kontrollera om den aktuella diagnosen i läkarintyget finns i beslutsstödet, och i så fall ta del av den information som finns där. Nedan beskrivs vilket stöd du kan få av beslutsstödet.

När du ska avgöra om det medicinska underlaget är tillräckligt

Beslutsstödet ger stöd när du ska avgöra om det medicinska underlaget är tillräckligt för bedömning. En sådan situation kan exempelvis vara när det står i beslutsstödet att den aktuella diagnosen normalt ger omfattande aktivitetsbegränsningar men det inte återspeglas i själva läkarintyget. Det kan också handla om att den rekommenderade sjukskrivningstiden har överskridits men att det saknas en förklaring till det. I dessa situationer behöver du avgöra om det kan finnas ytterligare information att hämta in som skulle kunna påverka din bedömning.

När du ska ställa frågor till läkaren

Beslutstödet beskriver diagnosens symtom, prognos och behandling samt vanliga funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, och är därför en bra utgångspunkt

när du behöver formulera frågor till läkaren. Det kan också vara ett stöd när du ska ställa frågor till den läkaren om hen har gjort avsteg från den rekommenderade sjukskrivningstiden.

När du ska planera återgång i arbete

Beslutsstödet innehåller information om normalt sjukdomsförlopp och vilka aktiviteter som är lämpliga eller olämpliga. Det kan därför ge vägledning när du och den försäkrade ska planera för hens återgång i arbete. Det kan också användas som stöd i dialogen med arbetsgivaren och hälso- och sjukvården.

Rekommendationerna är inte ett beslutsunderlag

Det är viktigt att tänka på att de diagnosspecifika rekommendationerna inte ska användas som ett *beslutsunderlag* för bedömningen av rätten till sjukpenning i det enskilda fallet. De är snarare ett *stöd* i din utredning, i dialogen med läkaren och i bedömningen av om underlaget är tillräckligt. Rekommendationerna i sig är alltså aldrig avgörande för om någon har rätt till sjukpenning eller inte, vilket innebär att du aldrig kan använda dem som enda motivering eller skäl vid ett beslut om sjukpenning.

Avgörande för rätten till sjukpenning är ju om det är visat att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Därför ska du alltid göra en individuell bedömning av rätten till sjukpenning i varje ärende. Ibland kan det innebära att du avslår en ansökan om sjukpenning trots att sjukskrivningen ligger inom den rekommenderade tiden, och andra gånger att du beviljar sjukpenning fastän den rekommenderade tiden har överskridits.

Så använder du de diagnosspecifika rekommendationerna

Här beskrivs hur du ska använda dig av de diagnosspecifika rekommendationerna i beslutsstödet och vilka frågor du behöver ställa dig för att avgöra hur du ska gå vidare i din handläggning.

Finns diagnosen i det försäkringsmedicinska beslutsstödet?

Du kan bara använda beslutsstödet om diagnosen som anges i läkarintyget finns i beslutsstödet. Beslutsstödet kan alltså inte användas för sjukdomar som endast angränsar till den angivna diagnosen.

Om diagnosen finns i beslutsstödet ska du ta del av den information som finns där. Informationen kan vara ett stöd när du ska ta ställning till om det medicinska underlaget är tillräckligt för att bedöma rätten till sjukpenning eller när du ska planera den försäkrades återgång i arbete.

Finns det flera diagnoser i läkarintyget?

Om det finns flera diagnoser angivna i läkarintyget ska beslutsstödet tillämpas utifrån huvuddiagnosen. Det är den diagnos som läkaren bedömer påverkar den försäkrades funktionsnedsättningar mest.

Om sjukdomarna tillsammans ger en längre sjukskrivningstid än varje sjukdom för sig, bör läkaren beskriva och förklara det.

Överskrids den rekommenderade sjukskrivningstiden?

Den rekommenderade sjukskrivningstiden räknas från och med det tillfälle när läkaren träffar patienten första gången i ett sjukdomsfall.

Om sjukskrivningstiden överskrider rekommendationerna för den aktuella diagnosen, det saknas motivering och du bedömer att informationen sannolikt kan ha betydelse för din bedömning av rätten till sjukpenning, ska du fråga efter en motivering från läkaren.

Det finns dock situationer när en sådan motivering inte är nödvändig. Det gäller till exempel när tiden för sjukskrivningen bara är någon eller några dagar längre än den rekommenderade. Det gäller också om övrig information i läkarintyget tydligt visar att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt eller att den inte är det.

Tänk på att du inte behöver fråga efter en motivering om du bedömer att det ändå inte kan påverka rätten till sjukpenning.

12.10 Läkarintygsföreläggande – Krav på läkarintyg tidigare än från och med den åttonde dagen i sjukperioden

Det finns en bestämmelse som gör det möjligt för Försäkringskassan att i vissa fall begära läkarintyg från en tidigare tidpunkt än den åttonde dagen i sjukperioden:

2 § förordningen (1995:1051)
I kontroll- eller rehabiliteringssyfte får Försäkringskassan

1. i ett pågående sjukdomsfall ålägga den försäkrade att genom läkarintyg styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom från och med en tidigare dag än som följer av 27 kap. 25 § första stycket socialförsäkringsbalken, och

2. om särskilda skäl motiverar det ålägga en försäkrad att vid framtida sjukdomsfall genom läkarintyg styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom från och med den första dagen i sjukperioden.

Ett åläggande enligt första stycket 2 får inte avse längre tid än ett år.

Försäkringskassan kan alltså besluta att den försäkrade ska lämna läkarintyg för tid före den åttonde dagen i sjukperioden. Det gäller dels i pågående sjukdomsfall, dels för framtida sjukdomsfall. Ett sådant beslut kallas läkarintygsföreläggande.

Det vanliga är att beslut om läkarintygsföreläggande fattas för framtida sjukdomsfall. Föreläggande att visa läkarintyg före åttonde dagen i ett pågående sjukdomsfall blir sällan aktuellt. Eftersom sjukpenning inte betalas ut om den försäkrade inte kunnat styrka att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom ligger det i hens intresse att visa läkarintyg om det behövs för att Försäkringskassan i ett pågående ärende ska kunna bevilja sjukpenning.

Det är inte möjligt att besluta med stöd av reglerna om läkarintygsföreläggande att den försäkrade ska visa intyg från en viss läkare eller vårdenhet. Beslutet får alltså bara gälla från vilken tidpunkt som läkarintyg ska lämnas, inte vem som ska utfärda det.

12.10.1 Läkarintygsföreläggande vid sjukfrånvaro från arbetslivsinriktad rehabilitering

Försäkringskassan kan även besluta att begära läkarintyg tidigare än från den åttonde dagen av sjukfrånvaron i ärenden om bibehållen rehabiliteringsersättning vid sjukfrånvaro från arbetslivsinriktad rehabilitering:

2 a § förordningen (1995:1051) om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i sjukpenningärenden i vissa fall

I kontroll- eller rehabiliteringssyfte får Försäkringskassan

1. i ett pågående sjukdomsfall ålägga den försäkrade att genom läkarintyg styrka nedsättningen av förmågan att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering på grund av sjukdom från och med en tidigare dag än vad som följer av 31 kap. 5 § andra stycket andra meningen socialförsäkringsbalken, och

2. om särskilda skäl motiverar det, ålägga en försäkrad att vid framtida sjukdomsfall genom läkarintyg styrka nedsättningen av förmågan att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering på grund av sjukdom från och med den första dag som den försäkrade på grund av sjukdomen är frånvarande från rehabiliteringen.

Ett åläggande enligt första stycket 2 får inte avse längre tid än den tidsperiod under vilken den aktuella rehabiliteringen pågår.

Villkoren för att besluta om att begära läkarintyg är samma som i ärenden om sjukpenning. Läs mer i avsnitt 12.3.

12.10.2 Läkarintygsföreläggande enligt sjuklönelagen

Även i sjuklönelagen finns en bestämmelse om läkarintygsföreläggande. Den gäller intyg när en anställd begär sjuklön från sin arbetsgivare. Om det finns särskilda skäl för det kan Försäkringskassan besluta att den anställde ska lämna läkarintyg till arbetsgivaren tidigare än från och med den sjunde dagen efter att hen sjukanmält sig. Ett sådant beslut kan fattas antingen på begäran av arbetsgivaren eller på Försäkringskassans initiativ (10 § SjLL).

Om det är lämpligt kan Försäkringskassan besluta att den försäkrade i framtida sjukdomsfall ska lämna läkarintyg från första dagen både när hen begär sjuklön och när hen begär sjukpenning. Ett sådant beslut fattas med stöd av både 2 § förordningen (1995:1051) och 10 § SjLL. Det kan till exempel bli aktuellt om den försäkrade är deltidsanställd och dessutom är arbetssökande. Då kan både sjukpenning och sjuklön bli aktuellt i början av sjukperioden.

Det finns en sekretessbrytande bestämmelse i 110 kap. 39 § SFB som gör att Försäkringskassan i vissa fall kan lämna ut uppgifter till bland annat arbetsgivare. Bestämmelsen gäller i Försäkringskassans handläggning av ärenden om läkarintygsföreläggande enligt sjuklönelagen. Det framgår av 26 § SjLL. För att Försäkringskassan ska kunna lämna ut uppgifter om beslut om läkarintygsföreläggande enligt sjuklönelagen krävs dock att arbetsgivaren har lämnat en begäran till Försäkringskassan om att få information om beslutet. En sådan begäran krävs för att den sekretessbrytande bestämmelsen i 110 kap. 39 § SFB ska bli tillämplig.

Läs mer

Du kan läsa mer om sekretess och de sekretessbrytande reglerna i vägledning (2001:3) *Offentlighet, sekretess och behandling av personuppgifter*.

12.10.3 Läkarintygsföreläggande för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program

Ett beslut om läkarintygsföreläggande gäller inte vid sjukfrånvaro från ett arbetsmarknadspolitiskt program för ersättningar som betalas ut enligt förordning (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser, FEA. Det beror på att FEA saknar hänvisning till 27 kap. 25 § SFB. Därför omfattas inte aktivitetsstöd, utvecklingsersättning, etableringsersättning, etableringstillägg eller bostadsersättning av beslut om läkarintygsföreläggande.

12.10.4 Metodstöd – Läkarintygsföreläggande

Det här metodstödet beskriver hur du handlägger ett ärende när du överväger att besluta om läkarintygsföreläggande för framtida sjukdomsfall.

Impuls till utredning

Impulser om att det behövs en utredning om läkarintygsföreläggande kan till exempel vara

- att du som handläggare uppmärksammar att en försäkrad haft många korta sjukdomsfall det senaste året
- att en arbetsgivare begär att Försäkringskassan ska utreda frågan för en anställd.

Utredning

Ta fram relevant intern information för att skapa dig en bild av ärendet. Det kan till exempel vara

- sjukhistorik och sjukfrånvaro
- anledning till frånvaron
- eventuella diagnoser
- sjukanmälningsmönster

Du bör hämta information från alla ärenden som berör den försäkrades hälsotillstånd och sjukfrånvaro. Anmäld sjukfrånvaro är av intresse oavsett om den försäkrade fått ersättning eller inte.

Sammanställ de uppgifter du hämtat in och avgör utifrån dem om du behöver kontakta den försäkrade eller andra aktörer för den fortsatta utredningen.

Om du kontaktar den försäkrade bör du informera om vad ett läkarintygsföreläggande är, varför du gör utredningen och vilka konsekvenser ett beslut om läkarintygsföreläggande får för den försäkrade.

Om det behövs för utredningen kontaktar du den försäkrades behandlande läkare eller annan vårdgivare för att få mer uppgifter.

Det kan även vara aktuellt att kontakta den försäkrades arbetsgivare för att utreda den försäkrades sjukfrånvaro under sjuklöneperioden. Det ska du till exempel alltid göra om det är arbetsgivaren som har lämnat en impuls som initierar en utredning. I kontakten med arbetsgivaren är det viktigt att tänka på att du inte får lämna ut information om utredningen eftersom du då bryter mot reglerna om sekretess.

Läs mer
Du kan läsa mer om reglerna för sekretess i kapitel 2 och i vägledning (2001:3) *Offentlighet, sekretess och behandling om av personuppgifter.*

När det inte finns förutsättningar att besluta om läkarintygsföreläggande

Om det är arbetsgivaren som har bett att Försäkringskassan ska utreda frågan och du bedömer att det inte finns förutsättningar att besluta om läkarintygsföreläggande, ska du informera arbetsgivaren om det.

Om du har haft kontakt med den försäkrade under utredningen ska du också informera hen om att du inte kommer att besluta om läkarintygsföreläggande. Du behöver inte fatta något särskilt beslut, utan antecknar bara din bedömning i journalen. Innan du avslutar ärendet registrerar du ditt ställningstagande i HAPO.

Beslut om läkarintygsföreläggande

Om du överväger att besluta om läkarintygsföreläggande ska du underrätta den försäkrade om det och kommunicera eventuellt underlag. När du fattar beslutet skickar du ett beslutsbrev till den försäkrade och noterar i journalen att ett beslut är fattat. Innan du avslutar ärendet registrerar du ditt beslut i HAPO.

Om arbetsgivaren har bett att Försäkringskassan ska utreda frågan om läkarintygsföreläggande enligt sjuklönelagen, måste du ha tagit emot en begäran från arbetsgivaren innan du kan informera om beslutet. En begäran innebär här att arbetsgivaren måste be att få information om beslutet efter att utredningen är klar. Om du informerar om beslutet utan begäran bryter du mot reglerna om sekretess. Arbetsgivaren kan lämna begäran muntligt eller skriftligt.

När du har fått begäran får du informera om vad beslutet blev och för vilken tidsperiod beslutet gäller. Det är viktigt att du är restriktiv i informationen du lämnar för att inte bryta mot reglerna om sekretess. Du ska alltså inte skicka någon kopia av beslutet till arbetsgivaren. Informationen kan lämnas till arbetsgivaren muntligt eller skriftligt.

13 Ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning

Det här kapitlet beskriver bestämmelsen om ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning i 27 kap. 5 § SFB. Kapitlet beskriver även hur du handlägger ett ärende när det är aktuellt med ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning.

13.1 Ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning – syfte och bedömning av rätten till ersättning

I vissa fall kan en försäkrad som är sjuk arbeta, men inte ta sig till och från arbetet på sitt vanliga sätt. Det finns en bestämmelse om när Försäkringskassan då, i stället för sjukpenning, kan betala ut ersättning för de merutgifter som hen har på grund av att hen behöver ta sig till och från arbetet på annat sätt:

27 kap. 5 § SFB
För att underlätta den försäkrades återgång till arbete i anslutning till ett sjukdomsfall får, i stället för den sjukpenning som annars skulle ha lämnats, skälig ersättning lämnas för den försäkrades merutgifter för resor till och från arbetet.

Ersättning lämnas endast om merutgifterna beror på att den försäkrades hälsotillstånd inte tillåter honom eller henne att utnyttja det färdsätt som han eller hon normalt använder för att ta sig till sitt arbete.

Syftet med bestämmelsen är alltså att den som, trots sin sjukdom, kan arbeta inte ska behöva avstå från det på grund av att sjukdomen gör att hen inte kan ta sig till arbetet på vanligt sätt.

När Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan ska möjligheten att undvika sjukskrivning genom att betala ut ersättning för arbetsresor ingå som en naturlig del. Det innebär att om den försäkrade kan arbeta, men inte resa till arbetet på vanligt sätt, ska Försäkringskassan undersöka om det finns andra färdmedel som skulle göra detta möjligt. Om så är fallet kan den försäkrade inte välja att få sjukpenning i stället för ersättning för arbetsresor. (Prop.1994/95:147 s. 23)

I bedömningen av arbetsförmågan ingår förmågan att ta sig till och från arbetsplatsen (läs mer i avsnitt 9.2 om begreppet arbetsförmåga). Det är bara den som annars skulle ha fått sjukpenning som kan få ersättning för merutgifter för arbetsresor. Man måste alltså först ta ställning till om den försäkrade har rätt till sjukpenning, helt eller delvis, och därefter om hen kan få ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenningen.

Att det i lagtexten står att ersättningen för arbetsresor ska vara ”i stället för” den sjukpenning den försäkrade ”annars skulle ha fått” hindrar inte att en försäkrad får partiell sjukpenning om hen trots reseersättningen inte kan arbeta hela sin arbetstid. Det framgår av förarbetena att ersättning för arbetsresor och sjukpenning ska kunna betalas ut samtidigt (prop. 1989/90:62 s. 25).

13.1.1 Metodstöd – Utreda om det är aktuellt med ersättning för arbetsresor

Du kan behöva utreda om det är aktuellt med ersättning för arbetsresor när som helst under ärendets gång. Initiativet kan komma från dig som handlägger ärendet, den försäkrade själv, arbetsgivaren eller den behandlande läkaren.

13.2 Hur länge kan en försäkrad få ersättning för arbetsresor?

Enligt förarbetena är ersättningen tänkt att betalas ut under en begränsad tid när den försäkrade *tillfälligt* är förhindrad att resa till arbetet på vanligt sätt. Det bör därför bara i undantagsfall bli aktuellt att betala ut ersättning för längre tid än 90 dagar. Om den försäkrade har bestående eller långvariga nedsättningar i funktionsförmågan ska ersättning för arbetsresor inte betalas ut. (Prop. 1989/90:62 s. 25)

En försäkrad som under längre tid är förhindrad att resa till arbetet på vanligt sätt kan i stället ha rätt till andra former av stöd, till exempel bilstöd eller kommunal färdtjänst.

13.3 Vad menas med ”merutgifter” och vad innebär ”till och från arbetet”?

Vad menas med merutgifter?

Enligt bestämmelsen kan Försäkringskassan endast ersätta ”merutgifterna”, det vill säga resekostnader utöver de som den försäkrade normalt har för resor mellan bostaden och arbetet. Innan det går att slå fast hur mycket reseersättning den försäkrade har rätt till måste Försäkringskassan därför ta reda på vad resorna normalt kostar för den försäkrade och om hen helt eller delvis har kvar dessa kostnader trots att ett annat färdsätt används.

Det innebär till exempel att den som normalt åker med kollektivtrafik men under sjukdomstiden måste köra bil, kan få ersättning med ett belopp som motsvarar differensen mellan kostnaden för bilresorna och kostnaden för kollektivresorna.

I vissa fall kan merkostnaden vara densamma som kostnaden för det tillfälliga färdsättet. Så kan det till exempel vara om den försäkrade normalt går eller cyklar till arbetet och därför inte har några kostnader för sitt vanliga färdsätt.

Den försäkrade kan under sjukdomstiden ha kostnader både för det vanliga och det tillfälliga färdsättet. Det kan till exempel vara när hen har köpt ett periodkort för kollektivtrafik som inte kan lösas in eller användas vid ett senare tillfälle. Hen kan då få ersättning med ett belopp som motsvarar kostnaden för det tillfälliga färdsättet, utan avdrag för vad arbetsresorna normalt kostar.

Vad innebär ”till och från arbetet”?

Det är bara merutgifter för resor ”till och från arbetet” som kan ersättas. Varken bestämmelsen eller dess förarbeten ger dock någon närmare definition av vad som menas med uttrycket arbetet. Försäkringskassan har därför i ett rättsligt ställningstagande (FKRS 2015:01) bestämt att arbetet ska tolkas som *tjänstestället*, så som det begreppet definieras i 12 kap. 8 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Det är alltså resor till och från den försäkrades tjänsteställe enligt 12 kap. 8 § inkomstskattelagen som kan ersättas med stöd av 27 kap. 5 § SFB. Eventuella merutgifter för tjänsteresor, det vill säga resor inom ramen för arbetet, ersätts däremot inte. Tjänsteresor får arbetsgivaren eller det egna företaget svara för. (FKRS 2015:01)

Det innebär att man inför prövningen av vilka resor som kan ersättas behöver utreda var den försäkrade utför huvuddelen av sitt arbete. För en försäkrad som är anställd kan man till exempel behöva ta reda på vad det står om placering i anställningsavtalet.

13.4 Vad menas med att ersättningen för arbetsresor ska vara ”skälig”?

Enligt bestämmelsen ska ersättningen för arbetsresor vara ”skälig”. Vad som ska betraktas som skälig ersättning i detta sammanhang definieras dock varken i bestämmelsen eller i dess förarbeten. Förarbetena innehåller bara en skrivning om att Försäkringskassan ska bedöma om resekostnaden är skälig i förhållande till fördelarna med en sådan lösning (prop. 1994/95:147 s. 47).

Här finns alltså ett bedömningsutrymme. Bedömningen bör utgå från syftet med regeln, det vill säga att underlätta den försäkrades återgång i arbete.

För att ta ställning till om den försäkrade ska få ersättning för arbetsresor i stället för sjukpenning och vilket belopp som i så fall är skäligt behöver man utreda vilka alternativa färdsätt som är möjliga och kostnaderna för dem. En rimlig utgångspunkt är att Försäkringskassan ersätter det billigaste möjliga alternativet. Ersättning för ett dyrare färdsätt innefattas generellt inte i ”skälig ersättning”. Om resekostnaden bedöms som oskälig kan den försäkrade få sjukpenning i stället.

13.4.1 Metodstöd – Uppgifter som behövs i utredningen

För att kunna fatta beslut om ersättning för arbetsresor behövs förutom den information som krävs för att bedöma rätten till sjukpenning också uppgift om följande:

- Hur den försäkrade normalt tar sig till och från arbetet.
- Hur mycket den försäkrade normalt betalar för resorna.
- Den försäkrades hemadress och adress till tjänstestället.
- Avstånd mellan hemmet och tjänstestället.
- På vilka sätt den försäkrade kan ta sig till arbetet under sjukperioden.
- Hur mycket det kostar att resa till arbetet på annat sätt än normalt.
- Om hindret för att ta sig till och från arbetet är tillfälligt.

Använd uppgifterna för att bedöma om kostnaden för att resa till arbetet på annat sätt är skälig. Om den exakta kostnaden för resorna inte går att fastställa måste du bedöma vad som är skäligt.

13.4.2 Beräkning av resekostnader för egen bil eller hyrbil

Hur den försäkrades resekostnader ska beräknas framgår inte av lagen eller dess förarbeten. Försäkringskassan har därför reglerat beräkningen i Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:13) om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet, m.m.:

11 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13
Resekostnaden ska vid resa med egen bil beräknas till det ersättningsbelopp per kilometer som anges i 7 § 2 förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning. Kostnaden för resa med hyrd bil får högst ersättas med ett belopp motsvarande kostnaden för resa med taxi.

För resa med egen bil är ersättningsbeloppet alltså detsamma som vid rehabilitering: 2 kronor och 50 öre per kilometer (jfr 7 § 2 förordningen [1991:1321] om rehabiliteringsersättning). Beloppet är en schablon som gäller oavsett den försäkrades faktiska kostnader för bilresorna. Eventuella extra kostnader för till exempel parkering eller trängselskatt ingår i schablonbeloppet.

Schablonbeloppet används för att beräkna merutgifterna för den som på grund av sin sjukdom använder egen bil för att ta sig till arbetet. Det ska också användas för att beräkna de normala reskostnaderna för den som brukar åka bil till arbetet men under sjukperioden måste använda ett dyrare färdsätt, till exempel taxi.

Vid resor med hyrbil finns ingen schablon, utan då ska det faktiska beloppet ersättas. Det kan inkludera hyra, bränsle, försäkring, parkering, trängselskatt, broavgift osv. Men det är bara kostnader som är direkt kopplade till resorna med hyrbilen som kan ersättas. Försäkringskassan kan alltså inte ersätta till exempel förseningsavgifter på grund av sen betalning eller kontrollavgifter på grund av att parkeringsavgiften inte har betalats. Dessutom kan, som framgår av föreskriften, den försäkrade aldrig få mer i ersättning för resa med hyrbil än vad det skulle ha kostat att åka taxi.

13.5 Bokning av resor

En försäkrad som beviljas ersättning för sina merutgifter och reser till arbetet med taxi, hyrbil eller liknande måste själv beställa resorna. Hen bestämmer själv vilket företag som ska anlitas.

Om taxiföretaget eller biluthyrningsfirman begär att den försäkrade ska kunna visa att beställningen gäller arbetsresor kan den försäkrade skicka en kopia av sitt beslut till företaget.

13.6 Försäkran och utbetalning av ersättning för arbetsresor

Ersättningen betalas som huvudregel ut direkt till den försäkrade. Den försäkrade måste lämna uppgifter om sina arbetsresor i efterhand och ersättning kan därför endast betalas ut i efterskott. Det finns inte någon reglering för hur ofta Försäkringskassan kan ersätta merutgifter, men eftersom den försäkrade i många fall har haft utgifter bör det ske så snart som möjligt. För att begära ersättning behöver den försäkrade lämna en skriftlig försäkran:

10 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13

I ärende om ersättning för merutgifter till och från arbetet ska den försäkrade ge in skriftlig försäkran för reseersättning. Sådan försäkran ska innehålla uppgifter om vilka dagar förhinder på grund av sjukdom förelegat att använda det färdsätt som normalt används och vilket färdsätt som använts i stället. Försäkringskassan får även kräva att behovet av annat färdsätt än det som normalt utnyttjas vid färd till och från arbetet styrks genom läkarintyg.

Eftersom det inte finns några regler för hur ofta den försäkrade ska lämna in försäkran för arbetsresor kan hen avgöra det själv, till exempel utifrån hur bråttom hen har att få ersättningen.

Den försäkrade ska styrka de uppgifter som hen lämnar i försäkran. Det kan göras genom att kvitton eller fakturor bifogas försäkran.

13.6.1 Metodstöd – Hantera en begäran om ersättning för merutgifter

Försäkringskassan har inga avtal med transportföretag om arbetsresor. Det innebär att det är den försäkrade själv som ska boka sina arbetsresor och som är ansvarig för att betala för dem. Det är viktigt att den försäkrade informeras om att hen är beställare av tjänsten och därmed även betalningsansvarig. Fakturorna måste därför gå till den försäkrade, som sedan får begära ersättning från Försäkringskassan. Om inte företaget vill fakturera den försäkrade får hen betala resorna kontant och därefter begära ersättning från Försäkringskassan.

Den försäkrade ska i första hand ansöka om ersättning för sina resor via Mina sidor, och ladda upp fakturor eller kvitton för resorna digitalt. Om hen inte kan det, så kan hen skicka underlagen tillsammans med försäkran till Försäkringskassans inläsningscentral. I så fall ska du som handläggare informera om att hens personnummer måste finnas på varje bilaga för att hamna rätt i våra IT-system, samt att kvittona bör tejpas fast på ett A4-ark för att underlätta inskanningen, alltså inte häftas fast med klammer.

Om ett transportföretag skickar fakturor till Försäkringskassan ska du som får fakturan för attest meddela att Försäkringskassan inte är betalningsansvarig.

14 Rehabilitering

Det här kapitlet handlar om rehabilitering.

I kap. 30, 31 och 31a SFB regleras samordningsuppdraget, rehabiliteringsersättning och rehabiliteringspenning i särskilda fall. Bestämmelserna där handlar om rehabilitering och utgår från den definition av rehabilitering som finns i 29 kap. SFB.

14.1 Vad menas med rehabilitering?

Det finns en bestämmelse om vad rehabiliteringen ska syfta till:

> **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).

Rehabiliteringen ska alltså syfta till att den försäkrade *får tillbaka* sin arbetsförmåga. Det är alltså försäkrade som drabbats av sjukdom som sätter ned arbetsförmågan som omfattas av bestämmelserna om rehabilitering. Det krävs däremot inte att nedsättningen av arbetsförmågan är av någon viss omfattning.

En rehabiliteringsåtgärd anses vara arbetslivsinriktad om den syftar till att den försäkrade ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärden ska vara sådan att den förutsätter aktiv medverkan från den försäkrades sida (prop.1990/91:141 s. 92). Exempel på arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är arbetsträning och utbildning (prop. 1991/92:40 s. 32). Läs mer om när utbildningar kan utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering under avsnitt 15.2.1.

14.2 Samordningsuppdraget

Bestämmelserna om samordningsuppdraget finns främst i 30 kap SFB.

I bestämmelserna anges inte vilka insatser den försäkrade har rätt till eller hur de ska samordnas. De beskriver i stället Försäkringskassans ansvar i rehabiliteringsprocessen och sätter upp ramarna för vad vi förväntas göra för att uppnå syftet med lagstiftningen. De huvudsakliga syftena är att

- försäkrades behov av rehabilitering ska upptäckas så tidigt som möjligt
- de insatser som den försäkrade behöver ska initieras så snart som det är möjligt
- att försäkrade inte ska ”falla mellan stolarna” i rehabiliteringsverksamheten utan att någonting görs.

(Jfr. prop.1990/91:141 s. 49–50)

Det är alltså för att uppnå dessa syften som utredaren av ett ärende ska utföra samordningsuppdraget. Den strukturella samverkan syftar i sin tur till att skapa bättre förutsättningar för rehabilitering i varje enskilt ärende.

14.2.1 Försäkringskassan ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs

30 kap. 9 § SFB
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.

Att utreda och klarlägga behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering ingår i Försäkringskassans utredningsansvar och är något som ska göras i alla ärenden där ersättning beviljats. Läs mer om att klarlägga rehabiliteringsbehovet i kapitel 4.

14.3 Arbetsprövning med bibehållen sjukpenning

Det finns bestämmelser om arbetsprövning som trädde ikraft den 1 mars 2026 som innebär att den som har hel sjukpenning kan pröva att utföra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan att rätten till sjukpenning påverkas:

27 kap. 8 a § SFB
En anställd försäkrad som är beviljad hel sjukpenning får genomföra arbetsprövning hos sin arbetsgivare enligt 8 b och 8 c §§ utan att det påverkar hans eller hennes rätt till sjukpenning.

Arbetsprövningen kräver att vissa förutsättningar är uppfyllda. Om den försäkrade prövar att utföra arbetsuppgifter utan att förutsättningarna för arbetsprövning är uppfyllda får Försäkringskassan beakta eventuellt uppvisad arbetsförmåga vid bedömningen av rätten till sjukpenning.

Vilka arbetsuppgifter som den försäkrade ska pröva att utföra och i vilken omfattning arbetsuppgifterna prövas, bestämmer arbetsgivaren och den försäkrade tillsammans, så länge omfattningen inte överstiger den försäkrades ordinarie heltid. Syftet med arbetsprövning är att arbetsgivaren och den försäkrade tillsammans ska kunna undersöka om det finns förutsättningar för att påbörja återgång i arbete, och vad den försäkrade i så fall behöver för att klara det. Meningen är inte att den försäkrade ska träna upp sin arbetsförmåga eller lära sig utföra nya arbetsuppgifter. Arbetsprövning bygger på frivillighet från både den försäkrade och arbetsgivaren.

Arbetsprövning räknas inte som rehabilitering enligt 29 kap. 2 § SFB, och därför blir inte bestämmelserna i 30 kap. SFB tillämpliga. Försäkringskassan har dock fortfarande ett ansvar för att klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov och samordna rehabiliteringen. Läs mer om samordningsansvaret och skyldigheten att medverka i utredningen av den försäkrades rehabiliteringsbehov i avsnitt 14.3.4.

Den som arbetsprövar omfattas av den sak- och personskadeförsäkring som följer av 2 § förordningen (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd samt av 1 § förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering m.m.. Dessa försäkringar gäller precis som för de som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Läs mer i avsnitt 14.12.

14.3.1 Period med arbetsprövning och ramtid

Det finns en bestämmelse om hur länge och hur ofta en period med arbetsprövning kan ske:

27 kap. 8 b § SFB
Arbetsprövning får, inom en ramtid om 365 dagar, pågå i två perioder om vardera 14 sammanhängande dagar. En ny period med arbetsprövning får påbörjas tidigast den trettionde dagen efter det att en tidigare period med arbetsprövning har avslutats.

En period med arbetsprövning påbörjas den dag som har angetts i anmälan enligt 8 c §.

Ramtiden enligt första stycket räknas från och med den första dagen i den första perioden med arbetsprövning.

En period med arbetsprövning pågår alltid under 14 kalenderdagar, oavsett hur många av dagarna som den försäkrade faktiskt prövar att utföra arbetsuppgifter på sin arbetsplats. Det går inte att avbryta en period med arbetsprövning som har påbörjats, vilket sker den första dagen som anges i anmälan, oavsett om den försäkrade faktiskt prövar att utföra arbetsuppgifter under perioden. Om den försäkrade arbetsprövar en dag och sedan inte kan fortsätta arbetsprövningen, innebär det att de 14 dagarna fortsätter löpa och att en av de två perioderna med arbetsprövning förbrukas. Det finns dock inget som hindrar att den försäkrade återupptar arbetsprövningen igen, så länge det görs inom perioden på 14 dagar.

Om perioden med arbetsprövning inte har påbörjats än, kan den försäkrade eller arbetsgivaren ta tillbaka en anmälan om arbetsprövning.

Efter att ramtiden om 365 dagar har löpt ut kan den försäkrade arbetspröva under två perioder på nytt. Villkoret om att en ny period med arbetsprövning kan påbörjas tidigast den trettionde dagen efter avslutad period ska i så fall fortfarande tillämpas.

14.3.2 Förutsättningar för arbetsprövning

För att få arbetspröva ska den försäkrade

- ha en anställning för hela den period som arbetsprövningen är tänkt att pågå
- vara beviljad hel sjukpenning för hela den period som arbetsprövningen är tänkt att pågå.

Arbetsprövningen kan genomföras när som helst i sjukperioden. Med heltid menas den försäkrades heltid, även om det är mindre än 40 timmar i veckan. (Prop. 2025/26:53 s. 15 och 18-19)

Den som har ansökt om sjukpenning men ännu inte har fått något beslut om rätten till sjukpenning kan inte arbetspröva (prop. 2025/26:53 s. 34). Det kan inte heller den som beviljats interimistisk ersättning med stöd av 112 kap. 2 eller 2 a §§ SFB.

Det är bara den som är anställd som kan arbetspröva. Detta innefattar även den som är anställd i eget aktiebolag. Egenföretagare betraktas däremot inte som anställda och därför får de inte arbetspröva. Läs mer om egenföretagare i avsnitt 10.22.

Den försäkrade ska inte få lön från arbetsgivaren för prestationen under arbetsprövningen. I sådana fall är förutsättningarna för arbetsprövning inte uppfyllda. Försäkringskassan kan då beakta eventuellt uppvisad prestation på arbetsplatsen vid bedömningen av rätten till sjukpenning. Det kan också vara aktuellt att tillämpa minskningsregeln i 28 kap. 19 § SFB.

Arbetsprövning kan bara ske hos den försäkrades arbetsgivare

Arbetsprövningen kan bara genomföras hos den försäkrades arbetsgivare. Den som har flera arbetsgivare kan arbetspröva hos en av dem, så länge arbetsförmågan är nedsatt hos samtliga arbetsgivare (prop. 2025/26:53 s. 15). Den försäkrade kan däremot bara arbetspröva hos en arbetsgivare under en och samma period med arbetsprövning. Omfattningen på arbetsprövningen kan då inte vara större än den försäkrades ordinarie arbetstid hos den arbetsgivare där arbetsprövningen genomförs.

Den som har flera arbetsgivare kan genomföra sina två perioder med arbetsprövning under ramtiden på 365 dagar hos olika arbetsgivare, så länge hen är anställd hos den arbetsgivare där hen arbetsprövar. Det innebär att den som byter arbetsgivare under en pågående ramtid därefter kan genomföra en andra period av arbetsprövning hos den nya arbetsgivaren inom ramtiden (jfr prop. 2025/26:53 s. 18). Det förutsätter dock att den andra perioden med arbetsprövning påbörjas tidigast den trettionde dagen efter det att den första perioden med arbetsprövning har avslutats.

Arbetsprövningens innehåll

Det finns inga krav eller begränsningar kring vilka arbetsuppgifter som får prövas inom ramen för arbetsprövningen eller i vilken omfattning uppgifterna genomförs. Den försäkrade och arbetsgivaren är fria att komma överens om arbetsprövningens innehåll och hur den ska genomföras. Arbetsgivarens möjligheter att utforma arbetsprövningen begränsas dock av den arbetsrättsliga lagstiftningen. Arbetsprövningen kommer vanligtvis att utföras på arbetsplatsen, men den kan utföras i hemmet om det är lämpligt med hänsyn till arbetsuppgifterna och den plats där arbetet vanligtvis utförs. (Prop. 2025/26:53 s. 13–14)

Omfattningen på arbetsprövningen får inte överstiga den försäkrades ordinarie heltid. Om den försäkrade arbetsprövar i en högre omfattning kan Försäkringskassan beakta den del av arbetsprövningen som överstiger den ordinarie heltiden när vi bedömer den försäkrades arbetsförmåga. Läs mer om hur vi får hantera uppgifter om arbetsprövningen i avsnitt 14.3.4.

Anmälan om arbetsprövning

Det finns en bestämmelse om hur den som vill arbetspröva ska anmäla det till Försäkringskassan:

27 kap. 8 c § SFB

Den försäkrade ska, för varje period med arbetsprövning, anmäla till Försäkringskassan vilken dag som arbetsprövningen ska påbörjas. Anmälan ska vara undertecknad av den försäkrade och arbetsgivaren.

Anmälan ska ha kommit in till Försäkringskassan senast 14 dagar före den dag som arbetsprövningen ska påbörjas.

Anmälan ska vara skriftlig och bör göras på arbetsgivarens plan för återgång i arbete (20 § RFFS 1998:13). En skriftlig anmälan som görs på annat sätt är också att betrakta som en anmälan.

Anmälan ska ha kommit in till Försäkringskassan senast 14 dagar före den dag som arbetsprövningen ska påbörjas. På anmälan ska det framgå vilken dag som arbetsprövningen ska påbörjas. Om anmälan kommer in till Försäkringskassan när det är mindre än 14 dagar kvar tills arbetsprövningen ska påbörjas, är förutsättningarna för att arbetspröva inte uppfyllda.

Varken den försäkrade eller arbetsgivaren kan komplettera eller ändra en redan inlämnad anmälan. Det beror på att anmälan måste vara undertecknad av båda två. Om någon av dem vill göra ändringar i en befintlig anmälan behöver hen ta tillbaka anmälan, och sedan lämna in en ny underskriven anmälan till Försäkringskassan.

Information till den försäkrade efter anmälan

Den försäkrade ska anmäla en period med arbetsprövning till Försäkringskassan innan den påbörjas. Försäkringskassan ska dock inte fatta något beslut om ifall förutsättningarna för arbetsprövning är uppfyllda, utan enbart upplysa om ifall vi anser att anmälan uppfyller förutsättningarna för arbetsprövning eller inte. Upplysningen ges inom ramen för vår serviceskyldighet (6 § FL). Eftersom vi inte fattar något beslut utan enbart lämnar en upplysning, är vi inte bundna av upplysningen om den visar sig vara felaktig. Läs mer i metodstöd 14.3.3 om hur du hanterar en anmälan om arbetsprövning.

När arbetsprövning sammanfaller med andra aktiviteter

Arbetsprövning räknas inte som arbetslivsinriktad rehabilitering (29 kap. 2 § SFB). En period med arbetsprövning kan sammanfalla med utredningsåtgärder eller andra planerade aktiviteter. Försäkringskassan ska i sådana fall bedöma om den försäkrade ska informeras om skyldigheten att medverka i utrednings- eller rehabiliteringsåtgärderna och vilka konsekvenserna kan bli om hen inte gör det. Läs mer om den försäkrades skyldigheter och indragning eller nedsättning av tidigare beviljad ersättning i avsnitt 14.9 respektive 28.4.

14.3.3 Metodstöd – Hantera en anmälan om arbetsprövning

När du får in en anmälan om arbetsprövning ska du kontrollera om förutsättningarna för arbetsprövning är uppfyllda. Du ska utgå från att en period om arbetsprövning alltid är 14 dagar om inte annat följer av anmälan. Kontrollen ska alltid göras innan du tar kontakt med den försäkrade. Kontrollera att

- anmälan har kommit in till Försäkringskassan senast 14 dagar innan den dag arbetsprövningen ska påbörjas
- anmälan är undertecknad av både den försäkrade och hens arbetsgivare
- perioden inte är längre än 14 dagar
- den försäkrade inte har arbetsprövat de senaste 30 dagarna och inte mer än en gång tidigare under en ramtid på 365 dagar sedan senast påbörjad period om arbetsprövning.

Om du får in flera anmälningar med olika startdatum kan du behöva utreda vilken anmälan som ska gälla. Fråga antingen den försäkrade eller arbetsgivaren.

Var uppmärksam på att en anmälan kan komma in på annat sätt än på arbetsgivarens plan för återgång i arbete. Oavsett hur anmälan kommit in ska du göra samma kontroll.

Om förutsättningarna är uppfyllda
Om det framgår att alla förutsättningar för arbetsprövning är uppfyllda, ska du kontakta den försäkrade så snart som möjligt och informera om det. Det är viktigt att informationen inte uppfattas som ett beslut.

Om du inte får tag i den försäkrade skickar du informationen skriftligen med mallen Wimi 15 692.

Om det kommer in en ny ansökan om sjukpenning ska du bortse från prestationen under perioden med arbetsprövning så länge förutsättningarna för arbetsprövning är uppfyllda. Du kan läsa mer om det avsnitt 14.3.1–14.3.2.

Om förutsättningarna inte är uppfyllda
Om det framgår att förutsättningarna för arbetsprövning inte är uppfyllda, ska du kontakta den försäkrade så snart som möjligt och informera om det. Berätta att om hen trots det väljer att pröva att utföra arbetsuppgifter kan den eventuella prestationen på arbetsplatsen vägas in i arbetsförmågebedömningen. Du behöver även informera om att sak- och personskadeförsäkringen inte gäller om den försäkrade väljer att pröva att utföra arbetsuppgifter utan att förutsättningarna för arbetsprövning är uppfyllda.

14.3.4 Efter en genomförd arbetsprövning

Det finns en bestämmelse om att arbetsprövningen inte ska påverka den försäkrades rätt till sjukpenning:

27 kap. 55 a § SFB
Vid bedömningen av arbetsförmågan ska det bortses från arbetsförmåga som den försäkrade har uppvisat i arbetsprövning enligt 8 a §.

När Försäkringskassan ska pröva den försäkrades rätt till sjukpenning ska vi inte inkludera prestationen under arbetsprövningen i bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga. Arbetsprövning får alltså inte likställas med förvärvsarbete. Det gäller både under den pågående och för framtida perioder med sjukpenning. Detta gäller bara vid bedömningen av rätten till sjukpenning, inte till andra förmåner.

Bestämmelsen gäller däremot inte om den försäkrade prövar att utföra arbetsuppgifter trots att förutsättningarna för arbetsprövning inte är uppfyllda. Då kan Försäkringskassan beakta eventuell prestation på arbetsplatsen när vi bedömer hens arbetsförmåga, vilket innebär att hen skulle kunna få sin sjukpenning nedsatt eller indragen, eller få avslag på sin ansökan.

Sak- och personskadeförsäkringen gäller inte heller om förutsättningarna för arbetsprövning inte är uppfyllda.

Att Försäkringskassan inte får beakta eventuell prestation under arbetsprövningen betyder inte att den försäkrades sjukpenning är fredad mot alla omständigheter när hen arbetsprövar. Om det skulle komma in uppgifter om den försäkrades arbetsförmåga som inte har med arbetsprövningen att göra får vi beakta dem som vanligt. I förarbetena nämns som exempel att vi får beakta uppgifter om att den försäkrade utför fritidsaktiviteter som kan likställas med förvärvsarbete. Ett annat exempel som nämns är att det kan framgå av ett läkarintyg att läkaren bedömer att den försäkrades arbetsförmåga har förbättrats (prop. 2025/26:53 s. 20).

Anmälningsskyldighet efter arbetsprövning

Den försäkrade är skyldig att anmäla ändrade förhållanden som kan påverka rätten till eller storleken på ersättning (110 kap. 46 § SFB). Arbetsprövning ska dock inte påverka den försäkrades rätt till sjukpenning, och därför är hen i princip inte skyldig att anmäla vad som har hänt under arbetsprövningen. Om den försäkrade återgår i arbete till någon del efter arbetsprövningen är det däremot en omständighet som hen ska anmäla, eftersom det påverkar i vilken omfattning sjukpenning kan beviljas (prop. 2025/26:53 s. 21).

Arbetsprövning och samordning av rehabilitering

Försäkringskassans samordningsuppdrag framgår av 30 kap. SFB. Läs mer om samordningsuppdraget i kapitel 4. Även om arbetsprövning inte räknas som arbetslivsinriktad rehabilitering har Försäkringskassan fortfarande ett ansvar inom ramen för samordningsuppdraget att tillvarata resultatet av en arbetsprövning.

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). Arbetsprövning enligt 27 kap. 8 a § är inte sådan arbetslivsinriktad rehabilitering.

För att vi ska kunna uppfylla vårt samordningsansvar behöver vi alltså hålla oss uppdaterade om hur det har gått för den försäkrade under arbetsprövningen. Även om den försäkrade inte har någon anmälningsskyldighet enligt 110 kap. 46 § SFB så kan hen behöva lämna uppgifter om vad som har hänt under arbetsprövningen, om uppgifterna behövs för att vi ska kunna utföra vårt samordningsuppdrag (30 kap. 8 § och 110 kap. 13 § andra stycket SFB). En del i ansvaret är att klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov (30 kap. 9 § SFB). En motsvarande skyldighet att lämna uppgifter finns för arbetsgivaren (110 kap. 14 och 31 §§ SFB). Om vi bedömer att vi behöver uppgifter om hur det har gått under arbetsprövningen för att klarlägga rehabiliteringsbehovet behöver den försäkrade och arbetsgivaren alltså lämna de uppgifterna till oss.

Vid en arbetsprövning kan det exempelvis ha framkommit att det är lämpligt att påbörja arbetsträning, eller att andra åtgärder behöver vidtas för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete (prop. 2025/26:53 s. 21).

Hur uppgifter från arbetsprövningen får användas

Försäkringskassan kan få uppgifter om exempelvis vad den försäkrade har prövat att utföra för arbetsuppgifter, i vilken omfattning och om hens upplevelse av detta. Uppgifterna får bara användas för att planera för framtida rehabilitering och får inte läggas till grund för bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga.

Däremot kan Försäkringskassan använda uppgifterna om arbetsprövningen som en indikation på att andra utredningsåtgärder kan behöva vidtas, exempelvis en AFU. Uppgifterna om den försäkrades aktivitetsförmåga från en AFU kan sedan läggas till grund för ett beslut om sjukpenning.

Vid utredningen av rätten till sjukpenning efter att en arbetsprövning har genomförts behöver vi göra skillnad mellan dels att göra en egen bedömning av uppgifter om hur arbetsprövningen har gått, och dels att använda en värdering gjord av en annan profession i underlaget till beslutet av rätten till sjukpenning.

Vi får inte själva använda eller värdera uppgifter som handlar om vad som har hänt under arbetsprövningen vid bedömning av rätten till sjukpenning. Det gäller oavsett från vem uppgifterna kommer och i vilket syfte de har kommit in till Försäkringskassan. Däremot får värderingar eller bedömningar gjorda av någon annan profession användas vid en bedömning av en försäkrads arbetsförmåga. Det gäller även om den bedömningen grundar sig i uppgifter från arbetsprövningen. Det kan exempelvis vara en läkares bedömning i ett läkarintyg av hur nedsatt den försäkrades arbetsförmåga är eller resultatet av en AFU som genomfördes efter en arbetsprövning.

14.3.5 Metodstöd – Bedöma arbetsförmågan i samband med period om arbetsprövning

När du ska bedöma den försäkrades arbetsförmåga får du inte beakta den eventuella prestationen på arbetsplatsen under period med arbetsprövning, så länge förutsättningarna för arbetsprövning är uppfyllda. Om du fått in uppgifter som indikerar att en arbetsprövning genomförts men en anmälan inte kommit in via arbetsgivarens plan för återgång ska du kontrollera om det kommit in en anmälan i ett annat dokument. Du kan även behöva granska om dokumentet finns i ett annat ärende.

Vid bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga ska du inte väga in uppgifterna om arbetsprövningen eller dokumentera dessa i samband med bedömningen. Om en bedömning gjorts av en annan profession, exempelvis i ett läkarintyg, kan du däremot väga in de uppgifterna i din bedömning.

Om förutsättningarna för arbetsprövning inte är uppfyllda finns det däremot inga hinder från att beakta alla uppgifter i ärendet oavsett om den försäkrade prövat att utföra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren eller inte. Om förutsättningarna däremot är delvis uppfyllda, exempelvis för att en försäkrad arbetsprövar längre tid än 14 dagar, kan du beakta alla uppgifter för den överskjutande perioden.

14.4 Rätt till rehabiliteringsåtgärder

30 kap. 2 § SFB
En försäkrad har rätt till rehabiliteringsåtgärder enligt bestämmelserna i detta kapitel.

Enligt förarbetena får man bedöma i varje enskilt fall vilka åtgärder rätten till rehabilitering omfattar (prop. 2008/09:200 s. 453). Man behöver också beakta vilka skyldigheter att ge rehabilitering som olika aktörer har. Försäkringskassan genomför ingen egen rehabilitering utan ansvarar för att utreda, planera och se till att rehabiliteringsåtgärder vidtas.

14.4.1 Rehabiliteringen ska utgå från den försäkrades förutsättningar och behov

30 kap. 3 § SFB
Rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.

Det är varje försäkrads särskilda förutsättningar och behov som ska styra hens rehabilitering. Utredning, planering och genomförande av rehabilitering ska därför ske i nära samarbete med den försäkrade (prop.1990/91:141 s. 88).

14.5 Metodstöd – Utreda behov av rehabiliteringsåtgärder

Du som handläggare ska ta ställning till vilka rehabiliteringsåtgärder som kan bli aktuella för den försäkrade utifrån de aktivitetsbegränsningar som hen har och vad som snabbast kan leda till att hen kan återfå sin arbetsförmåga.

Åtgärderna som kan bli aktuella är exempelvis

- arbetsträning
- insatser hos Arbetsförmedlingen
- utbildning
- arbetshjälpmedel.

Arbetsträning

Det finns ingen definition i lagen av begreppet arbetsträning. Arbetsträning kan innebära att den försäkrade tränar på vissa arbetsuppgifter utan prestationskrav för att få tillbaka sin arbetsförmåga. Arbetsträning kan vara en av flera rehabiliteringsåtgärder som behövs för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete. Den behöver ofta kombineras med andra åtgärder, till exempel anpassning av arbetsuppgifterna, arbetsplatsen, eller arbetstiderna eller användning av arbetshjälpmedel.

När är arbetsträning inte en lämplig åtgärd?

Det är inte lämpligt med arbetsträning om den försäkrade kan arbeta deltid. Om hen redan delvis har återgått i arbete och klarar av sina arbetsuppgifter, är det bättre att i stället successivt öka arbetsbelastningen. Men det kan finnas situationer när det är aktuellt med arbetsträning ändå. Det kan till exempel vara när den försäkrade ska pröva nya arbetsuppgifter på den del hen är sjukskriven. Det kan också vara när den försäkrade har olika arbetsuppgifter i sitt arbete och har återgått på en del och behöver träna upp förmågan i andra delar.

Enbart det faktum att den försäkrade har varit borta från arbetet en längre tid innebär inte att personen behöver arbetsträna.

När är arbetsträning en lämplig åtgärd?

Arbetsträning är lämpligt när den försäkrade behöver träna upp sin förmåga steg för steg och slippa vissa krav på att prestera i arbetet. Det kan också handla om att den försäkrade slipper vissa arbetsmoment som hen för tillfället inte klarar av så att hen får träna på några moment åt gången och successivt kan trappa upp belastningen. Det kan vara aktuellt både vid sjukdomar som ger fysiska besvär och sjukdomar som ger kognitiva besvär såsom svårigheter med minne och koncentration, stresskänslighet och så vidare.

Utreda behovet av arbetsträning

Impulser om att det kan vara aktuellt för en försäkrad att arbetsträna kan komma på flera olika sätt. Den försäkrade själv kan påtala att hen vill arbetsträna. Det kan även komma information i läkarintyg som indikerar att du bör utreda om arbetsträning kan vara aktuellt. Om du får indikationer på att det kan vara aktuellt med arbetsträning ska du inom ramen för samordningsuppdraget utreda möjligheterna och förutsättningarna för arbetsträning i det aktuella ärendet.

Innan det kan bli aktuellt med arbetsträning behöver du

- utreda om den försäkrade kan återgå i arbete genom att trappa upp sin arbetstid

- utreda om arbetsgivaren kan anpassa arbetsuppgifterna så att den försäkrade kan återgå i arbete utan arbetsträning.

Du måste utreda om den försäkrade har medicinska förutsättningar för att delta i arbetsträning. När du bedömt att någon har behov av och förutsättningar för arbetsträning ska du så snart som möjligt planera åtgärder tillsammans med den försäkrade och övriga aktörer (till exempel arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och vården). Det kan då vara lämpligt att boka ett avstämningsmöte.

Det är viktigt att ha i åtanke att arbetsträningen alltid pågår samtidigt som den försäkrade personen har ett ärende om rätt till ersättning. Det går därmed inte att se arbetsträningen som något fristående från bedömningen av rätten till ersättning.

Rehabiliteringssamverkan med Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har tagit fram ett dokument som beskriver vårt gemensamma arbetssätt för rehabiliteringssamverkan. Syftet är att ha en gemensam syn på förhållningssätt, gemensam kartläggning, rehabiliteringsinsatser och hur samarbetet avslutas.

Läs mer om *Arbetssätt för rehabiliteringssamverkan* på Försäkringskassans intranät.

Utbildning

Utbildning kan i vissa lägen vara en lämplig rehabiliteringsåtgärd. Det är utbildningens längd och innehåll som är avgörande för att bedöma om åtgärden är den snabbaste vägen till ett arbete.

Arbetshjälpmedel

I förordningen (1991:1046) om bidrag till arbetshjälpmedel står det att bidrag får lämnas till arbetsgivaren eller den försäkrade efter ansökan. Bidraget kan beviljas för kostnader upp till ett visst belopp för att köpa, hyra eller reparera ett arbetshjälpmedel.

Ansvaret för att erbjuda hjälpmedel och anpassningsåtgärder delas mellan regionerna, Arbetsförmedlingen, arbetsgivarna och Försäkringskassan.

Läs mer

Läs mer om bidrag till arbetshjälpmedel i vägledning (2009:1) *Bidrag till arbetshjälpmedel*.

Det kan vara lämpligt att utreda om någon form av arbetshjälpmedel skulle kunna underlätta för den försäkrade att återgå i arbete när behov och möjligheter diskuteras med hen eller med hens arbetsgivare. Om du behöver stöd med att tolka arbetsmiljölagens bestämmelser om arbetsgivarens skyldigheter att vidta åtgärder för arbetsanpassning, inklusive anskaffning av arbetshjälpmedel, kan du kontakta Arbetsmiljöverket. Läs mer i vägledning (2009:1) *Bidrag till arbetshjälpmedel*.

Företagshälsovården, om det finns en sådan kopplad till arbetsplatsen, har kunskap om vilka arbetshjälpmedel som finns för olika situationer och besvär.

14.6 Metodstöd – Att ställa frågor om våld

Du som handläggare ska ta ställning till vilka rehabiliteringsåtgärder som kan bli aktuella för den försäkrade utifrån de aktivitetsbegränsningar som hen har och vad som snabbast kan leda till att hen kan återfå sin arbetsförmåga.

Det finns en dokumenterad koppling mellan erfarenheter av våld och fysisk samt psykisk ohälsa vilket kan vara en bidragande faktor eller dold orsak till sjukskrivning och ohälsa. Om den enskilde har erfarenheter av våld och våldsutsatthet kan hen behöva rehabiliterande insatser kopplat till dessa erfarenheter. Det kan också vara så att andra planerade insatser kan behöva anpassas. Om det finns anledning att anta att sådana behov finns behöver du därför ställa frågor om den enskildes erfarenheter av våld.

Läs mer
Du kan läsa mer i metodstödet *Lämna information om våld* på Försäkringskassans intranät.

Vad är våld?

På Försäkringskassan utgår vi från en definition av våld som inbegriper fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt, ekonomiskt och latent våld samt försummelse. Våld inkluderar såväl mäns våld mot kvinnor som våld i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck, sexuellt våld oavsett relation till gärningspersonen samt prostitution och människohandel. Läs mer om de olika våldsformerna i kunskapsunderlagen som finns på Försäkringskassans intranät.

När finns det behov av att utreda erfarenheterna?

Du ska ställa frågor om våld när du utreder förutsättningarna för återgång i arbete och det finns anledning att anta att svaren har betydelse i ärendet (jmf JO beslut 6732–2023). Med *anledning att anta* menas att finns någon omständighet i det specifika ärendet som utgör anledning att anta att svaren på frågorna kommer ha betydelse. En sådan omständighet kan, men behöver inte vara, att det finns en indikation på att någon har erfarenhet av våld i nära relation som påverkar den enskildes behov av rehabiliterande insatser.

Det är viktigt att förklara för den försäkrade varför vi ställer frågorna om våld och vilken betydelse svaren har på handläggningen av ärendet. Det är också viktigt att vi förklarar att den enskilde inte har en skyldighet att svara på om de har erfarenheter av våld eller våldsutsatthet.

Vad är en indikation?

Det går inte att uttömmande svara på vad som kan vara en indikation på att någon har erfarenhet av våld i nära relation, det vill säga att man har varit eller är utsatt för våld eller att man utsätter någon för våld.

Att ha erfarenhet av våld kan ge fysiska symptom som till exempel blåmärken, sår och benbrott men även psykiska symptom som till exempel depression, isolering och utåtagerande beteende. Du kan också få signaler om att en person uttrycker rädsla för negativa konsekvenser av att inte beviljas begärd ersättning eller att hen inte vill prata i telefon så att exempelvis en partner hör. En person som är utsatt för våld i nära relation kan också uttrycka att hen inte får, kan eller vågar göra saker. Hos personer som lever med en funktionsnedsättning kan tecken på våldsutsatthet misstolkas som en del av funktionsnedsättningen, och därför vara svårare att upptäcka. Våldet kan också riktas mot personens hjälpmedel, till exempel genom att förövaren saboterar en rullstol.

Dessa exempel kan, men behöver inte, vara tecken på att en person har erfarenhet av våld.

14.6.1 Hur kan du ställa frågor om våld?

Här följer några generella råd när du ska ställa frågor om våld. Ha gärna dessa råd i bakhuvudet, men det är du själv som avgör hur du väljer att tillämpa dem i handläggningen.

Lyssna aktivt
Tänk på att alla inte har förståelse för eller kan sätta ord på sina erfarenheter av våld. Det gäller såväl kvinnor som män. Lyssna aktivt och var uppmärksam på vad den försäkrade berättar.

Förklara varför du ställer frågor
Förklara att du ställer frågor om våld eftersom det finns en dokumenterad koppling mellan erfarenheter av våld och fysisk samt psykisk ohälsa vilket kan vara en bidragande faktor eller dold orsak till sjukskrivning och ohälsa. Förklara att om hen har sådana erfarenheter kan hen behöva rehabiliterande insatser kopplat till dessa erfarenheter eller att andra planerade insatser kan behöva anpassas.

Att förklara varför du ställer frågor om våld kan bidra till att skapa ett tryggt samtalsklimat som underlättar för den försäkrade att berätta om sina egna erfarenheter. Även om den försäkrade väljer att inte berätta så kan du, genom dina frågor, bidra till att hen vid ett senare tillfälle kan berätta för dig eller till exempel hälso- och sjukvården om sina erfarenheter av våld.

Informera om att den enskilde inte har en skyldighet att svara
När du ställer frågor om våld måste du upplysa den enskilde om att hen inte är skyldig att yttra sig om omständigheter vars yppande skulle röja att den enskilde själv eller någon närstående till denne begått en brottslig eller vanärande handling. Du ska alltså noggrant förklara varför frågorna ställs och att frågorna inte behöver besvaras.

Ställ öppna frågor
När du frågar bör du använda öppna frågor. En öppen fråga har inte givna svarsalternativ, utan ger utrymme för den försäkrade att med egna ord berätta om sina upplevelser. Slutna frågor kan sedan vara användbara som uppföljande frågor när en person väl börjar berätta om sina erfarenheter. Tänk på att många av de som har erfarenheter av våld kanske inte tänker på våldet som de varit med om som misshandel eller övergrepp. Det gäller både den som utsatts och den som utsätter någon för våld.

Undvik att värdera
Det är viktigt att inte ifrågasätta den försäkrades berättelse och att inte heller värdera den, vare sig positivt eller negativt. Undvik värderande omdömen om såväl våldsutövaren som den våldsutsatta, eftersom det ofta handlar om personer som står varandra nära.

Säkerställ att den försäkrade kan prata enskilt
I regel bör du bara fråga om våld när du är ensam med den försäkrade. Om samtalet sker per telefon behöver du säkerställa att hen har möjlighet att prata enskilt. Personer som utsätts för våld är ofta isolerade och övervakade av den våldsutövande parten. Att någon alltid har med en närstående på möten, att den närstående sköter kontakterna eller är närvarande vid telefonsamtal kan vara signaler på begränsad frihet. Om du ska skicka hem dokumentation från till exempel ett möte behöver du försäkra dig om att den försäkrade kan ta emot sin post utan att någon annan kan ta del av innehållet.

Anlita tolk vid behov
Tänk på att alltid anlita en tolk om språkstöd behövs för att genomföra samtalet eller mötet. Generellt sett är det olämpligt att använda någon nära anhörig eller nära vän som

tolk, eftersom det kan vara svårt för den försäkrade att tala obehindrat med en anhörig i närheten.

Läs mer om ombud, fullmakt och tolk i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*. Kontakta Rättsavdelningen för råd i situationer där den försäkrade har en anhörig med fullmakt eller god man och du misstänker att hen är utsatt för våld.

Olika sätt att fråga om våld

Frågorna i det här avsnittet är exempel på hur du kan prata om våld med den försäkrade. De kan ställas i telefonsamtal eller i personligt möte. Börja med att ställa generella frågor. Utifrån de svar du får och hur du uppfattar situationen kan du ställa mer specifika frågor.

Syftet med dessa frågor är att du ska skapa dig en bild av situationen och vid behov ställa relevanta följdfrågor. Du kan använda ett fåtal av frågorna eller flera av dem. Ibland kan du behöva ställa frågor om våld vid mer än ett tillfälle. Relationer där det förekommer våld tenderar att ha bättre och sämre perioder, och det är troligare att personen vill berätta om sin situation i en sämre period. Ett sätt att inleda samtalet är att fråga om den försäkrades familj, hur relationen är med dem och om hen bor tillsammans med någon. Du kan också fråga om den försäkrade känner ett stöd hemma och be hen beskriva hur det stödet ser ut.

Här nedan finns en enkel modell som stöd för dig i hur du ska tänka kring de olika stegen när du ska fråga och agera vid erfarenheter av våld.

Identifiera ärenden där det finns anledning att anta att svar på frågor om våld har betydelse för bedömningen av behovet av rehabiliterings-insatser.	⇨	Informera om att du ställer frågorna utifrån relevans för rehabiliterings-behovet och att den enskilde inte har en skyldighet att svara.	⇨	Ställ generella frågor om erfarenhet av våld.	⇨	Avgör om det är aktuellt att ställa mer specifika eller slutna frågor om erfarenhet av våld	⇨	Avgör hur du går vidare, om det är aktuellt med samordning med andra aktörer eller om det är tillräckligt att hänvisa till stödinsatser.

I det här avsnittet kommer först exempel på generella frågor som du kan ställa. Därefter kommer exempel på mer specifika frågor utifrån olika situationer. Avslutningsvis så finns några exempel på det som kallas för slutna frågor.

Exempel på generella frågor

- Börja med att formulera en fråga som riktar in sig mot den indikation om erfarenhet av våld som du har uppfattat. Du avgör själv på vilket sätt du bäst ställer frågan om våld. En öppen fråga har inte givna svarsalternativ, utan ger utrymme för personen att med egna ord berätta om sina upplevelser. Slutna frågor är frågor där personen kan svara ja eller nej.
- Exempel på öppna frågor;
  När jag lyssnar på vad du berättar så upp fattar jag det som att du är rädd för din partner. Hur uppfattar du din situation? Är det okej att vi pratar om hur du har det hemma? Hur upplever du relationen till din partner/annan närstående/tidigare partner nu när du är sjukskriven? Vi frågar eftersom

något som påverkar hälsan och möjligheten till att återgå i arbete kan vara om man till exempel har erfarenheter av våld.

Efter att du har ställt generella frågor ska du avgöra om det är aktuellt att ställa mer specifika frågor utifrån den försäkrades situation. Det innebär att du ställer frågor om pågående och tidigare erfarenhet av att vara utsatt för våld eller att utöva våld. Nedan finns exempel på frågor som kopplar till olika situationer.

Tänk på att om du känner oro för eventuella barn som bor med den försäkrade ska du göra en orosanmälan. Misstänker du att ett barn har utsatts för brott ska du även göra en anmälan till polisen. Läs mer i riktlinje (2016:02) *Anmälan till socialnämnden vid kännedom om eller misstanke att ett barn far illa och polisanmälan vid misstanke om brott.*

Exempel på mer situationsspecifika frågor

Frågor om tidigare erfarenheter

- Att ha erfarenheter av våld, både som barn och som vuxen, kan leda till ohälsa senare i livet, även om man själv kanske känner att man gått vidare. Har du några tidigare erfarenheter av våld som kan påverka din hälsa och dina förutsättningar för att börja arbeta igen?

Frågor om utsatthet

- Du verkar bekymrad över din partner/annan närstående/tidigare partner, kan du berätta mer om det?
- Har du någon gång känt att din partner/annan närstående/tidigare partner hindrar dig från att göra saker som är viktiga för dig (som att gå i skolan, arbeta, träffa vänner eller familj)?
- När jag lyssnar på dig så uppfattar jag det som att du verkar orolig över din relation/din partner/din familj. Vill du berätta lite om det?
- När jag lyssnar på det du säger hör jag tecken som jag känner igen från personer som har erfarenheter av att bli utsatta för våld. Skulle du vilja berätta mer om det som har hänt? Är det någon som har gjort dig illa?
- Känner du dig ibland övervakad eller misstänkliggjord av din partner/någon anhörig/några anhöriga?
- Brukar ni vara osams och bråka? Blir du någonsin rädd?
- Har du möjlighet att delta i arbetsträning/arbetslivsinriktad rehabilitering? Finns det någon eller något i din omgivning som skulle hindra att rehabiliteringen/arbetsträningen går bra?

Frågor om att utöva våld

- Är du bekymrad för hur ni har det i er relation?
- Har du någon gång i närtid gjort eller sagt saker till din partner som du sedan ångrat?
- Har du känt att du riskerat att skada någon du älskar?
- Händer det att du blir arg på din partner?
- Upplever du det som jobbigt när din partner gör saker utan dig eller går ut själv?
- Har du känt dig svartsjuk på ett sätt som blivit jobbigt för dig och din partner?

- Har du vid något tillfälle begränsat din partner/någon anhörig eller använt kontroll mot någon närstående?
- Har ett gräl någon gång gått över till fysiskt våld? Om det är så, så är du inte ensam om det och det finns hjälp att få. Vill du få hjälp att komma i kontakt med någon som kan hjälpa dig med detta?

Exempel på slutna frågor

Om du märker att den försäkrade tvekar eller har svårt att berätta om sin utsatthet kan det vara aktuellt att ställa direkta frågor. Här följer exempel på frågor om situationer som kan vara vanliga i relationer där det förekommer våld.

- Har din partner ofta frågat dig vad du gör när du inte är hemma?
- Har din partner varnat dig för att berätta om saker som hen har gjort?
- Händer det att din partner skrikit högt eller slagit i dörrar?
- Blir din partner irriterad över att du träffar vänner eller familj?
- Är din partner svartsjuk, brukar du bli anklagad för otrohet?
- Har det hänt att din partner hotat att skada dina/era djur?
- Har du blivit utsatt för någon form av psykiskt övergrepp? Till exempel att någon har kränkt eller trakasserat, kontrollerat, hotat dig, förstört saker eller kontrollerat din ekonomi?
- Har din partner någonsin tvingat dig att utföra sexuella handlingar som du inte har velat själv?
- Har din partner hotat att skada dig eller någon i din familj?
- Har din partner hotat att skada sig själv?
- Har din partner någonsin fysiskt skadat eller hållit fast dig mot din vilja?

Att vidta åtgärder och hänvisa till stödinsatser

Om du har fått uppgifter om att den försäkrade har erfarenhet av våld ska du

- informera den försäkrade om var hen kan få stöd
- hämta in samtycke om att delge information till andra
- ta kontakt med relevant aktör (om samtycke finns).

På alla kontor ska det finnas kontaktlistor med telefonnummer till lokala aktörer som är relevanta när man upptäcker att någon har erfarenheter av våld.

Du behöver ha ett samtycke från den försäkrade för att kunna delge information till andra. Men om den försäkrade inte vill lämna samtycke kan du alltid informera om var hen kan få stöd. Försäkringskassan kan aldrig lösa situationen åt den försäkrade, men vi kan bidra till att en process sätts igång som längre fram leder till en förändring.

Aktörer har olika ansvar och möjligheter

Det är viktigt att se att olika samhällsinstanser har olika ansvar och olika möjligheter. Ett första steg är att ta reda på vilka kontakter den försäkrade redan har så att du kan hänvisa vidare. De primära aktörerna som du kan kontakta och vid behov samordna med, förutsatt att du har samtycke från den försäkrade, är hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Du kan även hjälpa till i kontakten med en jourverksamhet. Om du känner oro för eventuella barn som bor med den försäkrade ska du göra en orosanmälan.

Informera den försäkrade om att

- hälso- och sjukvården ansvarar för att erbjuda vård och rehabilitering samt dokumentera skador
- polisen ansvarar för att utreda brott samt eventuellt behov av personskydd

- socialtjänsten har i uppdrag att informera personen om det stöd och skydd som finns att erbjuda i kommunen.

Det är också viktigt att berätta att kommunen även kan erbjuda hjälp till våldsutövare och att socialtjänsten inleder en utredning när en person önskar stöd och hjälp. Det är viktigt att tydliggöra att utredning och erbjudande av insatser till vuxna personer enligt socialtjänstlagen bygger på frivillighet.

Det finns en rad stödverksamheter som det kan vara aktuellt att informera den försäkrade om. I kunskapsunderlaget finns en lista och beskrivning av dem.

Dokumentation

När du får eller lämnar uppgifter över telefon eller vid personligt möte ska du dokumentera de uppgifter som kan ha betydelse för ärendet. Det är endast när erfarenheten av våld påverkar förutsättningarna för återgång i arbete som det har betydelse för ärendet och det är därför endast sådan information som ska dokumenteras i ärendet. Du ska då dokumentera

- att du har ställt frågor om våld, den försäkrades svar och eventuell information om de stödverksamheter som den försäkrade har kontakt med
- att du har informerat den försäkrade om var hen kan få stöd (om det är aktuellt)
- de ställningstaganden om handläggningen som du gör i ett ärende, exempelvis om du behöver kontakta vården eller annan part för att samordna rehabiliterande insatser.

Observera att all dokumentation ska vara objektiv och fri från värderingar. Detaljerade uppgifter om brottsliga handlingar har som huvudregel inte betydelse för ärendet. Anmälningar till socialtjänsten eller polisen ska inte dokumenteras i ärendet. Läs mer om dokumentation i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

14.7 Försäkringskassans skyldigheter i rehabiliteringen

Vilka skyldigheter som Försäkringskassan har i samband med rehabilitering framgår av 30 kap. 8–14 §§ SFB.

14.7.1 Försäkringskassan ska samordna och utöva tillsyn

30 kap. 8 § SFB
Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten.

Försäkringskassan ansvarar för att planera och samordna den försäkrades rehabilitering och de insatser som hen behöver. Vi ska till exempel se till att aktörerna inte samtidigt genomför insatser som påverkar varandra negativt eller att det uppstår onödiga väntetider mellan insatserna.

Försäkringskassan ska även utöva tillsyn över insatserna. Hur det ska göras framkommer dock inte på ett tydligt sätt av varken lagtext eller förarbeten. Försäkringskassan är ingen tillsynsmyndighet och har inga möjligheter att rikta sanktioner mot en arbetsgivare eller annan extern part som inte uppfyller sina skyldigheter avseende en försäkrads rehabilitering. Tillsynsansvaret får snarare anses bestå av att se till att rehabiliteringsaktörerna fullgör sina skyldigheter. Försäkringskassan ska även uppmärksamma avvikelser och anmäla systematiska

brister hos arbetsgivare till Arbetsmiljöverket om det finns sådana (prop.1990/91:141, s. 50–51). Läs mer i avsnitt 14.8.2 och i Rutin för rapportering om avvikelser i extern samverkan (sfa.se).

14.7.2 Försäkringskassan ska se till att åtgärder vidtas

30 kap. 9 § p. 2 SFB
Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att:

- de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

Det är respektive aktör som inom sitt expertområde bäst avgör vilka enskilda insatser som är effektiva. Försäkringskassan tillhandahåller inte några rehabiliteringsåtgärder.

Att vi ska se till att den försäkrade får de åtgärder som hen behöver för en effektiv rehabilitering betyder i stället att vi ska verka för att dessa snarast genomförs (prop. 1990/91:141 s. 90). Försäkringskassan kan till exempel stödja den försäkrade i hens diskussion med arbetsgivaren om vilka åtgärder som kan genomföras på arbetsplatsen (jfr prop. 2006/07:59 s. 22).

14.7.3 Försäkringskassan ska samverka med andra aktörer

30 kap. 10 § SFB
Försäkringskassan ska, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med

- den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation,
- hälso- och sjukvården,
- socialtjänsten,
- Arbetsförmedlingen, och
- andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade

Försäkringskassan ska verka för att de organisationer och myndigheter som anges i första stycket, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

I förarbetena anges att man bör sträva efter att redan i ett tidigt skede få den försäkrades medgivande till att Försäkringskassan samverkar med andra myndigheter i rehabiliteringsärendet (prop. 1990/91:141 s. 91).

Men oavsett om den försäkrade har lämnat samtycke eller inte så gäller de utredningsbefogenheter som Försäkringskassan har enligt bestämmelserna i 110 kap. SFB. Vi kan till exempel hämta in uppgifter från arbetsgivaren eller någon annan eller kalla till ett avstämningsmöte utan den försäkrades samtycke, så länge vi inte lämnar mer information än vad som är absolut nödvändigt för att få svar på frågor.

Läs mer om Försäkringskassans utredningsbefogenheter i kapitel 3. Läs mer om samtycke och i vilka lägen information kan lämnas utan stöd i samtycke i kapitel 2.

Försäkringskassan behöver alltså samverka med andra aktörer för att rehabiliteringsåtgärderna ska kunna genomföras på ett effektivt sätt.

14.7.4 Metodstöd – Försäkringskassan ska samverka med andra aktörer

Eftersom Försäkringskassan inte tillhandahåller några rehabiliteringsåtgärder är du beroende av att de aktörer som ansvarar för åtgärderna genomför dem. Det krävs att du är aktiv och håller kontinuerlig kontakt med aktörerna för att få en uppfattning om hur rehabiliteringen fungerar för den försäkrade och tidigt fångar upp impulser om behov av förändring. Det är också viktigt att du ger den försäkrade stöd i kontakterna med de rehabiliteringsansvariga.

Observera att uppgifter i sjukpenningärenden ofta omfattas av sekretess. För att du ska kunna dela information ur en försäkrads ärende behöver du därför stöd i antingen ett sekretessbrytande samtycke eller en sekretessbrytande bestämmelse. Läs mer om samtycke i avsnitt 2.4.

Arbetsgivaren

Kontakten med den försäkrades arbetsgivare ska vara en naturlig del av ditt utrednings- och samordningsarbete.

Vid ett samtal tidigt i sjukfallet kan du få information från arbetsgivaren om verksamheten, vilka arbetsuppgifter som finns, vad som krävs av medarbetarna och vilka omplaceringsmöjligheter det finns för den försäkrade. Du kan även få information om vilken plan arbetsgivaren gjort för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete. Om arbetsgivaren inte har gjort någon plan kan du föra dialog med arbetsgivaren om deras ansvar i rehabiliteringsprocessen. Läs mer om arbetsgivarens ansvar i avsnitt 14.8.2 och i *Handläggarstöd för dialog med arbetsgivare i sjukfall* på Försäkringskassans intranät på sidan Sjukpenning och samordning.

Det är också viktigt att diskutera med arbetsgivaren vilka aktiviteter som kan bidra till att förkorta den försäkrades sjukskrivningstid. Det kan till exempel vara att den försäkrade besöker arbetsplatsen, deltar i personalmöten eller läser dokument om vad som händer på arbetsplatsen under sjukskrivningstiden. Det ska vara enkelt för den som är sjukskriven att närma sig och behålla närheten till arbetsplatsen.

Du måste alltid ta ställning till om de aktiviteter som den försäkrade utför kan påverka rätten till ersättning. Läs mer om bedömningen av arbetsförmåga i dessa situationer i avsnitt 9.2.

Regionala anpassningsgrupper

För försäkrade inom byggsektorn kan det bli aktuellt att informera om möjligheterna att komma tillbaka till arbetet med hjälp av de regionala anpassningsgrupperna. Det gäller även arbetslösa som är utbildade eller tidigare har arbetat inom byggsektorn. Den försäkrade kan få kontakt med dem antingen genom arbetsgivaren eller genom facket.

Hälso- och sjukvården

Den försäkrades behandlande läkare är en viktig aktör i sjukskrivningsprocessen. Du kan behöva ha fortlöpande kontakt med läkaren för att veta hur den försäkrades hälsotillstånd och prognos utvecklas. Kontakten kan ske genom att läkaren deltar i avstämningsmöten och fortlöpande uppföljningar om den försäkrades hälsotillstånd och rehabiliteringsmöjligheter.

Du kan även ha kontakt med så kallade rehabiliteringskoordinatorer. De är anställda inom hälso- och sjukvården och har i uppdrag att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Även andra yrkeskategorier kan ha detta uppdrag, till exempel arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Det är hälso- och sjukvården som avgör vilka patienter som ska få

koordineringsinsatser. Patienten kan då få personligt stöd, intern samordning inom vården och stöd i kontakter med andra aktörer som arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Om en patient som får koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder ska regionen informera Försäkringskassan om det. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det (4 § lagen [2019:1297] om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter). Läs mer om rehabiliteringskoordinatorns uppdrag på Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) webbplats. (4 § lagen [2019:1297] om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter).

Hälso- och sjukvården ska också, på uppdrag av Försäkringskassan, genomföra aktivitetsförmågeutredningar (AFU) som du kan behöva i din handläggning. Se vidare avsnitt 3.2.

Arbetsförmedlingen

Vårt samarbete med Arbetsförmedlingen sker främst genom det förstärkta samarbetet. Syftet med det förstärkta samarbetet är att stötta den försäkrade så att hen ska kunna börja arbeta igen och få en bra övergång från sjukskrivning till arbete. Gemensam kartläggning kan även bidra till att komma fram till vad den försäkrade behöver för rehabilitering. Läs mer om *Arbetssätt för rehabiliteringssamverkan* som finns på Försäkringskassans intranät.

Socialtjänsten

Kommunens socialtjänst har ansvaret för social rehabilitering. Om det framgår att den försäkrade deltar i någon insats eller får någon hjälp från kommunen behöver du beakta den insatsen i samordningen av rehabiliteringsinsatserna. Kommunen har också ansvar för vård av alkohol- och narkotikamissbrukare (Prop. 1996/97:63).

Samordnad individuell plan (SIP)

Den som behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan få en SIP, om det behövs för att personens behov ska kunna tillgodoses. Det finns särskilda bestämmelser om SIP i SoL och HSL. Det är socialtjänsten och hälso- och sjukvården som ska ta initiativ till att upprätta en sådan plan om de bedömer att det behövs. Andra aktörer kan föreslå att en SIP upprättas och även delta i arbetet med planen. Läs mer i rutindokumentet *Samordnad individuell plan (SIP) och Försäkringskassans medverkan*.

Övriga aktörer

Det kan också vara aktuellt att ha kontakt med andra aktörer som bedriver projekt och insatser:

- Samordningsförbund som kan finansiera projekt och insatser utifrån det lokala behovet. Du kan läsa mer om samordningsförbund på Fia under partnersamverkan.
- Projekt och insatser inom ramen för Europeiska socialfonden, ESF.

Många har också privata försäkringar som täcker upp inkomstbortfall och kan delfinansiera en rehabiliteringsåtgärd. I regel kontaktar försäkringsbolaget Försäkringskassan om det blir aktuellt med samarbete.

14.8 Försäkringskassan ska se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt

30 kap. 11 § SFB
Försäkringskassan ska se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.

Försäkringskassan ska fortlöpande följa rehabiliteringsärendena, så att den försäkrade inte blir utan åtgärder och ingenting görs (prop. 1990/91:141 s. 91). Försäkringskassan måste alltså följa hur den försäkrades medicinska tillstånd utvecklas för att se till att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärderna påbörjas vid rätt tidpunkt.

14.8.1 Rehabiliteringsplan

30 kap. 12 § SFB
Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken rehabiliteringsersättning kan lämnas, ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska i den utsträckning det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Försäkringskassan ansvarar för att upprätta en rehabiliteringsplan.

Rehabiliteringsplanen ska dels säkerställa att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som är nödvändiga genomförs i enskilda ärenden, dels ligga till grund för beslut om rehabiliteringsersättning (prop. 1990/91:141 s. 52).

Rehabiliteringsplanen ska upprättas när den försäkrade behöver en åtgärd som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning. Rehabiliteringsersättning kan betalas ut i form av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag (31 kap. 2 § SFB). Det räcker med att den försäkrade kan ha rätt till en av ersättningsformerna för att en plan ska upprättas.

Rehabiliteringsplanen ska så långt som möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. I förarbetena betonas att en framgångsrik rehabilitering förutsätter ett samarbete med den försäkrade (prop. 1990/91:141 s. 52).

För att kunna upprätta rehabiliteringsplanen kan det även behövas medverkan från arbetsgivare, företagshälsovården, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra berörda. Var och en av dessa har inom ramen för respektive regelverk ett rehabiliteringsansvar, och kan behöva bidra inom sitt ansvarsområde för att en rehabilitering ska lyckas. (Prop. 1990/91:141 s. 52 och 91)

En rehabiliteringsplan är ett verktyg för att dokumentera planeringen av en försäkrads arbetslivsinriktade rehabilitering. Rehabiliteringsplanen ska också användas

- för att följa upp en åtgärds genomförande
- som underlag för beslut om rehabiliteringsersättning
- som underlag för beslut om sjukpenning.

Rehabiliteringsplanens innehåll

30 kap. 13 § SFB
En rehabiliteringsplan ska ange

1. de rehabiliteringsåtgärder som ska komma i fråga,
2. vem som har ansvaret för rehabiliteringsåtgärderna,
3. en tidsplan för rehabiliteringen, och
4. de uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen.

Rehabiliteringsplanen ska vara så detaljerad som möjligt. Eftersom planen ska upprättas när den försäkrade behöver en rehabiliteringsinsats som kan berättiga till rehabiliteringsersättning bör den upprättas tidigt, oftast innan insatsen påbörjats. Den information som framgår av punkterna i bestämmelsen måste alltid framgå, men i början räcker det att informationen är övergripande.

Försäkringskassan ska följa upp rehabiliteringsplanen

30 kap. 14 § SFB
Försäkringskassan ska fortlöpande se till att en rehabiliteringsplan följs och att det vid behov görs ändringar i den.

När Försäkringskassan följer upp planerna enligt bestämmelsen ska vi revidera planeringen och upprätta en ny rehabiliteringsplan vid behov.

14.8.2 Metodstöd - Ta fram och följa upp rehabiliteringsplanen

När den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd som hen kan få rehabiliteringsersättning för ska du upprätta en rehabiliteringsplan direkt. Du behöver alltså göra det redan när du börjar planera arbetslivsinriktad rehabilitering (se avsnitt 15.2.1). I ett sådant tidigt skede har du kanske inte så mycket information om åtgärden, och planen kan då inte bli så detaljrik. Men ju längre rehabiliteringen pågår, desto mer kan du fylla på planen. När mer information angetts i planen innebär det att den har reviderats och därmed utgör en ny rehabiliteringsplan.

De rehabiliteringsåtgärder som ska komma i fråga
När du planerar en rehabiliteringsåtgärd behöver du utgå från informationen i de medicinska underlagen för att bedöma vilka förmågor som den försäkrade behöver träna upp för att få tillbaka sin arbetsförmåga.

- vilka uppgifter den försäkrade ska utföra för att träna upp förmågorna
- vad målet är med åtgärden?
  - ska den försäkrade ha fått tillbaka arbetsförmågan eller ska någon annan arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats genomföras?

Dokumentera vad du har kommit fram till i rehabiliteringsplanen.

Vem ansvarar för rehabiliteringen
Skriv vilken aktör som ansvarar för rehabiliteringsåtgärden. Om den försäkrade har en handledare eller kontaktperson skriver du det också. Om den försäkrade ska delta i exempelvis arbetsträning genom det förstärkta samarbetet med Arbetsförmedlingen ska

du ange både kontaktperson på Arbetsförmedlingen och den som är handledare på arbetsträningsplatsen.

Göra en tidsplan för rehabiliteringen

Rehabiliteringsplanen ska innehålla ett slutmål för den aktuella rehabiliteringsåtgärden. Om den försäkrade exempelvis vid slutet av nuvarande åtgärd ska kunna påbörja en arbetsträning vid ett visst datum är detta slutmålet. Du kan även behöva sätta upp delmål, exempelvis att den försäkrade ska uppnå en viss förmåga eller en viss omfattning av arbetsträning inom en viss tid. I inledningen kan tiden för när den försäkrade ska nå slutmålet vara mer diffus och det kan då räcka att du uppskattar ett ungefärligt datum.

Tidsplanen är viktig för att du ska kunna följa upp om rehabiliteringen går enligt plan. Du behöver också ange när och hur uppföljning av planen ska ske. Den är även viktig för att du ska kunna bedöma under vilken period som den försäkrade kan ha rätt till rehabiliteringsersättning. Det finns ingen bortre tidsgräns för hur långt framåt i tiden en rehabiliteringsplan får sträcka sig. Det viktiga är innehållet, att rehabiliteringsplanen innehåller god och relevant information och att den uppdateras vid behov.

Dokumentera annat som behövs för att genomföra rehabiliteringen

Du behöver också dokumentera annat som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Skriv till exempel om rehabiliteringen är förenad med kostnader som kan ge rätt till särskilt bidrag. Skriv också om den försäkrade behöver arbetshjälpmedel eller annan typ av anpassning för att kunna genomföra den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Om rehabiliteringsåtgärden utgör ett av flera steg i att den försäkrade ska återfå arbetsförmågan ska du även ange detta samt eventuella kommande steg i rehabiliteringen.

Här behöver du även dokumentera om den försäkrade ska delta i medicinsk behandling eller andra insatser som inte är arbetslivsinriktade.

Skicka rehabiliteringsplanen till den försäkrade

Du ska alltid planera rehabiliteringsåtgärderna i samråd med den försäkrade. Det innebär att hen behöver ha tillgång till den rehabiliteringsplan som hen ska följa. När du gjort ändringar i planen innebär det att den reviderats och att den då ska upprättas och skickas till den försäkrade.

Använda rehabiliteringsplanen som ett underlag för beslut om rehabiliteringsersättning

En ansökan om rehabiliteringsersättning (rehabiliteringspenning och särskilt bidrag) innehåller inte alla uppgifter som vi behöver för att kunna bevilja ersättning. Rehabiliteringsplanen utgör därför ett komplement till ansökan.

I ansökan om rehabiliteringsersättning finns en kryssruta som ska användas om det inte finns en rehabiliteringsplan. Där kan den försäkrade i fritext ange vilken rehabiliteringsåtgärd hen ska genomgå. Får du in en sådan ansökan är det en impuls om att du kan behöva upprätta en rehabiliteringsplan.

Följa upp åtgärdens genomförande

Du ansvarar för att fortlöpande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det görs ändringar vid behov. Rehabiliteringen ska följas upp kontinuerligt. Du behöver då ta ställning till om åtgärden följs, om rehabiliteringen fungerar och om den fortfarande utgör ett led i att den försäkrade ska få tillbaka sin arbetsförmåga.

Inför uppföljningen behöver du utforma frågor med utgångspunkt i de medicinska underlagen i ärendet och tidigare rehabiliteringsplan. Nedan teman kan utgöra stöd för dig i att utforma dina frågeställningar

- Har den försäkrades begränsningar förändrats sedan rehabiliteringen inleddes?
- Är uppgifterna om vad den försäkrade gör fortfarande aktuella?
- Har upptrappning skett enligt tidsplanen?
- Har något förändrats avseende vem som ansvarar för rehabiliteringen?
- Hur förhåller sig aktiviteterna i rehabiliteringen till den medicinska utredningen?

Om det sker förändringar i det medicinska underlaget eller om det tillkommit moment i åtgärden som den försäkrade deltar i, behöver du under uppföljningen fundera på om åtgärden är förenlig med de nedsättningar som anges i läkarintygen. Om den försäkrade till exempel enligt senaste läkarintyg lider av ljudkänslighet, behöver du fundera över hur väl det är förenligt med att hen arbetsträna på en förskola där hög ljudvolym kan förekomma. Samma resonemang gäller om det inte skett förändringar i läkarintyget men det har tillkommit andra moment i arbetsträningen. Det kan då bli nödvändigt att fråga hur den försäkrade ser på lämpligheten i arbetsträningen och de moment som hen enligt det medicinska underlaget har svårt att utföra. Du kan även behöva ställa frågor om hur det fungerar att träna på förmågor som hen bedömts ha begränsningar i.

Uppföljningen av åtgärden ska dokumenteras i den försäkrades rehabiliteringsplan. Dokumentationen ska vara aktuell i förhållande till den pågående åtgärden. Det kan till exempel vara att den försäkrade utför andra uppgifter i sin arbetsträning, att tidsplanen inte hållits eller att någonting behöver förändras på grund av att den försäkrade har deltagit i en rehabiliteringsåtgärd länge utan att hens förmågor har förbättrats. Om större förändringar har skett och den försäkrade inte längre tränar på förmågor som syftar till att hen ska få tillbaka arbetsförmågan, behöver du överväga om åtgärden bör förändras eller avslutas. Du behöver motivera dina ställningstaganden.

Om det framkommer att den försäkrade utför uppgifter som hen enligt läkarintyget har svårt att utföra kan du behöva be vården komplettera de medicinska underlagen. Du behöver även värdera om den försäkrade genom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har visat att hen har arbetsförmåga. Läs mer om hur du gör bevisvärderingen i avsnitt 2.2 *Bevisvärdering – hur ska bevisningen värderas och hur säkra behöver vi vara?*

Använda rehabiliteringsplanen som ett underlag för beslut om sjukpenning

När du bedömer rätten till sjukpenning ska du väga in förmågan att utföra aktiviteter. I din bedömning ska du ta hänsyn till aktiviteternas art och omfattning. Rehabiliteringsplanen kan därför vara ett viktigt underlag för bedömningen av arbetsförmågan, om du tydligt har dokumenterat och följt upp vilka uppgifter som den försäkrade utför i rehabiliteringen, vilka förmågor den försäkrade har uppnått och vilka begränsningar som framkommit.

14.9 Andra aktörers skyldigheter i rehabiliteringen

Både den försäkrade själv och den försäkrades arbetsgivare har skyldigheter i samband med rehabilitering.

14.9.1 Den försäkrades skyldigheter

Den försäkrade är skyldig att medverka i både utredning och rehabilitering. Vad avser den försäkrades skyldigheter att medverka i att klarlägga hens behov av rehabilitering se kapitel 4.

30 kap. 7 § p. 2 SFB
Den försäkrade ska

- efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.

Åtgärder som sätts in utan den försäkrades aktiva medverkan riskerar att vara ineffektiva. Den försäkrade har därför ålagts en skyldighet att efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen. (prop. 1990/91:141 s. 90).

Det finns sanktioner kopplade till dessa skyldigheter. Ersättningen kan dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar lämna information som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering eller att medverka i en rehabiliterings-åtgärd (110 kap. 57 § SFB). Läs mer om denna regel i avsnitt 28.4.

14.9.2 Arbetsgivarens skyldigheter

Arbetsgivaren har enligt SFB skyldigheter avseende rehabilitering. Arbetsgivaren är bland annat skyldig att upprätta en plan för återgång i arbete, vidta åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering och lämna upplysningar till Försäkringskassan.

Arbetsgivaren ska göra en plan för återgång i arbete

Som en del av samordningsuppdraget kan du behöva upplysa arbetsgivaren om hens skyldigheter. I vissa fall kan arbetsgivarens plan också behövas för din utredning av omständigheterna i det enskilda ärendet.

30 kap. 6 § SFB
Om det kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer att vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar ska arbetsgivaren senast den dag när den försäkrades arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar ha upprättat en plan för återgång i arbete. Om det har antagits att den försäkrades arbetsförmåga inte kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar och det senare framkommer att nedsättningen kan antas komma att fortgå under minst 60 dagar ska dock en sådan plan omgående upprättas.

En plan för återgång i arbete behöver inte upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. Om hälsotillståndet senare förbättras ska dock en plan omgående upprättas. Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Arbetsgivaren ska fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den.

Arbetsgivaren ska upprätta en plan för återgång i arbete senast den dag när en arbetstagares arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar. I förarbetena till lagen anges att sedan rehabiliteringskedjan infördes har kraven på att individen ska vara beredd på omställning till nya arbetsuppgifter ökat. En tidig kontakt mellan chef, den anställda och en person med hälso- och sjukvårdskompetens kan skapa bättre förutsättningar för anpassning och rehabiliteringsplaner. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 63)

Planen i handläggningen hos Försäkringskassan

Arbetsgivarens plan kan vara ett viktigt underlag för Försäkringskassan i utredningen av den anställdes behov av rehabilitering och rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Det är dock Försäkringskassan som avgör när informationen i planen behövs för handläggningen. Vi kan då med stöd av 110 kap. 31 § SFB begära att få del av planen från antingen arbetsgivaren eller den försäkrade. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 69 f.)

Planen kan hämtas in från arbetsgivaren eller den försäkrade. Planen hämtas då in med stöd av 110 kap. 13 § SFB (prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 72). Planen kan hämtas in muntligen eller skriftligen. Läs mer om hur du går till väga i avsnitt 3.7.

För att det arbete som görs hos arbetsgivaren verkligen ska få effekt bör Försäkringskassan säkerställa att de planer som hämtas in är av god kvalitet. Vi måste därför följa upp de planer vi får in. Om planer inklusive åtgärder inte genomförs eller om de är uppenbart kvalitetsmässigt undermåliga, bör Försäkringskassan anmäla det till Arbetsmiljöverket. Rimligtvis bör detta inte ske med enstaka undermåliga planer utan vid upprepad underlåtenhet att ta fram planer och åtgärder, eller om innehållet i dem systematiskt håller låg kvalitet (prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 70). Läs mer om Försäkringskassans handläggning av arbetsgivarens plan för återgång i arbete i avsnitt 3.7.

Om det inte går att göra några förändringar på arbetsplatsen för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete där, får Försäkringskassan genom planen ett underlag för att i samverkan med Arbetsförmedlingen utreda om personen kan återgå i arbete med eller utan arbetsmarknadsinsatser. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s.70)

När ska arbetsgivaren upprätta en plan?

Arbetsgivaren är skyldig att upprätta en plan om det kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar. Planen ska vara upprättad senast den dag när den försäkrades arbetsförmåga varit nedsatt under 30 dagar. Det innebär att arbetsgivaren i god tid måste göra ett antagande om huruvida den försäkrade kommer att återgå i arbete inom 60 dagar har förflutit efter att arbetsförmågan blev nedsatt (prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 80). Om det råder osäkerhet kring antagandet så gäller grundregeln att en plan ska tas fram. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 67)

Arbetsgivaren är inte skyldig att upprätta en plan om det med hänsyn till hälsotillståndet klart framgår att arbetstagaren inte kommer kunna arbeta igen. Med det menas att hälsotillståndet är av sådan art att det är uppenbart att en återgång i arbete inte heller med rehabilitering är möjlig. Det förhållandet måste klart framgå för att arbetsgivaren inte ska vara skyldig att ta fram en plan.

Vad ska planen innehålla?

Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som görs på arbetsplatsen för att den anställde ska kunna återgå i arbete. Det är därför viktigt att planen utformas på ett sådant sätt att den verkligen stöder anpassnings- och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen och att den är lätt att följa för dem som är berörda (den anställde, arbetsgivaren och facket) (prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 69).

Frågor som kan bli aktuella att ta ställning till i en plan är exempelvis om den anställde kan arbeta viss tid, om arbetsplatsen eller arbetsuppgifterna behöver anpassas, om den anställde ska omplaceras tillfälligt eller permanent, om hen behöver arbetstekniska hjälpmedel, utbildning eller omskolning till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren eller insatser via företagshälsovården eller annan leverantör av rehabiliteringstjänster. Arbetsgivaren behöver också ta ställning till hur kontakten ska ske med arbetsplatsen

under pågående sjukskrivning samt tider för när insatserna ska genomföras och hur arbetsgivaren och den anställde ska följa upp planen. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 69)

Arbetsgivaren ska vidta åtgärder

30 kap. 6 a § SFB
[…] Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Bestämmelser om arbetsgivarens skyldigheter avseende arbetsanpassning och rehabilitering finns även i arbetsmiljölagen (1977:1160).

I arbetsgivarens skyldigheter ingår enligt bestämmelsen att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering, men vilka de är preciseras inte närmare. I förarbetena betonas det hur viktigt det är att arbetsgivaren så snart som möjligt genomför de åtgärder som kan behövas på arbetsplatsen (prop. 2006/07:59 s. 22).

Som framgår i bestämmelsens andra stycke finns det regler om arbetsanpassning och rehabilitering även i arbetsmiljölagen. Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren se till att det finns en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som gör det möjligt att fullgöra de uppgifter arbetsgivaren har enligt arbetsmiljölagen och 30 kap. SFB (3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen). Arbetsgivaren ska dessutom ta hänsyn till den anställdes särskilda förutsättningar för arbetet genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta andra lämpliga åtgärder (3 kap. 3 § arbetsmiljölagen).

Arbetsmiljöverket har tillsyn över tillämpningen av arbetsmiljölagen och de föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen (7 kap. 1 § arbetsmiljölagen). Försäkringskassan ska samverka med Arbetsmiljöverket i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet (5 § förordningen [2009:1174] med instruktion för Försäkringskassan). Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket har därför en överenskommelse om samverkan.

Syftet med överenskommelsen är att främja arbetsgivarnas ansvarstagande för arbetsmiljön, för att förebygga ohälsa samt för att arbeta effektivt med arbetsanpassning och rehabilitering. Av överenskommelsen framgår att det ingår i Försäkringskassans uppdrag att uppmärksamma Arbetsmiljöverket på arbetsgivare som inte fullgör sitt ansvar enligt arbetsmiljölagen eller socialförsäkringsbalken. I överenskommelsens bilaga kan du läsa om hur man gör för att lämna tips till Arbetsmiljöverket (dnr 2020/004786).

14.10 Samordnad rehabilitering för den som inte har ett pågående ersättningsärende

Rehabilitering är en förmån enligt SFB (23 kap. 2 § SFB). Det innebär att en försäkrad som inte har rätt till sjukpenning ändå kan ha rätt till samordnad rehabilitering. Vid sådana förhållanden behöver den försäkrade informeras om möjligheten att ansöka om samordnad rehabilitering.

Man kan vara försäkrad för förmånen rehabilitering dels genom bosättning i Sverige, dels genom arbete i Sverige (5 kap. 9 § och 6 kap. 6 § SFB). Försäkrade som har en arbetsförmåga som är nedsatt i någon omfattning har rätt till rehabiliteringsåtgärder enligt bestämmelserna i kapitel 30 i SFB.

Bestämmelserna om ansökan, handläggning, beslut m.m. som finns i SFB gäller även för rehabilitering (23 kap. 2 och 4 §§ SFB). Det betyder till exempel att det krävs en skriftlig ansökan (110 kap. 4 § SFB) i dessa typer av ärenden:

- när den försäkrade inte har någon sjukpenninggrundande inkomst
- när arbetsförmågan är nedsatt med mindre än en fjärdedel på grund av sjukdom.

Eftersom rehabilitering enligt EU-rättsliga regler klassificeras som en vårdförmån kan den som är bosatt i Sverige beviljas rehabilitering även om hen omfattas av ett annat medlemslands socialförsäkring (artiklarna 17 och 18 i EG-förordning 883/04, AK-beslut H1 och AK-beslut 115). Det gäller även rehabiliteringsersättning i form av särskilt bidrag, eftersom den ersättningen syftar till att ersätta kostnader som uppstår på grund av rehabiliteringen. Det innebär att det kan bli aktuellt för Försäkringskassan att samordna rehabilitering och betala ut särskilt bidrag till en person som är bosatt i Sverige, samtidigt som hen får rehabiliteringspenning eller motsvarande ersättning från ett annat EU/EES-land.

14.11 Metodstöd – Samordnad rehabilitering för den som inte har ett pågående ersättningsärende

Om en ansökan kommer in och det inte finns något pågående sjukpenningärende ska du

- utreda om personen är försäkrad för arbetsbaserade eller bosättningsbaserade förmåner
- utreda om arbetsförmågan nedsatt till någon del på grund av sjukdom
- kontakta den försäkrade för att ta reda på hur behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering ser ut och om en fördjupad utredning behöver göra.
- ta ställning till om det är lämpligt med ett avstämningsmöte eller gemensam kartläggning.

Om du bedömer att den sökande inte har rätt till samordning av rehabilitering på grund av att hens arbetsförmåga inte är nedsatt på grund av sjukdom eller att ingen samordning av rehabiliteringsinsatser behövs, ska hen få ett beslut om det. Läs mer om beslut i kapitel 25.

14.12 Skada i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering

Om det uppstår en skada på en sak eller en person under rehabilitering, finns det i vissa fall möjlighet att få ersättning för det.

14.12.1 Skada orsakad av den som deltar

En arbetsgivare eller annan anordnare av rehabilitering kan få ersättning för skador på sak eller person som orsakas av den som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering eller aktiviteter som förbereder för sådan rehabilitering. Det regleras i förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering m.m.

Ersättning kan betalas ut om skadan har uppkommit under ett sådant besök som avses i 1 § första stycket 5 i förordningen eller i en verksamhet som helt eller delvis förlagts till en icke-statlig arbetsplats eller hos en annan anordnare av arbetsmarknadsutbildning eller annan utbildning än det reguljära skolväsendet.

Ersättning kan bara betalas ut om den försäkrade under rehabiliteringen får någon av dessa ersättningar:

- rehabiliteringsersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning, ersättning från arbetsskadeförsäkringen eller sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall enligt socialförsäkringsbalken
- motsvarande ersättning från annat EU/EES-land.

Enligt förordningen är det Försäkringskassan som beslutar om ersättningen. Försäkringskassan har en verksamhetsförsäkring hos Kammarkollegiet som gäller för skador som omfattas av förordningen. Överskrider skadebeloppet ett basbelopp finns en särskild försäkring hos Kammarkollegiet.

Läs mer
Läs mer om försäkringsskyddet enligt förordningen i vägledning (2024:1) *Skadestånd och ersättning av allmänna medel.*

14.12.2 Skada som drabbar den som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering

Om en person är fast anställd under den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är hen normalt sett försäkrad genom arbetsgivaren – antingen genom kollektivavtal eller genom att arbetsgivaren har tecknat en privat försäkring. När en anställd genomför arbetslivsinriktad rehabilitering hos en annan arbetsgivare så är det ändå i första hand arbetsgivaren för den fasta anställningen som ansvarar för personskadeskyddet.

Den som är arbetslös och drabbas av personskada genom olycksfall under arbetslivsinriktad rehabilitering kan vända sig till Kammarkollegiet för att få sin rätt till ersättning prövad.

Kammarkollegiets försäkring gäller den som har beviljats rehabiliteringsersättning, sjukpenning, sjukersättning, aktivitetsersättning eller livränta. Försäkringen täcker även skador vid rehabilitering utomlands för den som har beviljats rehabiliteringsersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning eller livränta.

Försäkringen gäller dessutom i samband med utredningar som Försäkringskassan har beslutat om, oavsett om de genomförs i Sverige eller utomlands. Förutsättningen är att den försäkrade har beviljats sjukpenning, sjukersättning, aktivitetsersättning eller livränta.

Även om Försäkringskassan inte har beviljat någon förmån kan skadan i vissa fall täckas av personskadeförsäkringen. Det gäller när den försäkrade får ersättning från ett annat land men genomgår en rehabilitering eller utredning som Försäkringskassan har beslutat om, till exempel vid nordiskt samarbete om gränsöverskridande rehabilitering.

Om en anställd inte omfattas av personskadeskydd varken genom kollektivavtalet eller genom en privat försäkring hos arbetsgivaren, så finns i sista hand möjligheten att få prövat om försäkringen hos Kammarkollegiet gäller.

Den som har en fast anställning och rehabiliteras måste i dessa situationer alltid i första hand ansöka om ersättning för personskada hos försäkringsbolaget AFA. Om AFA kommer fram till att försäkringen inte gäller, får en ny ansökan lämnas in till

Kammarkollegiet. Om ansökan lämnas in till Kammarkollegiet utan att AFA prövat, så kommer Kammarkollegiet att hänvisa den drabbade att vända sig till AFA.

Observera också att personskadeskyddet har vissa begränsningar i förhållande till lag, kollektivavtal och försäkring samt att rätten till ersättning upphör tre år efter skadedagen om anmälan dessförinnan inte kommit till Kammarkollegiet. Kammarkollegiets försäkring gäller aldrig i den försäkrades hem för någon av grupperna i försäkringsavtalet.

För att få en fullständig bild av försäkringsvillkoren bör den försäkrade hänvisas till Kammarkollegiets hemsida kammarkollegiet.se.

Blankett för skadeanmälan vid personskada finns att ladda ner från Kammarkollegiets hemsida.

Det finns mer information om personskadeförsäkringen på Försäkringskassans intranät och på Kammarkollegiets webbplats.

15 Rehabiliteringsersättning

Det här kapitlet beskriver ersättningsformerna och rekvisiten för rehabiliteringsersättning.

Rehabiliteringsersättning omfattar två ersättningsformer:

31 kap. 2 § SFB
Rehabiliteringsersättning lämnas i följande former:

1. Rehabiliteringspenning till en försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering.

2. Särskilt bidrag till en försäkrad för kostnader som uppstår i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering.

Rehabiliteringspenning är en arbetsbaserad förmån, medan särskilt bidrag är såväl en arbetsbaserad som en bosättningsbaserad förmån. Läs mer om försäkringsvillkoren i kapitel 5.

Rehabiliteringspenningen syftar till att ersätta den inkomstförlust som uppstår när en försäkrad deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Det särskilda bidraget ska ersätta kostnader i samband med rehabilitering. En försäkrad kan ha rätt till särskilt bidrag utan att ha rätt till rehabiliteringspenning. Det gäller till exempel för en försäkrad som inte har någon SGI. Hen kan inte få rehabiliteringspenning men kan ändå få särskilt bidrag för kostnader i samband med rehabiliteringen.

15.1 Metodstöd – Samtal med den försäkrade om rehabiliteringsersättning och möjligheten att ansöka om förmånen

När den försäkrade avser att delta i någon form av rehabiliteringsinsats ska du göra så här:

1. Informera objektivt om rehabiliteringsersättning och förutsättningarna för att beviljas de förmåner som ryms inom begreppet (rehabiliteringspenning och särskilt bidrag). Du behöver inte informera om rehabiliteringsersättning om det är uppenbart att insatsen inte utgör arbetslivsinriktad rehabilitering för personen. Du behöver alltså inte vara säker på att insatsen utgör arbetslivsinriktad rehabilitering när du informerar, eftersom det är en av förutsättningarna som du ska pröva när du fattar beslut om rätten till rehabiliteringsersättning. Se 15.2.1.
2. Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsinsats ska du upprätta en rehabiliteringsplan. Du behöver dock inte upprätta en sådan plan om det är uppenbart att insatsen inte utgör arbetslivsinriktad rehabilitering för hen. Planen ska i den utsträckning det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

När du informerar om rehabiliteringsersättning ska du informera om

- förutsättningarna för att beviljas rehabiliteringsersättning
- förutsättningarna för att beviljas särskilt bidrag
- förutsättningarna för att beviljas rehabiliteringspenning
- förutsättningarna för att beviljas sjukpenning då individen deltar i en rehabiliteringsinsats

- hur utbetalningarna samordnas om den försäkrade beviljas både sjukpenning och rehabiliteringspenning
- hur förutsättningarna för förmånerna förändras om den försäkrade uppnår arbetsförmåga eller avbryter sin rehabilitering.

Läs mer om förutsättningarna för att beviljas rehabiliteringsersättning i avsnitt 15.3, om särskilt bidrag i avsnitt 15.10 och om rehabiliteringspenning i avsnitt 15.8.

Det är viktigt att du informerar den försäkrade objektivt. Det innebär att du ska informera konkret om punkterna ovan utan att avråda eller styra den försäkrade till att söka eller inte söka om rehabiliteringsersättning. Om den försäkrade säger att hen vill ansöka om en förmån som du på förhand bedömer att hen svårligen kommer ha rätt till, kan du objektivt informera om förutsättningarna för att beviljas förmånen och hur detta förhåller sig till den försäkrades omständigheter. Du ska även utan värdering informera den försäkrade att hen kan ansöka om förmånen för att få sin ansökan prövad.

När du gjort detta ska du dokumentera vad du och den försäkrade pratat om och vilken information du lämnat.

Ansökan om rehabiliteringsersättning

Om den försäkrade vill ansöka om rehabiliteringspenning eller särskilt bidrag behöver hen ansöka om rehabiliteringsersättning.

Om en ansökan om rehabiliteringsersättning kommer in ska du göra så här:

1. Pröva anspråket genom att ta ställning till huruvida rekvisiten i 31 kap. 3 § SFB är uppfyllda
    a. Ta ställning till om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom, läs mer i kapitel 9.
    b. Bedöm om insatsen som den försäkrade ska delta i utgör arbetslivsinriktad rehabilitering för den försäkrade.
    c. Bedöm om insatsen syftar till att förkorta eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga.

2. Besluta slutligt om rätten till förmånen och motivera din bedömning.

Om du beviljar ansökan ska du skicka ett beslutsbrev till den försäkrade. Om du överväger att avslå ansökan behöver du skicka ett kommuniceringsbrev, läs mer om kommunicering i avsnitt 27.2 *Kommunicering och underrättelse om beslut.*

15.2 Nedsatt arbetsförmåga

En av de grundläggande förutsättningarna för att ha rätt till rehabiliteringsersättning är att den försäkrade ska ha en sjukdom som sätter ned hens arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Det är samma förutsättning som gäller för rätten till sjukpenning enligt 27 kap. SFB (prop. 1990/91:141 s 61–62).

Hur länge rehabiliteringsersättning kan beviljas till den som är anställd beror på arbetsförmågan i relation till var i rehabiliteringskedjan hen befinner sig, läs mer i avsnitt 10.1.

15.2.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering

För att en insats ska bedömas utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering så måste syftet vara att den försäkrade ska återfå arbetsförmågan (se 29 kap. 2 § SFB). Om insatsen

endast syftar till social eller medicinsk rehabilitering kan den inte anses vara arbetslivsinriktad.

Insatsen behöver vara ett led i att den försäkrade ska återfå sin arbetsförmåga. Det finns däremot inget krav på att hen ska ha arbetsförmåga vid insatsens slut. Syftet kan alltså vara arbetslivsinriktat, även om insatsen sker i ett tidigt skede av den försäkrades rehabilitering.

Förutsättningarna för att uppfylla detta rekvisit är därmed likställda med de förutsättningar som krävs för att en insats ska avse att förkorta eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Det innebär att om en insats syftar till att den försäkrade ska få tillbaka arbetsförmågan bör även förutsättningarna i 31 kap. 3 § första och andra punkten SFB vara uppfyllda.

Rättsfall

Ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen gällde frågan om en folkhögskoleutbildning var en sådan rehabilitering som gav rätt till rehabiliteringsersättning (RÅ 1997 not. 102). Högsta förvaltningsdomstolen fann att utbildningens syfte mer var att utgöra ett led i den försäkrades sociala och medicinska rehabilitering än en direkt förberedelse för att få eller behålla ett förvärvsarbete. Utbildningen kunde därför inte betraktas som en sådan arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd som ger rätt till rehabiliteringsersättning. Avgörande för bedömningen var inte utbildningens innehåll i sig, utan att den för just den person som målet gällde inte kunde anses arbetslivsinriktad.

Vilka slags utbildningar som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning beskrivs i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning:

2 och 3 §§ förordningen (1991:1321)

2 § Rehabiliteringsersättning får lämnas till den som genomgår

1. yrkesutbildning,

2. allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning, eller

3. orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning.

3 § För en utbildning som kan finansieras med studiemedel enligt avdelning B i bilagan till studiestödsförordningen (2000:655) eller därmed jämförlig utbildning får rehabiliteringsersättning lämnas endast om utbildningen omfattar högst 40 studieveckor, och

1. inte är en fortsättning eller en avslutning på en tidigare påbörjad eftergymnasial utbildning, och

2. inte heller är en del av en längre sammanhållen eftergymnasial utbildning.

15.3 Rätten till rehabiliteringsersättning

Det finns rekvisit som måste vara uppfyllda för att en försäkrad ska ha rätt till rehabiliteringsersättning:

31 kap. 3 § SFB
Vid sjukdom som sätter ned en försäkrads arbetsförmåga med minst en fjärdedel har den försäkrade rätt till rehabiliteringsersättning under tid då han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att

1. förkorta sjukdomstiden, eller
2. helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Rehabiliteringsersättning kan alltså *endast* beviljas under tid som en försäkrad deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Det innebär att den som väntar på att rehabiliteringen ska starta inte kan få rehabiliteringsersättning (prop. 1990/91:141 s. 65).

15.4 Metodstöd – Pröva anspråket

Bedöma arbetsförmågans nedsättning
Du behöver först ta ställning till om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Läs mer om hur du gör den bedömningen i avsnitt 2.2.1.

Ta ställning till om insatsen utgör arbetslivsinriktad rehabilitering för den försäkrade
Det andra rekvisitet i 31 kap. 3 § SFB som du behöver pröva är om insatsen som den försäkrade ska dela i utgör arbetslivsinriktad rehabilitering. Du ska bedöma om insatsen är arbetslivsinriktad just för den försäkrade.

Du behöver noggrant utreda vad insatsen innebär och syftar till för den försäkrade. Det är insatsens syfte som styr rätten till rehabiliteringsersättning, inte via vilken verksamhet insatsen genomförs. Vid utredningen behöver du alltså lägga särskild vikt vid syftet, dvs om insatsen är en del av en planering som syftar till att den försäkrade ska återfå sin arbetsförmåga.

Insatser som endast syftar till social eller medicinsk rehabilitering kan inte anses vara arbetslivsinriktade. Om en insats exempelvis syftar till att öka livskvaliteten för den försäkrade och hade genomförts oavsett hens prognos för att kunna återgå i arbete så är det en indikation på att syftet med insatsen inte är arbetslivsinriktat utan snarare medicinskt eller socialt. Vägledande för din prövning är alltså om insatsen hade genomförts oavsett om den försäkrade skulle återfå sin arbetsförmåga eller inte. Läs mer om vad som räknas som arbetslivsinriktad rehabilitering i avsnitt 15.2.1.

Det finns inget krav på att den försäkrade ska ha en arbetsförmåga vid insatsens slut. Däremot behöver insatsen vara en del av ett led i att den försäkrade ska återfå sin arbetsförmåga. Syftet kan vara arbetslivsinriktat även om insatsen sker i ett tidigt skede av den försäkrades rehabilitering. Målet med insatsen kan vara att öka den försäkrades förmåga till aktivitet med det långsiktiga målet att det ska kunna leda till arbetsförmåga. I ett sådant läge skulle syftet med insatsen kunna bedömas vara arbetslivsinriktat för den försäkrade.

För att avgöra om syftet med insatsen är arbetslivsinriktat behöver du sedan göra en sammanvägd bedömning av samtliga omständigheter i ärendet. Om det vid en sammantagen bedömning framkommer att den försäkrade gjort sannolikt att syftet med

den aktuella rehabiliteringsinsatsen är arbetslivsinriktat är insatsen att betrakta som en sådan arbetslivsinriktad rehabilitering som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning.

Avsikten med rehabiliteringen

Det sista rekvisitet som den försäkrade behöver uppfylla för att kunna beviljas rehabiliteringsersättning framgår av 31 kap. 3 § 1 eller 2 punkten SFB. Det räcker att förutsättningarna i någon av punkterna är uppfyllda. Insatsen ska avse att förkorta eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Om du har bedömt att insatsen är arbetslivsinriktad rehabilitering så är syftet att den försäkrade ska återfå sin arbetsförmåga. Rekvisitet i 31 kap. 3 § 1 eller 2 punkten SFB är då som regel uppfyllt.

15.5 Vad gäller vid ledighet och sjukdom?

Vid vissa ledigheter kan den försäkrade få behålla sin rehabiliteringsersättning:

31 kap. 5 § SFB

En försäkrad som får rehabiliteringsersättning får behålla ersättningen

1. vid kortvarig ledighet för enskild angelägenhet av vikt,

2. vid ledighet på grund av uppehåll i rehabiliteringen enligt föreskrifter som regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen, och

3. när den försäkrade på grund av sjukdom är helt eller delvis ur stånd att delta i rehabiliteringen.

Rehabiliteringsersättningen får lämnas enligt första stycket 3 för högst 30 kalenderdagar i följd. Efter den sjunde dagen lämnas ersättningen endast om den försäkrade genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan styrker nedsättningen av förmågan att delta i rehabiliteringen på grund av sjukdom.

Flytt, allvarligare sjukdomsfall, begravning, bouppteckning och arvskifte inom den egna familjen eller den närmaste släktkretsen är exempel på vad som bör anses vara enskild angelägenhet av vikt. Ledighet på grund av flytt bör beviljas med en dag och ledighet för enskild angelägenhet i övriga fall bör beviljas för högst tio kalenderdagar per år. (RAR 2002:5)

Kravet är att den försäkrade har blivit beviljad rehabiliteringsersättning och sedan på grund av sjukdom helt eller delvis inte kan delta i rehabiliteringen. Hen kan då få behålla rehabiliteringsersättningen under högst 30 kalenderdagar i följd från och med avbrottet från rehabiliteringen.

Vid sjukfrånvaro kan särskilt bidrag fortsätta betalas ut under förutsättning att den försäkrade har kvar kostnaderna trots sjukfrånvaron.

Den försäkrade ska anmäla sin sjukfrånvaro till Försäkringskassan. Läs mer om skyldigheten att anmäla ändrade förhållanden i avsnitt 3.11.1. Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras i förhållande till den försäkrades förmåga att delta i rehabiliteringen. Det gäller oavsett om hen är helt eller delvis frånvarande från rehabiliteringen. För att styrka arbetsförmågans nedsättning ska den försäkrade lämna ett läkarintyg.

Det finns föreskrifter om rehabiliteringsersättning under uppehåll i rehabiliteringen:

1 § Försäkringskassans föreskrifter FKFS 2010:23
Uppehåll i rehabiliteringen som avses i 31 kap. 5 § socialförsäkringsbalken ska anses föreligga

1. om skol- eller kursledningen har beslutat om sådant uppehåll,

2. vid kortare uppehåll såsom jullov, sportlov och påsklov,

3. vid längre uppehåll som sommarlov vid terminsbunden utbildning eller under högst fyra veckors semesteruppehåll hos utbildningsanordnaren,

4. vid arbetsprövning/arbetsträning hos den egna eller någon annan arbetsgivare under högst fyra veckors semesterstängning på arbetsplatsen.

15.6 Metodstöd – Vad gäller vid ledighet och sjukdom?

Sjukfrånvaro med rehabiliteringsersättning i högst 30 dagar
Den som får rehabiliteringsersättning får behålla ersättningen i högst 30 dagar vid sjukfrånvaro från rehabiliteringen.

Hen får behålla ersättningen oavsett om hen är helt eller delvis frånvarande från rehabiliteringen. Det gäller även om hen deltar i lägre omfattning än en fjärdedel av sin SGI.

När du får en impuls om att den försäkrade är frånvarande från rehabiliteringen på grund av sjukdom, ska du bedöma om hen får behålla rehabiliteringsersättningen under frånvaron. Du gör bedömningen i förhållande till den försäkrades förmåga att delta i rehabiliteringen. För att du ska kunna göra bedömningen måste den försäkrade lämna ett läkarintyg. Informera hen om att det krävs ett läkarintyg efter sju dagars sjukfrånvaro och att hen kan få ersättning under högst 30 dagar i följd under frånvaron.

För att du ska kunna ta ställning till om den försäkrade kan behålla rehabiliteringsersättningen samt när rehabiliteringen kan återupptas, behöver du ha kontinuerlig kontakt med den försäkrade och övriga aktörer. Tänk på att rehabiliteringsplanen ska uppdateras när ni ändrar i planeringen. Läs mer om uppföljning av rehabiliteringsplan i avsnitt 14.7.1.

Du behöver säkerställa att rehabiliteringsersättning inte betalas ut i mer än 30 kalenderdagar från och med den första frånvarodagen. Det gör du genom att använda bevakningen ”Kontrollera Rehab max 30 dgr” i UTM-ärendet.

Om rehabiliteringen måste avbrytas
Om du bedömer att sjukfrånvaron kommer att vara längre än 30 dagar, kan det bli aktuellt att avbryta rehabiliteringen. Bedömningen gör du i samråd med den försäkrade och övriga aktörer.

Om den försäkrade har fått rehabiliteringsersättning vid sjukfrånvaro utbetalad under 30 dagar eller om rehabiliteringen avbryts, kan hen precis som tidigare ansöka om sjukpenning. Läs mer i kapitel 6. En sjukanmälan behöver registreras manuellt och den försäkrade behöver i normalfallet lämna den informationen som framkommer i Ansökan sjukpenning (7458) och du behöver då skicka ansökan till den försäkrade.

Om du bedömer att den försäkrade inte får behålla rehabiliteringsersättningen

Om du bedömer att den försäkrade inte har rätt att behålla rehabiliteringsersättningen under sjukfrånvaron, behöver du ändra det tidigare beslutet om rehabiliteringsersättning för dessa dagar. I vissa fall behöver du kommunicera och informera om att du överväger att ändra ersättningen.

Läs mer

Läs om kommunicering i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*, samt i riktlinjerna (2005:14) Kommuniceringsbrev och beslutsbrev i Försäkringskassan.

15.7 Hur länge kan man få rehabiliteringsersättning?

Det finns inga föreskrifter i socialförsäkringsbalken eller någon annan författning som reglerar under hur lång tid rehabiliteringsersättning kan betalas ut (RÅ 2007 ref. 31).

Observera att en försäkrad som har en arbetsskada i vissa fall kan få livränta i samband med rehabilitering och att sådan livränta kan betalas ut för längre rehabiliteringsperioder. Läs mer om livränta och rehabilitering i vägledning (2003:4) *Förmåner vid arbetsskada*.

Åldersgräns för rehabiliteringsersättning

Det finns en övre åldersgräns för rehabiliteringsersättning:

31 kap. 4 § SFB

Rehabiliteringsersättning lämnas längst till och med månaden före den när den försäkrade uppnår riktåldern för pension.

Riktåldern för pension är för närvarande 67 år, men för personer födda 1959 och tidigare är det andra åldersgränser som gäller. Du kan läsa mer om åldersgränserna i kapitel 37.

15.8 Rehabiliteringspenning

Rehabiliteringspenning beviljas på samma förmånsnivåer som sjukpenning:

31 kap. 8 § första stycket SFB

Rehabiliteringspenning lämnas enligt följande förmånsnivåer:

1. Hel rehabiliteringspenning lämnas för dag när den försäkrade saknar arbetsförmåga.

2. Tre fjärdedels rehabiliteringspenning lämnas för dag när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst tre fjärdedelar men inte saknas helt.

3. Halv rehabiliteringspenning lämnas för dag när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst hälften men inte med tre fjärdedelar.

4. En fjärdedels rehabiliteringspenning lämnas för dag när den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel men inte med hälften.

Syftet med förmånsnivåerna är främst att möjliggöra en successiv återgång i arbete. Dessa nivåer bör därför främst utnyttjas under begränsade tider och ingå i en plan för hur arbetsinsatsen successivt ska öka. (Prop. 1990/91:141 s. 64)

15.8.1 Hur bedöms arbetsförmågan i samband med rehabiliteringspenning?

31 kap. 8 § andra stycket SFB
Arbetsförmågan ska under tiden för rehabiliteringsåtgärden anses nedsatt i den utsträckning den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

För rätt till rehabiliteringspenning krävs att den försäkrade är *förhindrad att arbeta på grund av att hen deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering*. Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska alltså göras på ett annat sätt än vid prövningen av rätten till sjukpenning.

Det innebär till exempel att tid när den försäkrade väntar på att få genomgå rehabilitering inte ger rätt till rehabiliteringspenning. Bestämmelsen medför alltså att den som deltar i en rehabiliteringsåtgärd på exempelvis halvtid kan ha rätt till halv rehabiliteringspenning, även om hens arbetsförmåga enligt 27 kap. SFB bara är nedsatt med en fjärdedel. Omvänt får den som har helt nedsatt arbetsförmåga enligt 27 kap. SFB och deltar i en åtgärd på halvtid endast halv rehabiliteringspenning. Den återstående inkomstförlusten kan då täckas av exempelvis hel sjukpenning, om förutsättningarna för att bevilja den förmånen är uppfyllda.

15.8.2 Rehabiliteringspenning och sjukpenning

Både rehabiliteringspenning och sjukpenning kräver att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt i relation till hens normala arbetstid. Arbetsförmågans nedsättning definieras dock på olika sätt för förmånerna.

Det finns ingen bestämmelse som begränsar i vilken mån förmånerna kan beviljas i relation till varandra. Det innebär att om en individ uppfyller kraven för både sjukpenning och rehabiliteringspenning, så kan båda förmånerna beviljas för samma tid.

Däremot finns det begränsningar som gäller i vilken mån förmånerna kan betalas ut för samma tid. Detta går att utläsa av 31 kap. 12 § SFB, se avsnitt 15.8.4.

15.8.3 Beräkning och förmånstid

Det finns bestämmelser om ersättningsnivå och beräkningsunderlag:

31 kap. 10 § SFB
Hel rehabiliteringspenning för dag motsvarar kvoten mellan

- den försäkrades beräkningsunderlag enligt 28 kap. 7 § 1 eller 2 och
- 365.

Vid beräkningen ska bestämmelserna i 27 kap. 21–24, 26 och 32 §§ samt 28 kap. 10 och 11 §§ tillämpas.

Rehabiliteringspenningen beräknas på samma sätt som kalenderdagsberäknad sjukpenning. Läs om beräkning av sjukpenning i kapitel 19.

Av bestämmelserna följer också att reglerna om förmånstid, sjukperiod och återinsjuknande samt avrundning och beloppstak för arbetslösa tillämpas även för rehabiliteringspenning.

15.8.4 Samordning med andra förmåner

Vissa förmåner som den försäkrade får för samma tid som rehabiliteringspenning ska samordnas:

31 kap. 12 § SFB
Rehabiliteringspenningen ska minskas med det belopp den försäkrade för samma tid får som

1. föräldrapenningförmån,

2. sjukpenning,

3. sjukpenning eller livränta vid arbetsskada eller annan skada som avses i 40–44 kap. eller motsvarande ersättning enligt någon annan författning, dock endast till den del ersättningen avser samma inkomstbortfall som rehabiliteringspenningen är avsedd att täcka, eller

4. studiestöd enligt studiestödslagen (1999:1395), studiestartsstöd enligt lagen (2017:527) om studiestartsstöd eller ersättning till deltagare i teckenspråks-utbildning för vissa föräldrar (TUFF), dock inte till den del studiestödet är återbetalningspliktigt.

Det som föreskrivs i första stycket gäller även för motsvarande förmån som lämnas till den försäkrade på grundval av utländsk lagstiftning.

De situationer som avses är när den försäkrade samtidigt uppfyller förutsättningarna för rehabiliteringspenning och någon av de uppräknade förmånerna. Till exempel kan den försäkrade under en utbildning ha rätt till såväl rehabiliteringspenning som studiestöd, och då minskas rehabiliteringspenningen med den del av studiestödet som inte är återbetalningspliktigt.

Det finns dock inget som hindrar att den försäkrade får exempelvis halv rehabiliterings-penning och halv föräldrapenning om hen deltar i rehabilitering på halvtid och vårdar barnet på övrig tid. Rekvisiten för dessa förmåner kan inte uppfyllas för samma tid. Om förmånerna ändå har beviljats för samma tid, exempelvis av misstag, ska utbetalningarna samordnas.

Bestämmelsen ovan förutsätter inte att förmånerna utbetalas i någon särskild ordning för att de ska kunna samordnas. Bestämmelsen ska företrädesvis tillämpas framför regeln om sammanträffande av förmåner vid retroaktiv utbetalning i 107 kap. 2 § SFB, som också är tillämplig vid utbetalning av rehabiliteringspenning. Läs om den bestämmelsen i vägledning (2005:1) *Utbetalning av förmåner, bidrag och ersättningar*.

15.9 Metodstöd – Samordning med andra förmåner

Utbetalning

Instruktioner för hur man betalar ut sjukpenning och rehabiliteringsersättning finns i processen för *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning 2009:07*.

Samordna utbetalningar

Om den försäkrade har beviljats sjukpenning för samma tid som du beviljar rehabiliteringspenning för, ska utbetalningen samordnas enligt 31 kap. 12 § SFB.

Det gör du genom att minska rehabiliteringspenningen med det belopp som den försäkrade för samma tid får som sjukpenning. Eftersom beräkningsreglerna i 28 kap. SFB är samma för rehabiliteringspenning och sjukpenning kan du i beslutet minska omfattningen av rehabiliteringspenningen i stället för att räkna ut beloppen. Det gör beslutet mer begripligt för den försäkrade.

Om du först har beviljat rehabiliteringspenning och därefter beviljar sjukpenning för samma tid, så ska du samordna ersättningarna enligt samma bestämmelse. Bestämmelsen anger nämligen inte någon ordning som ersättningarna ska beviljas i för att samordnas, läs mer om detta i avsnitt 15.8.4 *Samordning med andra förmåner.*

Om sjukpenning har beviljats i högre omfattning än rehabiliteringspenning, så bör du endast betala ut sjukpenning efter samordningen. Om rehabiliteringspenningen däremot har beviljats i högre omfattning än sjukpenningen för en viss dag, så ska du betala ut rehabiliteringspenning i den omfattning som finns kvar efter att förmånen har minskats med beviljad omfattning av sjukpenning.

Beslutet om samordning fattas i journal.

15.10 Särskilt bidrag

Vissa kostnader i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering kan ersättas med särskilt bidrag.

15.10.1 Särskilt bidrag för kostnader

Den som deltar i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd som ingår i en rehabiliteringsplan kan ha rätt till särskilt bidrag. Syftet är att täcka vissa kostnader som är nödvändiga för att rehabiliteringen ska kunna genomföras (prop. 1990/91:141 s. 66).

31 kap. 14 § SFB
Särskilt bidrag lämnas under rehabiliteringstiden för kostnader som uppstår för den försäkrade i samband med rehabiliteringen. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar ytterligare föreskrifter om sådant bidrag.

Det finns föreskrifter om vilka kostnader särskilt bidrag kan betalas för:

4 § förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning
Särskilt bidrag lämnas för

1. ordinarie kursavgifter inom det reguljära utbildningsväsendet, dock inte till den del avgiften avser kostnader för kost eller logi,
2. kostnader för tal- och punktskriftsböcker,
3. merkostnader för läromedel åt handikappade som inte betalas av kursanordnaren eller ansvarig sjukvårdshuvudman,
4. hälften av andra skäliga kostnader för läromedel som inte betalas av kursanordnaren till den del kostnaderna överstiger 300 kronor sammanlagt för studietiden, och

5. skäliga resekostnader för studieresor och traktamente med 75 kronor per dag för sådana resor inom landet som medför övernattning och som är obligatoriska för utbildningen. Är det fördelaktigt från kostnadssynpunkt lämnas dock bidrag för kostnader för en sådan resa som sker till något annat land inom Norden.

I fråga om särskilt handikappanpassat boende lämnas särskilt bidrag enligt första stycket 1 även för kursavgifter som avser kostnader för logi.

Kursavgifter

Särskilt bidrag kan betalas ut för ordinarie kursavgifter inom det reguljära utbildningsväsendet enligt förordning (1991:1321), men inte till den del avgiften gäller kostnader för kost eller logi (4 § första punkten). Om det däremot är fråga om särskilt handikappanpassat boende betalas särskilt bidrag ut även för kostnader för logi (4 § andra stycket).

Läromedel

Särskilt bidrag betalas ut för:

4 § förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning

Särskilt bidrag lämnas för

2. kostnader för tal- och punktskriftsböcker,

3. merkostnader för läromedel åt handikappade som inte betalas av kursanordnaren eller ansvarig sjukvårdshuvudman,

4. hälften av andra skäliga kostnader för läromedel som inte betalas av kursanordnaren till den del kostnaderna överstiger 300 kronor sammanlagt för studietiden,

Beräkningen av hyreskostnad för läromedel beskrivs i 2 § i Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2010:23) om rehabiliteringsersättning. Där framgår att kostnaden för hyrda läromedel som högst beräknas efter hyreskostnaden.

Studieresor

4 § förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning

Särskilt bidrag lämnas för

5. skäliga resekostnader för studieresor och traktamente med 75 kronor per dag för sådana resor inom landet som medför övernattning och som är obligatoriska för utbildningen. Är det fördelaktigt från kostnadssynpunkt lämnas dock bidrag för kostnader för en sådan resa som sker till något annat land inom Norden.

För att avgöra vad som är skälig resekostnad kan det vara lämpligt att fråga utbildningsanordnaren hur mycket resorna brukar kosta.

Dagliga resor

Det finns föreskrifter om resekostnader för dagliga resor i Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2010:23) om rehabiliteringsersättning. Det finns också en

bestämmelse om särskilt bidrag för dagliga resor mellan bostaden och platsen för rehabiliteringen:

> **5 § förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning**
> Till den som dagligen reser mellan bostaden och platsen för rehabiliteringen lämnas särskilt bidrag för skäliga kostnader för resorna till den del kostnaderna överstiger 300 kronor per månad. Till den som genomgår rehabilitering på sin ordinarie arbetsplats lämnas ersättning dock endast i den mån det är skäligt med hänsyn till de resekostnader som den försäkrade skulle ha haft om han hade förvärvsarbetat i sitt ordinarie arbete.

Med dagliga resor enligt bestämmelsen menas att den försäkrade deltar i rehabilitering måndag till fredag och att rehabiliteringen pågår under hela månaden. Det är endast under dessa förutsättningar som 300 kronor per månad ska dras av från särskilt bidrag för dagliga resor. Om den försäkrade deltar i rehabilitering en del av en månad eller kortare tid än en månad görs i stället avdrag med 15 kronor per utbildningsdag enligt 3 § i FKFS 2010:23.

Enligt 4 § FKFS 2010:23 kan ersättning för dagliga resor enligt 5 § förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning endast betalas ut om avståndet är minst två kilometer. För att resor med bil ska anses motiverade ska tidsvinsten per dag vara minst två timmar sammanlagt. Det är endast aktuellt för den som har sin bostad inom rimligt pendlingsavstånd, eller utom rimligt pendlingsavstånd som men på grund av särskilda skäl inte utnyttjar tillfällig bostad på rehabiliteringsorten.

Vad som menas med ”rimligt pendlingsavstånd” är inte reglerat. Men enligt praxis är det en sammanlagd restid på högst tre timmar per dag om den försäkrade reser kollektivt och högst två timmar per dag om den försäkrade åker bil. Det gäller vid en heltidsutbildning som pågår en längre tid.

Resor utom rimligt pendlingsavstånd

Om den försäkrades ordinarie bostad ligger utom rimligt pendlingsavstånd från rehabiliteringsorten, och hen av den anledningen bor där tillfälligt under tiden för rehabiliteringen, kan särskilt bidrag lämnas för både resekostnader och traktamente. Vilka situationer när det kan bli aktuellt regleras i 6 § förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning.

Även om en försäkrad bor inom rimligt pendlingsavstånd kan det finnas särskilda skäl som ger hen rätt att bo tillfälligt på rehabiliteringsorten. Det kan vara när den försäkrades medicinska besvär gör det svårt med dagliga resor mellan den ordinarie bostaden och kursorten. Ersättning kan då beviljas på samma sätt som för den som bor utom rimligt pendlingsavstånd.

Beräkning av ersättning för resekostnader

> **7 § förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning**
> Resekostnader ersätts enligt följande:
>
> 1. För resa med ett allmänt kommunikationsmedel ersätts skälig kostnad. Med skälig kostnad avses kostnaden för det billigaste färdsättet. Även om billigare färdsätt finns, ska kostnaden för resa med flyg anses skälig, om det med hänsyn till tidsvinsten eller andra särskilda skäl är motiverat att göra resan med flyg. Vid bedömningen av om kostnaden för resa med flyg

är skälig, ska det beaktas om resmålet hade kunnat nås genom en billigare flygresa samma dag.

2. Kostnaden för resa med egen bil ersätts om det med hänsyn till tidsvinsten eller andra särskilda skäl är motiverat att göra resan med bil. Ersättning lämnas dock med högst 2 kronor och 50 öre per kilometer.

3. I andra fall än som avses i 1 och 2 ersätts resekostnaden med kostnaden för något annat lämpligt färdmedel.

Ersättning för resa med egen bil ersätts alltså med högst 2 kronor och 50 öre per kilometer. Beloppet är en schablon som gäller oavsett den försäkrades faktiska kostnader för bilresorna. Eventuella extra kostnader för till exempel parkering eller trängselskatt ingår i schablonbeloppet.

Det finns ytterligare föreskrifter om beräkningen av resekostnader:

5 § Försäkringskassans föreskrifter FKFS 2010:23
Om ersättning ska beräknas för bilresa för flera kursdeltagare som har rest med samma bil ska det belopp som anges i 7 § förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning anses innefatta resekostnaden för samtliga. Dessutom beräknas en ökad resekostnad med 45 öre per kilometer för varje kursdeltagare utöver en. Resekostnaden fördelas lika mellan de ersättningsberättigade.

Kostnad för logi

Bestämmelsen om särskilt bidrag för logikostnader för försäkrade som har sin ordinarie bostad utom rimligt pendlingsavstånd från rehabiliteringsorten finns i 8 § förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning.

Den som har sin ordinarie bostad utom rimligt pendlingsavstånd från rehabiliteringsorten och som tillfälligt bedriver rehabiliteringen på annan ort än den ordinarie rehabiliteringsorten kan också ha rätt till ersättning. För att få kostnaden ersatt för logi på den tillfälliga rehabiliteringsorten krävs enligt 9 § förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning att den ligger på ett avstånd som överstiger rimligt pendlingsavstånd från såväl den ordinarie bostaden som den ordinarie rehabiliteringsorten.

Kostnad för ledsagare

Om en försäkrad med funktionsnedsättning behöver en ledsagare för att kunna genomföra rehabiliteringen kan ledsagaren få ersättning för resa, uppehälle och inkomstförlust. Sådan ersättning får även betalas ut till ledsagaren under högst tio dagar om hen behöver delta i träningen av den försäkrade.

Ledsagaren kan få ersättning för resor mellan den ordinarie bostaden och rehabiliteringsorten vid rehabiliteringens början och slut, vid uppehåll i rehabiliteringen samt för en tur- och returresa i månaden mellan rehabiliteringsorten och den ordinarie bostaden på samma sätt som den som genomgår rehabiliteringen.

Bestämmelserna om särskilt bidrag för kostnader för ledsagare finns i 10–11 §§ i förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning.

15.10.2 Utbetalning av särskilt bidrag

Det finns bestämmelser om utbetalning av särskilt bidrag:

12 § förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning

Särskilt bidrag betalas ut i efterskott. Bidrag får dock betalas ut i förskott, om det finns särskilda skäl.

Avbryts utbildningen skall förskottet återbetalas, om det inte finns särskilda skäl emot det.

Särskilt bidrag ska alltså betalas ut i efterskott om det inte finns särskilda skäl till att göra det i förskott. Förskott kan inte betalas ut för längre tid än två kalenderveckor (6 § Försäkringskassans föreskrifter [FKFS 2010:23] om rehabiliteringsersättning).

Vad som kan vara särskilda skäl för att betala ut särskilt bidrag i förskott finns inte reglerat. Det finns inte heller någon vägledning i förarbeten eller praxis.

16 Sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall

Det här kapitlet beskriver syftet med sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall och vem som kan ha rätt till det. Kapitlet tar också upp vissa skillnader som finns mellan sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall, till exempel hur sjukdomsbegreppet används och hur arbetsförmågan bedöms.

Kapitlet beskriver även rehabiliteringspenning i särskilda fall. Det finns många motsvarande bestämmelser i kapitel 28 a och 31 a SFB. I det här kapitlet redogörs därför endast för den ena bestämmelsen, och om motsvarande bestämmelse finns i annat kapitel i balken anges det under rutan med lagtext.

I kapitlet är det som utgångspunkt sjukpenning i särskilda fall som redogörs. Om inget annat anges gäller skrivningarna även för rehabiliteringspenning i särskilda fall.

16.1 Syftet med sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall

Sjukpenning i särskilda fall infördes för att ge den som haft tidsbegränsad sjukersättning under maximal tid ett skydd som motsvarar sjukpenning enligt 27 kap. SFB.

Förmånen kan till exempel bli aktuell för den som inte hunnit komma in i arbetslivet innan hen blev sjuk, den som gjort uppehåll från arbetet och den som har mycket låg SGI (prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10 s. 64 f.).

Förmånen kan också vara aktuell för den vars aktivitetsersättning upphör på grund av att hen fyllt 30 år (bet. 2011/12: SfU1, s. 36).

16.2 Sjukpenning i särskilda fall i förhållande till 27 och 28 kap. SFB

28 a kap. 2 § SFB
Bestämmelserna i 27 och 28 kap. gäller även i fråga om sjukpenning i särskilda fall, om inte annat följer av detta kapitel.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 2 § SFB.

Utgångspunkten är alltså att bestämmelserna i 27 och 28 kap. SFB även gäller för sjukpenning i särskilda fall. Det finns dock en rad viktiga skillnader mellan sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall. Skillnaderna gäller till exempel sjukdomsbegreppet, bedömningen av arbetsförmågan, den övre åldersgränsen för att kunna få ersättning och beräkningsmetoden.

16.3 Vem kan få sjukpenning i särskilda fall?

För att tillhöra målgruppen för sjukpenning i särskilda fall måste man dels ha haft tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning, dels ha låg eller ingen SGI. Nedan redogörs närmare för innebörden av dessa rekvisit.

16.3.1 Har haft tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning

Det är bara försäkrade vars tidsbegränsade sjukersättning eller aktivitetsersättning har upphört av en viss anledning som omfattas:

28 a kap. 3 § SFB
En försäkrad som helt eller delvis har fått tidsbegränsad sjukersättning under det högsta antalet månader som sådan ersättning kan betalas ut enligt 4 kap. 31 § lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken har i de fall och under de närmare förutsättningar som anges i detta kapitel rätt till sjukpenning i särskilda fall. Detta gäller även för en försäkrad vars rätt till aktivitetsersättning upphör på grund av att han eller hon fyller 30 år.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 3 § SFB.

Målgruppen som kan få sjukpenning i särskilda fall består alltså av dessa två grupper:

- de som har fått tidsbegränsad sjukersättning under maximal tid enligt de övergångsregler som infördes i samband med att den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades (läs om dessa regler i vägledning [2013:1] *Sjukersättning*)
- de som har fått aktivitetsersättning till och med månaden innan de fyllt 30 år och därmed inte kan få det längre (läs om åldersgränser för aktivitetsersättning i vägledning (2013:2) *Aktivitetsersättning*).

16.3.2 Har låg eller ingen SGI

För att tillhöra målgruppen krävs också att man får låg eller ingen sjukpenning till följd av reglerna om SGI:

28 a kap. 4 § första stycket SFB
En försäkrad som omfattas av 3 § och som på grund av bestämmelserna om sjukpenninggrundande inkomst i denna balk inte skulle ha rätt till hel sjukpenning som på fortsättningsnivån medför en sjukpenning om minst 230 kronor per kalenderdag, har rätt till sjukpenning i särskilda fall vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 4 § första stycket SFB.

Om den försäkrade får, eller skulle kunna få, en SGI som uppgår till minst 115 400 kronor, har hen inte längre rätt till sjukpenning i särskilda fall (28 a kap. 19 § och 31 a kap. 14 § SFB). Det krävs alltså inte att SGI:n *har* fastställts till minst 115 400 kronor, bara att den försäkrade uppfyller kraven för en SGI som uppgår till minst 115 400 kronor och att det därmed *skulle kunna fastställas* till minst det beloppet.

16.4 När inträder rätten till sjukpenning i särskilda fall?

Den försäkrade kan som tidigast få sjukpenning i särskilda fall från och med dagen efter att den tidigare ersättningen upphörde:

28 a kap. 5 § SFB
Rätten till sjukpenning i särskilda fall inträder från och med dagen efter den då rätten till sådan tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning som avses i 3 § har upphört.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 5 § SFB.

16.5 Metodstöd – När inträder rätten till sjukpenning i särskilda fall?

Att avgöra om den försäkrade tillhör målgruppen

Det finns två situationer när du behöver utreda om en försäkrad tillhör målgruppen för sjukpenning i särskilda fall:

- när den försäkrade ansöker om sjukpenning i särskilda fall
- när den försäkrade ansöker om sjukpenning, tidigare har haft sådan ersättning som krävs för att tillhöra målgruppen för sjukpenning i särskilda fall och hens SGI fastställs till lägre än 115 400 kronor.

Information om den försäkrades SGI hittar du i Försäkringskassans interna system.

Om den försäkrade tillhör målgruppen men inte har ansökt om förmånen, ska du informera hen om möjligheten att göra det. Det kan vara lämpligt att informera om detta muntligt, innan du skickar en ansökningsblankett.

16.6 Vem har inte rätt till sjukpenning i särskilda fall?

I vissa situationer har man inte rätt till sjukpenning i särskilda fall trots att man tillhör målgruppen.

Studerande och deltagare i arbetsmarknadspolitiska program

28 a kap. 6 § SFB
Sjukpenning i särskilda fall lämnas inte när den försäkrade

1. bedriver studier, för vilka han eller hon uppbär studiestöd enligt studiestödslagen (1999:1395) eller studiestartsstöd enligt lagen (2017:527) om studiestartsstöd, eller

2. deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd.

Sjukpenning i särskilda fall lämnas inte heller när den försäkrade deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program men är avstängd från rätt till aktivitetsstöd.

Rätt till sjukpenning i särskilda fall finns inte för den som

- studerar med studiestöd eller studiestartsstöd
- deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program med aktivitetsstöd.

Det gäller oavsett omfattningen av studierna eller det arbetsmarknadspolitiska programmet. Orsaken till undantaget är att dessa försäkrade får andra ersättningar, vanligen studiestöd eller aktivitetsstöd. (Prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10 s. 70 f.)

Övre åldersgräns vid 67

Det finns en övre åldersgräns för sjukpenning i särskilda fall:

28 a kap. 7 § SFB

Sjukpenning i särskilda fall lämnas längst till och med månaden före den när den försäkrade uppnår riktåldern för pension.

Riktåldern för pension är för närvarande 67 år, men för personer födda 1959 och tidigare är det andra åldersgränser som gäller. Du kan läsa mer om åldersgränserna i kapitel 37. Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning, som även gäller rehabiliteringspenning i särskilda fall, finns i 31 kap. 4 § SFB.

16.7 Sjukdomsbegreppet inom sjukpenning i särskilda fall

Begreppet sjukdom används inte på samma sätt som inom sjukpenning:

28 a kap. 4 § andra stycket SFB

Med sjukdom likställs, förutom vad som föreskrivs i 27 kap. 2 § andra stycket, även annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 4 § andra stycket SFB.

Sjukdomsbegreppet är alltså något vidare än det som gäller för sjukpenning. Genom att omfatta även ”annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan” motsvarar det sjukdomsbegreppet som finns för sjuk- och aktivitetsersättning (33 kap. 5 § SFB). Det gör också att bedömningen av rätten till sjukpenning i särskilda fall kan skilja sig från den bedömning som görs när en person ansöker om sjukpenning (prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10 s. 66).

Enligt förarbetena till bestämmelserna om sjukersättning och aktivitetsersättning kan den medicinska faktorn vara en kroppslig eller psykisk sjukdom eller ett följdtillstånd efter sjukdom. Den kan även vara en medfödd funktionsnedsättning. (Prop. 2007/08:124 s. 40)

Läs mer

Läs mer om sjukdomsbegreppet för sjukersättning i vägledning (2013:1) *Sjukersättning*.

16.8 Bedömning av rätten till sjukpenning i särskilda fall

Den försäkrades arbetsförmåga bedöms på samma sätt som för den som är arbetslös och ansöker om sjukpenning.

28 a kap. 8 § SFB

Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

1. förvärvsarbete i en sådan yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras i förhållande till ett heltidsarbete.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 6 § SFB.

Den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas mot ett normalt förekommande arbete i en angiven yrkesgrupp. Läs mer om vad det innebär i avsnitt 10.7.1.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska alltid göras i förhållande till ett heltidsarbete, vilket innebär 40 timmar per vecka (prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10 s. 67).

Bedömningen skiljer sig därmed från sjukpenning där man i stället utgår från den försäkrades normala arbetstid. Om en försäkrad till exempel har en normal arbetstid på 20 timmar per vecka och klarar att arbeta tio timmar per vecka kan hen ha rätt till halv sjukpenning. I motsvarande situation kan hen ha rätt till tre fjärdedels sjukpenning i särskilda fall, eftersom bedömningen där ska utgå från ett normalt heltidsarbete på 40 timmar och inte det arbete som den försäkrade faktiskt har (prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10 s. 68).

16.9 I vilka situationer kan den försäkrade behålla rätten till sjukpenning i särskilda fall?

Den försäkrade måste skydda sin rätt till sjukpenning i särskilda fall från och med dagen efter den dag när rätten till sjukersättning eller aktivitetsersättning upphör:

28 a kap. 18 § första och andra stycket SFB

En försäkrad behåller sin rätt till sjukpenning i särskilda fall under tid då

1. han eller hon förvärvsarbetar,

2. en sådan situation föreligger som anges i 26 kap. 11, 12, eller 14–18 §§ som grund för SGI-skydd, eller

3. han eller hon deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd eller står till arbetsmarknadens förfogande.

Rätten enligt första stycket gäller endast om den inte upphör på grund av 19 §.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 13 § SFB.

Om den försäkrade inte skyddar sin rätt till sjukpenning i särskilda fall kan hen förlora sin rätt att få förmånen om hen skulle bli sjuk igen.

Om den försäkrade en gång har förlorat rätten till sjukpenning i särskilda fall så går den inte att få tillbaka vid ett senare tillfälle (prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10, s. 90).

Möjligheten att behålla rätten till sjukpenning i särskilda fall är inte kopplad till någon viss omfattning av förmånen. Om den försäkrade skyddar sin rätt till ersättning på något av de sätt som lagtexten beskriver, så behåller hen rätten till hel förmån i framtiden. (Prop. 2011/12:1 utgiftsområde 10 s. 73 f.)

Hänvisningen till 19 § i bestämmelsens andra stycke tydliggör att rätten till sjukpenning i särskilda fall alltid upphör när den försäkrades SGI kan bestämmas till minst 115 400 kronor. Läs om 28 a kapitel 19 § i avsnitt 16.3.2.

Läs mer
Läs mer om att fastställa SGI och om SGI-skydd i vägledning (2004:5) *Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid*.

Här beskrivs innebörden av rekvisiten i 28 a kap. 18 § SFB:

Punkt 1 – förvärvsarbete
En försäkrad får behålla sin rätt att i framtiden få sjukpenning i särskilda fall under tid som den försäkrade arbetar i sådan omfattning att en SGI kan fastställas, förutsatt att SGI:n inte är högre än 115 400 kronor.

Punkt 2 – SGI-skydd
En försäkrad får även behålla rätten att i framtiden få sjukpenning i särskilda fall under tid som hens SGI skulle varit skyddad om hen hade haft någon sådan (så kallad SGI-skyddad tid).

Punkt 3 – arbetssökande eller deltar i arbetsmarknadspolitiskt program
En försäkrad får behålla sin rätt att i framtiden få sjukpenning i särskilda fall när hen står till arbetsmarknadens förfogande eller deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd.

I bestämmelsens tredje stycke finns det dock ett bemyndigande att föreskriva om vissa undantag och villkor:

28 a kap. 18 § tredje stycket SFB
Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela

1. föreskrifter om undantag från kravet på att den som deltar i ett arbetsmarknads-politiskt program ska få aktivitetsstöd, och

2. föreskrifter om de villkor som gäller för att den försäkrade ska anses stå till arbetsmarknadens förfogande.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 13 § SFB.

Med stöd av bemyndigandet har regeringen meddelat förordningen (2011:1526) om tillämpning av vissa bestämmelser om rätten att behålla sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall och boendetillägg.

I förordningen regleras det när en försäkrad ska anses stå till arbetsmarknadens förfogande:

1 § förordningen (2011:1526)
En försäkrad som är arbetslös ska anses stå till arbetsmarknadens förfogande enligt 28 a kap. 18 § första stycket 3, 31 a kap. 13 § första stycket 3 eller 103 c kap. 9 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken när han eller hon

1. är anmäld som arbetssökande hos den offentliga arbetsförmedlingen,

2. är beredd att anta erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot minst en fjärdedel av ett heltidsarbete, och

3. aktivt söker sådant arbete som avses i 2.

Med heltidsarbete i första stycket 2 avses ett arbete om 40 timmar per vecka.

I förordningen regleras också när man ska göra undantag från kravet på att den som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program ska få aktivitetsstöd för att behålla rätten till sjukpenning i särskilda fall:

2 § första stycket förordningen (2011:1526)
En försäkrad som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program men inte får aktivitetsstöd på grund av att han eller hon är avstängd från rätt till sådan ersättning enligt förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser behåller sin rätt till sjukpenning i särskilda fall enligt 28 a kap. 18 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken, rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt 31 a kap. 13 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken och boendetillägg enligt 103 c kap. 9 § första stycket 3 socialförsäkringsbalken när han eller hon enligt den förordningen

1. inte medverkat till att upprätta en individuell handlingsplan, inte lämnat en aktivitetsrapport till Arbetsförmedlingen inom utsatt tid eller inte besökt eller tagit kontakt med Arbetsförmedlingen eller en kompletterande aktör vid en överenskommen eller på annat sätt bestämd tidpunkt,

2. vid ett tillfälle avvisat någon insats, aktivitet eller annan arbetsmarknadspolitisk åtgärd inom programmet, eller

3. utan giltig anledning lämnat sitt arbete eller på grund av otillbörligt uppträdande skilts från sitt arbete.

16.10 Sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte

Det går också att få sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte, det vill säga under tiden man genomgår en medicinsk behandling eller rehabilitering som syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Det följer av att bestämmelserna i 27 kap. 6–7 §§ SFB om sjukpenning i förebyggande syfte även gäller för sjukpenning i särskilda fall, vilket framgår av 28 a kap. 2 § SFB.

För att kunna få ersättning behöver den försäkrade dels ingå i den målgrupp som kan få sjukpenning i särskilda fall och dels uppfylla kraven som gäller för att kunna få

sjukpenning i förebyggande syfte. Läs mer om sjukpenning i förebyggande syfte i kapitel 31.

16.11 Metodstöd – Hantera en ansökan om sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte

Det finns ingen särskild ansökan för sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte. Den försäkrade får i stället använda ansökan om sjukpenning i förebyggande syfte eller ansöka på något annat sätt och lämna de uppgifter som behövs. Om uppgifterna som hen lämnar inte är tillräckliga för att du ska kunna ta ställning till om hen har rätt till ersättning får du be att hen kompletterar med de uppgifter som saknas.

Om en försäkrad ansöker om sjukpenning i förebyggande syfte och du ser att hen inte uppfyller förutsättningarna för den förmånen men kanske kan få sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte, behöver du fråga vad hen vill ansöka om och dokumentera det tydligt i journalen. Om det då kommer fram att hen vill ansöka om sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte kan du lägga ansökan till grund för att pröva rätten till den ersättningen.

Det kan hända att en försäkrad egentligen vill ansöka om sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte men lämnar in en annan ansökan, exempelvis om sjukpenning i särskilda fall. Då måste du börja med att ta ställning till om uppgifterna i ansökan är tillräckliga för att du ska kunna pröva anspråket om sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte. Om uppgifterna inte räcker måste du informera den försäkrade om det och sedan hjälpa hen att använda rätt ansökan, alltså ansökan om sjukpenning i förebyggande syfte, eller på annat sätt lämna de uppgifter som du behöver för att kunna pröva frågan om ersättning.

DEL D – Beräkning

17 Ersättningsnivåer och förmånstid

Det här kapitlet beskriver sjukpenningens ersättningsnivåer och förmånstider. I kapitlet förklaras även vad ramtiden innebär och hur förbrukade dagar inom ramtiden beräknas. Dessutom beskrivs förutsättningarna för att kunna beviljas fler dagar med sjukpenning på normalnivå.

17.1 Sjukpenningens ersättningsnivåer

Det finns två olika ersättningsnivåer på sjukpenning:

27 kap. 19 § SFB
Sjukpenning lämnas på

- normalnivå, eller
- fortsättningsnivå.

Sjukpenning på normalnivån beräknas på ett beräkningsunderlag enligt 28 kap. 7 § 1 och sjukpenning på fortsättningsnivån beräknas på ett beräkningsunderlag enligt 28 kap. 7 § 2.

Sjukpenning på normalnivå motsvarar cirka 80 procent av SGI. Sjukpenning på fortsättningsnivå motsvarar cirka 75 procent av SGI. Läs mer om hur ersättningens storlek beräknas i kapitel 18.

17.2 Inledande bestämmelse om förmånstiden för sjukpenning

27 kap. 20 § SFB
Sjukpenning kan beviljas för dagar i en sjukperiod så länge den försäkrade uppfyller förutsättningarna för rätt till sjukpenning inom den tid som anges i 21–24 §§ SFB.

Förmånstiden för sjukpenning på normalnivå regleras i 21–23 §§ SFB, och förmånstiden för sjukpenning på fortsättningsnivå regleras i 24 § SFB.

17.3 Förmånstiden för sjukpenning på normalnivå

Antalet dagar som man kan få sjukpenning på normalnivå är begränsade:

> **27 kap. 21 § SFB**
> Sjukpenning på normalnivån lämnas för högst 364 dagar under en ramtid som omfattar de 450 närmast föregående dagarna. Om ett avdrag enligt 27 § ska göras och sjukperioden inleds med sjukpenning, ska den första dagen med sjukpenning inte räknas in i de 364 dagar som sjukpenning får lämnas för på normalnivån under ramtiden.

Bestämmelsen innebär att en försäkrad kan få sjukpenning på normalnivå i 364 dagar i följd under förutsättning att hen *inte har fått* sjukpenning inom en ramtid på 450 dagar. Med ramtid menas de senaste 450 dagarna.

Om hen däremot *har fått* sjukpenning i en eller flera perioder under de senaste 450 dagarna, kan det innebära att hen inte kan få sjukpenning på normalnivå för ett helt år i en följd. De dagar som den försäkrade har fått ersättning för under ramtiden ska då räknas bort från de 364 dagarna.

Om sjukperioden inleds med sjukpenning och ett karensavdrag ska göras, ska den första dagen med rätt till sjukpenning inte räknas in i de 364 dagarna. Även om karensavdraget fördelas på flera dagar är det bara den första dagen som inte ska räknas in i de 364 dagarna.

Att ”sjukperioden inleds med sjukpenning” innebär att sjukperioden inte inleds med sjuklön, rehabiliteringspenning eller lön vid sjukdom till en sjöman (prop. 2017/18:96 s. 59).

Läs mer om vilka dagar som ska ingå i beräkningen av antalet dagar med sjukpenning på normalnivå i avsnitt 17.3.3.

17.3.1 Ersättningsdagar som räknas som dagar med sjukpenning på normalnivå

Det finns en bestämmelse om vilka dagar som ska ingå när man beräknar hur många dagar med sjukpenning på normalnivå som den försäkrade har fått under ramtiden:

> **27 kap. 22 § första stycket SFB**
> Om den försäkrade inom ramtiden redan har fått sjukpenning för maximalt antal dagar på normalnivån, kan sjukpenning lämnas enligt bestämmelserna i 24 §. Vid beräkningen av antalet dagar med sjukpenning på normalnivån anses som sådana dagar även dagar med
>
> 1. sjukpenning på fortsättningsnivån, och
> 2. rehabiliteringspenning enligt 31 kap.

Av bestämmelsen framgår att alla dagar ska räknas med när den försäkrade har fått antingen sjukpenning på normalnivå eller fortsättningsnivå, sjukpenning i förebyggande syfte eller rehabiliteringspenning. Dagarna ska räknas med oavsett ersättningsnivå.

Andra ersättningar som ska räknas med

Även dagar med sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall ska räknas med i antalet dagar sjukpenning på normalnivå. Det står visserligen inte i lagtexten, men mot bakgrund av hur dessa ersättningar är utformade och deras nära anknytning till bestämmelserna om sjukpenning och rehabiliteringspenning anser Försäkringskassan att dagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning i särskilda fall ska räknas med vid tillämpningen av 27 kap. 22 och 24 §§ SFB (FKRS 2016:01).

Dagar i sjuklöneperioden

Även dagar som ingår i vissa perioder utan ersättning från Försäkringskassan kan räknas som dagar med sjukpenning på normalnivå:

27 kap. 22 § andra stycket SFB

Som dagar med sjukpenning på normalnivån räknas vidare tretton dagar under sådana perioder som avses i 26 § andra stycket.

Bestämmelsen beskriver vilka perioder med sjuklön som kan ingå i en sjukperiod. När en sjuklöneperiod omedelbart efterföljs av sjukpenning räknas alltid sjuklöneperioden som 13 ersättningsdagar med sjukpenning på normalnivå.

Sjuklöneperioden räknas alltid som 13 ersättningsdagar, även om den försäkrade faktiskt har fått fler eller färre dagar med sjuklön.

Orsaken till denna regel är att bespara Försäkringskassan den administration som hade krävts för att utreda det faktiska antalet ersatta dagar med sjuklön i en sjuklöneperiod (prop. 2007/08:136 s. 80).

17.3.2 Beräkning av ramtid

Ramtiden är de 450 dagar som vid varje tillfälle närmast föregår den dag för vilken rätten till ersättning ska prövas (prop. 2007/08:136 s. 99). Ramtidens sista dag är alltså alltid dagen före den dag när Försäkringskassan ska pröva rätten till sjukpenning.

Regelverket om ramtid kom till för att förhindra att en försäkrad ska kunna kringgå ettårsgränsen för sjukpenning genom att tillfälligt meddela att hen är frisk och sedan påbörja en ny period med sjukpenning (se prop. 2007/08:136 s. 80).

För att få fram den första dagen i ramtiden ska man räkna 450 dagar bakåt från ramtidens sista dag. En beviljad ersättningsdag flyttar hela ramtiden framåt en dag när nästa dag ska prövas.

17.3.3 Hur beräknas antalet dagar med sjukpenning på normalnivå inom ramtiden?

För att komma fram till hur många ersättningsdagar med sjukpenning på normalnivå som den försäkrade har kvar måste Försäkringskassan beräkna hur många ersättningsdagar på normalnivå som redan har förbrukats inom ramtiden på 450 dagar.

Varje ersättningsdag räknas som en dag, vare sig den försäkrade har fått hel eller partiell ersättning. (Prop. 2007/08:136 s. 80)

En konsekvens av att ramtiden flyttas framåt under hela ersättningsperioden är att både tidpunkter för tidigare ersättningsperioder och antalet ersättningsdagar avgör när det inte längre finns dagar med sjukpenning på normalnivå att bevilja. När ramtiden flyttar

framåt för varje dag som prövas kommer ersättningsdagar i tidigare ersättningsperioder att räknas så länge som de finns inom ramtiden.

17.3.4 När kan den försäkrade få nya dagar med sjukpenning på normalnivå?

Den som har fått sjukpenning i 364 dagar inom ramtiden kan få sjukpenning på normalnivå igen när hen har haft ett tillräckligt långt uppehåll utan att ha fått sjukpenning på normalnivå eller någon av de andra ersättningar som likställs med sjukpenning i detta sammanhang (jfr prop. 2007/08:136 s. 80).

Uppehållet gäller bara själva ersättningen, och det behöver alltså inte vara så att sjukperioden har avbrutits. Sjukperioden kan pågå även om den försäkrade inte får ersättning. Läs mer om sjukperioden i kapitel 8.

Uppehållet måste vara minst 87 kalenderdagar. Om uppehållet är 86 dagar eller kortare har den försäkrade inga dagar kvar att få på normalnivå (450–86 = 364). Det följer av att den försäkrade enligt 27 kap. 21 § SFB som mest kan få 364 dagar på normalnivå under en ramtid av 450 dagar.

Om uppehållet är 87 kalenderdagar i följd före den nya ersättningsperioden kan den försäkrade få upp till 364 nya dagar med sjukpenning på normalnivå.

17.3.5 Förutsättningar för att kunna få fler dagar med sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom

Det finns en särskild bestämmelse som gäller för försäkrade som har en allvarlig sjukdom:

> **27 kap. 23 § SFB**
>
> Om den försäkrade har en allvarlig sjukdom lämnas sjukpenning på normalnivån trots att sådan sjukpenning redan har lämnats för maximalt antal dagar under ramtiden. I sådant fall tillämpas inte bestämmelserna i 22 och 24 §§.
>
> Det som föreskrivs i första stycket gäller när den försäkrades arbetsförmåga till minst en fjärdedel är nedsatt till följd av en allvarlig sjukdom.

Den som har en allvarlig sjukdom kan alltså få sjukpenning på normalnivå även om hen redan har fått det maximala antalet om 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar.

Fler dagar med sjukpenning på normalnivå kan beviljas för hela den nedsatta arbetsförmågan, även om endast en fjärdedel av nedsättningen beror på en allvarlig sjukdom (Prop. 2011/12:1, utgiftsområde 10, s. 84).

Det finns ingen gräns för hur länge sjukpenning på normalnivå kan beviljas till den som har en allvarlig sjukdom. Det innebär att Försäkringskassan för varje ny anspråksperiod ska pröva om förutsättningarna för rätten till fler dagar med sjukpenning på normalnivå är uppfyllda. Den försäkrade kan ha förbättrats så pass mycket att hen inte längre kan sägas ha en allvarlig sjukdom, till exempel efter en transplantation eller en avslutad behandling.

Begreppet allvarlig sjukdom
För att en sjukdom eller en skada ska anses vara allvarlig krävs att den är av sådan livsomvälvande karaktär att den innefattar ett potentiellt hot mot den försäkrades liv.

Med potentiellt hot menas att den försäkrade utan behandling riskerar att dö i förtid. Även den som får medicinsk behandling i syfte att förebygga en sådan allvarlig sjukdom ska anses ha en allvarlig sjukdom så länge som behandlingen pågår. En förutsättning för att bevilja sjukpenning enligt 27 kap. 23 § SFB i en sådan situation är att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel. (Försäkringskassans rättsliga ställningstagande 2025:03 Begreppet allvarlig sjukdom).

Metodstöd – Beslut om fler dagar med sjukpenning på normalnivå

Beslut om rätt till fler dagar med sjukpenning på normalnivå ska kvalitetssäkras. Det gäller både avslags- och beviljandebeslut. Läs mer om kvalitetssäkring i kapitel 27.

17.3.6 Förmånstiden för sjukpenning på fortsättningsnivå

En försäkrad som har fått 364 ersättningsdagar inom en ramtid av 450 dagar kan få sjukpenning på fortsättningsnivå (27 kap. 22 § SFB).

27 kap. 24 § SFB
Sjukpenning på fortsättningsnivån lämnas om sjukpenning på normalnivån inte kan lämnas på grund av det som föreskrivs i 21 §. Detta gäller även för dagar i en ny sjukperiod.

Bestämmelsen innebär att sjukpenning på fortsättningsnivå kan beviljas först när den försäkrade har förbrukat sina dagar med sjukpenning på normalnivå.

Bestämmelsen gäller även vid nya sjukfall. Det innebär att den som efter en tid utan ersättning åter blivit sjukskriven och som redan fått ersättning för 364 dagar inom ramtiden, kan få sjukpenning på fortsättningsnivå.

18 Beräkningsmetoder och beräkningsunderlag

Efter att Försäkringskassan har bedömt att den försäkrade har nedsatt arbetsförmåga och i vilken omfattning, ska den försäkrades sjukpenning beräknas. Alla bestämmelser om beräkning av sjukpenning finns i 28 kap. SFB. Det här kapitlet beskriver de olika beräkningsmetoder som finns och hur man får fram det beräkningsunderlag som sjukpenningen beräknas på.

18.1 Två olika beräkningsmetoder

Det finns två beräkningsmetoder för sjukpenning:

28 kap. 2 § SFB
Sjukpenning lämnas som

4. kalenderdagsberäknad sjukpenning, eller
5. arbetstidsberäknad sjukpenning.

Det finns en grundläggande skillnad mellan de två beräkningsmetoderna:

28 kap. 3 § SFB
Kalenderdagsberäknad sjukpenning lämnas för alla dagar i veckan oavsett om den försäkrade skulle ha utfört förvärvsarbete eller inte.

Arbetstidsberäknad sjukpenning lämnas bara för timmar eller dagar när den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat.

Kalenderdagsberäknad sjukpenning kan alltså, till skillnad från arbetstidsberäknad sjukpenning, betalas ut även för lediga dagar. För att avgöra om sjukpenning ska kalenderdagsberäknas eller arbetstidsberäknas, se kapitel 19 och 20.

18.2 Beräkningsunderlag – allmänna bestämmelser

För att beräkna sjukpenningen används ett så kallat beräkningsunderlag. Sjukpenningen täcker nämligen inte hela den försäkrades inkomstbortfall. Det finns en bestämmelse om hur man tar fram beräkningsunderlaget:

28 kap. 7 § SFB
Den försäkrades sjukpenning ska beräknas på ett underlag (beräkningsunderlag) som för

1. sjukpenning på normalnivån motsvarar 80 procent av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst sedan denna har multiplicerats med talet 0,97, och
2. sjukpenning på fortsättningsnivån motsvarar 75 procent av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst sedan denna har multiplicerats med talet 0,97.

Det innebär att SGI:n först ska multipliceras med 0,97 och därefter med 0,80 respektive 0,75. Talet 0,97 är en omräkningsfaktor och innebär att sjukpenningen blir något lägre

än 80 respektive 75 procent av SGI:n. Syftet med faktorn är att minska statens utgifter för sjukpenning (prop. 2002/03:100 s. 175).

SGI-taket – alla inkomster är inte sjukpenninggrundande

SGI:n kan inte vara högre än 10,0 prisbasbelopp (25 kap. 5 § andra stycket SFB). För den som har inkomster över taket ska i första hand inkomster av annat förvärvsarbete räknas av. Det innebär att om en försäkrad har inkomst både av anställning och annat förvärvsarbete, och inkomsten av anställningen överstiger 10,0 prisbasbelopp, kommer hela SGI:n motsvara inkomst av anställning.

Prisbasbeloppet fastställs av regeringen varje år och ändras därmed över tid.

18.3 Beräkningsunderlag om sjuklön och sjukpenning betalas ut för samma dag

När den försäkrade har rätt till sjukpenning och sjuklön för samma dag ska en så kallad delad SGI användas när sjukpenningen beräknas:

28 kap. 8 § SFB

Om en arbetsgivare ska svara för sjuklön samma dag som sjukpenning kommer i fråga, ska sjukpenningens storlek beräknas på grundval av en sjukpenninggrundande inkomst som inte omfattar anställningsförmåner från den arbetsgivaren.

Årsarbetstiden beräknas i de fall som anges i första stycket på grundval av beräknat antal timmar i förvärvsarbete hos arbetsgivare som inte ska svara för sjuklön.

Denna bestämmelse infördes i samband med lagen om sjuklön för att ge den försäkrade rätt kompensation i förhållande till sitt inkomstbortfall (prop. 1990/91:181 s. 39 och prop. 1991/92:40 s. 44). Bestämmelsen kan bli aktuell för dem som har en anställning som ger rätt till sjuklön men också är till exempel arbetslösa, föräldralediga, egenföretagare eller anställda utan rätt till sjuklön. Sjukpenningen ska då enbart beräknas på den del av SGI:n som inte omfattar inkomsterna från den arbetsgivare som ska svara för sjuklön. Årsarbetstiden är timmarna hos den eller de arbetsgivare som inte ska svara för sjuklön.

Bestämmelsen gäller endast när arbetsgivaren ska svara för sjuklön samma dag som sjukpenning blir aktuellt. Om den försäkrades arbetsförmåga inte är nedsatt i anställningen och arbetsgivaren därför inte ska svara för sjuklön kan den inte användas.

Eftersom det enligt ordalydelsen i bestämmelsen är när arbetsgivaren ”ska svara för” sjuklön som sjukpenningen ska beräknas utifrån en delad SGI, så saknar det betydelse om den försäkrade faktiskt får sjuklön utbetald eller inte. Sjukpenningen ska alltså beräknas utifrån en delad SGI under samtliga dagar i en sjuklöneperiod enligt SjLL. För att kunna beräkna sjukpenningen för en försäkrad som är anställd måste Försäkringskassan därför ta ställning när sjuklöneperioden började och slutade. Det kan till exempel finnas situationer där den försäkrade har lediga dagar i sjuklöneperioden eller där arbetsgivaren vägrar betala sjuklön trots att det är en sjuklöneperiod enligt SjLL.

Läs mer

Läs om sjuklön i vägledning (2011:1) *Sjuklöneförmåner*.

Exempel
Ulla-Britt har en deltidsanställning och därutöver återkommande korta anställningar hos en annan arbetsgivare. Hon har inte rätt till sjuklön i de korta anställningarna. Hela hennes SGI är 200 000 kronor och årsarbetstiden totalt 2 200 timmar. De anställningsförmåner som är grunden för sjuklönen är 180 000 kronor för en årsarbetstid på 2 080 timmar. De resterande 20 000 kronorna och 120 timmarna motsvarar de korta anställningarna.

Ulla-Britt blir helt sjukskriven eftersom hon inte klarar något av sina arbeten. Hon får sjuklön av sin arbetsgivare i deltidsanställningen för de första 11 dagarna av sjukperioden, eftersom hon återinsjuknat efter en tidigare sjukperiod där hon fick tre dagars sjuklön och ett karensavdrag.

Under de första 11 dagarna i sjukperioden får Ulla-Britt därför arbetstidsberäknad sjukpenning som beräknas enbart utifrån hennes inkomst från de korta anställningarna hos den andra arbetsgivaren. Inkomst från deltidsanställningen ingår inte i beräkningen av sjukpenning de första 11 dagarna eftersom hon då får sjuklön. För dag 12–14 i sjukperioden får hon arbetstidsberäknad sjukpenning som är beräknad på hela hennes SGI, eftersom ingen av hennes arbetsgivare ska svara för sjuklön de dagarna.

Från och med dag 15 i sjukperioden får Ulla-Britt kalenderdagsberäknad sjukpenning som är beräknad på hela hennes SGI.

18.4 Metodstöd – Beräkningsmodell för sjukpenning

Det finns ett stort antal regler som du behöver förstå och tillämpa för att kunna beräkna sjukpenningen korrekt. Därför är det viktigt att beräkningen görs systematiskt. Här kan du använda följande modell:

Beräkningsmodell

Så här beräknar du beloppet för sjukpenningen:

Steg 1 Avgör beräkningsmetod

Första steget är att ta ställning till om sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas eller arbetstidsberäknas enligt 28 kap. 4–6 §§ SFB.

Steg 2 Fastslå beräkningsunderlaget

Andra steget är att fastslå beräkningsunderlaget som ska ligga till grund för uträkningen (28 kap. 7–9 §§ SFB).

Steg 3 Beräkna förmånens storlek

Tredje steget är att beräkna sjukpenningens storlek enligt de bestämmelser som är aktuella för beräkningen: 28 kap. 10 § SFB för kalenderdagsberäknad sjukpenning eller 28 kap. 12 § SFB för arbetstidsberäknad sjukpenning.

Steg 4 Gör eventuella anpassningar av förmånens storlek

Fjärde steget är inte aktuellt i alla beräkningar men i detta steg gör du eventuella anpassningar av sjukpenningens storlek, exempelvis på grund av

- arbetslöshetstaket (28 kap. 11 § SFB och FKFS 2008:8
- samordning av sjukpenning med samtidig lön (28 kap. 19 § SFB)
- sammanträffande med annan förmån eller A-kassa (107 kap. 2 § SFB).

Steg 5 Beräkna eventuellt karensavdrag

Femte steget är att beräkna eventuellt karensavdrag eller avdrag för karensdagar/karenstid om det ska göras (27 kap. 27–31 §§ SFB).

19 Beräkning av kalenderdagsberäknad sjukpenning

Det här kapitlet beskriver i vilka situationer sjukpenning ska kalenderdagsberäknas och hur beräkningen går till. Dessutom förklaras arbetslöshetstaket och hur man beräknar sjukpenning vid hel och delvis arbetslöshet.

19.1 Huvudregeln – kalenderdagsberäknad sjukpenning

Vilken beräkningsmetod som ska användas regleras i 28 kap. 4–6 §§ SFB. Lagen är konstruerad så att kalenderdagsberäknad sjukpenning är huvudregeln:

28 kap. 4 § SFB
Sjukpenning ska kalenderdagsberäknas om inte annat följer av 5 §.

Utgångspunkten är alltså att sjukpenning ska kalenderdagsberäknas. Det finns dock vissa undantagssituationer när ersättningen i stället ska arbetstidsberäknas. Dessa situationer framgår av 5 § och beskrivs närmare i kapitel 20. Undantagen gäller dock inte i alla situationer, vilket regleras i 6 §, se nedan.

Det är viktigt att komma ihåg att en försäkrad kan höra hemma i flera olika situationer under olika delar av en sjukperiod och/eller för samma dag i en sjukperiod. Under en och samma dag kan den försäkrade till exempel vara både anställd och egenföretagare eller både arbeta och delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. I sådana situationer måste flera bestämmelser tillämpas samtidigt.

För varje dag som den försäkrade beviljas sjukpenning måste Försäkringskassan ta ställning till vilken beräkningsmetod som är aktuell. Det innebär att en försäkrad kan få både kalenderdagsberäknad och arbetstidsberäknad sjukpenning för olika dagar i samma sjukperiod.

19.1.1 Situationer när sjukpenning alltid ska kalenderdagsberäknas

Det finns några situationer när sjukpenningen *alltid* ska kalenderdagsberäknas. Det gäller alltså även i de fall där sjukpenningen vanligtvis ska arbetstidsberäknas enligt 28 kap. 5 § SFB, exempelvis under de första 14 dagarna i sjukperioden:

28 kap. 6 § SFB
Sjukpenning ska alltid kalenderdagsberäknas när den försäkrade

1. är helt eller delvis arbetslös, om inte annat följer av tredje stycket,
2. får sjukpenning för tid då han eller hon annars skulle ha fått graviditetspenning, föräldrapenning eller rehabiliteringspenning, eller
3. är egenföretagare och har en sjukpenninggrundande inkomst som består av endast inkomst av annat förvärvsarbete.

Om sjukpenning till en familjehemsförälder ska beräknas på grundval av en sjukpenninggrundande inkomst som omfattar ersättning för vården, ska sjukpenning som motsvarar denna ersättning kalenderdagsberäknas.

För en försäkrad som avses i första stycket 1 lämnas kalenderdagsberäknad sjukpenning under de första 14 dagarna i en sjukperiod endast om den försäkrade är anmäld som arbetssökande hos den offentliga arbetsförmedlingen samt är beredd att ta ett erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot den bestämda sjukpenninggrundande inkomsten. Om det som nu föreskrivits skulle framstå som oskäligt, får kalenderdagsberäknad sjukpenning ändå lämnas under de första 14 dagarna i sjukperioden.

Gemensamt för situationerna i punkt 1 och 2 är att sjukpenning betalas ut i stället för en annan ersättning. Den försäkrade skulle inte haft inkomst från arbete, men skulle ha haft någon annan typ av inkomst som ersätter förvärvsinkomst. Lagstiftaren har därför ansett att den försäkrade ska kunna få sjukpenning för att kompensera sin inkomstförlust. Anledningen till att sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas är att det i denna situation kan vara svårt att avgöra hur hen skulle ha arbetat under den aktuella perioden. (Prop. 1986/87:69 s. 38 och 39)

Av punkt 3 i bestämmelsen samt av andra stycket i 5 § framgår att sjukpenning som baseras på inkomst av annat förvärvsarbete alltid ska kalenderdagsberäknas. Anledningen till det är att egenföretagare inte omfattas av arbetstidslagen (1982:673). De kan förlägga sina arbetstider på ett för dem lämpligt sätt och lagstiftaren har därför inte ansett det möjligt att betala ersättning för ett visst antal timmar per dag. (Prop. 1986/87:69 s. 40)

19.1.2 Sjukpenning till arbetslösa – punkt 1

Första punkten innebär att sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas för hela sjukperioden när den försäkrade är helt eller delvis arbetslös. Det gäller så länge villkoren i tredje stycket är uppfyllda. Den som är helt eller delvis arbetslös men *inte* uppfyller dessa villkor har inte rätt till sjukpenning över huvud taget under de första 14 dagarna i sjukperioden.

Vem som betraktas som delvis arbetslös framgår av avsnitt 10.23.

Vad menas med ”anmäld som arbetssökande och beredd att anta erbjudet arbete i omfattning som motsvarar SGI:n”?

Enligt tredje stycket i bestämmelsen kan den som är helt eller delvis arbetslös bara få sjukpenning under sjukperiodens första 14 dagar under förutsättning att hen är anmäld som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen och beredd att ta ett erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot den fastställda SGI:n.

HFD har tagit ställning till vad detta krav innebär. Enligt domstolen är det avgörande inte vilken sökandekategori Arbetsförmedlingen angett i sitt sökanderegister, utan att den försäkrade är *inskriven som arbetssökande* och utifrån en samlad bedömning kan anses ha varit beredd att anta ett erbjudet arbete om hen inte blivit sjuk. Även om Arbetsförmedlingen har registrerat den försäkrade i en annan sökandekategori än aktivt arbetssökande, kan hen alltså i vissa fall anses uppfylla villkoren för att få sjukpenning under de första 14 dagarna i sjukperioden (HFD 2011 not. 4 och HFD 2011 not. 46).

När är det ”oskäligt” att kräva att den försäkrade ska vara anmäld på Arbetsförmedlingen?

Av tredje stycket i bestämmelsen framgår även att det går att göra undantag från kravet på anmälan hos Arbetsförmedlingen om det skulle framstå som oskäligt. Vad som menas med oskäligt i detta sammanhang framgår av förarbetena. Det kan till exempel vara att den försäkrade inte kan ta sig till Arbetsförmedlingen på grund av egen sjukdom

eller därför att hen måste ta hand om en sjuk närstående. Men sjukdomen måste då *hindra* den försäkrade från att anmäla sig; bara det faktum att den försäkrade är sjuk är inte i sig tillräcklig grund för att göra undantag från anmälningskravet.

Det krävs dock att det kan antas att den försäkrade skulle ha uppfyllt kravet på att anmäla sig till Arbetsförmedlingen om hen hade kunnat. Så snart möjligheten finns måste anmälan göras. (Prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 10 s. 41 och 42)

Även andra orsaker än sjukdom kan få kravet på anmälan hos Arbetsförmedlingen att framstå som oskäligt. Det som bör vägleda bedömningen av detta är reglerna i rättegångsbalken (RB) om laga förfall och den praxis som utvecklats på området. (Prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 10 s. 41 f.)

Reglerna om laga förfall i RB tar sikte på situationer då man inte kunnat komma till en domstolsförhandling eller inte kunnat överklaga en dom i rätt tid (32 kap. 8 § RB). Förutom vid sjukdom kan man enligt RB ha laga förfall vid

- avbrott i den allmänna samfärdseln (kollektivtrafiken)
- annan omständighet som den försäkrade inte kunnat förutse eller som domstolen finner vara giltig ursäkt.

Det finns flera rättsfall som kan tjäna som vägledning för bedömningen. Här beskrivs två där domstolen ansåg att det fanns laga förfall och ett där det inte gjorde det.

Rättsfall

Högsta domstolen ansåg att en man hade laga förfall när han behövde ta hand om sin svårt funktionshindrade fru. Hennes personliga assistent hade sjukanmält sig på morgonen och någon ersättare kunde inte ordnas. (NJA 2002 s. 32)

Rättsfall

Högsta domstolen ansåg att en man hade laga förfall när ombudets bror oväntat hade dött två dagar innan överklagandetiden gick ut. Ombudet drabbades av en akut stressreaktion och kunde inte lämna in överklagandet i tid. (NJA 2009 s. 796)

Rättsfall

En man fick fel på bilen på väg till en domstolsförhandling. Högsta domstolen ansåg inte att det var laga förfall, eftersom man måste starta resan i tillräckligt god tid för att hinna fram i tid även om man råkar ut för hinder på vägen. Till sådana hinder räknas fel på bilen som kan avhjälpas inom ganska kort tid. Men om man har en bil som är i tillfredsställande skick ska man enligt domstolen inte behöva räkna med att resan avbryts på grund av allvarligare fel. Har man planerat resan på ett godtagbart sätt och råkar ut för ett sådant fel kan det vara laga förfall, förutsatt att man inte rimligen kan fortsätta resan med något annat färdmedel. (NJA 1983 s. 708)

Möjligheten att göra undantag från kravet på anmälan till Arbetsförmedlingen är en säkerhetsventil. Det är inte möjligt att ge en uttömmande definition av vad som är oskäligt eller att räkna upp alla de situationer när det kan anses vara oskäligt att tillämpa

kravet. Bedömningen måste göras utifrån de samlade förhållandena i varje enskilt ärende. (Prop. 2010/11:1, utgiftsområde 10, s. 42)

Utifrån hur man i förarbetena beskriver hur begreppet oskäligt ska tolkas och tillämpas när det gäller kravet på att vara anmäld på Arbetsförmedlingen, kan man dock dra slutsatsen att det inte är tillräckligt att den försäkrade inte känner till detta krav. Att kravet på anmälan tillämpas oberoende av om den försäkrade känner till det eller inte ligger också i linje med allmänna rättsprinciper.

Undantaget blir tillämpligt när det kan anses oskäligt att kräva att en försäkrad i samband med övergången från en anställning eller en SGI-skyddad period borde ha anmält sig till Arbetsförmedlingen. Undantaget kan också bli tillämpligt i vissa andra situationer, till exempel när en försäkrad omfattas av det generella SGI-skyddet om tre månader enligt 26 kap. 18 § SFB. (Prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 10 s. 42)

För att en arbetslös försäkrad som inte är anmäld på Arbetsförmedlingen ska kunna få sjukpenning måste hen på annat sätt ha skyddat sin SGI. När det gäller SGI kan inte undantag göras med stöd av reglerna om oskälighet i 28 kap. 6 § tredje stycket SFB.

Läs mer
Läs mer om SGI-skydd i vägledning (2004:5) *Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid*.

19.1.3 Sjukpenning vid föräldrapenning, graviditetspenning, eller rehabiliteringspenning – punkt 2

Enligt andra punkten ska sjukpenning alltid kalenderdagsberäknas för tid när den försäkrade annars skulle ha fått föräldrapenning, graviditetspenning eller rehabiliteringspenning. En förutsättning för att ha rätt till sjukpenning under de första 14 dagarna i ett sjukfall är att den försäkrade har avstått från förvärvsarbete på grund av sjukdomen (prop. 1986/87:69 s. 38). Men den som är föräldraledig och får föräldrapenning avstår inte från arbete, utan från att vårda sitt barn, när hen är sjuk. Då gäller i stället att hen får sjukpenning för tid när hen går miste om föräldrapenning för att hen inte kan vårda sitt barn. Det innebär alltså att sjukpenning kan lämnas under de första 14 dagarna under förutsättning att den försäkrade har ett pågående uttag av, eller har ansökt om, föräldrapenning. Från och med dag 15 i sjukperioden gäller alltid huvudregeln i 28 kap. 4 § SFB. Sjukpenningen kalenderdagsberäknas då för alla dagar.

Under vissa omständigheter kan den som får någon av de förmåner som räknas upp i bestämmelsen dock få både kalenderdagsberäknad och arbetstidsberäknad sjukpenning under de första 14 dagarna i sjukperioden. Det gäller om hen är anställd utan rätt till sjuklön och har förmånen bara under vissa dagar i veckan. Om det finns dagar i 14-dagarsperioden då hen varken skulle ha arbetat eller fått någon av de aktuella förmånerna betalas däremot ingen sjukpenning ut. Det följer av 27 kap. 10 och 11 §§, samt 28 kap. 3, 5 och 6 §§ SFB.

19.1.4 Egenföretagare med SGI av endast inkomst av annat förvärvsarbete – punkt 3

Av tredje punkten framgår att sjukpenning som baseras på inkomst av annat förvärvsarbete, alltså inkomst av näringsverksamhet, alltid ska kalenderdagsberäknas. Detta framgår redan av 28 kap. 5 § andra stycket SFB i kombination med 28 kap. 4 § SFB, som har beskrivits i avsnitt 19.1.1.

19.1.5 Familjehemsförälder som inte kan vårda barnet

Av andra stycket i bestämmelsen framgår att sjukpenning ska kalenderdagsberäknas för familjehemsföräldrar när sjukpenningen grundas på en SGI som inkluderar ersättning för vården.

Det blir aktuellt i de sjukdomsfall när familjehemsföräldern alltså inte klarar att fortsätta vårda barnet. Då ska sjukpenningen beräknas utifrån en SGI som omfattar både inkomsten för familjehemsuppdraget och inkomsten från det övriga arbetet. Den del av sjukpenningen som grundas på en SGI som motsvarar ersättning för vården ska kalenderdagsberäknas. Om den försäkrades sjukpenning i övrigt ska arbetstidsberäknas måste sjukpenningen alltså beräknas i två delar som sedan läggs samman, det vill säga på samma sätt som för dem med inkomst av både anställning och annat förvärvsarbete. Se vidare avsnitt 20.3.

19.2 Räkna fram belopp för kalenderdagsberäknad sjukpenning

28 kap. 10 § SFB
För dagar i en sjukperiod gäller att hel kalenderdagsberäknad sjukpenning motsvarar kvoten mellan

- beräkningsunderlaget enligt 7 § 1 eller 2 och
- 365.

Sjukpenningen avrundas till närmaste hela krontal, varvid 50 öre avrundas uppåt.

Kalenderdagsberäknad sjukpenning utgör alltså kvoten mellan det aktuella beräkningsunderlaget och 365. Det innebär att SGI:n multipliceras med 0,97 och sedan med 80 procent eller 75 procent. Den delas därefter med 365.

19.3 Sjukpenningen ska begränsas till högst 543 kronor per dag om den försäkrade är arbetslös

För försäkrade som är arbetslösa ska sjukpenningbeloppet under ett sjukdomsfall motsvara det belopp som skulle ha betalats ut i arbetslöshetsersättning. På så sätt knyts ersättningen vid sjukdom närmare till det faktiska inkomstbortfallet som den enskilde har i form av att arbetslöshetsersättning inte betalas ut under sjukperioden (prop. 2002/03:100 s. 175–176).

28 kap. 11 § SFB
Till den del den försäkrade är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 543 kronor om dagen. Detta gäller dock inte sjukpenning som avses i 27 kap. 6 § eller 16 a §.

Den högsta inkomstrelaterade ersättningen i arbetslöshetsförsäkringen är 910 konor de första 100 dagarna i en ersättningsperiod och 760 kronor därefter. (Prop. 2014/15:99 s. 89). Hel sjukpenning för arbetslösa betalas ut med högst 543 kronor per dag. Det motsvarar en dagpenning från arbetslöshetsförsäkringen på 760 kronor, eftersom dagpenningen betalas ut för fem dagar per vecka medan kalenderdagsberäknad sjukpenning betalas för sju dagar. Begränsningen kallas för arbetslöshetstaket.

Hänvisningen till 27 kap. 6 § och 16 a § SFB som finns i bestämmelsen innebär att arbetslöshetstaket inte gäller för sjukpenning som betalas ut i förebyggande syfte eller för behovsanställda.

Beräkning av arbetslöshetstaket vid hel arbetslöshet

Sjukpenning till den som är helt arbetslös ska först beräknas enligt grundbestämmelsen i 28 kap. 10 § SFB. Blir sjukpenningen då högre än 543 kronor per dag ska det överstigande beloppet dras av. För en arbetslös som är sjukskriven på deltid anpassas beloppet efter sjukskrivningens omfattning. (Bet. 2002/03: FIU21 s. 57 f.)

Begränsningen till 543 kronor per dag gäller oavsett om sjukpenning betalas på normalnivå eller fortsättningsnivå. Det följer av att bestämmelsen bara anger ”sjukpenning”.

Beräkning av arbetslöshetstaket vid delvis arbetslöshet

Vem som betraktas som delvis arbetslös framgår av avsnitt 10.23.

Försäkringskassan har reglerat hur beräkningen ska göras när en försäkrad är delvis arbetslös i Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:8) om beräkning av sjukpenning och rehabiliteringspenning för delvis arbetslösa:

1 § Försäkringskassans föreskrifter FKFS 2008:8

För försäkrad som är delvis arbetslös och som även skulle ha haft inkomst såsom arbetstagare i allmän eller enskild tjänst eller inkomst av annat förvärvsarbete för samma tid som han eller hon begär sjukpenning gäller, vid beräkningen enligt 28 kap. 10 och 11 §§ socialförsäkringsbalken av till vilken del en försäkrad är att anse som arbetslös

1. att inkomsten av förvärvsarbetet ska divideras med den försäkrades fastställda sjukpenninggrundande inkomst enligt 24–26 kap. socialförsäkringsbalken och
2. att denna inkomst högst får motsvara den högsta sjukpenninggrundande inkomsten enligt 25 kap. 5 § socialförsäkringsbalken.

Vad som anges i första stycket gäller även vid beräkning av rehabiliteringspenning enligt 31 kap. socialförsäkringsbalken.

Om den försäkrade är delvis arbetslös behöver *andelen* arbetslöshet beräknas för att arbetslöshetstaket ska kunna tillämpas. Den försäkrades aktuella inkomst av arbete (upp till SGI-taket) ska divideras med hens SGI. Kvoten är den procentandel som den försäkrade är att anse som anställd. Resterande procentandel ska begränsas till arbetslöshetstaket. Det är den försäkrade som ska visa att hen har en inkomst och hur stor inkomsten är. Alla anställningar som kan styrkas med ett anställningsavtal ska beaktas vid beräkningen, oavsett omfattning. Det krävs alltså inte att anställningen uppfyller villkoren för att ligga till grund för en ny SGI för att den ska beaktas vid beräkningen av delvis arbetslöshet.

Om den försäkrade bara begär sjukpenning på den del hen är arbetslös blir FKFS 2008:8 inte tillämplig. Då ska hela beloppet begränsas till arbetslöshetstaket.

Exempel – Beräkning av sjukpenning vid delvis arbetslöshet

Här nedan kommer ett exempel kring hur man beräknar sjukpenning för Otto som är delvis arbetslös och är helt sjukskriven.

Steg 1 Avgör beräkningsmetod

Första steget är att ta ställning till om sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas eller arbetstidsberäknas. Eftersom att Otto är delvis arbetslös ska sjukpenningen kalenderdagsberäknas (28 kap. 6 § SFB).

Steg 2 Fastslå beräkningsunderlaget

Andra steget är att ta fram beräkningsunderlaget som ska ligga till grund för uträkningen (28 kap. 7 § SFB). Otto har en fastställd SGI på 420 000 kronor från ett tidigare arbete som han skyddar.

Beräkningsunderlaget blir då 325 920 kronor (420 000 * 0,97 * 0,8).

Steg 3 Beräkna förmånens storlek

Tredje steget är att beräkna sjukpenningens storlek. Kalenderdagsberäknad sjukpenning beräknas genom att dela beräkningsunderlaget med 365 (28 kap. 10 § SFB), vilket för Otto blir 892,9 kronor (325 920 / 365).

Sjukpenningen blir 893 kronor efter avrundning (28 kap. 16 § SFB).

Steg 4 Gör eventuella anpassningar av förmånens storlek

Fjärde steget är att anpassa sjukpenningen till andra aktuella regler. Eftersom Otto är delvis arbetslös ska hel sjukpenning begränsas till 543 kronor om dagen på den arbetslösa delen (28 kap. 11 § SFB).

Efter utredning kommer vi fram till att Otto har en årsinkomst på 252 000 kronor i sitt nya jobb. För att räkna ut i vilken omfattning han är arbetslös delar vi hans årsinkomst med hans fastställda SGI (FKFS 2008:8). Kvoten blir 0,6 (252 000 / 420 000), vilket innebär att Otto anses som anställd till 60 % och arbetslös till 40 %.

Till den del som han anses vara anställd får han 536 kronor (893*0,6) och till den del han är arbetslös får han 217 kronor (543*0,4). Hel kalenderdagsberäknad sjukpenning blir då 753 kronor (536+217).

Steg 5 Beräkna eventuellt karensavdrag

Femte steget är att kontrollera och beräkna eventuellt karensavdrag.

Ett karensavdrag ska göras därför att sjukperioden inleds med sjukpenning. Eftersom Ottos sjukpenning ska kalenderdagsberäknas motsvarar karensavdraget en hel dag med sjukpenning (27 kap. 27 § SFB).

Om Otto får sjuklön från sin anställning:

Då ska karensavdraget endast beräknas utifrån den del Otto är arbetslös eftersom arbetsgivaren ansvarar för karensavdraget på den del han får sjuklön. Hel kalenderdagsberäknad sjukpenning till den del han anses vara arbetslös på är 217 kronor, vilket blir karensavdragets storlek.

Om Otto inte får sjuklön:

Karensavdraget blir då 753 kronor, vilket motsvarar hel kalenderdagsberäknad sjukpenning.

Läs mer om beräkning av karens i kapitel 21.

Ändrade anställningsförhållanden

Om den försäkrades anställningsförhållanden ändras måste Försäkringskassan på nytt ta ställning till om och i så fall hur sjukpenningen ska begränsas utifrån arbetslöshetstaket. Det ska göras den första dagen som de nya förhållandena gäller. Det innebär att vi även ska räkna med anställningar som den försäkrade har påbörjat efter sjukperiodens start vid beräkningen av andelen arbetslöshet (FKFS 2008:8). Även här gäller att den försäkrade ska styrka anställningen med ett anställningsavtal. Ett intyg om att en anställning ska eller skulle ha förlängts är inte tillräckligt.

Vid en behovsanställning som består av flera upprepade anställningar i stället för en fortlöpande anställning måste den försäkrade kunna styrka att hen är anställd varje dag som sjukpenning ska betalas ut. Försäkringskassan ska bedöma om den försäkrade är anställd den aktuella dagen utifrån hur anställningsavtalet är skrivet och andra relevanta omständigheter.

När den försäkrade är delvis behovsanställd och får sjukpenning med stöd av 27 kap. 16 a § SFB under sjukperiodens första 90 dagar, ska sjukpenningen inte minskas för den delen. Läs mer i detta avsnitt under rubriken *Särskilt om behovsanställda* nedan.

Rättsfall

I två rättsfall har HFD tagit ställning till när en försäkrad ska anses som anställd. Det första målet, som dock avsåg sjuklön och inte sjukpenning, tog HFD ställning till om en försäkrad som arbetar utifrån sitt och arbetsgivarens behov är att betrakta som anställd eller inte vid en tidpunkt då inga arbetsdagar är avtalade. Målet gällde en man som arbetade regelbundet men inte hade fast anställning utom kom överens med arbetsgivaren om vilka dagar han skulle arbeta. HFD fann att han var att betrakta som anställd enbart de dagar som han och arbetsgivaren kommit överens om att han skulle arbeta. (RÅ 2004 ref. 103)

I den andra domen – där resonemanget utvecklas – kom HFD fram till att arbetslöshetstaket alltid ska tillämpas när en försäkrad saknar anställning under de dagar som sjukpenningen avser. Enligt HFD går det inte att ta hänsyn till om den försäkrade skulle ha fått en anställning om hen inte hade blivit sjuk. HFD betonade att det inte går att undanta personer som saknar anställning från arbetslöshetstaket baserat på en prognos om hur de skulle ha arbetat om de inte hade blivit sjuka. (HFD 2018 ref. 1)

Det kan uppstå en tvist mellan en arbetsgivare och en arbetstagare om en uppsägning eller ett avskedande är giltig eller inte. Vid en sådan tvist anses arbetstagaren vara arbetslös efter att uppsägningstiden har löpt ut eller avskedande gjorts. Den försäkrade ska anses vara arbetslös fram tills tvisten är avgjord (34 § LAS). Det innebär att en

försäkrads sjukpenning ska begränsas till arbetslöshetstaket enligt 28 kap. 11 § SFB från första arbetslösa dagen, oavsett om det finns en tvist eller inte.

Det blir därför viktigt att informera den försäkrade om att hen ska meddela Försäkringskassan när tvisten slutligt avgjorts av domstol eller en överenskommelse har träffats mellan hen, facket och arbetsgivaren samt vad överenskommelsen eller domen innebär. Exempelvis kan det hända att hen får skadestånd för att uppsägningen visserligen var ogiltig men att hen ändå inte får behålla sin anställning. Försäkringskassan behöver avgöra i varje enskilt ärende vilka åtgärder som ska vidtas utifrån utfallet i tvisten.

Läs mer

Läs mer om försäkringstid i vägledning (2017:1) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal*.

Särskilt om föräldralediga

Den som är arbetslös och blir sjukskriven under föräldraledighet ska inte få sin sjukpenning begränsad till arbetslöshetstaket i enlighet med 28 kap. 11 § SFB (FKRS 2023:12). Detta blir relevant under de dagar när den försäkrade skulle ha tagit ut föräldrapenning om hen inte blivit sjuk. Läs mer om bedömningen av arbetsförmågans nedsättning i förhållande till förmågan att vårda barnet i kapitel 10.19.

I vissa fall kan det vara svårt att avgöra om den försäkrade avsåg att ta ut föräldrapenning. En ansökan om föräldrapenning kan nämligen göras upp till 90 dagar tillbaka i tiden. Hur Försäkringskassan ska bedöma den försäkrades avsikt är en bevisfråga som får bedömas utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet. Nedan följer några exempel på omständigheter som kan beaktas vid prövningen av om den försäkrade skulle ha tagit ut föräldrapenning:

En omständighet som kan beaktas är hur många dagar med föräldrapenning som den försäkrade vid tidpunkten hade kvar att ta ut, inklusive de dagar som kan överlåtas. Detta kan ses som den längsta tid som den försäkrade kan ha planerat att vara ledig. Man kan också titta på hur den försäkrade tagit ut föräldrapenning tidigare. Utifrån det kan Försäkringskassan bedöma om den försäkrade skulle ha tagit ut hela eller partiella dagar, och antalet dagar i veckan. Vid osäkerhet kan Försäkringskassan höra av sig till den försäkrade och fråga om hen hade planerat att ta ut föräldrapenning. Vi kan då också fråga om hen har ansökt om arbetslöshetsersättning för samma tid.

Särskilt om behovsanställda

Sjukpenning som betalas ut till behovsanställda med stöd av 27 kap. 16 a § SFB ska inte begränsas utifrån arbetslöshetstaket. Det gäller när en behovsanställd får sjukpenning under tid när det kan antas att hen skulle ha arbetat, och när arbetsförmågan därför bedöms mot behovsanställningen.

För den del den försäkrade får sjukpenning som behovsanställd ska sjukpenningen inte minskas (prop. 2021/22:1 Utgiftsområde 10, s. 65). Om den försäkrades SGI är baserad endast på inkomsten från behovsanställningen och det kan antas att hen skulle ha arbetat i samma omfattning som hen är försäkrad för, ska sjukpenningen alltså inte begränsas alls. Om det däremot kan antas att den försäkrade skulle ha arbetat i en lägre omfattning än vad hen är försäkrad för eller skyddar en tidigare inkomst kan sjukpenningen behöva begränsas.

Beräkningen görs på samma sätt som beskrivs i avsnittet *Beräkning av arbetslöshetstaket* ovan. När man beräknar till vilken andel den försäkrade är arbetslös

ska inkomsten från behovsanställningen räknas till den anställda delen. Inkomsten från behovsanställningen ska då beräknas utifrån hur vi kan anta att personen skulle ha arbetat.

Eftersom sjukpenning enligt 27 kap. 16 a § SFB bara kan betalas ut under sjukperiodens första 90 dagar, är det bara under denna tid som sjukpenningen inte ska begränsas till arbetslöshetstaket. Därefter behöver man bedöma från dag till dag om det finns en överenskommelse om arbete eller om den försäkrade anses vara arbetslös.

Du kan läsa mer om det särskilda regelverket för behovsanställda i 10.15 och 10.17.

20 Beräkning av arbetstidsberäknad sjukpenning

Det här kapitlet beskriver i vilka situationer sjukpenning ska arbetstidsberäknas och hur beräkningen går till. Kapitlet beskriver också hur man hanterar situationen när en försäkrad har både arbetstidsberäknad och kalenderdagsberäknad sjukpenning för samma dag. Dessutom förklaras situationen när den arbetstidsberäknade sjukpenningen i vissa fall kan schablonberäknas i stället för att beräknas efter timmar.

20.1 Situationer när sjukpenning ska arbetstidsberäknas

Utgångspunkten är att sjukpenning ska kalenderdagsberäknas, vilket redovisas i kapitel 19. Men det finns vissa undantagsfall när sjukpenningen i stället ska arbetstidsberäknas. Detta beskrivs i sex punkter i 28 kap. 5 § SFB. Den första punkten gäller bara de första 14 dagarna i sjukperioden. De övriga punkterna gäller hela sjukperioden.

28 kap. 5 § SFB
Sjukpenning ska arbetstidsberäknas

1. under de första 14 dagarna i en sjukperiod enligt 27 kap. 10 och 11 §§, om inte annat följer av 6 § tredje stycket,
2. under studietid som avses i 27 kap. 12 §,
3. under tid med periodiskt ekonomiskt understöd som avses i 27 kap. 13 §,
4. under deltagande i arbetsmarknadspolitiskt program som avses i 27 kap. 14 §,
5. under behandling eller rehabilitering som avses i 27 kap. 15 §, och
6. under plikttjänstgöring som avses i 27 kap. 16 §.

Det som föreskrivs i första stycket gäller endast till den del sjukpenningen motsvarar sjukpenninggrundande inkomst av anställning. Om den försäkrade har inkomst även av annat förvärvsarbete, ska sjukpenningen kalenderdagsberäknas i den delen.

Det finns alltså sex olika situationer då sjukpenningen ska arbetstidsberäknas. Men även i dessa situationer ska sjukpenningen i vissa fall kalenderdagsberäknas, se kapitel 19.

Som framgår av andra stycket i bestämmelsen är det bara sjukpenning som baseras på inkomst av anställning som ska arbetstidsberäknas. Om någon del av den försäkrades sjukpenning baseras på inkomst av annat förvärvsarbete, alltså av näringsverksamhet, ska den delen kalenderdagsberäknas. Se vidare avsnitt 19.1.4.

Men om den försäkrade har en årsinkomst av anställning som överstiger 10 pris-basbelopp, det så kallade SGI-taket, så gäller inte detta. Det beror på att inkomster som överstiger SGI-taket inte är sjukpenninggrundande (25 kap. 5 § SFB). För den som har inkomster över taket ska i första hand inkomster av annat förvärvsarbete räknas av. Det innebär att om en försäkrad har inkomst av anställning som överstiger 10 prisbasbelopp, kommer hela hens SGI att motsvara denna inkomst. Om den försäkrade då omfattas av någon av de sex punkterna i 5 § kan sjukpenningen komma att arbetstidsberäknas, trots att hen även har inkomst av annat förvärvsarbete.

Läs mer
Läs mer om SGI-reglerna i vägledning (2004:5) *Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid*. Där kan du läsa om bland annat SGI-taket.

Under sjukperiodens första 14 dagar – punkt 1

Enligt första punkten ska sjukpenningen arbetstidsberäknas under de första 14 dagarna i sjukperioden enligt 27 kap. 10–11 §§ SFB. De bestämmelserna innebär sammanfattningsvis att den försäkrade bara kan få sjukpenning under de första 14 dagarna av en sjukperiod om hen skulle ha arbetat. Om det inte går att avgöra hur den försäkrade skulle ha arbetat kan sjukpenning betalas ut utifrån vad som är skäligt med ledning av hur den försäkrade arbetat före sjukperioden, om det kan antas att hen skulle ha fortsatt arbeta i samma omfattning under de första 14 dagarna av sjukperioden.

Om arbetsgivaren ska svara för sjuklön de första 14 dagarna i sjuklöneperioden blir det inte aktuellt med arbetstidsberäknad sjukpenning, eftersom sjukpenning inte betalas ut för tid när arbetsgivaren ska svara för sjuklön (27 kap. 9 § SFB).

Du kan läsa mer om 27 kap. 9–11 §§ SFB i kapitel 11.

Det är alltså bara när sjuklöneperioden är kortare än 14 dagar som sjukpenningen ska arbetstidsberäknas för en anställd med sjuklön (prop. 1992/93:31 s. 81).

Det kan till exempel bli aktuellt i de här situationerna:

- när den försäkrade slutar sin anställning, eftersom sjuklöneperioden då bryts
- när arbetsgivaren inte ska svara för sjuklön (för hela eller del av perioden) i samband med ett återinsjuknande enligt 7 § SjLL
- när den försäkrade inte har återgått helt i arbete sedan arbetsgivaren senast betalade sjuklön för en hel sjuklöneperiod (4 a § SjLL).

Läs om sjukperiod i kapitel 8 och om sjuklön i vägledning (2011:1) *Sjuklöneförmåner*.

Exempel

Hillevi har en behovsanställning vid ett företag, det vill säga hon rycker in när det behövs personal. Hela hennes SGI är baserad på detta arbete och hon behöver därför inte skydda någon högre SGI genom att söka arbete hos Arbetsförmedlingen. Hillevi blir sjuk och ansöker om hel sjukpenning för tre veckor. Utredningen visar att arbetsgivaren ska svara för sjuklön dag 1 och 2 samt göra karensavdrag. Men från och med dag 3 har Hillevi och arbetsgivaren inte avtalat om något arbete och Hillevi betraktas därför inte som anställd eftersom varje överenskommelse om arbetspass i företaget är ett anställningstillfälle. Eftersom Hillevi har arbetat i genomsnitt fyra timmar per dag två dagar per vecka, bedömer Försäkringskassan att det kan antas att Hillevi skulle ha fortsatt att arbeta i den omfattningen om hon inte blivit sjuk.

Första veckan får Hillevi ingen sjukpenning, eftersom hon får sjuklön från arbetsgivaren dag 1 och 2. Andra veckan betalar Försäkringskassan arbetstidsberäknad sjukpenning för två dagar (fyra timmar per dag). Från och med dag 15 betalar Försäkringskassan hel kalenderdagsberäknad sjukpenning.

Under studietid – punkt 2

Sjukpenning ska arbetstidsberäknas under hela sjukperioden för försäkrade som studerar enligt 27 kap. 12 § SFB. Det framgår av andra punkten. Bestämmelsen gäller dem som har SGI-skydd enligt 26 kap. 11 § SFB, det vill säga försäkrade som studerar med studiestöd enligt studiestödslagen (1999:1395). Det gäller även försäkrade som, utan att få studiestöd, studerar på minst halvtid och studierna ger rätt till studiemedel enligt studiestödslagen. Det ska då vara studier på eftergymnasial nivå eller studier som bedrivs från och med det andra kalenderhalvåret det år den försäkrade fyller 20 år.

I den här situationen ska sjukpenningen endast beräknas utifrån en SGI och årsarbetstid som fastställs på inkomst av arbete som studenten kan antas få under studietiden, så kallad studietids-SGI. Den SGI som den studerande hade innan studierna är vilande under studietiden (26 kap. 19 § SFB).

En studerande som blir sjuk och inte kan studera i den omfattning som hen avsett kan ansöka om att få behålla sitt studiemedel under sjukperioden. Läs mer om när Försäkringskassan ska godkänna sjukperiod under studier i kapitel 32.

Om den studerande gör ett studieuppehåll på sommarlovet

Under ett studieuppehåll mellan vår- och hösttermin kan i vissa fall en studerande få sjukpenning grundad på en vilande SGI om den ger högre ersättning än studietids-SGI:n (26 kap. 22 § SFB).

I sådana fall ska sjukpenningen kalenderdagsberäknas enligt det som gäller i 28 kap. 6 § 1 och tredje stycket SFB. Det förutsätter alltså att den studerande är arbetssökande, anmäld på Arbetsförmedlingen och beredd att ta erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot den vilande SGI:n. Av 28 kap. 6 § tredje stycket SFB framgår även att det går att göra undantag från kravet på anmälan hos Arbetsförmedlingen om det skulle framstå som oskäligt att kräva det.

Under studieuppehållet kan även sjukpenning för tid då den försäkrade skulle ha fått graviditetspenning, föräldrapenning eller rehabiliteringspenning beräknas på den vilande SGI:n. Då gäller reglerna i 28 kap. 6 § 2. Se vidare avsnitt 19.1.3.

Under tid med periodiskt ekonomiskt stöd – punkt 3

Periodiskt ekonomiskt stöd är stöd enligt särskilt avtal mellan arbetsmarknadens parter, till exempel ersättning från trygghetsfond eller trygghetsråd. Enligt tredje punkten ska sjukpenning till de som får periodiskt ekonomiskt stöd arbetstidsberäknas under hela sjukperioden.

Även för dessa försäkrade gäller att sjukpenning ska beräknas på en SGI och årsarbetstid som har fastställts utifrån den inkomst av arbete som de kan antas få under tiden med periodiskt ekonomiskt stöd (26 kap. 19 § SFB).

Under tid med deltagande i arbetsmarknadspolitiskt program – punkt 4

Enligt fjärde punkten ska sjukpenning arbetstidsberäknas under hela sjukperioden för försäkrade som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning. Det blir dock bara aktuellt för den som arbetar vid sidan om sitt deltagande i programmet. Normalt får den som är inskriven i ett arbetsmarknadspolitiskt program behålla sin ersättning vid kortare sjukfrånvaro (4 kap. 1 § FEA).

När sjukpenning betalas ut till en försäkrad som arbetar vid sidan av programmet ska den beräknas på den SGI och årsarbetstid som har fastställts enbart på inkomst av arbete som den försäkrade kan antas få under den tiden, så kallad studietids-SGI (26 kap. 19 § SFB).

Den SGI och årsarbetstid den försäkrade har innan programmet hålls vilande under programtiden. SGI:n aktiveras igen när programmet har avslutats eller avbrutits.

Läs mer
Läs mer om aktivitetsstöd i vägledning (2017:2) *Ersättningar till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser*.

Under tid med livränta i samband med medicinsk behandling eller rehabilitering – punkt 5

Enligt den femte punkten ska sjukpenning alltid arbetstidsberäknas för den som får livränta från arbetsskadeförsäkringen, under tid för medicinsk behandling eller rehabilitering som anges i 27 kap. 6 § SFB eller arbetslivsinriktad rehabilitering enligt 31 kap. 3 § SFB.

Sjukpenningen ska då beräknas på en SGI som har fastställts enbart på inkomst av arbete som den försäkrade kan antas få under den tiden (26 kap. 21 § SFB).

Läs mer
Läs mer om arbetsskador i vägledning (2003:4) *Förmåner vid arbetsskada*.

Under tid med totalförsvarsplikt – punkt 6

Enligt den sjätte punkten ska sjukpenningen arbetstidsberäknas under hela sjukperioden för försäkrade som gör plikttjänstgöring som är längre än 60 dagar. Med plikttjänstgöring avses tjänstgöring enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt (27 kap. 16 § SFB).

Sjukpenningen ska då beräknas på en SGI och årsarbetstid som har fastställts enbart på inkomst av arbete som den försäkrade kan antas få under den tiden, så kallad studietids-SGI (26 kap. 20 § SFB).

Om den som fullgör totalförsvarsplikt har en SGI när grundutbildningen påbörjas så hålls den vilande under utbildningen.

20.2 Räkna fram belopp för arbetstidsberäknad sjukpenning – huvudregel

Bestämmelserna om hur man arbetstidsberäknar sjukpenning finns i 28 kap. 12–18 §§ SFB. Normalt används det antal timmar som den försäkrade skulle ha arbetat om hen inte varit sjuk. I vissa fall ska dock en schablonberäkning per arbetsdag göras, vilket beskrivs i avsnitt 20.4.

Beräkningen ska göras på olika sätt beroende på om sjukpenning ska betalas för en dag eller flera:

28 kap. 12 § SFB
När arbetstidsberäknad sjukpenning ska beräknas tillämpas

- 13 och 16 §§, om sjukpenning ska lämnas för endast en dag, och
- 14–16 §§, om sjukpenning ska lämnas för mer än en dag.

20.2.1 Om sjukpenning ska betalas ut för endast en dag

Sjukpenning för endast en dag beräknas så här:

28 kap. 13 § SFB
Om sjukpenning ska lämnas för endast en dag, ska hel sjukpenning beräknas enligt följande:

1. Först ska beräkningsunderlaget enligt 7 § 1 eller 2 divideras med årsarbetstiden, varefter kvoten avrundas till närmaste hela krontal.

2. Därefter ska kvoten som fås i 1 multipliceras med antalet timmar av ordinarie arbetstid eller motsvarande normal arbetstid.

Det innebär att man ska

1. ta fram beräkningsunderlaget genom att först multiplicera SGI:n med 0,97 och därefter med 0,80 eller 0,75 (28 kap. 7 § SFB).
2. dela resultatet med årsarbetstiden
3. multiplicera resultatet med antalet timmar av ordinarie arbetstid eller motsvarande normal arbetstid (antalet timmar som den försäkrade skulle ha arbetat den dagen om hen inte hade blivit sjuk).

20.2.2 Om sjukpenning på samma förmånsnivå ska betalas ut för mer än en dag

När sjukpenning på samma förmånsnivå ska betalas ut för mer än en dag görs beräkningen så här:

28 kap. 14 § SFB
Om sjukpenning på samma förmånsnivå lämnas för mer än en dag, ska hel sjukpenning för dag beräknas för dessa dagar enligt följande:

1. Först ska kvoten enligt 13 § 1 beräknas.

2. Därefter ska kvoten enligt 1 multipliceras med det sammanlagda antalet timmar av ordinarie arbetstid eller motsvarande normal arbetstid som avser dessa dagar.

3. Slutligen ska den produkt som fås i 2 divideras med antalet dagar med sjukpenning.

Det innebär att man ska

1. multiplicera den arbetstidsberäknade sjukpenningen per timme med det sammanlagda antalet timmar av ordinarie arbetstid eller motsvarande normal arbetstid som avser dessa dagar
2. dela resultatet med antalet dagar med sjukpenning.

Det genomsnittliga dagbelopp som man får fram med den beskrivna beräkningen motsvarar hel sjukpenning. Om den försäkrade ska få partiell sjukpenning måste dagbeloppet sedan anpassas så att det motsvarar rätt förmånsnivå.

20.2.3 Om sjukpenning betalas ut på olika förmånsnivåer för mer än en dag

Ifall den försäkrade ska få sjukpenning på olika förmånsnivåer för mer än en dag görs beräkningen så här:

28 kap. 15 § SFB
Om sjukpenning lämnas på olika förmånsnivåer för mer än en dag ska de timmar som avser samma nivå adderas var för sig. Sjukpenning ska beräknas för varje sådan period för sig.

Exempel
Markus insjuknar från sitt arbete som säljare. Han har en behovsanställning med avtal som inte ger honom rätt till sjuklön.

Måndag–tisdag skulle han ha arbetat 6 timmar per dag, onsdag 4 timmar och torsdag–fredag 8 timmar per dag. Från måndag till onsdag är Markus arbetsförmåga helt nedsatt på grund av sjukdom. Under torsdag och fredag är hans arbetsförmåga nedsatt med hälften.

Måndag–onsdag får han hel arbetstidsberäknad sjukpenning för totalt 16 timmar (2 dagar x 6 timmar + 1 dag x 4 timmar). Dessa 16 timmar ska multipliceras med hans arbetstidsberäknade sjukpenning per timme och delas på tre dagar.

För torsdag–fredag får han halv sjukpenning för totalt 16 timmar (2 dagar x 8 timmar). Dessa 16 timmar ska multipliceras med det framräknade timbeloppet och delas på två dagar. Beloppet per dag ska sedan minskas till hälften eftersom han ska få halv sjukpenning, inte hel, för dessa dagar.

20.2.4 Skiftarbete

Rätten till sjukpenning bedöms normalt dag för dag (se kapitel 9). Vid skift- eller turlistarbete sträcker sig dock arbetstiden ibland över midnatt. När Försäkringskassan då ska arbetstidsberäkna sjukpenningen ska ett arbetspass jämställas med en dag. Det regleras i 5 § andra stycket Riksförsäkringsverkets föreskrifter (1998:5) om årsarbetstid m.m. Där framgår att utbetalning av sjukpenning ska göras för den dag där den längsta tiden av arbetspasset ligger. Om tiden för arbetet är lika lång på båda sidor om midnatt ska utbetalning göras för den sista kalenderdagen.

Exempel
Hanna har inte rätt till sjuklön. Hon blir sjuk tisdag morgon. Hanna är sjuk till och med torsdag. Om hon inte hade varit sjuk skulle hon ha arbetat tisdag klockan 19.00 till onsdag klockan 04.00 och torsdag klockan 20.00 till fredag klockan 05.00.

För arbetspasset mellan tisdag och onsdag betalas sjukpenningen ut för tisdagen. För arbetspasset mellan torsdag och fredag betalas sjukpenningen ut för fredagen.

20.2.5 Avrundning av timmar och belopp vid arbetstidsberäknad sjukpenning

Både timmar och sjukpenningbelopp ska avrundas om de inte uppgår till hela timtal eller krontal:

28 kap. 16 § SFB
Om antalet timmar eller det sammanlagda antalet timmar enligt 13–15 §§ inte uppgår till ett helt timtal, ska avrundning göras till närmaste hela timtal, varvid halv timme avrundas uppåt.

Sjukpenning avrundas till närmaste hela krontal, varvid 50 öre avrundas uppåt.

20.3 Både arbetstidsberäknad och kalenderdagsberäknad sjukpenning vid SGI av både anställning och annat förvärvsarbete

För den som har SGI både av anställning och annat förvärvsarbete kan det vara aktuellt att få både arbetstidsberäknad och kalenderdagsberäknad sjukpenning:

28 kap. 17 § SFB
Om den försäkrades sjukpenning i de fall som avses i 5 § motsvarar sjukpenninggrundande inkomst av såväl anställning som annat förvärvsarbete beräknas beloppet av hel sjukpenning för dag enligt följande:

1. Den del av sjukpenningen som motsvarar inkomst av anställning beräknas enligt 12–16 §§.

2. Den del av sjukpenningen som motsvarar inkomst av annat förvärvsarbete beräknas enligt 10 och 11 §§.

Sjukpenningen ska alltså beräknas i två delar som sedan läggs samman. Summan av de båda delarna blir hel sjukpenning för en dag.

Som framgår av ordalydelsen i bestämmelsen måste den försäkrades SGI bestå av både inkomst av anställning och inkomst av annat förvärvsarbete för att sjukpenningen både ska arbetstidsberäknas och kalenderdagsberäknas. Att den försäkrade *har* både

inkomst av anställning och inkomst av annat förvärvsarbete är alltså inte tillräckligt, se avsnitt 20.1.1.

Exempel – Beräkning vid både arbetstids- och kalenderdagsberäknad sjukpenning samma dag

Nedan är ett exempel hur sjukpenning räknas fram för en dag under de första 14 dagarna i en sjukperiod där den försäkrade har en SGI som består av inkomst från både anställning och från näringsverksamhet.

Steg 1 Avgör beräkningsmetod

Stina arbetar halvtid som anställd och som egenföretagare med enskild firma. Efter utredning har Försäkringskassan kommit fram till att hon inte har rätt till sjuklön. Hon har en årsinkomst på 400 000 kronor från sin anställning och 400 000 kronor från sitt företag.

Beräkningsmetoden blir arbetstidsberäknad sjukpenning för anställningen och kalenderdagsberäknad sjukpenning för företaget (28 kap. 5 § SFB).

Steg 2 Fastslå beräkningsunderlaget

Stinas sammantagna årsinkomst överstiger SGI-taket på 10 prisbasbelopp. (I detta exempel utgår vi från ett SGI-tak på 588 000 kronor.)

Stinas årsinkomst är 800 000 kronor (400 000 + 400 000), vilket är 212 000 kronor över SGI-taket. Eftersom inkomsten från hennes företag ska räknas bort först (25 kap. 5 § SFB), reducerar vi Stinas SGI med 212 000 kronor. Stinas SGI består därefter av 400 000 kronor för inkomst av anställning och 188 000 kronor för inkomst av annat förvärvsverksamhet (för en sammantagen SGI på 588 000 kronor).

Därefter fastslår vi beräkningsunderlaget genom att först multiplicera SGI:n med 0,97 och därefter med 0,80 (28 kap. 7 § SFB).

Beräkningsunderlag anställning
310 400 kronor (400 000 * 0,97 * 0,8)

Beräkningsunderlag enskild firma
145 888 kronor (188 000 * 0,97 * 0,8)

Notera att om arbetsgivaren svarar för sjuklön så ska inte beräkningsunderlaget för anställning räknas med i SGI:n för de aktuella dagarna (28 kap. 8 § SFB).

Steg 3 Beräkna förmånens storlek

Stinas årsarbetstid är 1 040 timmar för anställningen. Stina skulle den aktuella dagen ha arbetat 4 timmar i sin anställning och 4 timmar i sitt företag.

Arbetstidsberäknad sjukpenning
Sjukpenningen från Stinas anställning ska arbetstidsberäknas (28 kap. 13 § SFB):

1. Vi delar beräkningsunderlaget med årsarbetstiden för att få fram sjukpenning per timme:

310 400 kr / 1040 timmar = 298,46 kr/h vilket avrundas till 298 kronor (28 kap. 16 § SFB).
2. Vi multiplicerar resultatet med antalet timmar som Stina skulle arbetat den dagen:
3. 298 kr x 4 h = 1 192 konor.

Kalenderdagsberäknad sjukpenning
Sjukpenningen från Stinas företag ska kalenderdagsberäknas (28 kap. 10 § SFB):

1. Vi delar beräkningsunderlaget med antal dagar på ett år:
2. 145 888 kr / 365 = 399,69 kr vilket avrundas till 400 kronor (28 kap. 16 § SFB).
3. Stinas sjukpenning för en dag blir då sammanlagt 1 592 kronor (1 192 + 400).

Fjärde steget om anpassning av förmånens storlek blir inte aktuellt i detta exempel, men karensavdrag i steg fem ska beräknas:

Anställningen
Stinas sjukpenning för anställning ska arbetstidsberäknas. Karensavdraget motsvarar då 20 procent av den sjukpenning hon beräknas få under en vecka (27 kap. 27 § tredje stycket SFB):

1. Vi räkna först ut den genomsnittliga veckoarbetstiden. I detta exempel är den 20 timmar.
2. Vi beräknar sjukpenning för en genomsnittlig veckoarbetstid genom att ta Stinas sjukpenning per timme multiplicerat med genomsnittlig veckoarbetstid, vilket blir 5 960 kronor (298 kr x 20 timmar).
3. Karensavdraget utgör 20 procent av sjukpenningen för en genomsnittlig veckoarbetstid, vilket blir 1 192 kronor (5 960 x 0,2), vilket ska dras av från hennes arbetstidsberäknade sjukpenning.

Enskild firma
Sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete har som huvudregel sju karensdagar (27 kap. 27 a § SFB). En egenföretagare har möjlighet att välja fler eller färre karensadagar, men vi utgår från att Stina inte gjort någon ändring.

Karensdagarna innebär att Stina inte får någon kalenderdagsberäknad sjukpenning de första sju dagarna i sjukperioden.

Läs kapitel 21 för en mer utförligt genomgång av hur karens beräknas.

20.4 Undantag från huvudregeln att beräkna arbetstids-beräknad sjukpenning per timme

Huvudregeln är att arbetstidsberäknad sjukpenning beräknas per timme (28 kap. 5 § SFB). I 28 kap. 18 § SFB finns en bestämmelse som ger regeringen bemyndigande att föreskriva om undantag från denna huvudregel.

Regeringen har utifrån det bemyndigandet beslutat om förordningen (1987:361) om schablonberäkning av arbetstid vid bestämmande av sjukpenning m.m. Förordningen reglerar dels hur årsarbetstiden i vissa fall ska schablonberäknas och fastställas i dagar i stället för i timmar, dels hur bestämmelserna i 28 kap. 13–16 §§ SFB ska tillämpas i de situationerna.

Förordningen innebär att den arbetstidsberäknade sjukpenningen i vissa fall inte ska beräknas efter timmar utan i stället schablonberäknas:

> **2 § förordningen (1987:361) om schablonberäkning av arbetstid vid bestämmande av sjukpenning m.m.**
> Schablonberäkning skall ske för försäkrade som vid frånvaro på grund av sjukdom från sitt huvudsakliga förvärvsarbete får vidkännas lika stort löneavdrag varje dag.

Anledningen till detta är att det finns anställda som arbetar lika många timmar varje arbetsdag eller som får ett enhetligt inkomstavdrag vid sjukfrånvaro oavsett hur deras arbetstid är förlagd. Regeringen har då ansett att schablonberäkning kan användas för dessa anställda. Genom att schablonberäkna den arbetstidsberäknade sjukpenningen får den försäkrade lika stort belopp varje dag som hen avstår från arbete på grund av sjukdom (Prop. 1986/87:69 s. 29).

I förordningens 4 § framgår att 28 kap. 13–16 §§ SFB inte ska tillämpas i de fallen, utan i stället för det antal timmar den försäkrade skulle ha arbetat ska man sätta in siffran ett (1) i formeln:

> **4 § förordningen (1987:361) om schablonberäkning av arbetstid vid bestämmande av sjukpenning m.m.**
> Vid beräkning enligt de lagrum som nämns i 1 § 2 skall såsom uttryck för ordinarie arbetstid eller däremot svarande normal arbetstid för dag användas talet ett.

Enligt förarbetena spelar det ingen roll om den försäkrade arbetar heltid eller deltid eller hur arbetstiden är förlagd, utan schablonberäkning ska göras oavsett (prop. 1986/87:69 s. 29).

När den arbetstidsberäknade sjukpenningen ska schablonberäknas ska beräkningen alltså göras så här:

1. Ta fram beräkningsunderlaget genom att först multiplicera SGI:n med 0,97 och därefter med 0,80 eller 0,75 (28 kap. 7 § SFB).
2. Dela resultatet med årsarbetstiden.

21 Karens, återinsjuknande och högriskskydd

Det här kapitlet beskriver bestämmelserna om karensavdrag, karensdagar och karenstid. Det behandlar också bestämmelserna om återinsjuknande och högriskskydd, som innebär att den försäkrade i vissa situationer inte har någon karens. Alla bestämmelserna finns i 27 kap. 27–33 §§ och 39–44 §§ SFB.

21.1 Vad är karens?

Karens är en självrisk som innebär antingen att det görs ett avdrag från sjukpenningen i början på en sjukperiod (karensavdrag) eller att man inte kan få sjukpenning den första dagen eller dagarna av en sjukperiod (karensdagar/karenstid).

För försäkrade som har inkomst av anställning ska ett karensavdrag göras. Egenföretagare omfattas inte av reglerna om karensavdrag. För denna grupp gäller i stället regler om karensdag och karenstid.

Egenföretagare har som huvudregel sju karensdagar. Egenföretagare kan också välja att ha längre eller kortare karens och det kallas då karenstid. Med egenföretagare menas den som har inkomst av annat förvärvsarbete och som betalar egenavgift.

Bestämmelserna om karens finns i 27 kap. 27–31 §§ SFB.

21.2 Karensavdrag

Bestämmelsen om karensavdrag finns i 27 kap. 27 § SFB.

27 kap. 27 § SFB
Om sjukperioden inleds med sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning och inte något annat följer av 27 a §, 28 §, 28 b §, 29–31 §§, 39 §, 39 a § eller 40–44 §§ ska ett karensavdrag göras från och med den första dagen med sjukpenning.

Om sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas under de första 14 dagarna i en sjukperiod, görs ett karensavdrag som motsvarar ersättningen för en hel dag med sjukpenning.

Om sjukpenningen ska arbetstidsberäknas under de första 14 dagarna i en sjukperiod, görs ett karensavdrag som motsvarar 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade genomsnittligen beräknas få under en vecka.

Karensavdraget motsvarar en andel av sjukpenningen som den försäkrade får vid sjukfrånvaro under en genomsnittlig kalendervecka. För att avdraget ska motsvara den försäkrades arbetsförhållanden kan det enligt SFB både kalenderdagsberäknas och arbetstidsberäknas. Karensavdraget görs i början av en sjukperiod från och med den första dagen som den försäkrade har rätt till sjukpenning (prop. 2017/18:96 s. 32).

Bestämmelsen gäller bara personer med SGI som baseras på inkomst av anställning men som inte får sjuklön från arbetsgivaren under de första 14 dagarna, till exempel arbetslösa, föräldralediga, vissa uppdragstagare och de som har olika former av behovsanställningar med anställningsavtal som inte ger rätt till sjuklön. Det framgår av formuleringen *om sjukperioden inleds med sjukpenning,* som alltså utesluter de sjukperioder som har inletts med sjuklön, en period med lön vid sjukdom till en sjöman eller sjukperioder som har inletts med rehabiliteringspenning. För anställda som har rätt

till sjuklön är det arbetsgivaren som ansvarar för karensavdraget enligt 6 § SjLL (prop. 2017/18:96 s. 32).

Läs mer
Läs om sjuklön i vägledning (2011:1) *Sjuklöneförmåner*.

Det krävs inte att sjukpenning faktiskt beviljas för den första dagen i sjukperioden för att karensavdrag ska göras, utan bara att sjukpenning är den första förmånen som den försäkrade får under sjukperioden (prop. 2017/18:96 s. 32). Karensavdraget ska då göras från den första dagen som den försäkrade har rätt till sjukpenning. Däremot ska det inte göras något karensavdrag om sjukperioden inleds med någon annan förmån än sjukpenning, exempelvis rehabiliteringspenning eller sjukpenning i förebyggande syfte. Det har betydelse i ett antal olika fall, exempelvis

- vid sen sjukanmälan mer än 7 dagar som Försäkringskassan inte kan godkänna i början av en sjukperiod
- vid utlandsvistelse i början av en sjukperiod som Försäkringskassan inte kan ge medgivande för.

I dessa fall beviljas inte sjukpenning för den första dagen i sjukperioden, men sjukpenning är den första förmånen som den försäkrade får och karensavdrag ska därför göras från den första dagen som den försäkrade har rätt till sjukpenning.

Däremot ska det alltså inte göras något karensavdrag om sjukperioden inleds med någon annan förmån än sjukpenning, exempelvis rehabiliteringspenning eller sjukpenning i förebyggande syfte.

Utgångspunkten är att det ska göras ett helt karensavdrag, oavsett om den försäkrade har rätt till hel eller partiell sjukpenning (prop. 2017/18:96 s. 34). Så länge den försäkrade har rätt till sjukpenning ska avdraget göras till dess att ett helt avdrag har gjorts. Avdraget kan dock aldrig bli större än den sjukpenning som den försäkrade har rätt till (prop. 2017/18:96 s. 61). Det innebär till exempel att karensavdraget för den som är arbetslös aldrig kan vara högre än 543 kronor, eftersom det är den högsta sjukpenningen per dag för en arbetslös.

21.3 Metodstöd – Avgöra om karensavdrag ska göras

Karensavdraget hanteras i de flesta fall automatiskt av systemet, men i vissa fall kan du behöva avgöra om ett karensavdrag behöver göras och beräkna storleken på avdraget.

Om en sjukperiod inleds med sjukpenning behöver du även ta ställning till följande för att ta reda på om ett karensavdrag ska göras:

- om den försäkrades SGI baseras på inkomst av anställning
- om den försäkrade har rätt till sjuklön
- om den försäkrade är beviljad särskilt högriskskydd eller uppfyller kriterierna för allmänt högriskskydd
- om den försäkrade har återinsjuknat inom fem dagar sedan en tidigare sjukperiod.

Oftast ser du på den försäkrades ansökan om sjukpenning om hen är egenföretagare eller har rätt till sjuklön från sin arbetsgivare. Men du kan behöva utreda ärendet i vissa fall för att kunna avgöra om karensavdrag ska göras.

Högriskskydd

Om den försäkrade uppfyller kriterierna för allmänt högriskskydd, eller är beviljad särskilt högriskskydd för ett större antal sjukperioder eller för donation, ska karensavdrag inte göras, se kapitel 21.16.1.

Om den försäkrade har återinsjuknat

Om den försäkrade har blivit sjuk igen inom fem kalenderdagar från en tidigare sjukperiod ska du inte beräkna något nytt karensavdrag. Däremot behöver du kontrollera om det i den tidigare sjukperioden har gjorts ett helt karensavdrag eller om det finns ett återstående karensavdrag som ska fortsätta dras i den nya sjukperioden. Läs mer om återinsjuknande i avsnitt 21.15.

21.4 Karensavdragets storlek

För personer som får kalenderdagsberäknad sjukpenning under sjukperiodens första 14 dagar motsvarar karensavdraget en dag med kalenderdagsberäknad sjukpenning. Beräkningen görs på samma sätt som för kalenderdagsberäkning av sjukpenning, se kapitel 19.

Beräkningen av det kalenderdagsberäknade karensavdraget bygger på beräkningen av sjukpenning beräknad per kalenderdag. Därför kan avrundningsreglerna i 28 kap. 16 §§ SFB tillämpas i beräkningen av det kalenderdagsberäknade karensavdraget.

För personer med arbetstidsberäknad sjukpenning under sjukperiodens första 14 dagar motsvarar karensavdraget 20 procent av den sjukpenning som personen beräknas få i genomsnitt under en kalendervecka.

Om en sjukperiod inleds med både sjuklön från arbetsgivaren och sjukpenning från Försäkringskassan för samma dag, gör arbetsgivaren karensavdrag enligt SjLL och Försäkringskassan gör karensavdrag enligt SFB. Karensavdraget enligt SFB ska beräknas på den del av SGI:n som inte omfattar inkomsten från den anställning där arbetsgivaren betalar sjuklön. (Prop. 2017/18:96 s. 45)

21.4.1 Arbetstidsberäknat karensavdrag

Om den försäkrades sjukpenning ska arbetstidsberäknas under de första 14 dagarna så ska även karensavdraget arbetstidsberäknas. I den situationen behöver man beräkna den genomsnittliga veckoarbetstiden. Med vecka avses här kalendervecka, det vill säga sju dagar (prop. 2017/18:96 s. 61).

Om den försäkrade har ett schema eller vet hur hen skulle ha arbetat under den första tiden av sjukperioden och uppgifterna är representativa för hur hen vanligtvis arbetar, kan schemat eller uppgifterna ligga till grund för beräkningen av den genomsnittliga veckoarbetstiden.

Om uppgifterna inte är representativa för hur den försäkrade vanligtvis arbetar eller om den försäkrade saknar schema och inte vet hur hen skulle ha arbetat, kan man använda den försäkrades tjänstgöringsgrad som grund för beräkningen. Om även den saknas får man hämta in historiska uppgifter om hur hen har arbetat före sjukperioden. Jämförelsetiden kan variera från fall till fall beroende på exempelvis om arbetstiden har varierat mycket över tid eller hur länge den försäkrade har varit anställd, men i de flesta fall är en till tre månader före sjukperioden en tillräckligt lång jämförelseperiod (prop. 2017/18:96 s. 32 f. och 61).

21.4.2 Metodstöd – Arbetstidsberäknat karensavdrag

För att kunna göra beräkningen ska du först kontrollera vad den försäkrade lämnat för uppgifter i ansökan om hur hen skulle ha arbetat den första tiden i sjukperioden. Var också observant på om den försäkrade skrivit något särskilt i ansökan eller på annat sätt lämnat uppgifter om hur hen arbetar. Om du inte har tillräckliga uppgifter i ärendet kan du behöva hämta in ytterligare information från den försäkrade eller från arbetsgivaren.

För att avgöra om uppgifterna som den försäkrade har lämnat om hur hen skulle ha arbetat är representativa, kan du till exempel jämföra med den fastställda årsarbetstiden eller med historiska uppgifter som visar hur den försäkrade har arbetat.

Beräkna arbetstidsberäknat karensavdrag

Först beräknar du den genomsnittliga veckoarbetstiden så här:

1. Räkna ut hur mycket den försäkrade genomsnittligen arbetar per dag genom att dela det totala antalet timmar som hen skulle ha arbetat under perioden med antalet dagar i perioden. Antalet dagar i jämförelseperioden ska vara minst 7 dagar.
2. Multiplicera kvoten (svaret i punkt 1) med 7, det vill säga antalet dagar på en kalendervecka.
3. Bestäm den genomsnittliga veckoarbetstiden till ett belopp med två decimaler, där den andra decimalen alltid avrundas nedåt. (6 § RFFS 1998:5)

Exempel

Christel är behovsanställd och ansöker om sjukpenning för den 1–8 mars. När hon blev sjuk hade hon inbokade arbetspass den 1 och den 4 mars. För resten av sjukperioden skriver hon i ansökan att hon inte vet hur hon skulle ha arbetat. Uppgifter om hur Christel arbetade under tiden före sjukanmälan hämtas in från arbetsgivaren. De visar att hon arbetade totalt 170 timmar under perioden januari–februari. Den genomsnittliga veckoarbetstiden utifrån den perioden är därför 20,16 timmar (170 timmar/59 dagar x 7 dagar).

Sedan beräknar du sjukpenningen för en genomsnittlig veckoarbetstid så här:

4. Beräkna sjukpenning per dag eller timme (beroende på vilken årsarbetstid den försäkrade har) genom att multiplicera den försäkrades SGI med 0,8 och 0,97. Dividera sedan med årsarbetstiden. Läs mer om hur du räknar fram belopp för arbetstidsberäknad sjukpenning i kapitel 20.
5. Multiplicera beloppet i punkt 4 med den genomsnittliga veckoarbetstiden.

Exempel

Under de dagar då Christel skulle ha arbetat, den 1 och den 4 mars, skulle hon ha arbetat 10 timmar per dag. Den genomsnittliga veckoarbetstiden har ovan beräknats till 20,16 timmar per vecka. Christels SGI utifrån behovsanställningen är 200 000 kronor och årsarbetstiden är 1 035 timmar. För att beräkna sjukpenningen för den genomsnittliga veckoarbetstiden beräknas först sjukpenning per timme, vilket blir 150 kronor (200 000 kronor x 0,8 x 0,97/1 035 timmar).

Därefter beräknas sjukpenningen för en genomsnittlig vecka till 3 024 kronor (150 kronor x 20,16 timmar).

Slutligen beräknar du karensavdraget så här:

6. Multiplicera sjukpenningen för den genomsnittliga veckoarbetstiden med 0,2, (det vill säga 20 procent) för att beräkna det arbetstidsberäknade karensavdraget.
7. Avrunda alltid det arbetstidsberäknade karensavdraget nedåt till hela krontal. (RFFS 1998:5)

Exempel
Christels karensavdrag beräknas till 604 kronor (3 024 kronor x 0,2). Sjukpenningen per dag under sjukperioden beräknas till 1 500 kronor (150 kr/timme x 20 timmar/2 dagar), enligt 28 kap. 14 § SFB. Den första dagen kan alltså 896 kronor betalas ut till Christel efter att karensavdrag har gjorts (1 500–604 kronor).

Beräkna karens när den försäkrade har rätt till både sjukpenning och sjuklön
Om den försäkrade har både sjukpenning och sjuklön för samma period ska karensavdraget endast beräknas på den del av den försäkrades SGI och årsarbetstid som hen inte får sjuklön för (se kapitel 18.2 om delad SGI). I övrigt beräknar du karensavdraget på samma sätt som ovan.

21.5 Interimistiska beslut vid utredning av karensavdrag

I ärenden där det är aktuellt att göra ett karensavdrag kan du behöva fatta ett interimistiskt beslut enligt 112 kap. 2 § andra stycket SFB när det är klart att den försäkrade har rätt till sjukpenning, men karensavdragets storlek kräver utredning som innebär betydande dröjsmål. Läs mer i avsnitt 29.2.1 och i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

21.6 Metodstöd – Underrättelse och kommunicering vid karensavdrag

När du har beräknat karensavdraget behöver du i vissa fall underrätta eller kommunicera den försäkrade och ge hen möjlighet att lämna synpunkter, innan beslut om rätten till sjukpenning fattas.

Du ska exempelvis underrätta den försäkrade när karensavdraget har arbetstids-beräknats. Om du vid beräkningen har använt dig av uppgifter från någon annan än den försäkrade ska du även kommunicera underlaget och ge den försäkrade möjlighet att lämna synpunkter.

Läs mer om underrättelse och kommunicering i avsnitt 27.2 och i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

21.7 Metodstöd - Beslut om karensavdrag

Om den försäkrade inte hör av sig under kommuniceringstiden dokumenterar du beslutet om rätten till sjukpenning och karensavdragets storlek i journalen. Om hen motsätter sig uppgifterna eller lämnar nya uppgifter utan att det påverkar din bedömning, ska du dokumentera beslutet i ett brev som skickas till den försäkrade.

21.8 Karensdagar

Det finns en särskild bestämmelse om karens för egenföretagare:

27 kap. 27 a § SFB
För sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete gäller att sjukpenning inte lämnas under de första sju dagarna i en sjukperiod (karensdagar) om inte karenstid har anmälts enligt 29 § första stycket.

Bestämmelser om karenstid i stället för karensdagar finns i 29–31 §§.

Det är alltså sjukperiodens början som avgör när karensdagarna infaller. Det innebär att karensen kan infalla före sjukanmälan och även tidigare än den dag från och med vilken den försäkrade kan få sjukpenning. Läs om sjukperiod i kapitel 8 och sjukanmälan i kapitel 7.

Bestämmelsen gäller egenföretagare och den sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete. Egenföretagare har dock möjlighet att välja en längre eller kortare karens än sju karensdagar. Detta kallas karenstid, se nedan.

21.9 Karenstid

Bestämmelserna om egenföretagares karenstid samt ändring och uppsägning av den finns i 27 kap. 29–31 §§ SFB.

Den valda karenstiden gäller också vid sjukpenning i förebyggande syfte, dock inte för dem som valt 1 eller 7 karensdagar.

21.9.1 Egenföretagare kan välja längre eller kortare karens

Egenföretagare har enligt huvudregeln sju karensdagar men de har även möjlighet att välja fler eller färre. Det kallas då karenstid i stället för karensdagar:

27 kap. 29–30 §§ SFB
29 § En försäkrad som har inkomst av annat förvärvsarbete och som betalar egenavgift har rätt att anmäla till Försäkringskassan att han eller hon vill ha sjukpenning med en karenstid på 1 dag, eller 14, 30, 60 eller 90 dagar.

Om den som betalar egenavgift inte gör någon sådan anmälan, lämnas sjukpenning efter de karensdagar som anges i 27 a §.

30 § Om den som betalar egenavgift gör en sådan anmälan som anges i 29 §, ska sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete inte lämnas för den första dagen, eller de första 14, 30, 60 eller 90 dagarna av varje sjukperiod, den dag sjukdomsfallet inträffade inräknad (karenstid).

En egenföretagare som vill ändra sin karenstid kan göra detta antingen muntligt eller skriftligt. Den dag som Försäkringskassan får ta del av informationen om ändrad karenstid ska ses som dagen för anmälan av ny karenstid. Det innebär att det är från och med den dagen som uppsägningstiden börjar.

21.9.2 Egenföretagare kan ändra eller säga upp sin valda karenstid

Det går att ändra eller säga upp sin valda karenstid:

27 kap. 31 § SFB
Den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid enligt 29 § får efter uppsägningstid övergå till sjukpenning med kortare eller ingen karenstid. Uppsägningstiden är det antal dagar med vilka karenstiden förkortas.

Uppsägningstid enligt första stycket gäller även för en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 27 a § och som gör anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 §.

Ändringen börjar gälla efter det att uppsägningstiden löpt ut. Ändringen får dock inte tillämpas vid sjukdom som inträffat innan ändringen börjat gälla.

Den som vill ändra till en kortare karenstid kan alltså göra det, men först efter en uppsägningstid. Uppsägningstiden är det antal dagar som karenstiden förkortas med. Den nya karenstiden börjar först gälla efter att uppsägningstiden har löpt ut.

Exempel
En egenföretagare har sedan tidigare en karenstid på 90 dagar. Den 1 mars anmäler hen att hen vill ha en karenstid på 30 dagar. Uppsägningstiden blir 60 dagar (90–30). Den nya karenstiden börjar gälla den 30 april.

Om en försäkrad under pågående uppsägningstid gör ytterligare en anmälan om kortare karenstid, betraktas den som en justering av tidigare anmälan. Det framgår av förarbetena (prop. 2009/10:120 s. 65). Uppsägningstiden räknas alltså från när anmälan gjordes första gången.

En förkortad karenstid får inte gälla sjukdomar den försäkrade redan har
Den förkortade karenstiden gäller bara för sjukdomar som den försäkrade drabbas av efter att hen har anmält ändrad karens. Det framgår av bestämmelsens sista stycke. Det innebär att en egenföretagare inte kan övergå till en kortare karenstid för sjukdomar som hen redan har. Försäkringskassan ska alltså i dessa fall besluta om en begränsning av karenstiden på grund av sjukdom eller sjukdomar som egenföretagaren redan har, vilket innebär att den längre karenstiden gäller för dessa sjukdomar.

Men den förkortade karenstiden kan även gälla för sjukdomar som uppkommit innan anmälan gjordes – om sjukdomen inte medfört frånvaro från arbetet under de senaste två åren. Det framgår av förarbetena. Det som avgör om en sjukdom ska omfattas av den ändrade karensen är alltså inte när den försäkrade insjuknar eller får sin diagnos, utan när hens arbetsförmåga sätts ned på grund av sjukdomen. Det framgår också av förarbetena att en sjukdom bör anses vara en fortsättning på en tidigare inträffad sjukdom endast om sambandet mellan dem är uppenbart. (Prop. 1984/85:78 s. 103, se även prop. 2009/10:120 s. 65)

21.9.3 Karenstiden påverkar sjukförsäkringsavgiften

Karenstiden påverkar egenföretagarens sjukförsäkringsavgift. En lång karenstid innebär en lägre sjukförsäkringsavgift och en kortare karenstid innebär en högre sjukförsäkringsavgift.

Reglerna som styr sjukförsäkringsavgiften finns i socialavgiftslagen (2000:980). Information om nivån på sjukförsäkringsavgiften beroende på vald karenstid finns i Försäkringskassans föreskrifter om procentsatser för beräkning av egenavgift till sjukförsäkringen. Föreskrifterna uppdateras varje år.

21.10 Metodstöd - Begränsning av karenstid

När du utreder förkortad karenstid ska du alltid ta ställning om du ska besluta om en begränsning i karenstiden. Det innebär att den längre karenstiden blir aktuell om den försäkrade redan hade sjukdomen vid tidpunkten hen ansökte om förkortad karenstid.

Därför behöver du utreda om den försäkrade har haft sjukfrånvaro från arbetet de senaste två åren. Utöver den information som den försäkrade själv lämnar behöver du även titta på hens sjukpenning- och sjukersättningshistorik.

När du bedömer att karenstiden ska begränsas på grund av en viss sjukdom ska du fatta beslut om detta. Även om utredningen om karens har gjorts i samband med en SGI-utredning ska beslutet inte vara en del av SGI-beslutet. Då ska du i stället fatta ett separat beslut om den begränsade karenstiden.

I vissa fall kan det bli aktuellt att kommunicera den försäkrade innan beslut fattas. Läs mer om när det kan vara aktuellt i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

21.11 Karens vid sjukpenning i särskilda fall

Det finns särskilda bestämmelser om karens för anställda och egenföretagare med rätt till sjukpenning i särskilda fall:

28 a kap. 16 § SFB
För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst inte kan fastställas eller för vilken en sjukpenninggrundande inkomst har fastställts eller skulle ha kunnat fastställas som svarar mot inkomst av anställning, tillämpas vad som föreskrivs om karensavdrag i 27 kap. 27 §.

För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst har fastställts eller skulle ha kunnat fastställas som svarar mot endast inkomst av annat förvärvsarbete, och som inte är arbetslös, tillämpas vad som föreskrivs om karensdagar i 27 kap. 27 a §.

Om det inte går att fastställa någon SGI enligt första stycket för en försäkrad, ska sjukpenning i särskilda fall kalenderdagsberäknas enligt 28 a kap. 10 §. Det innebär att även karensavdraget ska kalenderdagsberäknas enligt 27 kap. 27 §. Ett kalenderdagsberäknat karensavdrag motsvarar ersättningen för en hel dag med sjukpenning. Beloppet för en hel dag med sjukpenning i särskilda fall anges i 28 a kap. 9 eller 13 §§ och beror på om den försäkrade får sjukpenning i särskilda fall vid sjukersättning eller utan att ha sjukersättning.

Om det går att fastställa en SGI för den försäkrade och den sjukpenning som ska betalas ut för de första 14 dagarna ska arbetstidsberäknas, kommer både ett arbetstidsberäknat och ett kalenderdagsberäknat karensavdrag att behöva göras.

Exempel
Bengt har en behovsanställning och har i detta exempel inte rätt till sjuklön. Hans SGI är 40 000 kr från nuvarande anställning och årsarbetstiden är 350 timmar. Bengt har rätt till både hel sjukpenning och hel sjukpenning i särskilda fall. Bengt är sjukskriven i 11 dagar, under vilka han skulle ha arbetat totalt 14 timmar. Bengts sjukpenning för perioden utifrån hans SGI beräknas till 1 242 kronor. Den genomsnittliga veckoarbetstiden beräknas utifrån uppgifter i ärendet till 7 timmar per vecka.

Eftersom den genomsnittliga veckoarbetstiden är hälften av det antal timmar som Bengt skulle ha arbetat under perioden beräknas sjukpenningen för en genomsnittlig vecka till 621 kronor (1 242/2). Ett arbetstidsberäknat karensavdrag blir då 124 kronor (621 x 0,2). Bengt kan efter karensavdraget få 1 118 kronor i sjukpenning. Eftersom sjukpenningen i särskilda fall för perioden är 1 760 kronor blir det en mellanskillnad om 642 kronor som ska betalas ut till Bengt. Innan sjukpenningen i särskilda fall kan betalas ut ska ett kalenderdagsberäknat karensavdrag om 160 kronor göras. Bengt får 1 118 kronor i sjukpenning och 482 kronor i sjukpenning i särskilda fall.

Du kan läsa mer om hur du beräknar ett arbetstidsberäknat karensavdrag i avsnitt 21.4.1.

21.12 Karens vid sjukpenning i förebyggande syfte

Det finns bestämmelser om att när sjukpenning betalas ut i förebyggande syfte får den försäkrade i de flesta fall inget karensavdrag eller karensdagar:

27 kap. 28 § SFB
Till en försäkrad som har rätt till sjukpenning under medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering enligt 6 § lämnas sjukpenning på normalnivån eller fortsättningsnivån utan beaktande av sådan karens som avses i 27 och 27 a §§.

Detsamma gäller för den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 §, för den första dagen i en sjukperiod.

Bestämmelsen i första stycket innefattar, förutom anställda och arbetslösa, även egenföretagare som inte valt karenstid och därför har sju karensdagar.

Bestämmelsen i andra stycket innebär att även de egenföretagare som valt karenstid på en (1) dag slipper karens vid sjukpenning i förebyggande syfte. De egenföretagare som valt längre karenstid än sju dagar omfattas alltså inte av undantaget utan har karenstid även vid sjukpenning i förebyggande syfte. Läs mer om karenstid i avsnitt 21.9.

För de som omfattas av bestämmelsen innebär det alltså att om en sjukperiod börjar med sjukpenning i förebyggande syfte så ska inte avdrag för karens göras. Om den försäkrade behöver avbryta sin behandling eller rehabilitering och får sjukpenning i direkt anslutning till sjukpenning i förebyggande syfte får hen inte heller någon karens. Det följer av att karensavdrag ska göras från den första dagen med sjukpenning, vilken i detta fall redan har passerat.

Egenföretagare kan välja antalet dagar med karens (27 kap. 29 och 30 §§ SFB). En sjukperiod kan omfatta både tid med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och tid med sjukpenning i förebyggande syfte (27 kap. 26 § SFB).

Om de sju första dagarna av sjukperioden består av båda dessa typer av dagar, så ska dagarna med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom bedömas enligt ordinarie regler, medan det inte blir någon karens för dagarna med sjukpenning i förebyggande syfte. Det innebär att en egenföretagare som exempelvis har sjukpenning i förebyggande syfte i fyra dagar alltså har tre dagar kvar med karenstid under de dagar när hen har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Karensen gäller alltid för egenföretagare som valt mer än sju dagars karens, eftersom de inte omfattas av undantaget enligt 27 kap. 28 § SFB. Läs om sjukperiod i kapitel 8.

Även för försäkrade som har rätt till sjukpenning i förebyggande syfte i särskilda fall gäller att de får ersättning utan avdrag för karens. Det framgår av bestämmelsen i 28 a kap. 17 §.

21.13 Egenföretagare som blir arbetslösa får alltid ett karensavdrag

För egenföretagare som blir arbetslösa ska det göras ett karensavdrag, på samma sätt som för andra arbetslösa:

27 kap. 28 b § SFB

För en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 27 a § och som blir arbetslös, gäller i stället bestämmelserna om karensavdrag i 27 §. Detsamma gäller för en försäkrad som inte längre uppfyller villkoren för karenstid i 29–31 §§ på grund av att han eller hon är arbetslös.

Till en försäkrad som omfattas av första stycket lämnas sjukpenning utan beaktande av bestämmelserna om karens enligt 28 § första stycket.

Denna bestämmelse infördes för att inte arbetslösa ska behandlas olika beroende på om de var anställda eller egenföretagare innan de blev arbetslösa. SGI kan visserligen baseras på inkomst av annat förvärvsarbete för en person som gått från att vara egenföretagare till att vara arbetslös, men personen är inte längre egenföretagare och har ingen anledning att välja längre karenstid (prop. 2012/13:1 s. 37). Se vidare vägledning (2004:5) *Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid* om när en egenföretagare kan anses ha upphört med sin verksamhet.

21.14 Ingen karens vid rehabiliteringspenning

Bestämmelserna om karens i 27 kap. SFB gäller endast för sjukpenning. SFB innehåller inte några bestämmelser om karens för rehabiliteringspenning.

Det innebär att om en sjukperiod börjar med rehabiliteringspenning så kan ersättningen betalas ut från första dagen utan karens. Om den försäkrade behöver avbryta sin rehabilitering och får sjukpenning i direkt anslutning till rehabiliteringspenning ska heller inte något karensavdrag göras. Det följer av att karensavdrag ska göras om sjukperioden inleds med sjukpenning och i en sjukperiod ingår såväl tid med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom som tid med rehabiliteringspenning och tid med sjukpenning i förebyggande syfte (27 kap. 26 § SFB). Sjukperioden har i dessa fall redan startat, och fortsätter att löpa när den försäkrade går över till sjukpenning. Läs om sjukperiod i kapitel 8.

För egenföretagare gäller ovanstående under förutsättning att sjukperioden varat så länge att den försäkrades karensdagar eller karenstid passerat. För egenföretagare kan det hända att en del av karensdagarna eller karenstiden återstår när perioden med rehabiliteringspenning upphör.

21.15 Bestämmelser om återinsjuknande

En försäkrad som har börjat arbeta igen efter en sjukperiod men blir sjuk igen inom en viss tid får inte en ny karens. Detta regleras i 27 kap. 32–33 a §§ SFB.

Det finns bestämmelser om återinsjuknande för såväl karensavdrag som för karensdagar och karenstid.

21.15.1 Återinsjuknanderegel för karensavdrag och karensdagar

Det finns en återinsjuknanderegel för försäkrade som har karensavdrag och/eller karensdagar:

27 kap. 32 § SFB
Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska bestämmelserna i 20–24 och 27–27 a §§ tillämpas som om den senare sjukperioden är en fortsättning på den tidigare sjukperioden.

För den som blir sjuk igen inom fem kalenderdagar från att den tidigare sjukperioden avslutades ska det alltså inte göras något nytt karensavdrag i början av den nya sjukperioden. Om den försäkrade vid tiden för återinsjuknandet inte har fått ett helt karensavdrag ska det däremot göras ytterligare avdrag från sjukpenningen i den nya sjukperioden till dess att ett helt karensavdrag har gjorts (prop. 2017/18:96 s. 37).

För att det ska räknas som ett återinsjuknande krävs att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Det är en konsekvens av begreppet sjukperiod i bestämmelsen. Det betyder att om den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med mindre än en fjärdedel så är det inte ett återinsjuknande enligt SFB, även om hen får sjuklön från sin arbetsgivare. I SjLL kan det nämligen vara återinsjuknande även om den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med mindre en fjärdedel (27 kap. 2 och 26 §§ SFB).

Läs mer
Läs om sjukperiod i kapitel 8 och sjuklön i vägledning (2011:1) *Sjuklöneförmåner*.

Återinsjuknanderegeln i rättspraxis

Rättsfall
En dom från HFD illustrerar skillnaden mellan återinsjuknanderegeln enligt SFB och SjLL. En kvinna blev sjuk den 1 september. Hon fick sjuklön av sin arbetsgivare till och med den 14 september. Därefter fick hon sjukpenning tills hon började arbeta igen den 23 september. Den 27 september blev hon sjuk igen och avbröt sitt arbete när det var tio minuter kvar av arbetsdagen.

Kvinnans arbetsgivare betalade då inte någon sjuklön. Han ansåg att återinsjuknanderegeln enligt SjLL skulle gälla och att kvinnan därmed redan fått den sjuklön hon hade rätt till.

HFD anförde att det nya sjukfallet, enligt regelverket i SjLL, påbörjades inom fem dagar från det att den tidigare sjukperioden avslutades. Enligt SjLL ska då en ny sjuklöneperiod tillsammans med den tidigare sjuklöneperioden omfatta högst 14 dagar. Men eftersom kvinnan hade fått sjuklön under 14 dagar i tidigare sjuklöneperiod blev det inte någon ny sjuklöneperiod. Av 27 kap. 9 § SFB följer då att kvinnan hade rätt till sjukpenning direkt i den nya sjukperioden. Men eftersom hon avbröt sitt arbete först när det bara återstod tio minuter av arbetsdagen, var hennes arbetsförmåga inte nedsatt med minst en fjärdedel den dagen. Då kunde hon inte få sjukpenning. Först dagen därpå, den 28 september, var arbetsförmågan nedsatt med minst en fjärdedel – och då hade det gått sex dagar sedan den tidigare sjukperiodens slut. (RÅ 2005 ref. 52)

Efter att karensavdrag ersatt karensdag, skulle det i ett fall som det här rättsfallet bli aktuellt med ett karensavdrag från och med den 28 september, eftersom det är en ny sjukperiod enligt SFB.

21.15.2 Återinsjuknanderegel för karenstid

Det finns bestämmelser för egenföretagare som återinsjuknar:

27 kap. 33–33 a §§ SFB
33 § Om en sjukperiod börjar inom 20 dagar efter föregående sjukperiods slut ska bestämmelsen i 30 § om karenstid för den som betalar egenavgift tillämpas på så sätt att de båda perioderna ska anses som en sjukperiod.

För den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § gäller dock i stället 32 §.

33 a § För en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 28 b § första stycket gäller 32 §.

Bestämmelserna innebär att

- en egenföretagare som har valt karenstid på 14, 30, 60 eller 90 dagar inte får någon ny karenstid i början av den nya sjukperioden om hen blir sjuk igen inom 20 kalenderdagar från det att den tidigare sjukperioden avslutades
- en egenföretagare som har valt att ha en (1) karensdag inte får en ny karensdag om hen återinsjuknar inom fem dagar
- en egenföretagare som blivit arbetslös inte får en ny karensdag om hen återinsjuknar inom fem dagar.

För egenföretagare som valt en (1) karensdag och för egenföretagare som blivit arbetslösa och därmed får ett karensavdrag gäller alltså samma villkor som för försäkrade med inkomst av anställning enligt 27 kap. 32 § SFB.

21.16 Högriskskydd

Högriskskydd enligt SFB innebär att en försäkrad i vissa fall får ersättning även för karensdagar eller karenstiden utan att Försäkringskassan gör något karensavdrag.

Högriskskydd kan vara aktuellt både för den som är försäkrad för sjukpenning (som är en arbetsbaserad förmån enligt 6 kap. 6 § SFB) och den som är försäkrad för sjukpenning i särskilda fall (som är en bosättningsbaserad förmån enligt 5 kap. 9 § SFB).

Reglerna om högriskskydd enligt SFB finns i 27 kap. 39–44 §§.

Det finns också bestämmelser om högriskskydd i SjLL. Dessa tillämpas i samband med att arbetsgivaren betalar sjuklön. Högriskskydd enligt SjLL förutsätter att personen är försäkrad för sjukpenning enligt 24–28 kap. SFB, det vill säga för arbetsbaserade förmåner (13 § SjLL).

Läs mer
Läs om högriskskydd enligt SjLL i vägledning (2011:1) *Sjuklöneförmåner*.

21.16.1 Allmänt högriskskydd

Allmänt högriskskydd enligt SFB innebär att man gör undantag från reglerna om karens när den försäkrade gått miste om sjukpenning på grund av karens ett visst antal tillfällen per år. Det gäller oavsett orsaken till sjukfrånvaron (prop. 1992/93:31 s. 47 f., prop. 2017/18:96 s. 36 ff.).

Allmänt högriskskydd blir aktuellt för alla försäkrade som kan få sjukpenning från början i sjukfallet. För anställda som får sjuklön blir det däremot inte aktuellt med allmänt högriskskydd eftersom deras sjukperioder ändå inte inleds med sjukpenning.

Det allmänna högriskskyddet gäller utan att man särskilt ansökt om det. Försäkringskassan måste alltså vid varje ny sjukperiod räkna hur många tillfällen den försäkrade gått miste om sjukpenning på grund av karens under de senaste tolv månaderna, för att se om hen ska få sjukpenning utbetald från och med första dagen utan karensavdrag i den nya sjukperioden.

21.16.2 Allmänt högriskskydd för den som har SGI från inkomst av anställning

Det finns en bestämmelse om allmänt högriskskydd för den vars sjukpenning grundar sig på inkomst av anställning:

> **27 kap. 39 § första stycket SFB**
> Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning till följd av bestämmelsen i 27 § vid sammanlagt tio tillfällen under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas utan karensavdrag som avses i 27 § (allmänt högriskskydd). […]

Det innebär att när en försäkrad har gått miste om sjukpenning under tio tillfällen med karensavdrag under en tolvmånadersperiod ska Försäkringskassan betala ut sjukpenning redan från första dagen i en sjukperiod. Det gäller i alla sjukperioder under resten av en tolvmånadersperiod räknat från den första av de tio tillfällena med karensavdrag. Om delar av ett och samma karensavdrag dras under flera dagar, ska inte varje dag räknas för sig. Detsamma gäller vid återinsjuknande, då delar av samma karensavdrag kan komma att dras i två eller flera olika sjukperioder (prop. 2017/18:96 s. 37 f.). Som ett (1) tillfälle räknas också om ett helt karensavdrag inte har kunnat dras, vilket kan bli fallet vid ett kort sjukfall.

Som första dagen i tolvmånadersperioden räknas den första dag som den försäkrade går miste om sjukpenning på grund av karensavdragsregeln. Tolvmånadersperioden beräknas enligt lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid. Det innebär att när tiden ska räknas per månad blir slutdagen den dag vars nummer i månaden är samma som dagen då beräkningen påbörjades. Om det inte finns motsvarande dag i slutmånaden ska månadens sista dag vara slutdag för beräkningen.

21.16.3 Allmänt högriskskydd för den som har SGI från inkomst av annat förvärvsarbete

Det finns också en bestämmelse om allmänt högriskskydd för egenföretagare som inte har valt karenstid:

> **27 kap. 39 § första stycket SFB**
> Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av bestämmelsen i 27 a § under fem sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för dagar som avses i 27 a § från och med den sjukperiod som inträder efter det att den försäkrade gått miste om sjukpenning för sammanlagt minst 21 dagar.

En egenföretagare som har sju karensdagar kan alltså få sjukpenning utan karens när hen gått miste om sjukpenning för karensdagar under fem sjukperioder under den senaste tolvmånadersperioden. Det förutsätter dock att hen gått miste om sjukpenning i sammanlagt minst 21 dagar i de tidigare sjukperioderna. Det förutsätter också att den utbetalda sjukpenningen grundades på inkomst av annat förvärvsarbete. Om den försäkrade tidigare fått sjukpenning baserad på inkomst av anställning så räknas inte de tillfällena med karensavdrag med.

Det finns en regel för egenföretagare som valt karenstid på en (1) dag:

27 kap. 39 § andra stycket SFB

Om den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av bestämmelserna i 27 a § eller 30 § under minst tio sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för den första dagen i en sjukperiod.

Den som har valt en (1) dags karenstid kan alltså få sjukpenning från första dagen i en ny sjukperiod efter att ha gått miste om sjukpenning för karensdagar under tio sjukperioder de senaste tolv månaderna. Men om den försäkrade tidigare fått sjukpenning baserad på inkomst av anställning så räknas inte de tillfällena med karensavdrag med.

För egenföretagare som blivit arbetslösa tillämpas samma regel om allmänt högriskskydd som för egenföretagare som har valt karenstid på en (1) dag:

27 kap. 39 a § SFB

För en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 28 b § första stycket gäller, i fråga om allmänt högriskskydd, 39 § andra stycket.

Egenföretagare som har valt längre karenstid än sju dagar omfattas inte av det allmänna högriskskyddet. Det finns inte någon bestämmelse som gör undantag från karensen för dem.

22 Beräkning av sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall

Det här kapitlet beskriver hur sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall beräknas och med vilka ersättningsnivåer förmånerna lämnas. Kapitlet redovisar även hur sjukpenning i särskilda fall beräknas när den lämnas för samma dag som sjukersättning eller livränta.

22.1 Ersättningsnivåer

Sjukpenning i särskilda fall kan betalas ut på fyra olika nivåer:

28 a kap. 9 § SFB
Sjukpenning i särskilda fall lämnas med högst

- 230 kronor per dag vid hel förmån,
- 173 kronor per dag vid tre fjärdedels förmån,
- 115 kronor per dag vid halv förmån, och
- 58 kronor per dag vid en fjärdedels förmån.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 7 § SFB.

Sjukpenning i särskilda fall betalas ut för varje kalenderdag:

28 a kap. 10 § SFB
Sjukpenning i särskilda fall lämnas för sju dagar per vecka.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 8 § SFB.

Om den försäkrade bara har rätt till sjukpenning i särskilda fall är det i enlighet med dessa ersättningsnivåer som ersättningen betalas ut. Däremot kan det bli aktuellt att beräkna förmånen om den ska betalas ut i kombination med andra ersättningar som sjukpenning, sjukersättning, livränta och sjuklön, se nedan.

22.2 Beräkning av sjukpenning i särskilda fall

Den här bestämmelsen reglerar hur sjukpenning i särskilda fall ska beräknas:

28 a kap. 11 § SFB
Sjukpenning i särskilda fall beräknas, om inte annat följer av 12 eller 13 §, enligt följande:

1. För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst inte kan fastställas, uppgår sjukpenning i särskilda fall per dag för respektive förmånsnivå till de belopp som anges i 9 §.

2. För annan försäkrad än den som avses i 1, motsvarar sjukpenning i särskilda fall per dag för respektive förmånsnivå differensen mellan

- de belopp som anges i 9 § och
- den sjukpenning som lämnas per dag enligt 27 och 28 kap.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 9 § SFB.

Om den försäkrade har så låg inkomst att man inte kan fastställa någon SGI, uppgår alltså sjukpenningen i särskilda fall till de kalenderdagsbelopp som beskrivs i avsnitt 22.1. Annars uppgår sjukpenningen i särskilda fall till mellanskillnaden mellan dessa belopp och den sjukpenning som beräknats utifrån SGI:n. Mellanskillnaden beräknas dag för dag och kan variera, till exempel om den försäkrades arbetsförmåga varierar.

Under de första 14 dagarna i en sjukperiod ska jämförelsen dock göras för hela 14-dagarsperioden och inte för varje enskild dag.

28 a kap. 12 § SFB
Om sjukpenning ska lämnas under de första 14 dagarna i en sjukperiod med stöd av 27 kap. 10 eller 11 §, lämnas sjukpenning i särskilda fall endast till den del denna ersättning, sammanlagt under fjortondagarsperioden, överstiger vad som annars ska lämnas i sjukpenning under samma period.

Sjukpenning i särskilda fall betalas alltså bara ut om den totalt för hela 14-dagarsperioden blir högre än sjukpenningen (prop. 2011/12:1, utgiftsområde 10, s. 69).

Exempel
Juan har varit sjuk tisdag till fredag i en vecka när han skulle ha arbetat sex timmar under onsdag samt fyra timmar under fredagen. Juans arbetstidsberäknade sjukpenning är 100 kronor per timme. Ersättningen beräknas då på följande sätt:

Sjukpenningen blir 600 kronor för onsdagen och 400 kronor för fredagen, sammanlagt 1000 kronor. Sjukpenningen i särskilda fall blir 230 kronor per dag i fyra dagar, sammanlagt 920 kronor. Någon sjukpenning i särskilda fall ska alltså inte betalas ut.

Läs mer om karensavdrag för sjukpenning i särskilda fall i avsnitt 21.11.

22.3 Metodstöd – Beräkning av sjukpenning i särskilda fall när beloppet för annan ersättning är för högt

Om en annan ersättning – till exempel sjukpenning eller sjuklön – medför att den försäkrade inte kan få sjukpenning i särskilda fall utbetald, ska du skicka ett beslut med en motivering och en omprövningshänvisning.

Om den försäkrade gör anspråk på sjukpenning i särskilda fall för ytterligare perioder ska du fortlöpande bedöma om hen har rätt till den ersättningen och ta ställning till om förmånen kan betalas ut för den nya perioden.

Om SGI:n har fastställts till 115 400 kronor eller mer i ett pågående ärende ska du skicka ett beslut om att den försäkrade inte längre har rätt till förmånen sjukpenning i särskilda fall.

22.4 Sjukpenning i särskilda fall och sjukersättning

Om en försäkrad har partiell sjukersättning så kan sjukpenning i särskilda fall betalas ut som en kompletterande förmån:

28 a kap. 13 § SFB
I det fall en försäkrad får sjukersättning lämnas hel sjukpenning i särskilda fall med högst

- 173 kronor per dag när sjukersättning lämnas som en fjärdedels förmån,
- 115 kronor per dag när sjukersättning lämnas som en halv förmån, och
- 58 kronor per dag när sjukersättning lämnas som tre fjärdedels förmån.

När sjukpenning i särskilda fall ska lämnas som partiell förmån, lämnas ersättning med högst tre fjärdedelar, hälften eller en fjärdedel av beloppen i första stycket.

För en försäkrad för vilken en sjukpenninggrundande inkomst kan fastställas, motsvarar sjukpenning i särskilda fall per dag differensen mellan

- de belopp som framgår av första eller andra styckena och
- den sjukpenning som lämnas per dag enligt 27 och 28 kap.

Motsvarande bestämmelse gällande rehabiliteringspenning i särskilda fall finns i 31 a kap. 10 § SFB.

Om den försäkrade får sjukersättning minskas alltså utbetalningen av sjukpenning i särskilda fall i motsvarande mån.

Om den försäkrade utöver sjukpenning i särskilda fall har rätt till både sjukersättning och sjukpenning ska sjukpenning i särskilda fall minskas utifrån båda förmånerna. Först minskas sjukpenningen i särskilda fall utifrån den nivå som sjukersättningen betalas ut. Om den försäkrade till exempel får en fjärdedels sjukersättning kan hen som högst få hel sjukpenning i särskilda fall med 173 kronor per dag. Sedan minskas sjukpenningen i särskilda fall med det belopp som sjukpenningen betalas ut med, se avsnitt 22.3.

22.5 Sjukpenning i särskilda fall och livränta

Det finns en bestämmelse om vad som gäller för sjukpenning i särskilda fall om den försäkrade får livränta enligt 41 eller 43 kap. SFB:

28 a kap. 14 § SFB
I det fall en försäkrad får livränta enligt 41 eller 43 kap., minskas sjukpenning i särskilda fall per dag enligt följande.

När sjukpenning i särskilda fall har beräknats enligt 11 §, ska det framräknade beloppet per dag minskas med ett belopp som motsvarar det livräntebelopp enligt 41 eller 43 kap. som gäller vid tiden för beslutet delat med 365. Livräntebeloppet avrundas till närmaste hela krontal och 50 öre avrundas nedåt.

Det som föreskrivs i första och andra styckena gäller endast om den försäkrade inte får sjukersättning för samma tid som livränta enligt 41 eller 43 kap.

Om en försäkrad får livränta och är berättigad till både sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall ska skillnaden mellan sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall först räknas fram. Därefter minskas sjukpenningen i särskilda fall med hänsyn till livräntan (Prop. 2011/12:1 Utgiftsområde 10, s. 67).

Exempel
Ann Marie har rätt till både hel sjukpenning och hel sjukpenning i särskilda fall. Hennes sjukpenning ska kalenderdagsberäknas och uppgår till 60 kronor per dag. Högsta dagbeloppet för hel sjukpenning i särskilda fall är 230 kronor men för Ann Maries del ska beloppet minskas med hennes sjukpenning, det vill säga med 60 kronor per dag.

Ann Marie får 18 250 kronor per år i livränta, vilket fördelat på 365 dagar blir 50 kronor per dag. Efter att Ann Maries sjukpenning i särskilda fall har minskats med 60 kronor per dag, motsvarande hennes sjukpenning, ska den därför minskas med ytterligare 50 kronor per dag. Sjukpenning i särskilda fall betalas alltså ut med 120 kronor per dag.

22.6 Rehabiliteringspenning i särskilda fall och sjukersättning eller livränta

Om en försäkrad har partiell sjukersättning, kan rehabiliteringspenning i särskilda fall betalas ut som en kompletterande förmån enligt 31 a kap. 10 § SFB.

Om en försäkrad får livränta enligt 41 eller 43 kap. SFB, minskas rehabiliteringspenning i särskilda fall per dag enligt vad som framgår av 31 a kap. 11 § SFB.

23 Samordning av sjukpenning med samtidig lön – minskningsregeln

I vissa fall ska sjukpenningen minskas när den försäkrade får lön av arbetsgivaren under sin sjukdom:

28 kap. 19 § SFB
Om den försäkrade får lön av arbetsgivaren under sjukdom för samma tid som sjukpenningen avser, ska sjukpenningen minskas med det belopp som lönen under sjukdomen överstiger 10 procent av vad den försäkrade skulle ha fått i lön om han eller hon hade arbetat.

Till den del lönen under sjukdom lämnas i förhållande till lön i arbete som för år räknat överstiger den högsta sjukpenninggrundande inkomst som kan beräknas enligt 25 kap. 5 § andra stycket, ska minskning dock endast göras med belopp som överstiger

1. 90 procent av lönen i arbete i fråga om sjukpenning på normalnivån, och

2. 85 procent av lönen i arbete i fråga om sjukpenning på fortsättningsnivån.

Lön från en anställning

Eftersom man i bestämmelsen använder begreppet ”lön” är det endast ersättning från arbetsgivaren i form av pengar som kan beaktas när man tillämpar minskningsregeln. Däremot är det inget krav att lönen behöver ingå i en fastställd SGI. Eventuella andra förmåner i anställningen, exempelvis kost och logi eller tjänstebil, ska alltså inte räknas med. (Prop. 1995/96:209 s. 41)

Minskningsregeln gäller inte egenföretagare eller delägare i handelsbolag och kommanditbolag, eftersom deras intäkter utgör inkomst av näringsverksamhet och inte lön från arbetsgivare. Däremot gäller minskningsregeln aktiebolagsdelägare som arbetar i aktiebolag och får lön, eftersom de betraktas som anställda och lönen som de tar ut räknas som inkomst av anställning.

Ersättning som betalas som förmån av fri gruppförsäkring enligt grunder som fastställs i kollektivavtal likställs med lön i det här sammanhanget (28 kap. 20 § SFB). Däremot anses inte privata sjukförsäkringar eller gruppförsäkringar som inte grundas på kollektivavtal vara lön, och de leder alltså inte till att sjukpenningen minskas.

Samma tid som sjukpenning betalas ut för

Minskningsregeln gäller endast för lön som betalas ut för samma tid som den försäkrade får sjukpenning för. Det innebär att vid deltidssjukpenning kan den försäkrade få lön för utfört deltidsarbete för samma dag hen får sjukpenning, utan att minskningsregeln blir aktuell. Det gäller under förutsättning att lönen från arbetet och sjukpenningen inte betalas för samma tid. Minskningsregeln blir däremot tillämplig om den försäkrade, utöver lönen för deltidsarbetet, får behålla mer än 10 procent av sin lön för samma tid när hen även får sjukpenning.

Eftersom det bara är lön som avser samma tid som sjukpenningen som ska samordnas ska inte tidigare intjänad lön räknas med. Semesterlön, semesterersättning, uppehållslön, ferielön och avgångsvederlag bör inte betraktas som lön i minskningsregelns mening (RAR 2002:5).

23.1 Samordning för inkomster under SGI-taket

Första stycket i 28 kap. 19 § SFB beskriver hur minskningen ska göras när den försäkrades årslön är under SGI-taket.

Om den försäkrades lön under sjukdom är mer än 10 procent av den lön hen får vid arbete, så ska sjukpenningen minskas med det belopp som överstiger de 10 procenten. Beräkningen görs per kalenderdag för kalenderdagsberäknad sjukpenning och per timme eller dag för arbetstidsberäknad sjukpenning (prop. 1990/91:59 s. 28).

Exempel

Christian studerar med studiemedel. Han arbetar vid sidan om sina studier och har en studietids-SGI på 80 000 kronor och en årsarbetstid på 200 timmar. Hel sjukpenning på normalnivå är för Christian 310 kronor per timme (80 000 kronor * 0,97 * 0,80/200 timmar).

När Christian arbetar får han en lön på 400 kronor per timme (80 000 kronor/200 timmar). Efter den lagstadgade sjuklöneperiodens slut får han lön under den fortsatta sjukskrivningstiden med 50 kronor per timme. Den lön under sjukdom som Christian kan få utan att det påverkar sjukpenningbeloppet är 40 kronor per timme (400 kronor per timme * 0,10). Eftersom hans lön per timme överstiger detta belopp med 10 kronor ska hans sjukpenning per timme minskas med 10 kronor. Hans sjukpenning betalas därför ut med 300 kronor per timme.

23.2 Samordning för inkomster över SGI-taket

Andra stycket i 28 kap. 19 § SFB beskriver hur minskning ska ske för den del av den försäkrades årslön som är över SGI-taket. För denna del ska sjukpenning på normalnivå minskas med lön som överstiger 90 procent av lönen i arbete och sjukpenning på fortsättningsnivå med lön som överstiger 85 procent av lönen i arbete.

Beräkningen ska alltså göras på olika sätt för inkomst som ligger under respektive över SGI-taket när man samordnar sjukpenning och samtidig lön. Beräkningen görs per kalenderdag för kalenderdagsberäknad sjukpenning och per arbetstimme eller arbetsdag för arbetstidsberäknad sjukpenning (prop. 1990/91:59 s. 28).

Exempel

Exemplet utgår från ett påhittat SGI-tak och visar de olika stegen i beräkningen. Var uppmärksam på aktuellt SGI-tak vid tidpunkten för beräkning.

Sten har en årsinkomst på 450 000 kronor och SGI-taket är 370 000 kronor. Stens sjukpenning på normalnivå motsvarar den högsta sjukpenning per dag en försäkrad kan få, det vill säga 787 kronor per dag (370 000 kronor * 0,97 * 80 procent/365).

Stens lön per kalenderdag är 1 233 kronor. Arbetsgivaren betalar 500 kronor per kalenderdag i lön under sjukperioden, det vill säga efter att sjuklöneperioden upphört.

Den lön per kalenderdag som motsvarar SGI-taket är 1 014 kronor (=370 000/365). Arbetsgivaren får betala högst 10 procent i lön under sjukdom för

denna del av inkomsten, det vill säga 101 kronor per dag, utan att sjukpenningen minskas.

Den del av Stens årsinkomst som överstiger SGI-taket är 80 000 kronor (450 000 kronor–370 000 kronor). Det motsvarar en lön per kalenderdag på 219 kronor (80 000/365). För den delen av inkomsten får arbetsgivaren betala högst 90 procent i lön under sjukdom, det vill säga 197 kronor per dag, om inte sjukpenningen på normalnivå ska minskas.

Totalt får arbetsgivaren betala 298 kronor (101 för inkomst upp till SGI-taket + 197 för inkomst över SGI-taket) per dag i lön för den tid sjukpenning på normalnivå betalas. Eftersom Sten får lön under sjukdom med 500 kronor är det 202 kronor (500–298) för mycket. Hans sjukpenning på normalnivå på 787 kronor per dag ska därför minskas med 202 kronor, vilket ger en utbetalning på 585 kronor per dag.

23.3 Hur ska beloppet vid samordning med samtidig lön avrundas och när ska avräkning göras?

Det finns en bestämmelse om hur beloppet ska avrundas och när avräkning ska göras när sjukpenning ska samordnas med samtidig lön:

28 kap. 21 § SFB
Det belopp varmed minskning enligt 19 § ska göras, avrundas till närmast lägre hela krontal.

Avräkning ska i första hand göras vid utbetalning av sjukpenning som avser samma tid som den lön under sjukdom som föranlett minskningen. Avräkningen får också göras vid närmast följande utbetalning av sjukpenning.

Av administrativa skäl kan avräkning endast göras senast vid nästa utbetalning av sjukpenning (jfr 1990/91: SfU9). Om det tillfället har passerat kan det i stället bli aktuellt med återbetalning enligt 108 kap. SFB.

24 Sammanträffande med andra förmåner eller a-kassa

Det finns en bestämmelse om samordning för försäkrade som får sjukpenning och andra förmåner för samma tid. Bestämmelsen finns i 107 kap. 2 § SFB:

107 kap. 2 § SFB

Om Försäkringskassan eller Pensionsmyndigheten har betalat ut en ersättning enligt denna balk till en försäkrad och någon av myndigheterna senare beviljar den försäkrade en annan ersättning enligt balken retroaktivt för samma tid som den tidigare utbetalade ersättningen avser gäller följande. Avdrag på den retroaktiva ersättningen ska göras med det belopp som överstiger vad som skulle ha betalats ut för perioden om beslut om båda ersättningarna hade fattats samtidigt.

Det som föreskrivs i första stycket gäller också när den först utbetalda ersättningen är

1. en sådan ersättning enligt någon annan författning som Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten eller en arbetslöshetskassa fattar beslut om, eller

2. omställningsstudiestöd som Centrala studiestödsnämnden fattar beslut om enligt lagen (2022:856) om omställningsstudiestöd.

Bestämmelsen blir aktuell om den försäkrade tidigare har fått en förmån utbetald för samma tid som hen ska beviljas sjukpenning för. Då ska sjukpenningen minskas i den utsträckning som behövs för att den sammanlagda utbetalningen inte ska bli högre än vad den försäkrade skulle ha fått om båda förmånerna hade beslutats vid samma tillfälle.

Läs mer

Läs om hur retroaktiv ersättning ska samordnas i vägledning (2005:1) *Utbetalning av förmåner, bidrag och ersättningar*.

24.1 Vilka förmåner ska samordnas med sjukpenning

Bestämmelsen omfattar samtliga förmåner inom SFB men anger inte specifikt vilka där samordning med sjukpenning blir aktuellt. Det framgår av andra stycket att även ersättning som Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten eller arbetslöshetskassan utbetalar med stöd av annan författning också ska samordnas.

En förutsättning för att minskning av sjukpenning ska bli aktuell är att den tidigare lämnade förmånen antingen inte kan lämnas samtidigt som sjukpenning eller som ska samordnas beloppsmässigt när de lämnas samtidigt. Det framgår av respektive förmån om den inte kan betalas ut samtidigt som sjukpenning eller om de ska samordnas.

Det innebär exempelvis att ersättningen ska samordnas om sjukpenning utbetalas retroaktivt för samma tid som Försäkringskassan beviljat följande förmåner (notera att det inte är en uttömmande lista och samordning kan bli aktuellt även för andra förmåner):

- graviditetspenning (10 kap. 5 § SFB)
- föräldrapenningförmåner (11 kap. 14 § SFB)
- sjukersättning/aktivitetsersättning (27 kap. 34 § SFB & 27 kap. 53 § SFB)
- livränta (27 kap. 53 § SFB samt 28 a kap. 14 § SFB)
- rehabiliteringspenning (31 kap. 12 § SFB)
- smittbärarpenning (46 kap. 18 § SFB)
- närståendepenning (47 kap. 17 § SFB)
- bostadstillägg.

Samordning kan bli aktuellt även när sjukpenning sammanträffar med en ersättning som är beviljad av någon annan än Försäkringskassan (107 kap. 2 § andra stycket SFB):

- arbetslöshetsersättning (a-kassa)
- omställningsstudiestöd.

Regeln ska tillämpas även om den först betalade ut ersättningen var felaktig och ska tillämpas så länge det inte har fattats något beslut om återkrav (FKRS 2021:2).

Om den försäkrade har fått ekonomiskt bistånd från socialnämnden för samma period som hen ska få sjukpenning för, har socialnämnden rätt att begära att ersättningen ska betalas ut till dem i stället för till den försäkrade (107 kap. 5 § SFB). Eventuell samordning enligt 107 kap. 2 § SFB sker före utbetalning till socialnämnden (FKRS 2022:11).

Läs mer
Läs om samordning av retroaktiv ersättning i vägledning (2005:1) *Utbetalning av förmåner, bidrag och ersättningar*.

24.2 Metodstöd – Samordning av förmåner

Om du ska bevilja sjukpenning ska du kontrollera att ingen annan förmån är utbetald för samma tid. Om det redan finns en förmån beviljad för samma tid ska du kontrollera om den ska samordnas med sjukpenning. Det är du som beviljar sjukpenning som i denna situation ansvarar för att samordna ersättningarna. Läs mer i vägledning (2005:01) *Utbetalning av förmåner, bidrag och ersättningar*. Om du ska samordna ersättningen på grund av att det har kommit in uppgifter i ärendet som den försäkrade inte har fått tillfälle att yttra sig över, ska du kommunicera uppgifterna innan du fattar beslut. Läs mer i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken.*

Om sjukpenning sammanträffar med a-kassa

Ersättning från a-kassan och sjukpenning ska samordnas om de betalas ut för samma tid. Det är därför viktigt att du frågar a-kassan om de betalar ut ersättning i de ärenden där det är aktuellt.

Tänk på att det kan gå lång tid från att ärendet startas tills att du fattar ett beslut om rätten till sjukpenning. Det är därför viktigt att du i dessa situationer kontaktar a-kassan på nytt innan du fattar ditt beslut för att säkerställa att ingen ersättning har betalats ut för den aktuella perioden. Genom att du kontaktar a-kassan på nytt innan du fattar beslutet minimerar du risken för att ersättning betalas ut felaktigt eftersom nya omständigheter kan ha inträffat efter den inledande kontakten, exempelvis att den försäkrade har rapporterat till a-kassan.

DEL E – Beslut

25 Beslut

Kapitel 25–29 handlar om beslut i ärenden om sjukpenning, sjukpenning i särskilda fall, rehabilitering, rehabiliteringspenning och rehabiliteringspenning i särskilda fall. I den fortsatta texten i kapitlet kommer begreppet *ersättning* att användas som ett gemensamt begrepp för dessa förmåner (förutom för rehabilitering).

Både socialförsäkringsbalken och förvaltningslagen innehåller regler om beslut. Socialförsäkringsbalken har företräde framför förvaltningslagen (4 § FL). Det betyder att om socialförsäkringsbalken och förvaltningslagen innehåller regler som handlar om samma situation så ska socialförsäkringsbalkens regler tillämpas.

Läs mer
Läs mer om beslut i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

25.1 Slutliga beslut

Om en försäkrad har gjort anspråk på en förmån så måste Försäkringskassan fatta ett slutligt beslut, eller en kombination av flera slutliga beslut, för hela perioden. Ett slutligt beslut innebär att det inte finns något kvar att pröva av det anspråk, eller den del av anspråket, som beslutet gäller. Utgångspunkten är att ett samlat beslut ska fattas för hela perioden, till exempel genom att anspråket beviljas helt, avslås helt eller beviljas delvis och avslås i övriga delar.

Slutliga beslut är att
- bevilja anspråket
- avslå anspråket
- skriva av ärendet
- avvisa ansökan
- rätta eller ändra ett tidigare fattat beslut som är felaktigt
- dra in eller sätta ned en tidigare beviljad ersättning.

Ett interimistiskt beslut är däremot inte ett slutligt beslut, läs mer i kapitel 29. Ett slutligt beslut kan gälla en eller flera anspråksperioder, eller en del av en anspråksperiod (delbeslut). En anspråksperiod kan innehålla ett eller flera läkarintyg. Läs mer om ansökan och anspråk i kapitel 6.

Beslut som gäller samma sakfråga får inte överlappa varandra, det vill säga gälla för samma tidsperiod. Även om den försäkrade har gjort anspråk på en förmån för samma tid som Försäkringskassan redan tagit ställning till, måste Försäkringskassan fatta ett slutligt beslut för det nya anspråket. Det gäller oavsett om anspråken gäller samma eller en annan förmån och oavsett om det första anspråket har beviljats eller inte.

Läs mer
Läs mer om sakfrågan i vägledning (2001:7) *Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut.*

25.1.1 Delbeslut

Den försäkrade har ett intresse av att få sitt anspråk prövat så fort som möjligt och är ofta beroende av ersättning från Försäkringskassan för sin försörjning. Ibland kan det därför vara lämpligt att fatta ett delbeslut. Ett delbeslut är ett slutligt beslut där Försäkringskassan tar ställning till en del av anspråksperioden. Ett delbeslut kan exempelvis fattas när utredningen är tillräcklig för att fatta ett beslut för en del av perioden, men det behövs mer utredning innan ett beslut kan fattas för resten av perioden.

Ett delbeslut kan vara såväl ett beviljande som ett avslag. Det kan också vara en kombination av de båda. Eftersom ett delbeslut är ett slutligt beslut så omfattas det av reglerna om kommunicering av underlag och underrättelse om övervägande till avslagsbeslut. Läs mer om avslagsbeslut i kapitel 27.

25.1.2 Metodstöd – Fatta ett delbeslut

När du fattar ett delbeslut är det viktigt att du tydligt informerar den försäkrade om vilken period beslutet gäller, om att du kommer att fatta beslut för den återstående perioden senare och att det kan innebära att hen inte får någon ersättning för den återstående perioden.

Informationen kan vara antingen skriftlig eller muntlig beroende på omständigheterna i ärendet. Om du i delbeslutet avslår någon del av anspråket så ska du skicka ett skriftligt beslut.

Gör klart din utredning så snabbt som möjligt. När du har ett tillräckligt beslutsunderlag beslutar du om att bevilja eller avslå ersättning för den återstående perioden.

Det är viktigt att du tar ställning till hela anspråket. Om du har prövat en del av anspråket genom att fatta ett delbeslut, så är det viktigt att du följer upp så att ingen del av anspråket förblir oprövad.

26 Bevilja anspråk

Det här kapitlet beskriver hur beslut om att bevilja ett anspråk ska hanteras. Det beskriver också att ett beslut om att bevilja en förmån gäller så länge inte något annat beslutas.

26.1 Beslut om att bevilja ett anspråk

Ett beslut om att fullt ut bevilja ett anspråk behöver inte motiveras (jfr prop. 2016/17:180 s. 321). Men den försäkrade ska underrättas om beslutet, om det inte är uppenbart obehövligt (33 § FL). För att undvika missförstånd bör det tydligt framgå av beslutsbrevet eller beslutsmeddelandet vilken period som beslutet gäller för (JO-beslut dnr 2400–2009). När sjukpenning betalas ut står det i utbetalningsbeskedet vilken period sjukpenningen gäller.

Läs mer
Läs mer om beslut om att bevilja en ansökan, om underrättelse om ett sådant beslut och om dokumentation av beslut i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

26.1.1 Metodstöd – Beslut om att bevilja ett anspråk

Om du beviljar sjukpenning för hela anspråksperioden i den omfattning som den försäkrade ansökt om, dokumenterar du beslutet i journalen. Den försäkrade underrättas om beslutet via Mina sidor eller via utbetalningsbeskedet.

Om du efter beslutet bedömer att det är troligt att den försäkrade kommer att göra anspråk på sjukpenning för ytterligare en period, ska du i god tid genomföra de utredningar som krävs inför nästa bedömningsgrund och klarlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov. Det gäller även om det ännu inte finns något nytt anspråk.

26.2 Ett beslut som gäller ska verkställas

Ett beslut om att bevilja en förmån gäller så länge inte något annat beslutas. Så länge beslutet gäller ska det verkställas – även om den försäkrade inte längre uppfyller förutsättningarna för att ha rätt till förmånen eller om en annan förmån beviljas i stället. Det innebär i praktiken att ersättning kan betalas ut felaktigt och att Försäkringskassan sedan behöver utreda om ersättningen ska krävas tillbaka. För att Försäkringskassan ska kunna fatta ett nytt beslut som innebär att rätten till förmånen upphör eller att beviljad ersättning inte längre ska betalas ut måste det finnas rättsligt stöd för det.

JO har kritiserat Försäkringskassans handläggning i ett ärende om rehabiliterings-ersättning (JO:s dnr 6312–2017). Den försäkrade avbröt sin rehabilitering och Försäkringskassan prövade i stället rätten till sjukpenning. Däremot fattade Försäkringskassan inte något beslut om att rätten till rehabiliteringsersättningen upphörde. JO var mycket kritisk till Försäkringskassans handläggning eftersom den innebar att den försäkrade undanhållits möjligheten till omprövning och domstolsprövning av den rehabiliteringsersättning som hen inte längre bedömdes ha rätt till.

26.3 Sjukpenning i särskilda fall betalas inte ut om den överstiger maxbeloppet för förmånen

En försäkrad kan ha rätt till både sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall. Beloppet för sjukpenning i särskilda fall ska då minskas med beloppet för sjukpenning. Läs mer om det i avsnitt 22.3.

Om minskningen leder till att det inte finns någon sjukpenning i särskilda fall att betala ut ska du skicka ett beslut till den försäkrade där det framgår att hen uppfyller villkoren för att ha rätt till sjukpenning i särskilda fall men att ersättningen inte kan betalas ut eftersom det sammanlagda beloppet inte får överstiga 230 kronor per dag vid hel förmån.

27 Avslå anspråk

Det här kapitlet innehåller regler och metodstöd som blir aktuella när Försäkringskassan helt eller delvis avslår ett anspråk. Det beskriver också vilka åtgärder Försäkringskassan kan behöva vidta innan ett negativt beslut fattas, som underrättelse och kommunicering och att vi ska erbjuda den försäkrade ett möte. Sist i kapitlet finns ett metodstöd för vilka beslut som ska kvalitetssäkras och hur en sådan kvalitetssäkring går till.

27.1 Beslut om att helt eller delvis avslå ett anspråk

Ett beslut om att helt eller delvis avslå ett anspråk ska motiveras (32 § FL).

Det finns regler om kommunicering och underrättelse som handläggaren måste ta ställning till i samband med att ett avslagsbeslut fattas, se avsnitt 27.2.

Läs mer
Läs mer om bland annat motivering och dokumentation av beslut i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

27.1.1 Metodstöd – Besluta att helt eller delvis avslå ett anspråk

Om du inte beviljar sjukpenning för hela den period, hela den omfattning eller den nivå som den försäkrade gjort anspråk på, ska du fatta beslut i ett beslutsbrev som skickas till den försäkrade. Tänk på att den försäkrade ska kommuniceras underlag av betydelse för beslutet och normalt ska underrättas om övervägande till avslagsbeslut samt få tillfälle att lämna synpunkter innan beslutet fattas, se vidare avsnitt 25.2.

Informera i god tid när det finns risk att den försäkrade inte har rätt till sjukpenning

Om du bedömer att det är troligt att den försäkrade kommer vara fortsatt sjukskriven ska du inför exempelvis ny bedömningsgrund planera och informera den försäkrade om förutsättningarna för sjukpenning framåt. Du behöver inte vänta in en ansökan för en period som sträcker sig över den nya bedömningsgrunden innan du påbörjar planering framåt men beslut kan endast fattas när det finns en ansökan för den period som planeringen avser.

Du ska alltid sträva efter att i så god tid som möjligt informera den försäkrade om det finns risk för att hen inte längre kommer ha rätt till sjukpenning. Den försäkrade får då möjlighet att förbereda sig. Det gäller oavsett om hen har gjort anspråk på sjukpenning för en period som sträcker sig över den nya bedömningsgrunden eller inte.

Du kan dock inte fatta något beslut förrän det har kommit in ett anspråk som sträcker sig över den nya bedömningsgrunden. I normalfallet ska information om risken att den försäkrade inte längre har rätt till sjukpenning lämnas skriftligt, men informationen kan lämnas muntligt om det är lämpligare utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet.

Inför ett beslut om avslag för en försäkrad med skyddad anställning hos Samhall

Innan Försäkringskassan beslutar att inte längre betala ut sjukpenning i ett pågående ärende för en försäkrad med skyddad anställning hos Samhall, ska vi föreslå ett

avstämningsmöte. Det är viktigt att den försäkrade förstår syftet med mötet och på vilket sätt mötet är viktigt.

Syftet med mötet är att säkerställa en bra övergång från sjukskrivning till arbete genom att båda parter förstår vilket beslut vi överväger att fatta. På så sätt ökar möjligheten för Samhall att utifrån sitt utökade ansvar som arbetsgivare omhänderta medarbetarens arbetsförmåga. Risken minskar också för att den försäkrade förlorar sitt SGI-skydd. Mötet ska genomföras innan vi har fattat beslutet om avslag.

Läs mer om skyddad anställning hos Samhall i 10.13.1.

27.2 Kommunicering och underrättelse om beslut

Det finns regler om kommunicering och underrättelse i FL (25 och 33 §§ FL) som Försäkringskassan måste ta ställning till i samband med att ett beslut fattas.

Läs mer

Vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken* beskriver utförligt vad som gäller för kommunicering, anstånd och hantering av beslut. Det finns också ett metodstöd för hur kommunicering går till och vad man ska ta hänsyn till i olika situationer.

Riktlinjer (2005:14) *Att skriva kommuniceringsbrev och beslutsbrev i Försäkringskassan* beskriver hur ett brev ska vara utformat för att ha rätt innehåll och vara begripligt.

Här beskrivs de regler och förhållningssätt som gäller specifikt för sjukpenning inför att beslutet fattas.

27.2.1 Informera om det planerade beslutet

110 kap. 13 a § SFB

Ett ärende om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall får inte avgöras till den försäkrades nackdel utan att den försäkrade har underrättats om innehållet i det kommande beslutet och fått tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig över det.

Ett ärende får dock avgöras utan att den försäkrade underrättas om det kommande beslutet om det är uppenbart att han eller hon inte kan komma in med uppgifter som kan påverka avgörandet.

Innan Försäkringskassan fattar ett beslut om att helt eller delvis avslå en ansökan om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall, ska den försäkrade normalt informeras (underrättas) om innehållet i det kommande beslutet och få tillfälle att lämna synpunkter.

Förvaltningslagens bestämmelse om kommunicering reglerar det underlag som den försäkrade har rätt att ta del av före beslut. Bestämmelsen i SFB är mer omfattande och kompletterar förvaltningslagens bestämmelse. Det innebär att även om det inte finns underlag att kommunicera innan beslut fattas kan det ändå vara aktuellt att underrätta den försäkrade om innehållet i det kommande beslutet. Underrättelsen innehåller alltså två delar: dels information om det kommande beslutet, dess innehåll och motivering, dels möjligheten för den försäkrade att lämna synpunkter på detta. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 56)

Genom att den försäkrade informeras och får tillfälle att lämna synpunkter får hen också möjlighet att lämna ytterligare underlag som kan påverka beslutet. Hen får dessutom möjlighet att förbereda sig på ett eventuellt avslagsbeslut och konsekvenserna av ett sådant. Att den försäkrade får en motivering till varför Försäkringskassan överväger att helt eller delvis avslå ansökan är en förutsättning för att hen ska kunna lämna synpunkter på det tänkta beslutet på ett meningsfullt sätt. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 50).

Informationen ska vara tydlig så att den blir begriplig för den försäkrade. Den kan vara antingen muntlig eller skriftlig. När man informerar muntligt är det särskilt viktigt att anteckna i journalen vilken information den försäkrade har fått och vilka eventuella synpunkter som hen har lämnat. Även datumet då hen senast ska lämna svaret ska dokumenteras.

Om vi har informerat den försäkrade om ett planerat avslagsbeslut och hen lämnar in nytt underlag som inte påverkar vår bedömning, så behöver vi i regel inte skicka något särskilt meddelande om att det tidigare planerade beslutet kvarstår. Däremot ska vår bedömning utifrån det nya underlaget tydligt framgå i beslutsbrevet eller beslutsmeddelandet.

Om den försäkrade lämnar in nytt underlag som medför att vi fortfarande överväger att avslå ansökan, men av en annan anledning än tidigare, så ska vi underrätta om det nya planerade beslutet så att hen får möjlighet att lämna in underlag som kan påverka den nya bedömningen.

Tid för att lämna synpunkter

Den tid som den försäkrade får på sig att lämna synpunkter bör vara tillräckligt lång för att hen ska hinna lämna kompletterande uppgifter. Den tiden bör normalt vara fjorton dagar, räknat från när hen fick ta del av informationen. Det ger den försäkrade rimliga förutsättningar att ta hinna del av innehållet och vid behov konsultera sin läkare eller någon annan. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 50 och 56) Den försäkrade har även möjlighet att begära förlängd tid för att lämna synpunkter (anstånd). Om det finns skäl för det kan Försäkringskassan bevilja ett anstånd med att lämna synpunkter. Mer information om anstånd finns i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

När det är uppenbart att den försäkrade inte kan lämna uppgifter som påverkar beslutet – andra stycket

Undantag från bestämmelsen bör göras när det tänkta beslutet inte innehåller något bedömningsutrymme. En sådan situation är till exempel om den försäkrade har fått sjukpenning i 180 dagar för tid efter den första månaden när hen fyllt 71 år och därför inte kan beviljas sjukpenning (prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 50 och 56). Då är det uppenbart att den försäkrade inte kan påverka beslutet, men det är ändå lämpligt att muntligt informera den försäkrade om beslutet för att ge hen möjlighet att förbereda sig.

27.2.2 Metodstöd – Kommunicera och informera om det planerade beslutet

Den försäkrade ska normalt informeras och få tillfälle att lämna synpunkter innan du fattar ett beslut om att helt eller delvis avslå ett anspråk på sjukpenning. Om du även behöver kommunicera den försäkrade underlag så gör du det samtidigt.

Om en försäkrad har ansökt om både sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall, kan det vara lämpligt att informera i båda ärenden samtidigt. Det måste i så fall framgå tydligt att det gäller båda förmånerna.

Om du överväger att inte bevilja sjukpenning ska du ta kontakt med den försäkrade, via telefon eller genom att kalla till ett personligt möte, innan du skickar information om det planerade beslutet. Tänk på att inte lämna uppgifter som kan omfattas av sekretess på den försäkrades telefonsvarare (JO:s dnr 6471–2011). Ta ställning till om du vid samtalet ska informera den försäkrade om till exempel sjukpenning i förebyggande syfte eller arbetshjälpmedel. Läs mer om sjukpenning i förebyggande syfte i kapitel 4 och om arbetshjälpmedel på Försäkringskassans intranät.

Informations- och kommuniceringsbrevets innehåll

Läs mer

Vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken* beskriver vad ett kommuniceringsbrev ska innehålla.

Riktlinjer (2005:14*) Att skriva kommuniceringsbrev och beslut i Försäkringskassan* beskriver hur ett kommuniceringsbrev ska vara utformat för att ha rätt innehåll och vara begripligt.

Ett informationsbrev ska vara utformat på samma sätt som ett kommuniceringsbrev enligt Försäkringskassans riktlinjer (2005:14*) Att skriva kommuniceringsbrev och beslut i Försäkringskassan*.

Utöver vad som står där, ska ett informations- eller kommuniceringsbrev för sjukpenning även innehålla följande:

- en förteckning över de eventuella bilagor som du skickar med, till exempel ett skriftligt yttrande från den försäkringsmedicinska rådgivaren
- information om tid och plats för omställningsmöte eller ett erbjudande om omställningsmöte om den försäkrade tidigare tackat nej till erbjudandet (gäller inte nya sjukperioder se vidare avsnitt 27.3)
- information om hur den försäkrade skyddar sin SGI.

Om den försäkrade vill ha längre kommuniceringstid (anstånd)

Den försäkrade kan begära längre tid för att lämna synpunkter på ett planerat beslut och det underlag som ligger till grund för det. Du som handläggare avgör om det ska beviljas.

Läs om anstånd i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

27.2.3 Metodstöd – Då ska slutligt beslut fattas

Ett beslut i ärendet ska som tidigast fattas när fyra arbetsdagar har passerat efter att tiden som den försäkrade fått på sig att yttra sig över ett övervägande till avslagsbeslut har löpt ut. De fyra extradagarna är till för att du ska kunna vara säker på att eventuella synpunkter från den försäkrade hinner komma in innan du fattar beslutet.

Tänk på att skanningstiden ibland kan vara längre än fyra arbetsdagar, och att du alltid behöver vänta in den. Information om hur långt man kommit med skanningen av handlingar finns på Fia under fliken Stöd i arbetet/Information och dokumentation/Skanning och detektion. Läs mer i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Exempel
Ett kommuniceringsbrev skickas till den försäkrade den 7 maj, med en postgång på två dagar så får hen brevet senast den 9 maj. Kommuniceringstiden startar den 9 maj och är 14 kalenderdagar. Sista dag för svar på kommunicering kan inte vara en lördag eller en söndag. I stället tas nästkommande vardag som sista dag, vilket är måndag den 23 maj. Efter den 23 maj räknas en schablon på fyra arbetsdagar (tisdag till fredag) innan beslut fattas för att säkra att eventuella synpunkter från den försäkrade hinner komma in. Beslutet skickas måndag den 30 maj.

27.3 Metodstöd – Kontakt- och omställningsmöte

Alla som riskerar att inte längre ha rätt till sjukpenning ska erbjudas ett kontaktmöte eller ett omställningsmöte med Arbetsförmedlingen. Båda mötesformerna genomförs på samma sätt, men vid olika tidpunkter. Syftet med mötena är att

- den försäkrade ska få stöd i övergången från sjukförsäkringen till arbetslivet
- den försäkrade ska få information om vilken service och vilka tjänster Arbetsförmedlingen kan erbjuda
- försäkrade som väljer att bli arbetssökande ska få stöd att skriva in sig på Arbetsförmedlingen och få en första planering.

Kontaktmöte
Kontaktmöte erbjuds vid dag 91 i rehabiliteringskedjan om du som handläggare bedömer att

- det finns risk att den försäkrade inte kommer att kunna återgå i arbete hos sin arbetsgivare före dag 181 i rehabiliteringskedjan
- den försäkrade troligen inte kommer att ha rätt till sjukpenning därefter.

Syftet med mötet är att ge den försäkrade möjlighet att söka ett annat arbete med bibehållen sjukpenning fram till dag 180. Att den försäkrade har kontakt med Arbetsförmedlingen för att söka annat arbete innebär ingen förändring i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Kontaktmötet kan inte ersättas med information på fk.se eftersom mötet behövs för att säkerställa att den försäkrade får rätt information och handläggning på Arbetsförmedlingen i just denna situation.

Det finns en särskild ledighetslag för denna situation som beskriver att om den försäkrade får ett nytt arbete och ingår anställningsavtal mellan dag 91 och 180, har hen rätt till tjänstledighet från sin anställning för att prova det arbetet (lag [2008:565] om rätt till ledighet för att på grund av sjukdom prova annat arbete).

Omställningsmöte
Omställningsmöte är till för att försäkrade som underrättas om kommande avslagsbeslut, det vill säga de som får information om att de inte längre kommer ha rätt till sjukpenning, ska få information som de behöver för att omställningen till arbetslivet ska bli så smidig som möjligt. Mötet ska också bidra till att de inte förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst i övergången. Vid mötet ska den som väljer att bli arbetssökande få stöd att skriva in sig på Arbetsförmedlingen och få en första planering. Mötet ska genomföras innan beslut om rätt till sjukpenning fattas.

Att mötet genomförs innan beslutet fattats och att den försäkrade på mötet ges möjlighet att skriva in sig på Arbetsförmedlingen innebär att du som handläggare behöver vara tydlig i din dialog med den försäkrade. Ärendet ska vara färdigutrett och i samtalet med den försäkrade ska det framgå vilket beslut du har för avsikt att fatta. Du ska erbjuda ett omställningsmöte på sådant sätt att den försäkrade förstår att mötet är viktigt för att hen ska få den information och det stöd hen behöver för att komma vidare mot arbetslivet. Samtidigt behöver du förmedla att du inte har fattat ett slutligt beslut och kommer att ta hänsyn till eventuella synpunkter och underlag som kommer in under kommuniceringstiden.

Före, under och efter kontaktmöte eller omställningsmöte

Mötet kan genomföras digitalt eller fysiskt, beroende på den försäkrades behov. Innehållet i mötet är detsamma oavsett om det genomförs digitalt eller fysiskt. Om den försäkrade bedöms vara i behov av ett fysiskt möte så sker det i Arbetsförmedlingens lokaler eller på Statens servicecenter. Detta för att det ska vara tekniskt möjligt för Arbetsförmedlingen att hjälpa den försäkrade att skriva in sig på Arbetsförmedlingen.

Erbjud och förbered mötet

I samband med att du bedömer att det är aktuellt med kontakt- eller omställningsmöte ska du som handläggare prata med den försäkrade och förklara din bedömning. Vid samtalet ska du erbjuda ett möte med Arbetsförmedlingen, berätta om vad mötet kan innehålla och vad som kan bli nästa steg. Du ska också hänvisa till information på båda myndigheternas hemsidor.

Du behöver förbereda dig och den försäkrade inför mötet för att det ska anpassas efter den försäkrades behov. Ofta har du redan tillgång till den information som du behöver om den försäkrades behov av stöd i övergången till Arbetsförmedlingen. Om någon uppgift saknas behöver du hämta in den.

Individer har olika förutsättningar att kunna ta tillvara sina intressen och kan även ha svårt att göra val utifrån ett brett informationsflöde. Därför behöver du säkerställa att den försäkrade förstått erbjudandet om möte och vad det innebär. Vid behov ställer du individanpassade frågor och följdfrågor. Du kan behöva ge informationen flera gånger.

Nedan finns exempel på uppgifter som du kan behöva ha om den försäkrade för att tillsammans med Arbetsförmedlingen ge hen ett bra stöd i övergången. Alla uppgifter är inte aktuella för alla individer och du behöver göra en bedömning av vilka som behövs i det enskilda ärendet. Andra uppgifter kan vara bra att informera Arbetsförmedlingen om. På mötet är det bra om den försäkrade själv berättar om sin situation för Arbetsförmedlingen.

Behov av stöd i vardagen

- Har den försäkrade ombud/ställföreträdare eller god man?
- Uttrycker den försäkrade att hen behöver stöd i vardagen som exempelvis boendestöd eller att någon närstående deltar på möten?
- Behöver försäkrade tolk eller språkstöd?

Anställningsförhållanden

- Har den försäkrade en anställning och är anställningen med lönestöd?
- Hur ser kontakten med arbetsgivaren ut?

Medicinska förutsättningar

- Har den försäkrade begränsningar utifrån sjukdom eller funktionsnedsättning utöver vad som beskrivs i det medicinska underlaget?

Kontakt- eller omställningsmötet bokas enligt lokalt fastställda rutiner. Inför mötet ska du be den försäkrade läsa informationen på myndigheternas hemsidor som en förberedelse. Även den som tackar nej till ett möte hänvisas till hemsidorna, och kan alltid ändra sig och få ett möte.

Om en individ tackat nej till möte men senare hör av sig och vill ha möte, ska det genomföras så snart som möjligt. Fråga den försäkrade om hen har skrivit in sig på Arbetsförmedlingen och haft ett första planeringssamtal med arbetsförmedlare. Om hen redan haft ett planeringssamtal så tillför inte omställningsmöte något ytterligare för den försäkrade.

I samtal inför mötet ska du informera om att

- mötet kommer att vara framåtblickande och att Försäkringskassans bedömning inte kommer att diskuteras
- muntligt samtycke krävs för att kunna delge sekretessbelagda uppgifter vid mötet. Läs mer om samtycke i avsnitt 2.4.
- det kan finnas möjlighet till tjänstledighet och vid behov uppmana den försäkrade att kontakta sin arbetsgivare
- den försäkrade kommer att erbjudas stöd att skriva in sig som arbetssökande vid mötet
- Försäkringskassan kommer att lämna mötet när inskrivningen påbörjas
- det finns mer information på Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens hemsidor.

Inför omställningsmöte ska du även informera om

- att det slutliga beslutet ännu inte är fattat och vad det innebär
- hur man kan skydda sin SGI och att den försäkrades val att söka arbete aktivt eller inte kan påverka rätten till SGI i framtiden
- vilken dag som är den sista dagen med sjukpenning
- att den försäkrade vid behov ska kontakta sin a-kassa.

All information är inte aktuell för alla individer, utan du måste själv bedöma vilken information som behöver lämnas i det enskilda ärendet.

Vid mötet

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har ett gemensamt ansvar för att den försäkrade under mötet får den information som hen behöver för att göra ett aktivt val om hen vill bli arbetssökande. Flera aktörer kan behöva delta i mötet.

Nedanstående punkter visar hur mötet kan genomföras. Tänk på att det är viktigt att involvera den försäkrade under mötet – det är den försäkrades behov och förutsättningar som är det väsentliga. Anpassa mötets innehåll och frågor utifrån den försäkrade.

Försäkringskassan

- Inleder och berättar om varför vi har ett möte tillsammans.
- Informerar om samtycke finns, eller inte.
- Ber den försäkrade berätta om sin situation och vad hen vill veta.

Arbetsförmedlingen ska informera om

- den service och de tjänster som de kan erbjuda
- vad den försäkrade själv kan göra för att underlätta omställningen till arbetslivet
- arbetsmarknaden och olika sätt att söka arbete
- Arbetsförmedlingens service och tjänster, myndighetens webbplats och digitala aktiviteter
- Arbetsförmedlingens matchningsarbete och stöd som kan erbjudas i arbetssökandet
- den arbetsmarknadspolitiska bedömningen som utgår från den försäkrades förutsättningar och hur arbetsmarknaden ser ut
- Arbetsförmedlingens möjligheter att stötta den försäkrade vid byte av yrkesinriktning och att förutsättningar för arbete vid behov kan behöva klargöras
- allmänna villkor för ersättning från arbetslöshetsförsäkringen och möjligheten till ersättning vid tjänstledighet på grund av hälsoskäl
- vad det innebär att vara aktivt arbetssökande.

Försäkringskassan ska informera om

- att slutligt beslut inte är fattat och, förutsatt att beslut fattas, vilken dag som blir den sista dagen med ersättning (gäller omställningsmöte)
- när dag 180 infaller (gäller kontaktmöte).

Särskilt om den eller de yrkesgrupper som den försäkrade bedöms kunna arbeta i med sina medicinska nedsättningar

- Försäkringskassan informerar om att den eller de yrkesgrupper som anges är exempel på vad den försäkrade bedömts kunna arbeta i trots sina medicinska nedsättningar. Försäkringskassan får vid bedömningen av arbetsförmågan inte ta hänsyn till andra faktorer än de medicinska, det vill säga inte ta hänsyn till utbildning och erfarenhet och så vidare.
- Arbetsförmedlingen informerar om att man tillsammans med den försäkrade kommer att titta vidare på de yrkesgrupper som hen bedöms kunna arbeta i med sina medicinska nedsättningar, men då utifrån övriga förutsättningar som krav på utbildning och erfarenhet och så vidare.

Sammanfatta och avsluta mötet

Myndigheterna sammanfattar tillsammans informationen och säkerställer att den försäkrade har förstått. Öppna upp för frågor om den försäkrade undrar något eller vill tillföra något ytterligare.

Säkerställ så långt det är möjligt att den försäkrade har uppfattat det val som hen står inför. Valet står mellan att skriva in sig som aktivt arbetssökande eller att inte göra det. Om den försäkrade väljer att skriva in sig som aktivt arbetssökande, följ nästa rubrik för att erbjuda hen stöd att skriva in sig i anslutning till mötet.

Om den försäkrade väljer att *inte* skriva in sig som aktivt arbetssökande:

- Arbetsförmedlingen informerar om hur hen kan skriva in sig digitalt vid ett senare tillfälle och hänvisar till Arbetsförmedlingens hemsida.
- Försäkringskassan informerar om att valet att inte bli arbetssökande kan påverka till exempel sjukpenninggrundande inkomst samt arbetslöshetsersättning och andra ersättningar.

Efter mötet

Om den försäkrade väljer att bli arbetssökande kan du lämna mötet.

27.4 Metodstöd – En begäran om omprövning krävs för varje avslagsbeslut

Om en försäkrad som har fått ett beslut om att hen inte har rätt till sjukpenning fortsätter att komma in med läkarintyg, och du beslutar att avslå rätten till sjukpenning för ytterligare perioder, så räcker det inte att den försäkrade begär omprövning av det första beslutet för att hen ska få omprövat besluten för efterföljande perioder. Om den försäkrade är missnöjd även med de andra besluten så måste hen begära omprövning på varje sådant avslagsbeslut.

27.5 Metodstöd – Kvalitetssäkring

Det här avsnittet handlar om kvalitetssäkring och beskriver vilka ärenden som ska kvalitetssäkras och vad som ska kvalitetssäkras.

Eftersom detta avsnitt handlar om vad två olika personer ska göra skriver vi här *handläggare* och *kvalitetssäkrare* i stället för *du*.

Syftet med kvalitetssäkring

Försäkringskassan har bestämt att vissa ärenden om sjukpenning ska kvalitetssäkras innan beslut fattas. Syftet med kvalitetssäkringen är att säkerställa att det beslut som handläggaren överväger att fatta grundas på tillräckligt beslutsunderlag och korrekt tillämpning.

Vilka ärenden ska kvalitetssäkras?

Det är framför allt överväganden till beslut där det finns ett stort bedömningsutrymme som ska kvalitetssäkras. Det innebär att ett ärende normalt ska kvalitetssäkras

- när handläggaren överväger att inte bevilja sjukpenning på den ersättningsnivå, förmånsnivå eller för den tid som en person ansöker om, därför att handläggaren bedömer att arbetsförmågan inte är nedsatt på grund av sjukdom i tillräcklig omfattning eller uppfyller kriterierna för allvarlig sjukdom
- innan handläggaren beviljar någon fler dagar med sjukpenning på normalnivå.

Kvalitetssäkringen ska göras innan handläggaren fattar beslut. I ärenden där handläggaren överväger att inte bevilja sjukpenning ska kvalitetssäkringen göras innan handläggaren underrättar eller kommunicerar den försäkrade om sitt övervägande.

Vilka ärenden ska inte kvalitetssäkras?

När det inte finns ett stort bedömningsutrymme i ett övervägande till beslut så behöver det normalt inte kvalitetssäkras. Det gäller till exempel:

- om den försäkrade har ansökt om fler dagar med sjukpenning på normalnivå och det är uppenbart att det inte är fråga om en allvarlig sjukdom
- om den försäkrade inte har rätt till sjukpenning i särskilda fall på grund av att hen inte tillhör målgruppen.

Det finns även andra situationer när ett ärende normalt inte behöver kvalitetssäkras. Det gäller till exempel om den försäkrade redan har beviljats fler dagar med sjukpenning på normalnivå och omständigheterna i ärendet är oförändrade.

Ett ärende behöver inte heller kvalitetssäkras om handläggaren redan har beslutat att den försäkrade inte har rätt till sjukpenning för att arbetsförmågan inte är nedsatt och hen fortsätter ansöka om sjukpenning för perioder som löper i en följd men omständigheterna är oförändrade.

Ytterligare kvalitetssäkring

Ibland kan ytterligare kvalitetssäkring behöva göras innan handläggaren fattar beslut. Det kan bli aktuellt

- om det kommer in nya uppgifter under underrättelse- eller kommuniceringstiden
- om handläggaren efter den första kvalitetssäkringen behöver komplettera ärendet innan beslut kan fattas
- om handläggaren efter den första kvalitetssäkringen ändrar sitt övervägande till beslut från bifall till avslag och beslutet gäller fler dagar med sjukpenning på normalnivå.

När det kommer in uppgifter under underrättelse- eller kommuniceringstiden är det aktuellt med ytterligare kvalitetssäkring om nya omständigheter framkommer. Det gäller både om handläggaren överväger att fatta ett beslut och om hen bedömer att det behövs ytterligare underrättelse eller kommunicering. Däremot behöver ärendet normalt inte kvalitetssäkras igen efter mindre kompletteringar. En sådan situation kan exempelvis vara om handläggaren kompletterat uppgifter om arbetstidens förläggning eller gjort mindre ändringar i underrättelse- eller kommuniceringsbrevet.

Inför kvalitetssäkring

Innan handläggaren lämnar ärendet för kvalitetssäkring ska hen dokumentera sitt *övervägande till beslut* i journal.

Det är viktigt att det tydligt framgår av journalanteckningen att det handlar om ett övervägande till beslut som lämnas för kvalitetssäkring. Anteckningen ska inte kunna uppfattas som ett beslut.

Handläggaren dokumenterar i journalen att ärendet lämnas för kvalitetssäkring. Om den försäkrade ska underrättas eller kommuniceras innan beslut, kontrollerar handläggaren att underrättelse- eller kommuniceringsbrevet innehåller alla uppgifter som behövs.

Handläggaren säkerställer också att det framgår vilket underlag som hen grundar sin bedömning på. Om handläggaren överväger att helt eller delvis avslå anspråket behöver alla underlag som tillhör ärendet (inklusive ansökan) och som ligger till grund för beslutet ha kopierats över till det aktuella ärendet.

Läs mer om vad ett kommunicerings- och underrättelsebrev ska innehålla i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken* och riktlinjer (2005:14) *Att skriva kommuniceringsbrev och beslut i Försäkringskassan.*

Vad ska kvalitetssäkras?

Det är handläggarens övervägande till beslut som ska kvalitetssäkras. Vid övervägande om att helt eller delvis avslå en ansökan om sjukpenning behöver dessutom underrättelse- eller kommuniceringsbrevet kvalitetssäkras. Den som kvalitetssäkrar ärendet ska *alltid* säkerställa att det beslut som handläggaren överväger att fatta grundas på

- tillräckligt beslutsunderlag
- korrekt tillämpning av bestämmelserna.

Tillräckligt beslutsunderlag

För det första ska kvalitetssäkraren säkerställa att handläggaren har fullgjort sitt utredningsansvar och att underlaget är tillräckligt utifrån det beslut som hen överväger att fatta.

Korrekt tillämpning

För det andra ska kvalitetssäkraren säkerställa att det föreslagna beslutet grundas på en korrekt tillämpning och följer Försäkringskassans interna styr- och stöddokument.

Med korrekt tillämpning menas att handläggaren följer lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter och även tar hänsyn till rättspraxis. Det föreslagna beslutet ska också följa Försäkringskassans föreskrifter, allmänna råd och rättsliga ställningstaganden.

I begreppet korrekt tillämpning ingår även hanteringen av det bedömningsutrymme som följer med bestämmelserna. Bedömningar av om arbetsförmågan är nedsatt är exempel på när lagstiftningen lämnar ett större utrymme för bedömning i det enskilda fallet. Det innebär att kvalitetssäkraren alltså ska ta ställning till om handläggaren har gjort en korrekt bedömning av rätten till sjukpenning.

Läs mer

Läs mer om Försäkringskassans utredningsansvar, bedömningsutrymme samt styrande och stödjande dokument i vägledningen (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Att säkerställa att övervägandet grundas på tillräckligt beslutsunderlag och en korrekt tillämpning ingår alltid i en kvalitetssäkring, oavsett vilket beslut handläggaren överväger att fatta. För vissa överväganden ska ytterligare delar kvalitetssäkras. I tabellen nedan beskrivs vad som ska kvalitetssäkras för respektive typ av övervägande till beslut.

Vid övervägande om att …	så ska den som kvalitetssäkrar ärendet säkerställa att …
bevilja fler dagar med sjukpenning på normalnivå	beslutsunderlaget är tillräckligt för det beslut som handläggaren överväger att fatta
	det föreslagna beslutet grundas på en korrekt tillämpning.
inte bevilja sjukpenning	beslutsunderlaget är tillräckligt för det beslut som handläggaren överväger att fatta
	det föreslagna beslutet grundas på en korrekt tillämpning.
	att underrättelse-, kommunicerings- eller beslutsbrevet innehåller nödvändiga uppgifter
	språket brevet är begripligt och följer riktlinjerna 2005:14 Att skriva kommuniceringsbrev och beslutsbrev i Försäkringskassan
	det finns en tydlig och begriplig motivering som följer riktlinjerna 2005:14 Att skriva kommuniceringsbrev och beslutsbrev i Försäkringskassan
	alla underlag som tillhör ärendet (inklusive ansökan) och som ligger till grund för beslutet har kopierats över till det aktuella ärendet.

Efter kvalitetssäkring

Om den som kvalitetssäkrar ärendet inte har synpunkter

Om den som kvalitetssäkrar anser att ärendets innehåll uppfyller kraven och inte har något att invända mot handläggarens övervägande till beslut, dokumenterar hen i

journalen att ärendet är kvalitetssäkrat och att det lämnas tillbaka till handläggaren för underrättelse, kommunicering eller beslut.

Om den som kvalitetssäkrar ärendet har synpunkter

Om den som kvalitetssäkrar ärendet anser att det behöver kompletteras eller invänder mot handläggarens övervägande till beslut, så återkopplar hen det till handläggaren. Kvalitetssäkraren dokumenterar i journalen att ärendet har kvalitetssäkrats och lämnas åter för komplettering eller ny genomgång av ärendet.

Efter återkopplingen tar handläggaren ställning till nästa steg i handläggningen. Hen avgör då om det är aktuellt att ändra sitt övervägande till beslut. Om handläggaren instämmer i den bedömning som kvalitetssäkraren har gjort, är det viktigt att hen dokumenterar det i ärendets journal. Det innebär att handläggaren beskriver vilka omständigheter i ärendet som gör att hen ändrar sitt övervägande. Om det gäller komplettering, beskriver handläggaren vad som ska kompletteras och varför. Efter kompletteringen tar handläggaren sedan ställning till om ärendet behöver kvalitetssäkras igen innan underrättelse- eller kommuniceringsbrev skickas eller beslutet fattas.

Handläggaren är ansvarig för beslutet. Om handläggaren inte instämmer i den bedömning som kvalitetssäkraren gör är det viktigt att handläggaren återkopplar det till kvalitetssäkraren. Om handläggaren står fast vid sitt övervägande eller bedömer att det inte behövs någon komplettering, dokumenterar hen ställningstagandet och motivering till det i journalen innan beslut fattas i ärendet.

28 Övriga beslut

I det här kapitlet beskrivs hur beslut om avvisning, avskrivning, rättelse eller ändring av tidigare fattade beslut samt indragning eller nedsättning av tidigare beviljad ersättning ska hanteras. Kapitlet berör även skyldigheten att underrätta om väsentlig försening samt när den försäkrade kan begära ett avgörande från Försäkringskassan.

28.1 Avvisning

Det finns situationer när Försäkringskassan ska avvisa en ansökan. Det gäller exempelvis när

- ansökan är ofullständig
- ansökan har stora formella brister
- sakfrågan har prövats tidigare
- sakfrågan är under prövning i domstol.

Ett avvisningsbeslut avslutar ärendet utan att Försäkringskassan har tagit ställning till om den försäkrade har rätt till förmånen.

Läs mer

Läs mer om avvisning i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Läs mer om när sakfrågan redan har prövats eller är under prövning i domstol i vägledning (2001:7) *Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut.*

28.2 Avskrivning

Det finns situationer när Försäkringskassan ska skriva av ett ärende. Det är till exempel om en försäkrad återkallar sin ansökan. Försäkringskassan får dock aldrig uppmana någon att återta sin ansökan (jfr JO-beslut 3163–2002).

Ett beslut om att skriva av ärendet innebär att Försäkringskassan avslutar ärendet utan att ha tagit ställning till om den försäkrade har rätt till förmånen.

Läs mer

Läs mer om hur ett ärende skrivs av samt om avskrivning i andra situationer än vid återkallad ansökan i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

28.3 Rättelse eller ändring av tidigare fattat slutligt beslut

Försäkringskassan behöver ibland rätta eller ändra ett tidigare fattat slutligt beslut om en förmån enligt SFB. För att vi ska kunna göra det måste villkoren i den här bestämmelsen vara uppfyllda:

113 kap. 3 § SFB
Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten ska ändra ett beslut som har fattats av respektive myndighet och som inte har prövats av domstol, om beslutet

1. på grund av skrivfel, räknefel eller annat sådant förbiseende innehåller uppenbar oriktighet,

2. har blivit oriktigt på grund av att det har fattats på uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag, eller

3. har blivit oriktigt på grund av uppenbart felaktig rättstillämpning eller annan liknande orsak.

Beslutet ska ändras även om omprövning inte har begärts. Ändring behöver dock inte göras om oriktigheten är av ringa betydelse.

I 113 kap. 5 § ställs särskilda villkor upp för att ändra ett beslut till nackdel för den försäkrade.

Ett beslut om rättelse eller ändring är också ett slutligt beslut. Av beslutet måste följande framgå:

- att beslutet innebär en rättelse eller en ändring av ett tidigare beslut
- på vilket sätt beslutet rättas eller ändras
- varför beslutet rättas eller ändras
- vilka bestämmelser som rättelsen eller ändringen grundas på. Det ska inte bara vara bestämmelser som gäller rätten till en ersättning, utan även de bestämmelser utifrån vilka rättelsen eller ändringen görs.

Ett beslut enligt 113 kap. 3 § SFB innebär att själva rätten till ersättning har ändrats. Det är alltså inte fråga om ett beslut att dra in, sätta ner eller hålla inne en beviljad ersättning. Om det är aktuellt att dra in, sätta ner eller hålla inne ersättningen innan det är möjligt att besluta i ärendet kan man fatta ett interimistiskt beslut med stöd av 112 kap. 3 § SFB. Läs om interimistiska beslut i kapitel 29.

Ett ändringsbeslut med stöd av 113 kap. 3 § SFB kan gälla både dagar framåt i tiden och tid som har passerat. Däremot får ett beslut inte ändras till den försäkrades nackdel efter att förmånen förfallit till betalning, det framgår av 113 kap. 5 § SFB. Detta gäller alla dagersättningar. Ett beslut om dagersättning som gäller förfluten tid förfaller till betalning när beslutet meddelas. Detta framgår av HFD 2023 Not 53 och RÅ 2004 ref. 47. Om vi upptäcker att ersättningen är felaktigt utbetald ska vi i stället starta en återkravsutredning.

Läs mer
Läs mer om rättelse och ändring av beslut i vägledning (2018:1) *Rättelse och ändring av beslut enligt socialförsäkringsbalken och förvaltningslagen*.

28.4 Indragning eller nedsättning av tidigare beviljad ersättning

Det finns ett antal situationer när Försäkringskassan kan besluta om att dra in eller sätta ned (minska) en tidigare beviljad ersättning enligt sanktionsbestämmelserna i 110 kap. 52–58 §§ SFB. Vissa av bestämmelserna gäller samtliga ersättningar enligt socialförsäkringsbalken, medan andra endast gäller en eller några typer av ersättning.

Ett beslut enligt sanktionsbestämmelserna i 110 kap. SFB innebär inte att Försäkringskassan tar ställning till om den försäkrade uppfyller förutsättningarna för att ha rätt till förmånen enligt förmånsbestämmelserna. För att sanktionsbestämmelserna ska bli aktuella måste Försäkringskassan redan ha bedömt att den försäkrade uppfyller förutsättningarna för att ha rätt till förmånen och därför beviljat ersättningen. Ett beslut enligt sanktionsbestämmelserna innebär i stället att Försäkringskassan drar in eller sätter ned en tidigare beviljad ersättning på grund av den försäkrades eget agerande. Ett beslut som gäller rätten till en förmån (till exempel ett beslut där sjukpenning beviljas) och ett sanktionsbeslut (till exempel indragning av redan beviljad sjukpenning) rör två olika sakfrågor och kan därför gälla samtidigt.

För att Försäkringskassan ska kunna besluta om att dra in eller sätta ned en ersättning måste den försäkrade i vissa situationer ha informerats om det. Det här enligt en bestämmelse i 110 kap. 58 § SFB.

Indragning eller nedsättning kan bara bli aktuellt när Försäkringskassan redan har beviljat ersättning. Om den försäkrade till exempel inte uppfyller sin uppgiftsskyldighet i samband med ansökan ska ansökan i stället avvisas eller avslås.

Sanktionsbestämmelserna kan användas för att dra in eller sätta ned en slutligt beviljad ersättning, men de kan även användas på ersättning som beviljats interimistiskt med stöd av 112 kap. 2 eller 2 a §§ SFB. Att vi fattar ett beslut om att dra in eller sätta ned en interimistiskt beviljad ersättning innebär dock inte att vi har tagit ställning till ansökan om sjukpenning. Om en försäkrad har ansökt om sjukpenning måste vi alltid fatta ett slutligt beslut där vi bemöter ansökan. Det blir oftast ett beslut om att bevilja eller avslå ansökan, men det kan också vara att avskriva eller avvisa ansökan. Ett beslut om att dra in eller sätta ned en interimistiskt beviljad ersättning innebär alltså inte att vi har avslagit ansökan om sjukpenning. Om vi drar in eller sätter ned en interimistiskt beviljad ersättning måste vi alltså också fatta ett slutligt beslut där vi bemöter ansökan om sjukpenning. Läs mer om beslut i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

Eftersom det står i bestämmelserna att ersättning *får* dras in eller sättas ned finns det utrymme för Försäkringskassan att i det enskilda ärendet bedöma om en indragning eller nedsättning av ersättningen är en proportionerlig åtgärd. Att besluta om indragning eller nedsättning med stöd av bestämmelserna i 110 kap. SFB är alltså en *möjlighet*, inte en *skyldighet*. Möjligheten ska användas restriktivt.

Det ska framgå av beslutet att det handlar om en indragning eller nedsättning av en tidigare beviljad ersättning. Det ska även framgå vilket rättsligt stöd som Försäkringskassan har för att fatta beslutet. Det rättsliga stödet ska vara den bestämmelse i 110 kap. SFB som Försäkringskassan använder för att dra in eller sätta ned den redan beviljade ersättningen.

Att dra in eller sätta ned en tidigare beviljad ersättning är ett slutligt beslut. Innan ärendet är färdigt för att avgöras slutligt kan det vara aktuellt att fatta ett interimistiskt beslut med stöd av 112 kap. 3 § SFB. Läs om interimistiska beslut i kapitel 29.

Försummad uppgiftsskyldighet

Det finns möjlighet att dra in eller sätta ned ersättningen när den försäkrade inte lämnar uppgifter eller lämnar felaktiga uppgifter:

> **110 kap. 52 § SFB**
> Ersättning enligt denna balk får dras in eller sättas ned om den försäkrade eller den som annars får ersättningen
>
> 1. medvetet eller av grov vårdslöshet har lämnat oriktig eller vilseledande uppgift,
> 2. inte har lämnat uppgift enligt 13 §, eller
> 3. inte har anmält ändrade förhållanden enligt 46, 47, 50 och 51 §§.
>
> Indragningen eller nedsättningen får avse viss tid eller gälla tills vidare. Det som anges i första stycket gäller endast om det är fråga om ett förhållande som är av betydelse för rätten till eller storleken av ersättningen.

Möjligheten att dra in eller sätta ned ersättning knyter i bestämmelsens punkt 2 och 3 an till den försäkrades skyldighet att lämna uppgifter och anmäla ändrade förhållanden till Försäkringskassan. Läs mer om vilka uppgifter och förhållanden det gäller i avsnitt 3.11.

Den försäkrades skyldighet att lämna uppgifter framgår av 110 kap. 13 § SFB. Bestämmelsen säger att den försäkrade är skyldig att lämna *dels* uppgifter som är av betydelse för bedömningen av frågan om ersättning och *dels* uppgifter i övrigt för tillämpningen av socialförsäkringsbalken. Försäkringskassan har dock bara rätt att dra in eller sätta ned en ersättning enligt 110 kap. 52 § SFB om de uppgifter som den försäkrade inte har lämnat är av betydelse för rätten till eller storleken av ersättningen. Det betyder att rätten för Försäkringskassan att besluta om en sanktion i enlighet med 110 kap. 52 § SFB är snävare än den försäkrades uppgiftsskyldighet i 110 kap. 13 § SFB. I vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken* utvecklas vad som menas med uttrycket ”frågan om ersättning” i 110 kap. 13 § SFB.

Försäkringskassan kan kalla den försäkrade till ett möte (SASSAM eller annat möte) för att hen ska lämna uppgifter i enlighet med 110 kap. 13 § SFB. Om den försäkrade vägrar att delta i mötet så kan Försäkringskassan överväga att dra in eller sätta ned en beviljad ersättning med stöd av 110 kap. 52 § SFB. Ett sådant beslut kan dock *bara* fattas om uppgifterna som Försäkringskassan avsåg att den försäkrade skulle lämna på mötet har betydelse för rätten till eller storleken av ersättningen. Det får göras en bedömning i det enskilda ärendet om de uppgifter som skulle lämnats på mötet har betydelse för rätten till ersättning.

Om den försäkrade inte vill delta i ett möte och lämna uppgifter, ska Försäkringskassan i första hand verka för att den försäkrade förstår att det är viktigt att hen gör det. Vi ska även i samråd med den försäkrade försöka hitta andra sätt att få fram den information som behövs. Först efter att detta inte visat sig framgångsrikt ska Försäkringskassan överväga att besluta om indragning eller nedsättning med stöd av 110 kap. 52 § SFB.

Om de felaktiga eller ofullständiga uppgifterna lett till att Försäkringskassan beslutat till nackdel för den försäkrade är det givetvis inte aktuellt med sanktioner. Om ett beslut är felaktigt behöver Försäkringskassan ta ställning till om beslutet ska ändras.

Vägran att medverka i utredning

Det finns en regel om indragning och nedsättning när den försäkrade vägrar att medverka i utredningsåtgärder:

> **110 kap. 53 § SFB**
> Ersättning enligt denna balk får dras in eller sättas ned om den som är berättigad till ersättningen utan giltig anledning vägrar att medverka till utredningsåtgärder enligt 14–18 och 27–28 §§. Då gäller 52 § andra stycket.

Detta knyter an till de utredningsåtgärder som Försäkringskassan kan ta initiativ till enligt 110 kap. 14–18 och 27–28 §§ SFB. För sjukpenning gäller det utredningsåtgärder enligt 110 kap. 14 § SFB, vilket innebär att för att kunna dra in eller sätta ned ersättningen med stöd av bestämmelsen ska det röra sig om utredningsåtgärder med externa aktörer. Läs om vilka åtgärder det kan vara i kapitel 3.

Om Försäkringskassan har bedömt att någon av de utredningsåtgärder som beskrivs i 110 kap. 14 § SFB är nödvändig för att kunna bedöma rätten till ersättning, kan ersättningen påverkas om den försäkrade vägrar att medverka. Vägran att ta emot besök kan dock aldrig ensamt vara skäl för att dra in eller sätta ned ersättningen enligt 110 kap. 53 § SFB (jfr prop. 1985/86:38 s. 9, prop. 1994/95:147 s. 35 f. och prop. 1996/97:121 s. 32).

Hänvisningen till 110 kap. 52 § andra stycket SFB innebär att ett beslut om indragning eller nedsättning bara får fattas om utredningen som den försäkrade vägrar medverka i har betydelse för rätten till ersättning eller ersättningens storlek. Hänvisningen innebär också att beslutet om indragning eller nedsättning får avse viss tid eller gälla tills vidare.

Möjligheten att dra in eller sätta ned ersättning bör enligt förarbetena användas med försiktighet. Det bör i första hand vara ett påtryckningsmedel för att få den försäkrade att medverka i utredningen. Det är viktigt att Försäkringskassan verkar för att den försäkrade ska förstå behovet av kompletterande utredning och vilja medverka. (Prop. 1985/86:38 s. 9, prop. 1994/95:147 s. 35 f. och prop. 1996/97:121 s. 32.)

Diskrimineringsombudsmannen (DO) bedömde i ett beslut (DO:s beslut, TIL 2020:18) att Försäkringskassan vid handläggningen av ett ärende om sjukpenning överträtt förbudet mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet enligt 1 kap. 4 § 3 samt 2 kap. 14 § 1 diskrimineringslagen (2008:567). Försäkringskassan hade nekat den försäkrade sjukpenning med motiveringen att hen vägrade delta i sin utredning. Den försäkrade kunde till följd av sin funktionsnedsättning inte ta sig till Försäkringskassans lokaler för ett personligt möte. DO bedömde att det inte hade framkommit annat än att Försäkringskassan, trots tidig vetskap om den försäkrades situation, hade underlåtit att planera eller undersöka andra alternativa utredningsmetoder. Till följd av det hade personen utsatts för obehag och under en period stått utan inkomst eftersom Försäkringskassan hade beslutat att inte betala ut sjukpenning. Försäkringskassan hade därmed inte vidtagit de åtgärder som det vore skäligt att kräva för att sätta den försäkrade i en jämförbar situation med andra personer utan hens funktionsnedsättning.

DO:s beslut visar att Försäkringskassan, vid val av utredningsmetod, ska ta hänsyn till om den försäkrade har en funktionsnedsättning som gör att hen inte kan genomföra den föreslagna utredningen. Om det är så ska vi ta ställning till om det finns alternativa, mer lämpliga former för utredning.

Vägran att följa läkares föreskrifter

Det finns en regel om indragning eller nedsättning när en försäkrad vägrar att följa läkarens föreskrifter:

> **110 kap. 54 § SFB**
> Ersättning enligt denna balk får dras in eller sättas ned, om den som är berättigad till ersättningen vägrar att följa läkares föreskrifter. Då gäller 52 § andra stycket.

Hänvisningen till 110 kap. 52 § andra stycket SFB innebär att ett beslut om indragning eller nedsättning bara får fattas om den föreskrift som den försäkrade inte följer kan påverka den försäkrades sjukdomstillstånd och arbetsförmåga och i förlängningen ersättningen. Hänvisningen innebär också att beslutet om indragning eller nedsättning får avse viss tid eller gälla tills vidare.

Om den försäkrade inte lämnar läkarintyg eller särskild försäkran

Det finns en regel om indragning eller nedsättning när den försäkrade inte lämnar in läkarintyg eller försäkran:

> **110 kap. 55 § SFB**
> Sjukpenning får dras in eller sättas ned, om den som är berättigad till ersättningen underlåter att
>
> 1. styrka nedsättning av arbetsförmågan genom läkarintyg inom föreskriven tid, eller
>
> 2. ge in en sådan särskild försäkran som avses i 21 §.

Punkt 1 gäller situationen när en försäkrad inte styrker nedsättning av arbetsförmågan med ett läkarintyg från och med åttonde dagen i sjukperioden eller från och med en tidigare tidpunkt som gäller enligt ett beslut om läkarintygsföreläggande (läs om krav på läkarintyg och läkarintygsföreläggande i kapitel 12.

Punkt 2 gäller situationen när den försäkrade inte lämnar in en särskild försäkran enligt 110 kap. 21 § SFB, trots att Försäkringskassan har begärt det.

Underlåtenhet att meddela vistelseadress

Det finns en regel om indragning eller nedsättning när den försäkrade inte meddelar Försäkringskassan sin vistelseadress:

> **110 kap. 56 § SFB**
> Graviditetspenning, tillfällig föräldrapenning, sjukpenning och smittbärarpenning får dras in eller sättas ned om den som är berättigad till ersättningen underlåter att meddela Försäkringskassan sin vistelseadress enligt 49 §.

Läs i avsnitt 20.4 om när den försäkrade är skyldig att meddela att hen inte befinner sig på den hemadress som hen angett till Försäkringskassan.

Möjligheten att dra in eller sätta ned sjukpenning för att en försäkrad inte anmält sin vistelseadress bör bara användas om det är motiverat vid en helhetsbedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. Det kan till exempel vara motiverat om den försäkrade medvetet drar sig undan kontroll genom att inte meddela Försäkringskassan

sin vistelseadress. Det kan också vara motiverat när den uteblivna anmälan gör att Försäkringskassan hindras eller väsentligen fördröjs i sitt arbete (prop. 1985/86:38 s. 11).

Vägran att medverka till behandling eller rehabilitering

Det finns en regel om indragning eller nedsättning när den försäkrade vägrar att medverka till behandling eller rehabilitering:

110 kap. 57 § SFB
Ersättning får dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till

1. behandling eller rehabilitering enligt 27 kap. 6 §, eller
2. rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. 7 § och 31 kap. 3 §.

Det som anges i första stycket gäller endast

1. vårdbidrag,
2. sjukpenning,
3. sjukersättning och aktivitetsersättning,
4. sjukvårdsersättning vid arbetsskada,
5. livränta till den försäkrade vid arbetsskada, och
6. handikappersättning.

Det som i andra stycket föreskrivs om arbetsskada tillämpas också på motsvarande ersättningar enligt 43 och 44 kap.

Som framgår av första stycket finns möjlighet att dra in eller sätta ned ersättningen både när den försäkrade vägrar att medverka i medicinska behandlings- och rehabiliteringsåtgärder och när den försäkrade vägrar att medverka i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Rättsfall
Frågan om vad som är en giltig anledning till att vägra att bli opererad har prövats av HFD. Målet gällde inte indragning eller nedsättning av en beviljad ersättning, utan om en försäkrad kan vägra att genomgå en operation och ändå ha rätt till sjukersättning. HFD menade dock att man bör behandla de båda frågorna på samma sätt.

De operationer som kan bli aktuella när rätten till sjukersättning prövas är sådana som kan ge tillbaka arbetsförmågan till den som annars sannolikt aldrig skulle kunna arbeta. De kan alltså vara av ett ingripande slag. Utgångspunkten bör därför enligt HFD vara att den försäkrades ställningstagande som huvudregel godtas. HFD menade dock att det finns situationer när den försäkrade kan anses sakna giltig anledning att vägra att genomgå en operation. (HFD 2013 ref. 44)

För att indragning eller nedsättning ska bli aktuell krävs det att den försäkrades vägran är tydlig. En försäkrad som har fått en kallelse till ett sjukhusbesök och uppger till Försäkringskassan att hen inte tänker gå dit kan komma att ändra sig och ändå gå dit. I en sådan situation är det först när den försäkrade faktiskt uteblir som hen kan sägas ha

vägrat. Om en försäkrad i ett möte tillsammans med arbetsgivaren är generellt negativ till omplacering, utan att säga nej till något konkret erbjudande, kan hen inte heller anses vägra att medverka till arbetslivsinriktad rehabilitering

Information om betydelsen av vägrad medverkan

Det finns en regel om att den försäkrade måste informeras innan en indragning eller nedsättning av ersättningen:

> **110 kap. 58 § SFB**
> För att ersättning ska få dras in eller sättas ned på grund av att den försäkrade vägrar att delta vid avstämningsmöte enligt 14 § 4 eller behandling eller rehabilitering enligt 57 §, eller vägrar att medverka till besök eller inspektion enligt 57 a §, krävs att den försäkrade har informerats om denna påföljd.

En försäkrad måste alltså ha fått information om vilka konsekvenser en vägran kan få innan en ersättning kan dras in eller sätts ned. Det krävs också att den åtgärd som den försäkrade måste medverka i för att få behålla ersättningen är tydligt angiven.

28.5 Underrättelse om väsentlig försening och när handläggningstiden påbörjas

Om ett ärende som inletts av en enskild kommer att bli väsentligt försenat ska vi underrätta hen om detta. Det framgår av 11 § FL. I vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken* går det att läsa mer om vad normal handläggningstid innebär och skyldigheten att underrätta om risk för väsentlig försening. Utöver vad som anges i den vägledningen gäller för sjukpenning att handläggningstiden för ett ärende påbörjas när ansökan kommer in till Försäkringskassan och avslutas när ett slutligt beslut är fattat. En ny handläggningstid påbörjas vid varje ny anspråksperiod.

Underrättelseskyldigheten gäller om handläggningen drar ut på tiden så pass mycket att det avviker väsentligt från vad som är normalt i den typen av ärende det handlar om.

Försäkringskassan behöver inte underrätta vid varje liten försening, utan bara när det är uppenbart att handläggningstiden kommer att bli väsentligt längre än vad den enskilde rimligtvis kan förvänta sig (JO:s beslut dnr 221–2019).

28.5.1 Metodstöd – Underrättelse om väsentlig försening

Skyldigheten att underrätta om väsentlig försening gäller både vid uppstart av ett ärende och under den fortsatta handläggningen till dess att slutligt beslut kunnat fattas i ärendet. Det kan exempelvis vara aktuellt när det behövs utredning av SGI eller om den enskilde är försäkrad i Sverige. Det kan också bli aktuellt längre fram i ärendet under pågående ersättningsperiod, till exempel om ersättning betalas ut interimistiskt eftersom komplettering från vården eller arbetsgivaren drar ut på tiden eller om du ska beställa en aktivitetsförmågeutredning.

Det räcker inte med att du löpande informerar generellt om handläggningstiden. Du måste särskilt underrätta om handläggningen riskerar att väsentligt försenas och orsaken till förseningen. Informera även om planeringen framåt och vad som saknas i utredningen. Om det är möjligt ska du även informera om din uppskattning av hur lång handläggningstiden blir. Syftet är att ge den enskilde mer insyn i ärendet så att hen förstår varför beslutet dröjer. Underrättelsen kan vara muntlig eller skriftlig beroende på vad som är mest ändamålsenligt utifrån situationen. Om du underrättar skriftligt kan du göra det i samband med annan kommunikation.

När du bedömer vad som är normal handläggningstid kan du jämföra med normaltiden för att avgöra liknande ärenden. På Försäkringskassans hemsida finns information om förväntad handläggningstid för våra förmåner. Du ska även ta hänsyn till omständigheterna i det konkreta ärendet och den information den enskilde har fått om den förväntade handläggningstiden.

När du ska bedöma om det aktuella ärendet riskerar att bli väsentligt försenat kan du beakta följande:

- ärendets beskaffenhet
- vilken kontakt vi haft med den enskilde
- vilka handlingar som den enskilde har skickat
- om det saknas uppgifter för att beslut ska kunna fattas i ärendet
- din planering av ärendet
- din erfarenhet av hur lång tid det vanligtvis tar att handlägga den aktuella typen av ärende.
- Onormalt långa handläggningstider på grund av balanser inom myndigheten.

Underrätta om risken för väsentlig försening så snart risken har uppstått, alltså inte först när förseningen har inträffat. Du kan behöva underrätta flera gånger i samma ärende. Därför är det viktigt att du vid de olika handläggningsmomenten överväger om ärendet riskerar att väsentligt försenas av åtgärden och att du i samband med det underrättar den enskilde om risken för väsentlig försening och orsaken till den.

Dokumentera vilken information du lämnat och hur du har kommit fram till att ärendet riskerar att bli väsentligt försenat. Det ska tydligt framgå att du har underrättat den enskilde om risk för väsentlig försening i enlighet med 11 § FL. Generell information om handläggningstiden som lämnats löpande under ärendets gång kan inte ersätta skyldigheten att underrätta om väsentlig försening.

Om ärendet har pågått under längre tid än sex månader sedan den enskilde ansökte, bör du även överväga om du ska informera om möjligheten att begära att ärendet ska avgöras.

28.6 Begäran om ett avgörande

Om ett ärende har pågått i sex månader utan att ett slutligt beslut har fattats, kan den enskilde begära att Försäkringskassan avgör ärendet. Det framgår av 12 § FL. I vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken* går att läsa mer om begäran om ett avgörande.

Handläggningstiden påbörjas när ansökan kommit in till Försäkringskassan och pågår tills ett slutligt beslut fattats. För sjukpenning innebär det att en ny handläggningstid påbörjas vid varje ny anspråksperiod. Läs mer om anspråksperiod i kapitel 6.

Informera om möjligheten att begära att ärendet avgörs

I vissa situationer kan Försäkringskassan informera den enskilde om möjligheten att begära att hens ärende avgörs. Det är exempelvis lämpligt att göra det om hen kontaktar Försäkringskassan med frågor om handläggningen, och handläggningstiden närmar sig sex månader eller redan har överskridit det. Detta gäller i synnerhet när ett ärende är färdigutrett (JO:s beslut dnr 3232–2023). Det kan också vara lämpligt att informera om möjligheten att begära att ärendet avgörs samtidigt som vi underrättar om risk för väsentlig försening enligt 11 § FL.

En begäran om att ärendet ska avgöras kan endast göras vid ett tillfälle. Om den enskilde gör en sådan begäran och Försäkringskassan avslår den, så kan hen alltså inte få en ny begäran prövad. Därför bör Försäkringskassan vara försiktig med att informera om möjligheten att begära att ett ärende ska avgöras om ärendet inte är färdigt för att avgöras. Då är det lämpligt att vi i stället berättar vad som fattas för att ärendet ska kunna avgöras och upplyser om att en begäran om att ett ärende ska avgöras bara kan göras en gång (JO:s beslut dnr 3232–2023).

Hantera en begäran om att ärendet ska avgöras

En begäran om att ett ärende ska avgöras ska vara skriftlig. I övrigt finns inga krav på hur begäran ska vara utformad. Om den försäkrade uppger att hen önskar att ärendet avgörs ska Försäkringskassan informera om att det krävs en skriftlig begäran.

Om skrivelsen är otydligt formulerad och det inte är tydligt om det rör sig om en begäran om avgörande så ska Försäkringskassan utreda med den försäkrade vad hen menar och säkerställa att det rör sig om en begäran om att ärendet avgörs.

Eftersom en begäran endast kan göras en gång i ett ärende så får det inte finnas någon osäkerhet kring om den enskilde har begärt ett avgörande enligt 12 § FL. Försäkringskassan har en långtgående skyldighet att reda ut oklarheter kring detta. Om vi gör några överväganden kring om en framställan är en begäran enligt 12 § FL så ska detta dokumenteras i ärendet (JO:s beslut dnr 3232–2023).

Om Försäkringskassan tidigare har avvisat en begäran om att ett ärende ska avgöras så är det inte ett hinder mot att den enskilde gör en ny begäran.

Läs mer
I vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken* kan du läsa mer om de bedömningar du behöver göra för att avgöra om ett ärende riskerar att väsentligt försenas samt om begäran om ett avgörande.

28.6.1 Metodstöd – Begäran om ett avgörande

Så här hanterar du en skriftlig begäran om att ett ärende ska avgöras enligt 12 § FL:

1. Kontrollera att
   - begäran kommer från den försäkrade själv, hens ställföreträdare eller ett ombud som har rätt att föra hens talan
   - begäran rör ett ärende som den försäkrade själv har initierat, till exempel ett ansökningsärende
   - det har gått minst sex månader sedan ärendet initierades
   - vi inte tidigare har avslagit en begäran om att ärendet ska avgöras.

Om samtliga förutsättningar i steg 1 är uppfyllda går du vidare till steg 2. Om de *inte* är uppfyllda går du vidare till steg 3.

2. Om beslut om rätten till ersättning kan fattas inom fyra veckor från att begäran kom in, så gör du det. Då ska du inte ta ställning till begäran om att ärendet ska avgöras.

   Om beslut om rätten till ersättning *inte* kan fattas inom fyra veckor, så skickar du ett beslut till den enskilde med avslag på begäran om att ärendet ska avgöras. Det behöver du göra oavsett varför ärendet inte kan avgöras inom fyra veckor.

Du behöver inte skicka någon information om det planerade beslutet till den enskilde innan du fattar beslutet. Beslutet ska innehålla en tydlig och klar motivering till varför vi inte kan avgöra ärendet.

Gör upp en plan för den fortsatta handläggningen och handlägg ärendet enligt planen. Bedöm om du ska informera den enskilde om den fortsatta planen för handläggningen. Informationen kan du i så fall lämna muntligt eller skriftligt.

Om du inte tidigare har skickat en underrättelse om risk för väsentlig försening enligt 11 § FL bör du även ta ställning till om du ska göra det.

3. Om någon av förutsättningarna i steg 1 inte är uppfyllda ska du skicka ett beslut om att avvisa begäran. Du behöver inte skicka någon information om det planerade beslutet till den försäkrade innan du fattar beslutet.

   Om begäran avvisas på grund av att det inte har gått sex månader sedan ärendet initierades, så kan den enskilde få en ny begäran prövad när det har gått sex månader sedan ärendet initierades. En avvisning på grund av att det inte har gått sex månader sedan ärendet initierades ska därför följas av tydlig information om när en ny begäran kan göras, det vill säga när det har gått sex månader sedan ärendet initierades.

Skyldigheten att ta ställning till om det finns risk för väsentlig försening gäller även om den enskilde begär att ärendet ska avgöras.

29 Interimistiska beslut

Det här kapitlet beskriver när interimistiska (tillfälliga) beslut ska fattas, vilka olika typer av interimistiska beslut som finns och vilken information som ska lämnas till den försäkrade när Försäkringskassan fattar interimistiska beslut.

29.1 När interimistiska beslut ska fattas

Försäkringskassan ska i första hand ta ställning till den försäkrades ansökan genom ett slutligt beslut. Därför ska vi först bedöma om ärendet är färdigt för att avgöras genom ett slutligt beslut. Om svaret är nej kan det vara aktuellt att fatta ett interimistiskt beslut. Bedömningen av om ett interimistiskt beslut ska fattas ska alltså göras *efter* att det konstaterats att ärendet inte är färdigt för slutligt beslut.

Det finns situationer när det inte går att fatta ett slutligt beslut direkt, till exempel

- när det krävs ytterligare utredning
- när Försäkringskassan behöver kommunicera underlag eller underrätta den försäkrade om övervägande till avslagsbeslut och ge hen tillfälle att lämna synpunkter innan ett slutligt beslut fattas.

Ett interimistiskt beslut är ett tillfälligt beslut och måste alltid följas av ett slutligt beslut. Interimistiska beslut gäller oftast till dess att ett slutligt beslut har fattats. Det kan också vara tidsbegränsat, det vill säga gälla för en begränsad period av anspråket. Ett interimistiskt beslut om att bevilja ersättning kan som längst gälla så länge det finns ett anspråk. Det går att bevilja ersättning interimistiskt även för den dagen när det slutliga beslutet fattas. Ett interimistiskt beslut om att bevilja ersättning kan ersättas av ett nytt interimistiskt beslut. Läs mer om detta i vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken*. Denna princip gäller både interimistiska beslut enligt 112 kap. 2 och 2 a §§ SFB.

Som utgångspunkt ska ett interimistiskt beslut fattas så snart förutsättningarna för det är uppfyllda. I det enskilda fallet får det dock bedömas vad som är lämpligt, exempelvis om det i stället finns skäl att vänta till dess ärendet är färdigt för att avgöras slutligt. Om den försäkrade begär ett interimistiskt beslut bör Försäkringskassan snarast pröva frågan. Om myndigheten anser att kriterierna för ett interimistiskt beslut inte är uppfyllda ska begäran avslås (prop. 1982/83:3 s. 71). Om den försäkrade begär ett interimistiskt beslut och Försäkringskassan bedömer att ett slutligt beslut kommer att fattas inom kort behöver ett interimistiskt beslut inte fattas med anledning av begäran. Det räcker att meddela den försäkrade att ett slutligt beslut fattas inom kort (jfr JO:s beslut, dnr 585–2011, där ett kommuniceringsbrev skulle skickas ut dagen efter begäran).

Det ska framgå av det interimistiska beslutet att det är tillfälligt och att det gäller tills dess Försäkringskassan fattar ett annat beslut, som längst till och med sista datum i anspråket. Om ersättning har beviljats interimistiskt ska omfattningen på ersättningen framgå, det vill säga om det är hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels omfattning.

Den försäkrade ska så snart som möjligt underrättas om det fullständiga innehållet i beslutet, om det inte är uppenbart obehövligt. Det framgår av 33 § FL, som också gäller för interimistiska beslut. JO har i ett inspektionsprotokoll framhållit att den försäkrade ska underrättas om att ett interimistiskt beslut har fattats. Även om den försäkrade märker att sjukpenning har beviljats när hen får en utbetalning, så finns det risk att hen inte uppfattar att beviljandet är interimistiskt. Det kan också vara så att sjukpenning under utredningstiden har beviljats i en annan omfattning eller för en annan period än

vad hen ansökt om. Det ska framgå av ärendet hur den försäkrade har underrättats om beslutet (JO:s dnr 1551–2022).

Efter att Försäkringskassan har fattat ett slutligt beslut går det inte att besluta interimistiskt om samma period och sakfråga. Skälet till detta är att det slutliga beslutet avgör sakfrågan som prövas i beslutet. När Försäkringskassan fattat ett slutligt beslut finns det alltså inte något kvar att ta ställning till.

Det finns ingen möjlighet att fatta ett interimistiskt beslut om att avslå ett anspråk (jfr JO 2008/09 s. 347).

Det finns heller ingen möjlighet att fatta ett interimistiskt beslut i avvaktan på en ansökan.

Läs mer
I vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken* går att läsa mer om interimistiska beslut, bland annat om att ersätta ett interimistiskt beslut om att bevilja ersättning med ett nytt interimistiskt beslut.

29.2 Olika typer av interimistiska beslut

Socialförsäkringsbalken ger stöd för att fatta två olika slags interimistiska beslut. Antingen att bevilja en ersättning eller att hålla inne eller lämna en ersättning med lägre belopp. Detta regleras i tre olika bestämmelser:

- 112 kap. 2 § SFB är till för två olika situationer. Den ena är när den försäkrade sannolikt har rätt till ersättning men fortsatt utredning behövs, den andra är när den försäkrade bedöms ha rätt till ersättning men ersättningens belopp inte kan fastställas. Bestämmelsen innebär att ersättning beviljas tillfälligt. Läs mer i avsnitt 29.2.1.
- 112 kap. 2 a § SFB är till för situationer när den försäkrade har ansökt om ersättning för ytterligare en period i anslutning till en redan beviljad period. Bestämmelsen innebär att ersättning beviljas tillfälligt. Läs mer i avsnitt 29.2.2.
- 112 kap. 3 § SFB är till för situationer när det är sannolikt att den försäkrade inte längre har rätt till en ersättning som hen tidigare har beviljats. Bestämmelsen innebär att en redan beviljad ersättning tillfälligt hålls inne eller lämnas med lägre belopp. Läs mer i avsnitt 29.7.

112 kap. 2 och 3 §§ SFB gäller för alla förmåner enligt socialförsäkringsbalken medan 112 kap. 2 a § SFB endast gäller för sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall.

Syftet med de interimistiska besluten

Syftet med att bevilja ersättning interimistiskt är att den försäkrade inte ska drabbas av försörjningssvårigheter. Detta beskrivs i förarbetena till bestämmelsen som i dag finns i 112 kap. 2 § SFB. Den försäkrade ska inte behöva vända sig till socialförvaltningen för att få ekonomiskt bistånd under tiden som Försäkringskassan behandlar hens ärende. (Prop. 1982/83:3 Samordningsfrågor inom det socialpolitiska bidragssystemet, s. 57 och 58)

Ett syfte med 112 kap. 2 a § SFB är att undvika att den försäkrade utan förvarning under pågående sjukfall meddelas att hen kommer få avslag på sitt anspråk på sjukpenning från och med ett datum som redan har inträffat. Bestämmelsen gör det möjligt för den försäkrade att undvika inkomstbortfall, antingen genom att börja arbeta igen eller

anmäla sig som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen och ansöka om a-kassa. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 50) Utgångspunkten är att den som har haft sjukpenning under en tid och har ett nytt läkarintyg om fortsatt nedsatt arbetsförmåga i normalfallet inte ska behöva vara oviss om sin försörjning under tiden som Försäkringskassan handlägger det nya anspråket (prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 48). Bakgrunden till bestämmelsens införande är att Försäkringskassan år 2016, utifrån avgöranden från kammarrätterna, gjorde bedömningen att det saknades lagstöd för att betala ut sjukpenning under utrednings- och kommuniceringstid.

Syftet med bestämmelsen i 112 kap. 3 § SFB om att interimistiskt kunna hålla inne eller lämna en ersättning med lägre belopp är att ge Försäkringskassan en möjlighet att inte betala ut ersättning under tid när Försäkringskassan utreder rätten till redan beviljad ersättning.

29.2.1 Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 2 § SFB

112 kap. 2 § SFB

För tid till dess att ett ärende har avgjorts får Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten besluta i fråga om ersättning från samma myndighet, om

1. det inte utan betydande dröjsmål kan avgöras om rätt till ersättning föreligger,
2. det är sannolikt att sådan rätt föreligger, och
3. det är av väsentlig betydelse för den som begär ersättningen.

Ett beslut enligt första stycket får meddelas även när det står klart att rätt till ersättning föreligger men ersättningens belopp inte kan bestämmas utan betydande dröjsmål.

Bestämmelsen ger Försäkringskassan möjlighet att, i både nya och pågående sjukfall, bevilja ersättning interimistiskt under utredningstiden. Däremot kan ersättning inte beviljas med stöd av bestämmelsen under tiden då Försäkringskassan underrättar om helt avslag (enligt 110 kap. 13 a § SFB) eftersom det då inte är sannolikt att ersättning kommer att beviljas. Om Försäkringskassan däremot underrättar om delvis avslag och delvis beviljande så kan dock ersättning beviljas interimistiskt i den omfattning som beviljandet gäller.

Läs mer

I vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken* kan du läsa mer om villkoren som måste vara uppfyllda för att bestämmelsen ska kunna tillämpas.

Villkoren som måste vara uppfyllda för att första stycket i bestämmelsen ska kunna tillämpas

I det första stycket beskrivs att en ersättning kan beviljas interimistiskt om

- det inte utan betydande dröjsmål kan avgöras om hen har rätt till ersättningen
- den försäkrade sannolikt har rätt till ersättningen som hen gjort anspråk på
- ersättningen är av väsentlig betydelse för den försäkrade.

Det här innebär *betydande dröjsmål*

Bedömningen av vad som är ett betydande dröjsmål ska göras ur den försäkrades perspektiv. Den försäkrade är i regel beroende av ersättning från Försäkringskassan för

sin försörjning. Det innebär att betydande dröjsmål därför bör finnas när den försäkrade riskerar att stå utan ersättning och hen därmed kan komma att få försörjnings-svårigheter. Betydande dröjsmål kan vara att Försäkringskassan inte hinner få in en efterfrågad komplettering och göra en bedömning innan nästa utbetalningstillfälle.

Vad som menas med betydande dröjsmål går dock inte exakt att fastställa i tid.

Det här innebär *sannolikt*

Att det är *sannolikt* att den försäkrade har rätt till ersättning innebär att de skäl som talar för att den försäkrade har rätt till ersättning sammantaget ska framstå som något starkare än de skäl som talar för motsatsen. Om man liknar sannolikhetsbegreppet vid en vågskål så ska vågskålen tippa över åt att den försäkrade bedöms ha rätt till ersättning för att det ska ses som att detta är sannolikt.

Det räcker inte med att den försäkrade tidigare har haft en period med ersättning för att det ska vara sannolikt att hen har rätt till ersättning. Bedömningen ska bygga på det underlag som finns i ärendet vid tidpunkten för bedömningen.

Det här innebär *väsentlig betydelse*

Om det har väsentlig betydelse för den försäkrade att få ersättning måste utredas i varje enskilt ärende. I princip är det alltid av väsentlig betydelse om den försäkrade är beroende av sjukpenningen för sin försörjning. Det gäller särskilt om sjukpenningen har betalats ut löpande under en period. Ju högre omfattning den försäkrade ansökt om och ju längre period som hen riskerar att stå utan ersättning, desto mer talar för att sjuk-penningen har väsentlig betydelse.

Villkoren som måste vara uppfyllda för att andra stycket i bestämmelsen ska kunna tillämpas

Interimistisk ersättning får också beviljas om det står klart att den försäkrade har rätt till ersättning men ersättningens belopp inte kan bestämmas utan betydande dröjsmål. Det framgår av 112 kap. 2 § andra stycket SFB. I en sådan situation krävs det alltså inte att ersättningen är av väsentlig betydelse för den försäkrade.

Det här innebär *står klart*

Att det står klart att den försäkrade har rätt till ersättning innebär att det är utrett att hen har rätt till ersättning enligt förmånsbestämmelserna. Det som inte är färdigutrett ska ha att göra med ersättningens storlek. Det räcker inte med att den försäkrade tidigare haft en period med ersättning för att det ska stå klart att hen har rätt till ersättning. Bedömningen ska bygga på det underlag som finns i ärendet vid tidpunkten för bedömningen.

Det kan till exempel stå klart att den försäkrade har en SGI men vara oklart hur stor den är. Försäkringskassan får utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet bedöma hur stor eller liten interimistisk ersättning som är lämplig och möjlig att bevilja.

Karensavdrag vid interimistisk sjukpenning

Om den försäkrade ska få sjukpenning interimistiskt och det är aktuellt att göra ett karensavdrag, ska avdraget göras i samband med att den interimistiska sjukpenningen betalas ut. Läs mer om karensavdrag i kapitel 21.

29.2.2 Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 2 a § SFB

112 kap. 2 a § SFB

För tid till dess att ett ärende om sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har avgjorts slutligt får Försäkringskassan trots 2 § besluta om sådan ersättning, om

1. den försäkrade begär sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall i anslutning till en sjukperiod som har pågått i minst 15 dagar,

2. sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall har lämnats tidigare i sjukperioden, och

3. det saknas skäl som talar emot det.

Bestämmelsen ger Försäkringskassan möjlighet att i pågående sjukfall bevilja sjukpenning interimistiskt under tid för utredning, under den tid som den försäkrade ges tillfälle att lämna synpunkter innan beslut och fram till ett slutligt beslut. Ett sådant beslut kan inte fattas i samband med att en försäkrad begär omprövning av ett beslut och inte heller i samband med en domstolsprövning (prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 50 och 56).

Sjukpenning kan bara beviljas interimistiskt med stöd av bestämmelsen på samma eller en lägre förmånsnivå som i det slutliga beslutet som gällde före den tid för vilket ett interimistiskt beslut ska fattas. En lägre förmånsnivå kan bli aktuell om den försäkrade enligt det nya läkarintyget har förbättrad arbetsförmåga. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 51.)

Villkoren som måste vara uppfyllda för att bestämmelsen ska kunna tillämpas

Att det gäller en begäran i anslutning till sjukperiod som pågått minst 15 dagar och där ersättning betalats ut tidigare i sjukperioden

För att sjukpenning ska kunna beviljas interimistiskt med stöd av bestämmelsen krävs att begäran om sjukpenning görs i anslutning till en sjukperiod som har pågått i minst 15 dagar och att sjukpenning har betalats ut tidigare i sjukperioden (112 kap. 2 a § punkt 1 och 2 SFB och prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 50–51).

Kravet på att ansökan ska göras i anslutning till en tidigare sjukperiod innebär att det inte får finnas något mellanrum mellan sjukperiodens dagar och den anslutande ansökan. Däremot så behöver den försäkrade inte ha fått ersättning för alla dagar för att bestämmelsen ska kunna tillämpas, utan det krävs endast att hen någon gång tidigare under sjukperioden har fått sjukpenning.

Det innebär att bestämmelsen *inte* kan tillämpas i nya sjukperioder, om en sjukperiod har pågått i mindre än 15 dagar eller om ingen sjukpenning har betalats ut tidigare i sjukperioden (prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 56).

Läs mer om sjukperiod i kapitel 8.

Att det saknas skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt

Sjukpenning får inte beviljas interimistiskt med stöd av 112 kap. 2 a § SFB om det finns skäl som talar emot det. Bedömningen av om det finns skäl som talar emot ska alltid göras utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet och vid varje nytt beslutstillfälle.

Exempel på skäl som kan tala emot att bevilja sjukpenning interimistiskt

I förarbetena till 112 kap. 2 a § SFB nämns några situationer där det *kan* finnas skäl som talar emot att betala ut sjukpenning interimistiskt. Utifrån uttalandena i förarbetena kan följande exempel identifieras. Det är dock ingen uttömmande lista med exempel, och det handlar alltid om att bedöma utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet.

När den försäkrade redan har informerats om Försäkringskassans bedömning

Enligt förarbetena kan ett skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt vara att den försäkrade har informerats om att Försäkringskassan bedömer att hen inte har rätt till sjukpenning och har fått tillfälle att lämna synpunkter på bedömningen och eventuellt underlag som ligger till grund för den. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 51.)

Även JO har konstaterat att det framstår som onödigt att bevilja sjukpenning interimistiskt i det skedet (JO:s dnr 1551–2022).

En situation när Försäkringskassan ska informera den försäkrade om att vi bedömer att hen inte har rätt till sjukpenning är inför ett kommande avslagsbeslut. En annan situation är att Försäkringskassan i god tid ska informera den försäkrade under en pågående sjukperiod om vi bedömer att hen sannolikt inte kommer att ha rätt till sjukpenning när bedömningsgrunden ändras. Med god tid menas i detta sammanhang minst 14 dagar innan bedömningsgrunden ändras. Det bedöms vara rimlig tid för den försäkrade att lämna synpunkter och vid behov konsultera läkare eller annan.

Som framgår av förarbetena så ska den försäkrade ha fått möjlighet att lämna synpunkter på bedömningen och eventuellt underlag som ligger till grund för den för att det ska vara ett skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt. Det är därför först efter att vi är säkra på att eventuella synpunkter från den försäkrade har kommit in som vi kan bedöma om det finns skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt. Det innebär att det är först efter att tiden som den försäkrade fått på sig för att yttra sig har löpt ut och efter att extradagarna som framgår av avsnitt 27.3.2 har passerat som det kan finnas skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt. Eventuella synpunkter från den försäkrade ska vägas in när vi bedömer om det finns skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt.

Det kan tillkomma nya omständigheter efter att Försäkringskassan informerat den försäkrade om att vi ifrågasätter hens rätt till sjukpenning. Vi ska då bedöma om de nya omständigheterna innebär att det finns skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt. Nya omständigheter medför inte att det alltid saknas eller alltid finns skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt.

Det är vanligt att den nya omständigheten består av uppgifter i ett läkarintyg. Då behöver vi bedöma hur uppgifterna påverkar den fortsatta handläggningen av ärendet. Om uppgifterna exempelvis inte ändrar den information som den försäkrade redan har fått om rätten till sjukpenning så kan det finnas skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt framåt i tiden.

När den försäkrade borde inse att rätten till sjukpenning kan ifrågasättas

När den försäkrade ansöker om sjukpenning i anslutning till en sjukperiod som avslutats genom ett beslut om indrag eller avslag, bör hen inse att rätten till sjukpenning kan komma att ifrågasättas om hen ansöker om sjukpenning igen. Detta kan utgöra skäl som talar emot att fatta ett interimistiskt beslut om att betala sjukpenning. (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 51)

När den försäkrade fördröjer handläggningen

Det kan finnas situationer när den försäkrade själv har fördröjt handläggningen. Det kan till exempel handla om att den försäkrade dröjer med att inkomma med ansökan om förlängd sjukpenning, lämna in ett läkarintyg eller nekas läkarintyg av en läkare och vänder sig till en annan för att få ett läkarintyg. Då kan det i det enskilda fallet finnas skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt (Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 51.). Däremot kan det finnas situationer när en fördröjning visserligen förekommer men som inte beror på att den försäkrade själv har fördröjt processen.

När den försäkrade har arbetsförmåga

Om den försäkrade visat att hen har arbetsförmåga, exempelvis genom att ha arbetat, bör det generellt sett finnas skäl som talar emot att bevilja sjukpenning interimistiskt (jfr prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 51 och 52.).

Sjukpenning intermistiskt vid ansökan om fler dagar med sjukpenning på normalnivå

En försäkrad som har beviljats fler dagar med sjukpenning på normalnivå för en period och som ansöker om ytterligare en period, kan beviljas fler dagar med sjukpenning på normalnivå interimistiskt under tiden för utredning och fram till beslutet med stöd av någon av bestämmelserna om förutsättningarna för det är uppfyllda.

Fler dagar med sjukpenning på normalnivå bör dock inte beviljas interimistiskt med stöd av bestämmelserna om ansökan görs i anslutning till

- att dagarna på normalnivå tar slut
- en beviljad period med sjukpenning på fortsättningsnivå.

Försäkringskassan bör nämligen inte bevilja sjukpenning på en ersättningsnivå som det inte är säkert att hen kommer att beviljas när det slutliga beslutet fattas. I den situationen kan Försäkringskassan i stället bevilja sjukpenning på fortsättningsnivå i ett slutligt beslut under tiden för utredning och fram till ett eventuellt beslut om fler dagar med sjukpenning på normalnivå.

29.2.3 Metodstöd – Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 2 och 2 a §§ SFB

Interimistisk ersättning kan beviljas enligt 112 kap. 2 § SFB eller 112 kap. 2 a § SFB. Lagtexten reglerar inte vilken ordning som bestämmelserna ska prövas i. Som huvudregel ska du göra prövningen så här:

1. Först prövar du om ersättning kan beviljas interimistiskt med stöd av 112 kap. 2 a § SFB.
2. Om det inte går att bevilja med stöd av den bestämmelsen prövar du om ersättning kan beviljas interimistiskt med stöd av 112 kap. 2 § SFB.

Det gäller både i förstagångsanspråk och i pågående sjukfall.

Om du i ett enskilt ärende ser att det är mer förmånligt för den försäkrade att prövningen börjar i 112 kap. 2 § SFB så kan du göra det.

Tabellen nedan visar i vilka situationer det är möjligt att fatta interimistiska beslut enligt 112 kap. 2 första stycket och 2 a §§ SFB.

Bestämmelse	Förutsättningarna för att bevilja ersättning	Tid när ersättning kan beviljas (om förutsättningarna för beviljande är uppfyllda)	Tid när ersättning inte kan beviljas
112 kap. 2 § första stycket SFB	• Betydande dröjsmål att avgöra rätt till ersättning • Rätten till ersättning är sannolik • Av väsentlig betydelse	• Under tiden för utredning • Fram till slutligt beslut	Under tiden för underrättelse om helt avslag (för då är inte rätten till ersättning sannolik)
112 kap. 2 § andra stycket SFB	• Rätten till ersättning står klar • Betydande dröjsmål att bestämma ersättningens belopp	• Under tiden för utredning • Fram till slutligt beslut	Under tiden för underrättelse om helt avslag (för då står inte rätten till ersättning klar)
112 kap. 2 a § SFB	• Begäran i anslutning till en sjukperiod som pågått i minst 15 dagar • Sjukpenning har tidigare betalats ut i sjukperioden • Det saknas skäl som talar emot	• Under tiden för utredning • Under tiden för underrättelse om helt eller delvis avslag • Fram till slutligt beslut	

29.2.4 Metodstöd – Beslut och information till den försäkrade

Ett interimistiskt beslut om att bevilja ersättning fattas i ärendets journal.

Om du tar ställning till att bevilja ersättning interimistiskt och bedömer att det inte finns förutsättningar att göra det, så skiljer sig hanteringen åt beroende på om det är den försäkrade själv som begärt ett interimistiskt beslut eller om det är vi som prövar frågan på eget initiativ. I vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken* kan du läsa mer om den hanteringen, samt om hur du ska hålla den försäkrade informerad.

Du ska meddela den försäkrade om interimistiska beslut som du fattar och upplysa hen om att det är ett tillfälligt beslut i avvaktan på att ärendet kan avgöras slutligt. Du ska också informera om vilka åtgärder som ska genomföras innan ett slutligt beslut kan fattas. Informationen kan ges muntligt eller skriftligt.

29.3 Samma krav på fortsatt aktiv handläggning även efter att ett interimistiskt beslut har fattats

Det är viktigt att tänka på att ett interimistiskt beslut bara är ett tillfälligt beslut. Det innebär att Försäkringskassan måste leva upp till förvaltningslagens krav på en snabb och effektiv handläggning även i den fortsatta handläggningen.

JO har granskat Försäkringskassans handläggning av ett ärende om sjukpenning med interimistiska beslut (JO:s dnr 513–2020). JO kritiserade Försäkringskassan dels för att vi inte informerat om att de beslut som fattades i ärendet var interimistiska, dels för att vi fattade upprepade interimistiska beslut. Det dröjde över ett år innan ärendet avgjordes

slutligt. Under utredningstiden fattade Försäkringskassan interimistiska beslut om sjukpenning vid elva tillfällen men informerade endast vid två tillfällen om att besluten var interimistiska. JO var mycket kritisk till handläggningen av ärendet och uttalade bland annat följande: ”Det faktum att Försäkringskassan har fattat ett interimistiskt beslut fråntar inte Försäkringskassan skyldigheten att handlägga ärendet snabbt och effektivt. Det är tvärtom särskilt viktigt att den enskilde inte behöver leva i ovisshet om myndighetens slutliga bedömning längre än nödvändigt.” Se avsnitt 27.1.1 om beslut och information till den försäkrade.

29.4 Interimistiskt beslut för del av anspråksperiod

Ibland kan det finnas anledning att fatta ett interimistiskt beslut för en del av anspråksperioden i stället för att bevilja ersättning interimistiskt för hela perioden som anspråket sträcker sig. Andra gånger kan det finnas anledning att fatta ett delbeslut som slutligt avgör en del av anspråksperioden, och samtidigt ta ställning till om ersättning kan beviljas interimistiskt för resterande del av anspråksperioden. Läs mer om delbeslut i avsnitt 25.1. Vad som är mest lämpligt får avgöras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.

29.4.1 Metodstöd – Interimistiskt beslut vid delbeslut

Om det gäller ett förstagångsanspråk och du väljer att med ett delbeslut bevilja ersättning för en del av anspråksperioden, så kan du inte fatta ett interimistiskt beslut med stöd av 112 kap. 2 a § SFB för resterande del. Detta eftersom den resterande delen fortfarande måste uppfylla villkoren i 112 kap. 2 a § SFB och den del du beviljat med ett delbeslut inte anses vara en angränsande sjukperiod eller ett annat anspråk.

Om det däremot har kommit in två ansökningar i följd och det krävs ytterligare utredning för den andra ansökan, så kan du fatta ett slutligt beslut för den första ansökan och därefter ett interimistiskt beslut för den andra ansökan. Det gäller under förutsättning att det ligger i anslutning till den tidigare sjukperioden och att förutsättningarna är uppfyllda (se avsnitt 29.2.2).

29.5 Slutligt beslut efter ett interimistiskt beslut

Ett interimistiskt beslut måste *alltid* följas av ett slutligt beslut. Det slutliga beslutet innebär att det interimistiska beslutet upphör, vilket innebär att det slutliga beslutet gäller i stället för det interimistiska beslutet. Det är därför viktigt att det slutliga beslutet gäller för hela perioden som det interimistiska beslutet omfattat. Däremot behöver det slutliga beslutet inte gälla för *samma* period som det interimistiska, utan det kan också gälla för en längre period.

Av det slutliga beslutet ska det framgå att det tidigare interimistiska beslutet inte längre gäller.

29.5.1 Metodstöd – Efter interimistiskt beslut enligt 112 kap. 2 eller 2 a §§ SFB

Om den försäkrade har rätt till sjukpenning för den period som hen beviljats interimistisk ersättning för, fattar du det slutliga beslutet i ärendets journal. Du informerar den försäkrade muntligt eller skriftligt om beslutet.

Om den försäkrade inte har rätt till sjukpenning för perioden som hen beviljats interimistisk ersättning för ska hen normalt underrättas om att Försäkringskassan överväger att fatta ett beslut om helt eller delvis avslag. Hen ska också få tillfälle att lämna synpunkter innan du fattar beslutet. Behöver du även kommunicera den

försäkrade underlag så gör du det samtidigt, se avsnitt 27.2. I vissa situationer behöver du kontakta den försäkrade inför att ett slutligt beslut ska fattas. Om den försäkrade inte redan har beviljats sjukpenning interimistiskt fram till slutligt beslut ska du ta ställning till om det är möjligt. Om du bedömer att sjukpenning kan beviljas interimistiskt informerar du om det i samma brev där du underrättar och kommunicerar den försäkrade.

Du behöver alltid se till att ett interimistiskt beslut följs av ett slutligt beslut, även om utredningen inte leder framåt. Ett slutligt beslut innebär att det interimistiska beslutet upphör.

Du kan läsa om när interimistisk ersättning ska återkrävas i avsnitt 29.6.

29.5.2 Metodstöd – Om anspråket sträcker sig över beslutsdatumet behöver du informera den försäkrade när du fattar beslut

I tidigare underrättelse- eller kommuniceringsbrev där interimistisk sjukpenning beviljats ska den försäkrade ha fått information dels om att sjukpenning kan betalas ut interimistiskt fram till och med beslutsdagen, dels om vilken dag som det slutliga beslutet förväntas fattas.

För att den försäkrade sedan ska veta att beslutet fattas när det var tänkt, behöver du ringa upp hen samma dag som du fattar beslutet. Syftet med samtalet är att informera om att beslutet är fattat och att sjukpenning inte kommer att betalas ut efter beslutsdagen, trots att själva beslutsbrevet kommer först några dagar senare. På så sätt får den försäkrade möjlighet att agera för att inte gå miste om inkomst för tiden mellan beslutsdagen och dagen då hen tar del av det skriftliga beslutet.

Om den försäkrade inte svarar, använd Försäkringskassans SMS-tjänst för att meddela att du vill ha kontakt.

Om hen inte hör av sig efter ditt sms, bör du ringa en gång till. Om du inte heller då når den försäkrade anses du ändå ha uppfyllt din serviceskyldighet. Den försäkrade får då informationen i det skriftliga beslutsbrevet.

Journalför telefonsamtalet och kontaktförsöken.

I undantagsfall kan du informera den försäkrade redan innan du har fattat det slutliga beslutet. Det gäller om du i nära anslutning till den tänkta beslutsdagen har kontakt med hen och bedömer att beslutet sannolikt kommer att fattas som tänkt. Då kan du i stället lämna informationen vid det tillfället, det vill säga att sjukpenning endast kan betalas ut till och med beslutsdagen. Om det är tydligt att den försäkrade förstår informationen är det tillräckligt, och då behöver du inte ta kontakt på beslutsdagen. Däremot behöver du tänka på att informera den försäkrade om beslutsdatumet därefter skulle skjutas framåt.

Information när anspråket inte sträcker sig över beslutsdatumet

Sjukpenning kan betalas ut interimistiskt som längst till och med sista dagen i ett anspråk. Om du har beviljat ersättning interimistiskt till anspråkets sista dag, och du fattar slutligt beslut efter denna dag, så innebär det att det vid beslutsdatumet inte längre betalas ut någon interimistisk ersättning till den försäkrade. Eftersom den försäkrade inte har någon pågående interimistisk ersättning behöver du inte lämna någon särskild information till den försäkrade på beslutsdagen.

29.5.3 Metodstöd – Upprepade interimistiska beslut

Om ett ärende är färdigutrett ska ett slutligt beslut fattas. Ibland kan det dock finnas skäl att fatta ytterligare interimistiska beslut i samma ärende. Om du behöver fatta ett nytt interimistiskt beslut efter en period med interimistisk ersättning, så ska ett sådant beslut formuleras så att det inte uppstår glapp i den interimistiska ersättningen.

Läs mer
I vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken* kan du läsa mer om att låta ett interimistiskt beslut följas av ännu ett interimistiskt beslut.

29.6 Återbetalning av interimistiskt utbetald ersättning

I det slutliga beslutet som följer det interimistiska beslutet kan det beslutas att den försäkrade inte har rätt till ersättning eller att hen har rätt till ersättning i lägre omfattning än det som betalats ut. Den interimistiska ersättningen behöver då bara återbetalas i de här situationerna:

- om den försäkrade har orsakat att ersättningen betalats ut felaktigt eller med för högt belopp, antingen genom att lämna oriktiga uppgifter eller genom att inte fullgöra sin uppgifts- eller anmälningsskyldighet
- om den försäkrade har insett eller skäligen borde ha insett att ersättning betalats ut felaktigt eller med för högt belopp (108 kap. 2 och 10 första stycket §§ SFB).

29.7 Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 3 § SFB

112 kap. 3 § SFB
Finns det sannolika skäl att dra in eller minska en beslutad ersättning, kan den handläggande myndigheten besluta att ersättningen ska hållas inne eller lämnas med lägre belopp till dess att ärendet avgjorts.

I vissa situationer behöver Försäkringskassan utreda om redan beviljad ersättning ska minskas eller dras in. Under tiden som en sådan utredning pågår så kan Försäkringskassan inte formlöst hålla inne utbetalningen av den beviljade förmånen (jfr JO 1995/96 s. 346 och JO:s dnr 1551–2022). Det som gäller är att Försäkringskassan måste fatta ett beslut om att hålla inne en utbetalning för att ha rätt att göra det.

Bestämmelsen kan användas på en slutligt beviljad ersättning men även på interimistisk ersättning som beviljats med stöd av 112 kap. 2 § SFB eller 112 kap. 2 a § SFB.

Under vissa förutsättningar kan Försäkringskassan fatta ett interimistiskt beslut om att hålla inne eller betala ut ersättning med lägre belopp i väntan på att det slutliga beslutet kan fattas. Det gäller till exempel om det slutliga beslutet inte kan fattas eftersom underlaget i ärendet inte är tillräckligt, eller för att uppgifter behöver kommuniceras.

Försäkringskassan måste ha beviljat ersättningen för att bestämmelsen ska kunna tillämpas. Det ska framgå av det interimistiska beslutet att beslutet innebär att en tidigare beviljad ersättning hålls inne eller lämnas med lägre belopp. Beslutet ska innehålla en klargörande motivering samt besvärshänvisning och den försäkrade ska underrättas om beslutet (jfr JO:s dnr 1505–2020 och 1551–2022).

Huvudregeln är att en ersättning ska fortsätta att betalas ut även när Försäkringskassan ifrågasätter rätten till ersättningen. Detta innebär att möjligheten att hålla inne eller lämna ersättning med lägre belopp i enlighet med bestämmelsen ska tillämpas restriktivt.

För att kunna tillämpa bestämmelsen ska omständigheterna vara sådana att det är sannolikt att den försäkrade inte längre har rätt till den beslutade ersättningen. En bedömning av om det beviskravet är uppfyllt måste göras i det enskilda ärendet, bland annat utifrån de omständigheter som har gjort att Försäkringskassan ifrågasätter rätten till ersättningen. Om vi kan konstatera att det i en viss situation saknas rättslig grund för att dra in eller minska ersättningen genom ett slutligt beslut, så är sannolikhetskravet inte uppfyllt.

Om förutsättningarna för att tillämpa 112 kap. 3 § SFB inte är uppfyllda, så ska ersättningen som är beslutad sedan tidigare betalas ut under den tid som Försäkringskassan utreder om den ska dras in eller minskas genom ett slutligt beslut.

När det fattas ett interimistiskt beslut om att hålla inne eller betala ut ersättning med lägre belopp, ska utredningen fortsätta till dess att ett slutligt beslut kan tas. Utredningen ska göras skyndsamt och ärendet avslutas så fort som möjligt (jfr JO:s dnr 1505–2020).

Ett interimistiskt beslut om att hålla inne eller betala ut ersättning med lägre belopp med stöd av 112 kap. 3 § SFB ska *alltid* följas av ett slutligt beslut. När det slutliga beslutet fattas upphör det interimistiska beslutet att gälla, vilket också ska framgå av det slutliga beslutet.

29.7.1 Metodstöd – Interimistiskt beslut enligt 112 kap. 3 § SFB

När du fattar ett interimistiskt beslut om att hålla inne eller betala ut en ersättning med lägre belopp enligt 112 kap. 3 § SFB, behöver du underrätta den försäkrade om beslutet. Du behöver även meddela den försäkrade att Försäkringskassan nu utreder om hen har rätt till den ersättning som redan har beviljats men inte har betalats ut samt informera om att beslutet är tillfälligt och vad det innebär.

Det interimistiska beslutet måste sedan följas av ett slutligt beslut. Läs mer i avsnitt 29.5.

29.7.2 Metodstöd – Efter interimistiskt beslut enligt 112 kap. 3 § SFB

Om din utredning visar att den försäkrade inte har rätt till den tidigare beviljade ersättningen, så ska du fatta ett slutligt beslut om att ändra det tidigare beslutet eller om att dra in eller sätta ned den tidigare beviljade ersättningen. Du måste dock först underrätta den försäkrade om att Försäkringskassan överväger att fatta beslutet, och kommunicera de underlag som ligger till grund för beslutet.

Om din utredning visar att den försäkrade fortsatt har rätt till den tidigare beviljade ersättningen så ska du fatta ett slutligt beslut om att skriva av ärendet i journalen. Av beslutet ska följande framgå:

- att det interimistiska beslutet upphör att gälla
- att den ersättning som interimistiskt hållits inne eller betalats ut med lägre belopp ska betalas ut till den försäkrade
- att det tidigare beslutet där ersättning har beviljats fortsätter att gälla.

När du har fattat ett slutligt beslut om att ersättningen upphör, minskas eller är fortsatt beviljad ska du underrätta den försäkrade om det fullständiga innehållet i det slutliga beslutet i enlighet med 33 § FL.

30 Omprövning, överklagan och verkställande av dom och beslut

Det här kapitlet beskriver reglerna för omprövning och överklagande och hur Försäkringskassan ska hantera sådana. Här beskrives även hur Försäkringskassan verkställer domar och beslut. Sist i kapitlet beskrivs i vilka situationer felaktigt utbetalda ersättningsdagar ska återställas genom att förmånshistoriken korrigeras.

30.1 Omprövning och överklagande

Beslut enligt SFB kan i de flesta fall omprövas och efter omprövning överklagas. En begäran om omprövning ska göras inom två månader från den dag den försäkrade fick del av beslutet (113 kap. 7, 10, 19 och 20 §§ SFB).

Möjligheten att begära omprövning eller överklaga ett slutligt beslut påverkas inte av om ersättning tidigare har beviljats interimistiskt under hela eller delar av perioden eller om en tidigare interimistiskt beviljad ersättning har omprövats och överklagats.

Försäkringskassan fattar även beslut där förvaltningslagens bestämmelser om tid för överklagande gäller. Beslut om avskrivning och beslut i ärenden som inte rör förmåner enligt SFB kan överklagas inom tre veckor från den dag den försäkrade fick del av beslutet (44 § FL).

Läs mer

Läs mer om vad som gäller vid omprövning och överklagande i vägledning (2001:7) *Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut*.

30.2 Verkställande av dom och beslut

Ett omprövningsbeslut, en dom eller ett beslut från en domstol ska verkställas skyndsamt. Att verkställa innebär att genomföra det som framgår av beslutet eller domen. Omprövningsbeslut och avgöranden från domstol i ärenden om förmåner enligt SFB gäller omedelbart om inte något annat har förordnats i beslutet eller bestämts av den domstol som prövat beslutet (112 kap. 5 § SFB). Det finns alltså inget krav på att ett sådant beslut ska ha vunnit laga kraft för att det ska gälla och kunna verkställas.

Läs mer

Läs mer om vad som gäller vid verkställande av dom och beslut i vägledning (2001:7) *Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut*. Där framgår även vad kravet på skyndsamhet innebär.

30.2.1 Metodstöd – Verkställa en dom när dagarna i förmånstiden är slut

En dom lämnas för verkställighet i ett ROD-ärende. I ärendets journal framgår att domen ska verkställas och vid behov även hur. Du verkställer domen enligt vad som anges i journalen. Om du är osäker på hur du ska göra kontaktar du processjuristen i ärendet. Om du får en dom från någon annan än processjuristen eller omprövningsenheten ska du alltid kontrollera med processjuristen innan du verkställer domen.

Kontrollera alltid om den försäkrade har fått någon annan förmån under den aktuella perioden. Vid utbetalning av sjukpenning för retroaktiv tid ska tidigare utbetalda förmåner i vissa fall räknas av. Tänk också på att den retroaktiva utbetalningen kan få skatteeffekter för den försäkrade. Läs vidare i vägledning (2005:1) *Utbetalning av förmåner, bidrag och ersättningar*.

30.2.2 Metodstöd – Domen medför att ytterligare dagar med sjukpenning på normalnivå inte kan betalas ut i ett pågående efterföljande ärende

Verkställandet av en dom kan innebära att ytterligare dagar med sjukpenning på normalnivå inte kan betalas ut i det efterföljande ärendet.

Om du före domen har beslutat att den försäkrade har rätt till sjukpenning på normalnivå i det efterföljande ärendet för tid då ytterligare sjukpenning på normalnivå inte längre kan betalas ut, fattar du ett interimistiskt beslut om att dra in sjukpenning på normalnivå. Beslutet ska gälla från och med dagen efter den försäkrade beräknas ta del av det. Kommunicera samtidigt domen och ge den försäkrade möjlighet att yttra sig innan du fattar det slutliga beslutet.

I dessa situationer ska du ta kontakt med den försäkrade och förklara domens konsekvenser i det pågående sjukpenningärendet.

30.2.3 Metodstöd – Impuls om återkrav

Du kan bara lämna en impuls om återkrav om det har gjorts en felaktig utbetalning. Sjukpenning som betalas ut i enlighet med en dom kan inte anses vara felutbetald. Samma sak gäller sjukpenning som betalats ut för en efterföljande period, under förutsättning att beslutet var korrekt när det fattades.

30.3 Återställande av ersättningsdagar vid felaktigt utbetald ersättning

Försäkringskassan har tagit fram ett rättsligt ställningstagande (FKRS 2023:16) om när felaktigt utbetalda ersättningsdagar ska återställas genom att förmånshistoriken korrigeras.

Det rättsliga ställningstagandet handlar om den här situationen:

- när Försäkringskassan felaktigt har betalat ut en dagersättning
- när antalet ersättningsdagar på något sätt är begränsat
- när det saknas bestämmelser om återställande av ersättningsdagar för förmånen.

Ersättningsdagar som påverkas

Försäkringskassan ska återställa ersättningsdagar när

- den försäkrade har fått ett återkravsbeslut med stöd av 108 kap. 2 § SFB
- återkravsbeslutet gäller dagar med sjukpenning eller rehabiliteringspenning
- den försäkrade saknar rätt till ersättning för de felaktigt utbetalda dagarna.

Försäkringskassan ska inte återställa ersättningsdagar när

- den försäkrade har rätt till ersättning för dagarna, men ersättning betalats ut med ett för högt belopp
- en felaktig utbetalning understiger 2 000 kronor och det därför inte har gjorts en återkravsutredning.

30.3.1 Metodstöd – Återställa ersättningsdagar

Du återställer ersättningsdagar genom att korrigera förmånshistoriken.

När ska dagar återställas?

Om det är ett …	så ska du …
beslut om helt återkrav	återställa de ersättningsdagar som återkravsbeslutet gäller.
beslut om återkrav vid hel eftergift	inte återställa några ersättningsdagar.
beslut om återkrav vid delvis eftergift	återställa den felaktiga utbetalningen till viss del. Du ska bara återställa den del som ska återbetalas. Hur ersättningsdagarna ska räknas om vid delvis eftergift beskrivs under rubriken Omräkning vid delvis eftergift.

Läs mer
Läs mer om vad eftergift innebär i vägledning (2024:2) *Återbetalning.*

Impuls om återkravsbeslut

När ett återkravsbeslut har fattats får du information om det i form av en åtgärdsimpuls. Om återkravsbeslutet leder till åtgärder inom sjukpenninghandläggningen, ska du öppna ett KOR-ärende. I KOR-ärendet ska du hantera all handläggning kopplat till de åtgärder som är en följd av återkravbeslutet.

Besluta att återställa ersättningsdagar

När du ska återställa dagar fattar du beslut om det i KOR-ärendets journal.
I de flesta ärenden kommer det inte vara aktuellt att kommunicera underlag eller underrätta om övervägandet till beslut innan beslut kan fattas, men precis som vanligt behöver du ta ställning till detta i det enskilda ärendet.

När du har fattat beslutet ska du underrätta den försäkrade om innehållet i beslutet (33 § FL). Det görs med fördel muntligen, men du kan även göra det skriftligen. Oavsett om underrättelsen är muntlig eller skriftlig behöver du informera den försäkrade om möjligheten att begära omprövning av beslutet.

Du kan behöva göra en tilläggsutbetalning

När ersättningsdagar på normalnivå återställs påverkar det hur många dagar inom ramtiden som har förbrukats och därmed även vid vilken tidpunkt dag 364 inträffar. En försäkrad som har fått en utbetalning av ersättning på fortsättningsnivå kan därför ha rätt till ytterligare dagar med ersättning på normalnivå.

I dessa fall behöver du göra en tilläggsutbetalning som motsvarar skillnaden mellan de två ersättningsnivåerna för de aktuella dagarna. Tänk på att journalföra beräkningen i KOR-ärendet.

Påverkan på rehabiliteringskedjan

Om det finns information i sjukpenningärendet som visar att den försäkrades arbetsförmåga inte har varit nedsatt i samma utsträckning som enligt tidigare bedömning, behöver du ta ställning i journal till om aktuell dag i rehabiliteringskedjan

påverkas och behöver korrigeras (27 kap. 46–49 §§ SFB). Du behöver inte vänta in återkravsbeslutet för att göra en sådan korrigering.

Om du gör korrigeringen i samband med att du skickar en impuls om återkrav, är det lämpligt att du journalför ditt ställningstagande i det pågående ärendet (SJP_ANS eller SJP_UTM). Gör du korrigeringen vid ett senare tillfälle är det lämpligt att du journalför i KOR-ärendet.

30.3.2 Metodstöd – Omräkning vid delvis eftergift

Här kan du läsa om vad som gäller vid delvis eftergift, om inget annat framgår av beslutet om återbetalning.

Återställandet ska göras mot bakgrund av hela återkravsperioden.

Återställandet av dagarna görs i omvänd tidsordning, så att man börjar med den sista dagen i återkravsperioden med sjukpenning och därefter bedömer dag för dag, i riktning mot den första dagen i återkravsperioden. Återställandet görs för respektive dag under förutsättning att

- det är en sådan dag som kan återställas enligt FKRS 2023:16
- det utbetalda beloppet ryms inom det belopp som återstår av återkravet.

Fortsätt tills det belopp som återstår av återkravet är förbrukat. Att det är förbrukat betyder att det kvarstående beloppet, när det belopp som betalats ut för den dag som står på tur att återställas, inte ryms inom det kvarstående beloppet.

För sammanhållna återkrav, där ett beslut om återbetalning gäller mer än en förmån, ska det kvarstående beloppet anses omfatta varje förmåns procentuella andel av det ursprungliga återkravet (innan eftergift beviljats). Exempelvis, om Försäkringskassan har beslutat att återkräva 15 000 kronor, varav 10 000 kronor avser föräldrapenning och 5 000 kronor avser sjukpenning, ska 2/3 av det kvarstående beloppet anses avse föräldrapenning och 1/3 anses avse sjukpenning.

Exempel

Hel sjukpenning har felaktigt betalats ut med 600 kronor per dag under perioden 29–31 januari, totalt 1 800 kronor. Det belopp som är kvar för den försäkrade att återbetala sedan beviljad eftergift räknats bort (alltså det kvarstående beloppet) är 1 100 kronor.

För att avgöra för vilka dagar som ska återställas så börjar du med den sista dagen i återkravsperioden, alltså den 31 januari. Ersättning har betalats ut med 600 kronor och det är en sådan dag som kan återställas.

Det kvarstående beloppet på 1 100 kronor ska minskas med det belopp, 600 kronor, som har betalats ut för den dag som har återställs. Det kvarstående beloppet är därefter 500 kronor.

För nästa dag bakåt i återkravsperioden har ersättning betalats ut med 600 kronor och det är också en sådan dag som kan återställas. Men eftersom 600 kronor inte ryms inom det kvarstående beloppet på 500 kronor kan denna dag inte återställas. Totalt ska alltså en ersättningsdag återställas i detta fall.

DEL F – Övrigt

31 Sjukpenning i förebyggande syfte

I det här kapitlet beskrivs de bestämmelser som gäller särskilt för sjukpenning i förebyggande syfte. De situationer när det inte finns särskilda regler beskrivs i övriga kapitel i vägledningen.

Sjukpenning i förebyggande syfte är inte en egen förmån, utan en del av förmånen sjukpenning.

31.1 Förutsättningar för sjukpenning i förebyggande syfte

Det finns en bestämmelse om i vilka situationer sjukpenning i förebyggande syfte kan vara aktuellt:

27 kap. 6 § SFB
En försäkrad har rätt till sjukpenning även när han eller hon genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att

1. förebygga sjukdom,
2. förkorta sjukdomstiden, eller
3. helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Som villkor för att sjukpenning ska lämnas gäller att den medicinska behandlingen eller medicinska rehabiliteringen har

- ordinerats av läkare, och
- ingår i en av Försäkringskassan godkänd plan.

31.1.1 Förebygga, förkorta eller häva nedsättning av arbetsförmågan

Syftet med sjukpenning i förebyggande syfte är att förebygga, förkorta eller häva en nedsättning av arbetsförmågan. Det innebär att ersättningen kan betalas ut redan innan den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. För att en försäkrad ska ha rätt till ersättning i detta fall krävs att en läkare på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet har konstaterat att hen har en förhöjd sjukdomsrisk. Den sjukdom som kan befaras uppkomma ska vara av sådan art att den kan förväntas leda till nedsättning av arbetsförmågan (prop. 1990/91:141 s. 73 och 85 f.).

31.1.2 Medicinsk behandling eller rehabilitering

För att en insats ska kunna ligga till grund för ersättning ska den betraktas som medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Med medicinsk rehabilitering menas närmast att återställa grundläggande funktioner (jmf prop. 1990/91:141 s. 39 f.).

Det finns ingen heltäckande förteckning över vilka insatser som räknas som medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering, men i förarbetena finns det några exempel. Det som tas upp är vanlig sjukvård, undersöknings- och behandlingsformer som

sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, arbetsterapi, tillhandahållande av handikapphjälpmedel samt rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning. (Prop. 1991/92:40 s. 31).

Regeringsrätten har i RÅ 2009 ref. 37 uttalat att det inte är tillräckligt att de yttre omständigheterna är gynnsamma för förebyggandet av en sjukdom för att det ska kunna anses vara medicinsk behandling/rehabilitering. Av ordalydelsen följer att dessa (yttre) omständigheter ska kombineras med någon form av behandling.

Praxis – begreppet medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering

Rättsfall

Regeringsrätten har i ett mål tagit ställning till vad som kan räknas som medicinsk behandling. Målet gällde frågan om vistelse i Thailand med sol och salta bad kan anses vara en sådan medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som ger rätt till sjukpenning i förebyggande syfte. Den försäkrade led av en hudsjukdom och hade rest till Thailand för att lindra sina besvär.

Regeringsrätten ansåg inte att det fanns tillräckliga skäl för att bevilja den försäkrade sjukpenning i förebyggande syfte. Av läkarintygen framgick att resan med sol och bad hade en gynnsam effekt på sjukdomsbesvären. Men Regeringsrätten bedömde att det inte var tillräckligt att de yttre omständigheterna var gynnsamma. Eftersom den försäkrade under utlandsvistelsen inte fick någon form av medicinsk behandling var förutsättningarna för att bevilja sjukpenning i förebyggande syfte inte uppfyllda. (RÅ 2009 ref. 37)

Utifrån rättsfallet kan man dra slutsatsen att det inte är alla former av behandling eller rehabilitering som ger rätt till sjukpenning i förebyggande syfte. Lagstiftaren har i stället valt att det ska röra sig om just medicinska åtgärder.

Om en viss åtgärd är medicinsk eller inte går inte att svara på generellt, utan det behöver bedömas i varje enskilt ärende. För att göra den bedömningen får Försäkringskassan ta vägledning av innehållet i åtgärden och syftet med den.

När Försäkringskassan prövar rätten till sjukpenning i förebyggande syfte ska vi alltså bedöma om åtgärden har en sådan karaktär och ett sådant syfte att den försäkrade kan ha rätt till ersättning under tiden som hen genomgår den. Information om åtgärdens innehåll är grundläggande för att kunna göra denna prövning.

Åtgärdens karaktär och syfte är alltså avgörande och huvudregeln är att åtgärden bör ses som en helhet. Att åtgärden ska ha en medicinsk karaktär innebär inte att åtgärden inte får ha andra inslag såsom exempelvis sociala, arbetslivsinriktade eller andra typer av inslag. Hur omfattande dessa andra inslag kan vara eller hur stor del av behandlingen eller rehabiliteringen som kan bestå av dessa för att åtgärden ändå ska kunna anses medicinsk måste avgöras i varje enskilt fall. När vi gör denna prövning behöver vi utgå från åtgärdens innehåll. Vi ska som huvudregel se till åtgärden i dess helhet och inte bryta upp den i delar med olika inslag (exempelvis medicinska och sociala).

31.1.3 En plan som är godkänd av Försäkringskassan

Den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ska vara ordinerad av läkare och ingå i en behandlingsplan. För att sjukpenning i förebyggande syfte ska kunna beviljas krävs också att planen godkänns av Försäkringskassan. Det är Försäkringskassan, och inte den behandlande läkaren, som avgör om den ordinerade behandlings- eller

rehabiliteringsåtgärden är av sådant slag att sjukpenning i förebyggande syfte kan betalas ut. Det innebär att Försäkringskassan ska ta ställning till om behandlingsplanen innehåller en tillräckligt tydlig beskrivning och motivering av den ordinerade medicinska behandlingen eller rehabiliteringen.

Planen behöver beskriva den planerade behandlingen eller rehabiliteringen. Beskrivningen är ett viktigt underlag för att vi ska kunna bedöma om åtgärden är medicinsk. Behandlingsplanen ska också beskriva på vilket sätt behandlingen eller rehabiliteringen syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga.

Några formella krav på planen finns varken i lagtexten eller i förarbetena. Men för att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till om den ordinerade behandlingen uppfyller kraven behöver det finnas utförliga uppgifter om behandlingen eller rehabiliteringen och den försäkrades behov av att genomgå den. Försäkringskassan ska därefter bedöma om planen kan godkännas.

31.2 Metodstöd – Hantera en ansökan om godkännande av behandlingsplan

I de flesta fall inleds ett ärende med att det kommer in en ansökan eller ett läkar-utlåtande till Försäkringskassan. Men det kan också komma information i något annat medicinskt underlag eller genom ett telefonsamtal.

Du måste säkerställa att det rör sig om en ansökan om godkännande av behandlingsplan. Det är inte säkert att informationen kommer in på rätt blankett.

Om den försäkrade lämnar in en skriftlig ansökan om godkännande av behandlingsplan så bör denna vara undertecknad.

Ansökan bör innehålla

- en beskrivning av den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen
- uppgift om vilken period den försäkrade ska genomgå behandlingen
- uppgift om varför den försäkrade behöver genomgå behandlingen
- uppgift om arbetsgivare och arbetsuppgifter
- uppgift om ett läkarutlåtande bifogas till ansökan.

Om den försäkrade ansöker muntligt och inte vill fylla i en blankett ska du handlägga ansökan ändå. I denna situation undertecknas inte ansökan av den försäkrade. Det finns dock ingen bestämmelse som säger att ansökan måste vara skriftlig. Bestämmelsen i 110 kap. 4 § SFB gäller ansökan om en förmån, vilket en ansökan om godkännande av behandlingsplan inte är. Det finns inte heller några föreskrifter om att en viss blankett måste användas för att ansöka om godkännande av behandlingsplan. Hur en eventuell komplettering av ansökan ska göras kan du läsa om i avsnitt 6.2.4.

Bedöma behandlingsplanen

Kontrollera att behandlingen är ordinerad av läkare. Du ska bedöma om behandlingsplanen på ett tillräckligt tydligt sätt beskriver och motiverar om följande rekvisit är uppfyllda

- om den planerade insatsen kan bedömas vara medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering
- om den försäkrade har en förhöjd risk för sådan sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel

- på vilket sätt den ordinerade behandlingen eller rehabiliteringen syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning den försäkrades arbetsförmåga.

Bedöma om det är medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering

Du behöver göra en bedömning av om insatsen är att betrakta som medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering i varje enskilt ärende. Åtgärden ska alltså vara i huvudsak medicinsk, men det kan också finnas andra inslag såsom exempelvis sociala eller arbetslivsinriktade inslag. Hur omfattande de kan vara eller hur stor del av behandlingen/rehabiliteringen som kan bestå av dessa för att åtgärden ändå ska kunna anses medicinsk måste du avgöra i varje enskilt fall. När du gör bedömningen behöver du utgå från åtgärdens innehåll. Tänk på att se åtgärden i sin helhet och att inte bryta upp den i delar med olika inslag (exempelvis medicinska och sociala).

Om det inom ramen för den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen ingår en längre, sammanhängande period med en insats med ett annat inslag och syfte, så kan du behöva dela upp bedömningen. Det behöver du dock bara göra i undantagsfall.

Bedöma om det finns förhöjd risk för sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga

I planen ska läkaren beskriva den försäkrades förhöjda risk för sjukdom som kan medföra nedsatt arbetsförmåga. Bedömningen av risken gör läkaren utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det finns ingen heltäckande förteckning över vilka sjukdomar eller besvär som kan ge rätt till ersättning. Du behöver göra en bedömning i varje enskilt fall. Du kan ta hjälp av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och försäkringsmedicinsk rådgivare.

För att kunna ta ställning till om den försäkrades förhöjda risk för sjukdom medför nedsatt arbetsförmåga behöver du veta vad den försäkrade har för sysselsättning och arbetsuppgifter. Läkaren ska beskriva dessa uppgifter i sitt utlåtande, men du kan också hitta information om det i den försäkrades ansökan.

Om den försäkrade inte behöver genomgå behandling

I vissa fall står det redan i första steget klart att den försäkrade inte behöver genomgå behandlingen eller rehabiliteringen under minst en fjärdedel av sin arbetstid. Då ska du dels informera den försäkrade om vilken konsekvens som det får, dels ta ställning till kommunicering inför beslut.

Det kan också hända att den medicinska behandlingen eller rehabiliteringen inte behöver ske under arbetstid, och att den försäkrade därför inte behöver avstå från arbete eller arbetssökande med minst en fjärdedel. Då är konsekvensen att hen inte kommer att kunna få sjukpenning i förebyggande syfte.

När den försäkrade lämnat en behandlingsplan men inte en ansökan om godkännande av behandlingsplan

Om den försäkrade inte har ansökt om godkännande av behandlingsplanen ska du kontakta den försäkrade på lämpligt sätt för att ta reda på vad som är hens avsikt med den behandlingsplan som hen har lämnat. Fråga om hen vill ansöka om att behandlingsplanen godkänns. Om hen vill göra det så ska du informera om hur hen ska gå tillväga. Det är ofta lämpligt att skicka en ansökningsblankett.

Du kan också skicka ett brev till den försäkrade med information om att en behandlingsplan kommit in och att ärendet kommer att avskrivas om hen inte ansöker inom en viss tid. Syftet med brevet är alltså att den försäkrade antingen ska ansöka eller meddela Försäkringskassan sin avsikt. Om det därefter fortfarande saknas uppgifter som du behöver för att pröva ärendet i sak är serviceskyldigheten och

utredningsansvaret i normalfallet uppfyllt. Då ska du besluta om avskrivning. Du ska göra en tydlig anteckning i journalen och skicka ett beslut till den försäkrade. Det kan även vara aktuellt att besluta om avskrivning om den försäkrade återkallar sin ansökan. Läs mer om avskrivning i avsnitt 28.2

31.3 Beslut om behandlingsplan

Den försäkrades ansökan om godkännande av behandlingsplan ska bemötas med ett beslut.

Ett beslut om att inte godkänna en behandlingsplan är omprövningsbart.

Ett godkännande av en behandlingsplan ses som ett positivt beslut, eftersom det är avgörande för den försäkrades fortsatta möjligheter till förebyggande behandling och rehabilitering. Beslutet är också styrande för den fortsatta handläggningen och kommer att ligga till grund för det slutliga beslutet.

Ett sådant positivt beslut kan bara ändras om det framkommer att det har blivit fel och om villkoren i 113 kap. 3 § SFB i övrigt är uppfyllda. Försäkringskassan ska alltså inte pröva beslutet att godkänna en behandlingsplan på nytt i samband med att vi utreder övriga villkor för rätten till sjukpenning i förebyggande syfte och beslutar om ersättningen. Skulle en prövning enligt 113 kap. 3 § SFB bli aktuell ska man komma ihåg att även ett ändringsbeslut omfattas av kommuniceringsreglerna.

Ett beslut om att godkänna en behandlingsplan inte är ett slutligt ställningstagande om rätten till sjukpenning i förebyggande syfte. Det framgår av domen HFD 2020 not. 14. Ett beslut om att helt godkänna en behandlingsplan kan därför inte överklagas.

31.3.1 Metodstöd – Kommunicering om att behandlingsplanen inte godkänns

Om du planerar att besluta om avslag gäller samma skyldighet att kommunicera som inför beslut om sjukpenning. Det betyder att det kan vara uppenbart obehövligt att kommunicera om alla underlag är tillförda av den försäkrade själv. Du behöver ta ställning till om det är uppenbart obehövligt att kommunicera uppgifter utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet.

Skyldigheten att underrätta den försäkrade om vilket beslut du planerar att fatta gäller inte, eftersom ett beslut om behandlingsplan är inte ett beslut om en förmån. Det spelar ingen roll om det är helt eller delvis avslag.

När den försäkrade ansökt om godkännande av behandlingsplan men inte lämnat in en behandlingsplan

Om den försäkrade inte har lämnat in någon behandlingsplan ska du kontakta hen på lämpligt sätt, dels för att ge hen möjlighet att lämna en behandlingsplan och dels för att informera om att ansökan kan komma att avvisas om hen inte gör det (se 110 kap. 11 § SFB).

Om det därefter fortfarande saknas uppgifter som du behöver för att pröva ärendet i sak, ska du ta ställning till om ärendet ska avvisas. Du gör ställningstagandet utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet. Möjligheten att avvisa ett ärende ska tillämpas med viss försiktighet och det är därför viktigt att den försäkrade får möjlighet att lämna en behandlingsplan och får information om vad som händer om hen inte gör det innan du fattar beslut om avvisning.

Läs mer
Läs mer om kommunicering inför beslut och om olika typer av beslut, till exempel avskrivning, i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken.*

31.4 Substansbruk

Vid rehabilitering på grund av substansbruk (tidigare benämnt missbruk) förekommer det ofta vård på behandlingshem. Flera behandlingsmetoder, som bland annat karaktäriseras av en klar struktur och väldefinierade åtgärder, har ansetts ha vetenskapligt gynnsamma effekter. Det finns flera behandlingsmetoder, exempelvis tolvstegsprogram och kognitiv beteendeterapi, som är upptagna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Dessa behandlingsmetoder utgör exempel på sådan behandling eller rehabilitering som kan ge rätt till sjukpenning i förebyggande syfte. En utredning och bedömning måste dock alltid göras i det enskilda fallet. Det avgörande är om den försäkrade har eller riskerar att få nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdomen och om den aktuella behandlingen i hens fall kan förväntas förebygga, förkorta eller häva arbetsoförmågan.

31.5 Sjukpenning i förebyggande syfte vid utredning beslutad av Försäkringskassan

Försäkringskassan kan under vissa omständigheter beställa en arbetsförmågeutredning (AFU) till en försäkrad. Syftet med en sådan utredning, enligt 110 kap. 14 § p. 4 SFB, kan vara att klargöra den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. En försäkrad som ska genomgå en AFU kan få sjukpenning i förebyggande syfte för den tid som hen behöver avstå från arbete.

Försäkringskassan har tagit fram ett rättsligt ställningstagande som klargör att vissa utredningar kan ses som medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som ger rätt till sjukpenning i förebyggande syfte. Det rättsliga ställningstagandet gäller förutsättningarna att betala ut sjukpenning i förebyggande syfte till en försäkrad som har partiell sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning och som på grund av en utredningsåtgärd behöver avstå från förvärvsarbete eller från att stå till arbetsmarknadens förfogande. Enligt ställningstagandet ska en försäkringsmedicinsk rådgivare ha bedömt att utredningen är nödvändig för att villkoret om att åtgärden ska ha ordinerats av läkare ska vara uppfyllt. (FKRS 2008:04)

Det är alltid handläggaren som beslutar att en utredning ska göras, efter att ha konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare och fått del av hens skriftliga yttrande.

Villkoret att behandlingen eller rehabiliteringen ingår i en plan som Försäkringskassan godkänt kan i ett sådant fall uppfyllas genom att Försäkringskassan dokumenterar planeringen av deltagandet i utredningen och hur utredningens resultat ska följas upp.

31.6 Ersättningsbar tid

27 kap. 7 § SFB
Om sjukpenning lämnas enligt 6 § ska arbetsförmågan anses nedsatt i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta.

Sjukpenning i förebyggande syfte kan beviljas med samma nivåer som sjukpenning i övrigt, det vill säga en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel förmån. Det innebär att en försäkrad kan få sjukpenning i förebyggande syfte om hen en viss dag måste avstå från sitt arbete minst en fjärdedel av arbetstiden på grund av behandlingen eller rehabiliteringen (prop. 1991/92:40 s. 34).

Sjukpenning i förebyggande syfte betalas alltså bara ut för den tid som behandlingen eller rehabiliteringen har hindrat den försäkrade från att förvärvsarbeta. Det är viktigt att komma ihåg att den försäkrade bara kan få ersättning för tid när hen *behöver avstå från arbete*.

Även den som är arbetslös kan få sjukpenning i förebyggande syfte. Det följer av att bestämmelserna i 27 kap. 6 och 7 §§ SFB inte undantar den som är arbetslös från rätten till ersättning, så länge som hen uppfyller övriga villkor för ersättningen. Den som är arbetslös kan bara få ersättning för tid när hen är förhindrad att söka arbete på grund av behandlingen eller rehabiliteringen. Det finns inte något krav på att hen ska ha gjort en inkomstförlust för att hen ska kunna få sjukpenning i förebyggande syfte (HFD 2019 ref. 41).

Om den försäkrade inte har behövt avstå från arbete, till exempel om behandlingen kan utföras på ledig tid, ska hen inte få ersättning. Därför betalas sjukpenning i förebyggande syfte inte ut för tid som den försäkrade har semester, eftersom hen då inte har behövt avstå från förvärvsarbete (KRNG 6791–12).

Den som behöver resa till och från behandlingen eller rehabiliteringen under arbetstid kan få ersättning även för restiden. Det följer av att arbetsförmågan ska anses nedsatt i den utsträckning behandlingen eller rehabiliteringen hindrar den försäkrade från att arbeta.

Om behandlingen eller rehabiliteringen kräver att den försäkrade avstår från arbete även före eller efter besöket på vård- eller rehabiliteringsenheten kan den tiden också räknas med. Det kan till exempel vara när en försäkrad har tillfälligt lågt blodtryck efter en dialysbehandling eller är tillfälligt illamående efter en cellgiftsbehandling. Sjukpenning i förebyggande syfte kan dock bara betalas ut för den aktuella behandlingsdagen. Om arbetsförmågan inte bara är nedsatt den aktuella behandlingsdagen kan den försäkrade i stället ha rätt till sjukpenning på grund av nedsatt arbetsförmåga (HFD 2019 ref. 42).

Om det krävs för behandlingen eller rehabiliteringen att den försäkrade vistas heltid på till exempel ett behandlingshem eller en rehabiliteringsklinik, och därför måste avstå helt från förvärvsarbete, kan sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut i samma omfattning som hen skulle ha arbetat.

31.6.1 Sjukpenning och sjukpenning i förebyggande syfte

I vissa fall kan en försäkrad få sjukpenning både för nedsatt arbetsförmåga och sjukpenning i förebyggande syfte under samma dag. En sådan situation kan till exempel uppstå om hen får partiell sjukpenning och samtidigt arbetar deltid.

Om Försäkringskassan beställer en AFU till en försäkrad som har partiell sjukpenning och hen behöver avstå från att arbeta under utredningstiden, så kan sjukpenning i förebyggande syfte betalas ut för den tiden. Detsamma gäller om en deltidssjukskriven är förhindrad från att arbeta för att delta i en behandling eller rehabilitering som ingår i en plan som Försäkringskassan har godkänt.

Eftersom sjukpenning endast ska täcka inkomstbortfallet är det viktigt att tänka på att den försäkrade inte ska överkompenseras. Om den försäkrade exempelvis får hel sjukpenning en viss dag så kan ytterligare sjukpenning i förebyggande syfte inte betalas ut för den dagen, eftersom det skulle innebära att den försäkrade får mer än hel sjukpenning. Det följer av 27 kap. 45 § SFB.

31.6.2 Dagar med sjukpenning i förebyggande syfte

Sjukpenning i förebyggande syfte omfattas av reglerna om tidsbegränsning av sjukpenning enligt 27 kap. 20–24 §§ SFB (läs om förmånstiden i kapitel 17).

31.7 Beslut om sjukpenning i förebyggande syfte

Det är viktigt att ett beslut om att bevilja sjukpenning i förebyggande syfte bara fattas för den tid där Försäkringskassan kan se att förutsättningarna för rätt till ersättningen är uppfyllda. Ett beslut om att bevilja ersättning ska alltså fattas för den tid som den försäkrade bedöms ha rätt till ersättning, och ansökan ska avslås för resterande tid.

31.7.1 Metodstöd – Handlägga ansökan om sjukpenning i förebyggande syfte

För att du ska kunna bevilja sjukpenning i förebyggande syfte behöver flera rekvisit vara uppfyllda:

- Den försäkrade ska behöva genomgå en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering.
- Behandlingen eller rehabiliteringen ska syfta till något av följande:
  - förebygga sjukdom
  - förkorta sjukdomstiden
  - helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.
- Behandlingen eller rehabiliteringen ska ha ordinerats av läkare och ingå i en plan som godkänns av Försäkringskassan.

I handläggningen är det viktigt att tänka på den försäkrades situation och vilken behandling eller rehabilitering som är ordinerad. Vid exempelvis substansbruks-problematik är den försäkrade i en särskilt sårbar situation, och våld kan vara ett inslag i vardagen. Det kan vara en impuls om att ställa frågor om erfarenheter av våld. Du kan läsa mer om det i 14.5

Vad ska ansökan om sjukpenning i förebyggande syfte innehålla?

När ansökan kommer in ska du kontrollera om den är komplett. Ansökan ska innehålla uppgifter om

- vilken period den försäkrade begär ersättning för
- vilka dagar och antal timmar hen har fått behandling
- hur många timmar hen skulle ha arbetat under dagarna med behandling
- i vilken omfattning hen begär ersättning
- inkomst och årsarbetstid samt kontouppgifter
- om hen kommer att begära ersättning för fler dagar.

Om ansökan inte är komplett behöver den kompletteras.

Bedöma rätten till sjukpenning i förebyggande syfte

Om den försäkrade inte har lämnat in en behandlingsplan kan Försäkringskassan inte pröva ärendet i sak. Ärendet ska därför i dessa situationer avvisas. Se avsnitt 31.3.1.

Om den försäkrade har lämnat in en behandlingsplan ska du bedöma om den försäkrade har rätt till ersättning. Hen ska ha genomgått den ordinerade medicinska behandlingen eller rehabiliteringen under arbetstid och därför behövt avstå från arbete eller arbetssökande minst en fjärdedel. Se mer om detta i avsnitt 31.6.

Om behandlingen har pågått ett visst antal timmar och minuter en dag ska du sätta denna tid i förhållande till hur många timmar och minuter som den försäkrade skulle ha arbetat den dagen samt stämma av det mot den försäkrades anspråk.

Om du efter utredningen bedömer att den försäkrade har rätt till ersättning ska du betala ut sjukpenning i förebyggande syfte. Utbetalningen och en journalanteckning som återger beslutets innebörd utgör i detta fall beslutet.

Om du i stället kommer fram till att den försäkrade inte har rätt till ersättning enligt anspråket ska du avslå ansökan helt eller delvis.

32 Sjukperiod för studerande enligt studiestödsförordningen

I det här kapitlet beskrivs de särskilda regler som gäller för studerande som inte kan studera på grund av sjukdom och som vill få en sjukperiod godkänd av Försäkringskassan för att få behålla sitt studiemedel, studiestartsstöd eller statliga utbildningsbidrag.

Stöd avseende studerande som ansöker om sjukpenning beskrivs i respektive kapitel för sjukpenning.

32.1 Sjukanmälan enligt studiestödsförordningen (2000:655)

Den som blir helt oförmögen att studera på grund av sjukdom ska anmäla det till Försäkringskassan:

3 kap. 28 § studiestödsförordningen
Om en studerande på grund av sjukdom blir helt oförmögen att bedriva sina studier ska han eller hon anmäla detta till Försäkringskassan.

Detta gäller också en studerande som blir till hälften oförmögen att bedriva sina heltidsstudier om det rör sig om ett sådant medicinskt väldokumenterat sjukdomstillstånd som avses i 26 § andra stycket 1 b.

Huvudregeln är att en studerandes sjukperiod endast godkännas för sju dagar tillbaka i tiden före anmälningsdagen. Försäkringskassan kan dock godkänna längre tid tillbaka om den studerande har varit förhindrad att anmäla eller om det finns något annat särskilt skäl till att godkänna sjukperioden för längre tid tillbaka än sju dagar (3 kap. 29–30 §§ studiestödsförordningen). Detta motsvarar reglerna om sjukanmälan för sjukpenning.

Den som studerar utomlands ska sjukanmäla sig till CSN (3 kap. 26 § studiestöds-förordningen).

32.2 Godkännande av sjukperiod

En studerande som är oförmögen att studera på grund av sjukdom kan i vissa fall få behålla sitt studiemedel eller studiestartsstöd under sjukperioden. Det är CSN som beslutar om hen får göra det. En förutsättning för det är att Försäkringskassan först godkänner sjukperioden.

Om den studerande studerar utomlands är det inte Försäkringskassan utan CSN som bedömer om sjukperioden ska godkännas.

Det finns en bestämmelse om vad som krävs för att Försäkringskassan ska godkänna sjukperioden:

3 kap. 29 andra stycket § studiestödsförordningen
Försäkringskassan ska godkänna sjukperioden om Försäkringskassan bedömer att en studerande på grund av sjukdom är

1. helt oförmögen att bedriva sina studier, eller

2. till hälften oförmögen att bedriva sina heltidsstudier och att det rör sig om ett sådant medicinskt väldokumenterat sjukdomstillstånd som avses i 26 § andra stycket 1 b.

Vad som anges i andra stycket gäller dock inte om något annat följer av 30 eller 31 §.

För att den studerande ska få sin sjukperiod godkänd krävs alltså dels att hen har en sjukdom, dels att hens studieförmåga är nedsatt till följd av sjukdomen. Läs mer om sjukdomsbegreppet i avsnitt 9.1.

Att den studerande har beviljats eller ansökt om studiemedel är inte ett villkor för att Försäkringskassan ska godkänna sjukperioden, även om det är för studerande med studiemedel som ett godkännande oftast får betydelse. Bedömningen av studieförmågans nedsättning ska göras i det enskilda fallet och mot de studier som den studerande bedriver.

Första punkten – helt oförmögen att bedriva sina studier
Försäkringskassan ska godkänna sjukperioden om den studerande oavbrutet har varit helt oförmögen att bedriva sina studier på grund av sjukdom:

3 kap. 26 § a

I 27–32 §§ finns bestämmelser om studiemedel vid sjukdom i vissa fall.

I nämnda paragrafer avses med

1. *sjukperiod*: tid då en studerande på grund av sjukdom oavbrutet har varit

    a. helt oförmögen att bedriva sina studier,

Andra punkten – till hälften oförmögen att bedriva sina heltidsstudier
Försäkringskassans ska godkänna sjukperioden om den studerande är till hälften oförmögen att bedriva sina studier på grund av en sjukdom som en period på tolv månader medför risk för en eller flera längre sjukperioder. Tillståndet ska vara medicinskt väldokumenterat. Detta motsvarar villkoren för särskilt högriskskydd. Se vägledning (2011:1) *Sjuklöneförmåner*, avsnitten som handlar om särskilt högriskskydd.

3 kap. 26 § b

I 27–32 §§ finns bestämmelser om studiemedel vid sjukdom i vissa fall.

I nämnda paragrafer avses med

1. *sjukperiod*: tid då en studerande på grund av sjukdom oavbrutet har varit

b. till hälften oförmögen att bedriva sina heltidsstudier och det rör sig om ett sådant medicinskt väldokumenterat sjukdomstillstånd som motsvarar villkoren för särskilt högriskskydd enligt 13 § första stycket 2 lagen (1991:1047) om sjuklön.

13 § första stycket 2 lagen (1991:1047) om sjuklön

(…) Ett sådant beslut får meddelas om den sökande har en sjukdom som under en tolvmånadersperiod

2. medför risk för en eller flera längre sjukperioder.

Försäkringskassans ska godkänna sjukperioden om den studerande är till hälften oförmögen att bedriva sina studier på grund av en sjukdom som under en period på tolv månader medför risk för en eller flera längre sjukperioder. Tillståndet ska vara medicinskt väldokumenterat. Läs mer om bedömningen enligt 13 § första stycket 2 lagen (1991:1047) om sjuklön i vägledning (2011:1) *Sjuklöneförmåner*, avsnitten som handlar om särskilt högriskskydd.

32.2.1 Metodstöd – Bedöma om den studerande är till hälften oförmögen att bedriva heltidsstudier

För en studerande som är halvt oförmögen att studera ska du först kontrollera om hen studerar på heltid. Utgå från ansökan eftersom den studerande ska ange omfattningen av studierna där. Under förutsättning att studierna är på heltid går du vidare och utreder studieförmågans nedsättning och vilka krav studierna ställer på den studerande.

Därefter bedömer du om den studerandes studieförmåga är nedsatt till hälften och om hen har en sjukdom som medför risk för en eller flera längre sjukperioder under en tolvmånadersperiod. Innan du har bedömt om studieförmågan är nedsatt eller inte finns det ingen anledning att ta ställning till om sjukdomen medför risk för en eller flera längre sjukperioder under en tolvmånadersperiod. Sjukperioden ska bara godkännas om det finns en risk för att den studerande kommer att ha en eller flera längre sjukperioder.

Till din hjälp för att avgöra om studieförmågan är nedsatt och om det finns risk för en eller flera längre sjukperioder har du i normalfallet uppgifterna i ansökan, ett läkarintyg och ett läkarutlåtande. Läkarutlåtandet ska du begära in om du saknar de uppgifter som du behöver för att bedöma om den studerande har en sjukdom som medför risk för en eller flera längre sjukperioder.

Slutligen beslutar du om sjukperioden kan godkännas eller inte.

32.2.2 Försäkringskassan får neka att godkänna sjukperioden för studerande

Det finns en bestämmelse om i vilka situationer Försäkringskassan får neka att godkänna sjukperioden:

3 kap. 30 § andra stycket studiestödsförordningen
Försäkringskassan *får* enligt 3 kap. 30 § studiestödsförordningen vägra att godkänna sjukperiod eller en del av den, om den studerande:

1. låter bli att, på begäran av Försäkringskassan, genom intyg av läkare styrka sjukdomen och hindret för studierna,
2. under en sjukperiod reser till utlandet utan medgivande av Försäkringskassan,
3. har ådragit sig sjukdomen vid uppsåtligt brott som den studerande har dömts för genom en dom som har vunnit laga kraft,
4. vägrar att genomgå undersökning av läkare eller låter bli att följa läkares föreskrift, eller
5. uppsåtligen eller av grov vårdslöshet lämnar oriktig eller vilseledande uppgift om förhållande som är av betydelse för tillämpningen av bestämmelserna om studiemedel för sjukperiod.

3 kap. 31 § studiestödsförordningen
När omständigheterna motiverar det får Försäkringskassan vägra att godkänna sjukperiod eller del av den också om den studerande

1. vägrar att ta emot besök av en person som har Försäkringskassans uppdrag att reda ut studieförmågan eller behovet av en rehabiliteringsåtgärd,
2. låter bli att meddela Försäkringskassan sin vistelseadress, när han eller hon under en sjukperiod vistas annat än tillfälligt på någon annan adress än den som angetts till Försäkringskassan.

Bestämmelserna handlar om när Försäkringskassan *får* vägra att godkänna sjukperioden. Bestämmelserna är alltså inte tvingande.

32.2.3 Metodstöd – Underrätta den studerande om beslutet

När du har fattat beslut om en sjukperiod behöver du underrätta den studerande om beslutet. Eftersom den studerande inte blir informerad om beslutet via Mina sidor eller via Försäkringskassans utbetalningsbesked bör det inte bedömas som uppenbart obehövligt att underrätta den studerande om beslutet.

Du behöver underrätta vid varje nytt beslut, och det gäller både de studerande som är halvt och de som är helt oförmögna att studera. Du kan skicka en skriftlig underrättelse eller lämna den muntligt. Det är oftast bra med en skriftlig underrättelse eftersom det är tydligast. Att vi ska underrätta enskilda om våra beslut framgår av 33 § FL. Läs mer om beslut i vägledning (2004:7) *Förvaltningsrätt i praktiken*.

32.3 Meddela CSN om sjukperioden

När Försäkringskassan har godkänt en sjukperiod ska vi lämna uppgift om godkänd sjukperiod till CSN:

6 kap. 13 § studiestödsförordningen
Försäkringskassan ska till Centrala studiestödsnämnden eller

Överklagandenämnden för studiestöd lämna uppgift bl.a. om sådan sjukperiod enligt 3 kap. 26 § som har godkänts av Försäkringskassan.

Första stycket gäller dock bara om uppgifterna har betydelse för tillämpningen av studiestödslagen (1999:1395) eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

CSN beslutar i sin tur om att den studerande uppfyller villkoren för att få behålla studiemedlet eller studiestartsstödet under sjukperioden.

32.4 Läkarintyg vid godkännande av sjukperiod

Den som studerar och vill få sjukperioden godkänd av Försäkringskassan ska lämna ett läkarintyg för att styrka att studieförmågan är nedsatt. I Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:13) om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet, m.m. finns bestämmelser om bland annat läkarintyg för studerande:

13 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13

När det gäller sjukperiod som anges i 12 § ska den studerande ge in ett läkarintyg till Försäkringskassan för att styrka nedsättning av studieförmåga på grund av sjukdom senast från och med den fjortonde dagen efter sjukanmälningsdagen.

Om sjukperioden börjar inom 20 dagar efter föregående sjukperiods slut ska dock läkarintyget ges in för att styrka nedsättning av studieförmåga senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen.

Bestämmelsen anger vad som gäller för läkarintyg vid godkännande av sjukperiod enligt 3 kap. 29–31 §§ studiestödsförordningen (2000:655). Den gäller alltså även för studerande som går kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer med en examen på forskarnivå (KPUFU).

Försäkringskassan kan i vissa fall begära att den studerande visar upp läkarintyg tidigare än från och med den fjortonde respektive sjunde dagen:

15 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13

Om särskilda omständigheter motiverar att kontroll utförs i ett pågående sjukdomsfall får Försäkringskassan ålägga den studerande att visa upp läkarintyg från och med en tidigare dag än som gäller enligt 13 §.

17 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13

Om sjukperiod för tid före sjukanmälan godkänns ska vid tillämpningen av 13 § sjukperiodens första dag anses som anmälningsdag.

När en sjukperiod godkänns för tid före sjukanmälan ska läkarintyget lämnas in senast 14 dagar efter sjukperiodens första dag.

32.4.1 Läkarintygsföreläggande vid godkännande av sjukperiod

I vissa fall kan Försäkringskassan kräva att den studerande visar läkarintyg redan från den första dagen i sjukperioden:

> **18 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13**
> I kontroll- eller rehabiliteringssyfte får Försäkringskassan ålägga den studerande att vid framtida sjukdomsfall visa upp läkarintyg från och med den första dagen i sjukperioden. Åläggandet får gälla under högst tolv månader.

Ett läkarintygsföreläggande för studerande kan alltså bara gälla för framtida sjukdomsfall.

Det finns bestämmelser som innebär att läkarintyg i vissa fall inte alls behöver lämnas:

> **19 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13**
>
> Sjukperiod får godkännas utan hinder av att den studerande inte kunnat förete läkarintyg eller läkarutlåtande om det ändå av omständigheterna i ärendet kan anses visat att den studerande på grund av sjukdom varit helt oförmögen att bedriva sina studier.

32.5 Åtgärder för att förkorta sjukdomstiden vid godkännande av sjukperiod

När en sjukperiod har pågått i 90 dagar, ska Försäkringskassan undersöka om något kan göras för att förkorta sjukdomstiden eller på annat sätt öka eller återställa den studerandes studieförmåga:

> **3 kap. 32 § första stycket studiestödsförordningen**
>
> Om sjukperioden för en studerande som har beviljats studiemedel enligt 28 § uppgår till 90 dagar, eller om det finns något annat särskilt skäl, ska Försäkringskassan undersöka om det finns skäl att vidta någon åtgärd för att förkorta sjukdomstiden eller på något annat sätt helt eller delvis återställa studieförmågan.
>
> Om Försäkringskassan bedömer att en åtgärd som avses i första stycket behövs, ska den underrätta den studerande om det och se till att åtgärden vidtas. Om den studerande vägrar att underkasta sig åtgärden kan Försäkringskassan besluta att inte godkänna den del av sjukperioden som infaller efter att den studerande fått underrättelse om Försäkringskassans beslut. I underrättelsen ska den studerande informeras om att ett sådant beslut kan meddelas.

När en sådan åtgärd behövs ska Försäkringskassan meddela den studerande och säkerställa att åtgärden genomförs.

Om den studerande vägrar att medverka i åtgärder för att förkorta sjukdomstiden eller på annat sätt öka eller återställa sin studieförmåga, kan Försäkringskassan besluta att inte godkänna en del av sjukperioden som infaller efter att den studerande fått

underrättelse om den beslutade åtgärden. Av underrättelsen av beslut måste det framgå att sjukperioden kan komma att förkortas om den studerande inte medverkar.

Bestämmelsen ska tillämpas restriktivt. Praxis avseende 110 kap. 57 § SFB kan ge viss vägledning i bedömningen. Läs mer i avsnitt 28.4.

32.6 Utredningsbefogenheter vid godkännande av sjukperiod

Försäkringskassans har vissa utredningsbefogenheter vid godkännande av sjukperiod:

16 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter (1998:13)
Om det behövs för godkännande av sjukperiod får Försäkringskassan

1. infordra ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig

2. göra förfrågan hos den studerande, läkare eller någon annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter

3. besöka den studerande.

32.7 Sjukperiod för studerande vid kompletterande pedagogisk utbildning för personer med forskarexamen

En studerande som går kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer med en examen på forskarnivå (KPUFU) och får statligt utbildningsbidrag, kan få behålla sitt statliga utbildningsbidrag när hen inte kan studera på grund av sjukdom.

Bestämmelserna om sjukanmälan och godkännande av sjukperiod i 3 kap. 26 och 28–32 §§ studiestödsförordningen ska alltså tillämpas även för dessa studerande (10 § förordningen [2016:706] om utbildningsbidrag för kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå). Det krävs alltså att den studerande sjukanmäler sig till Försäkringskassan och att Försäkringskassan godkänner sjukperioden.

För att sjukperioden ska kunna godkännas krävs att den studerande vid KPUFU är *helt oförmögen* att studera på grund av sjukdom och att hen blivit det efter att utbildningen påbörjades (9 och 10 §§ förordningen [2016:706] om utbildningsbidrag för kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå).

Universitetet eller högskolan beslutar därefter om den studerande ska få behålla utbildningsbidraget under sjukperioden (2, 9 och 10 §§ förordningen [2016:706] om utbildningsbidrag för kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå). Förordningen trädde i kraft den 15 juli 2016 och gäller till och med den 31 december 2026.

33 Samarbete vid arbetsskada samt utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning

I det här kapitlet finns ett metodstöd som är ett komplement till riktlinjerna (2006:06) *Samarbete vid arbetsskada.* Här kan du också läsa om Försäkringskassans möjlighet att initiera ett utbyte från sjukpenning eller rehabiliteringspenning till sjukersättning eller aktivitetsersättning.

33.1 Samarbete vid arbetsskada

I handläggningen av sjukpenning ingår att informera försäkrade som kan ha rätt till ersättning från arbetsskadeförsäkringen i form av livränta eller sjukpenning alternativt rehabiliteringspenning. Det ingår också att informera försäkrade som kan ha rätt till sjukpenning enligt det statliga personskadeskyddet.

När kan det vara aktuellt med livränta?

Livränta kan vara aktuellt både för försäkrade som kan komma att vara sjukskrivna under minst ett år och för dem som på grund av en sjukdom eller skada byter arbete eller arbetsuppgifter och därför får lägre inkomster. En försäkrad kan alltså ha rätt till livränta, även när hen inte längre kan få sjukpenning på grund av att arbetsförmågan inte bedöms vara nedsatt i normalt förekommande arbeten.

När kan det vara aktuellt med sjukpenning från arbetsskadeförsäkringen?

Sjukpenning eller rehabiliteringspenning från arbetsskadeförsäkringen kan vara aktuellt för försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga på grund av en arbetsskada, men som inte kan få ersättning från den vanliga sjukförsäkringen eftersom de inte är försäkrade för dessa förmåner.

När kan det vara aktuellt med sjukpenning enligt det statliga personskadeskyddet?

Sjukpenning enligt det statliga personskadeskyddet kan vara aktuellt för försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga men som inte är försäkrade för sjukpenning enligt 6 kap. 6 § 3 p. SFB. Skadan eller sjukdomen måste omfattas av det statliga personskadeskyddet.

Det statliga personskadeskyddet omfattar bland annat

- den som genomgår en militär utbildning inom försvarsmakten som rekryt eller tjänstgör som frivillig inom totalförsvaret
- den som är häktad, intagen för vård i kriminalvårdsanstalt eller i ett hem som avses i LVU och i LVM
- den som har samhällstjänst eller ungdomstjänst eller intensivövervakas med elektronisk kontroll.

Läs mer

Du kan läsa mer om livränta och sjukpenning från arbetsskadeförsäkringen i vägledning (2003:4) *Förmåner vid arbetsskada* och mer om det statliga personskadeskyddet i vägledning (2004:6) *Statligt personskadeskydd.*

33.2 Metodstöd – Informera om möjligheten att ansöka om livränta

Detta metodstöd är ett komplement till riktlinjerna (2006:06) *Samarbete vid arbetsskada.*

Om det finns indikationer på att den försäkrades sjukdom eller skada är en arbetsskada ska du fråga den försäkrade om detta så tidigt som möjligt i ärendet, till exempel i samband med att du utreder förutsättningarna för återgång i arbetet. Ställ frågan även om du vet att den försäkrade redan får livränta, eftersom livräntan kan vara beviljad för en annan skada. Hen kan också vilja ansöka om högre livränta för samma skada.

Om den försäkrade svarar ja på frågan och anser att sjukdomen eller skadan orsakats av hens arbete, tar du ställning till om villkoren för att få livränta kan vara uppfyllda. Det vill säga om den försäkrade kan antas göra en inkomstförlust på grund av att hen inte kan återgå i sitt ordinarie arbete eller i ordinarie arbetsomfattning inom ett år.

Nedanstående talar för att villkoret kan vara uppfyllt:

Läkaren anger i läkarintyget att

- den försäkrade inte kommer att kunna återgå i nuvarande sysselsättning i samma omfattning som tidigare
- det inte går att bedöma om den försäkrade kommer att kunna återgå i nuvarande sysselsättning i samma omfattning som tidigare
- den försäkrade kommer att kunna återgå i nuvarande sysselsättning i samma omfattning som tidigare, men det finns uppgifter i ärendet som tyder på att det kommer ta mer än ett år.

Den försäkrade

- kan inte klara sitt vanliga arbete men har inte längre rätt till sjukpenning därför att hen bedöms klara ett annat arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden
- ska omplaceras eller byta arbete på grund av skadan eller sjukdomen
- ska påbörja arbetslivsinriktad rehabilitering för att kunna ta ett annat arbete
- kan ha rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning.

Om du kommer fram till att uppgifterna i ärendet talar för att villkoret kan vara uppfyllt ska du informera den försäkrade muntligt om möjligheten att ansöka om livränta.

33.3 När den försäkrade kan ha rätt till sjukpenning eller rehabiliteringspenning från arbetsskadeförsäkringen

Arbetsskadeförsäkringen täcker upp för dem som har nedsatt arbetsförmåga på grund av en arbetsskada, men trots det inte kan få sjukpenning eller rehabiliteringspenning från sjukförsäkringen.

Det gäller dem som

- har arbetat i Sverige men är inte är försäkrade för sjukpenning vid den tidpunkt när de gör anspråk på sjuk- eller rehabiliteringspenning
- har skadat sig eller blivit sjuka under deltagande i en utbildning med yrkesinslag
- har skadat sig eller blivit sjuka under deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program.

De som omfattas av punkt två och tre kan få sjukpenning eller rehabiliteringspenning från arbetsskadeförsäkringen trots att de saknar en SGI. För de som utbildar sig eller deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program krävs också att det gått 180 dagar sedan sjukdomen visade sig eller skadan inträffade.

33.4 Metodstöd – När den försäkrade inte har rätt till sjukpenning men kan ha rätt till ersättning från arbetsskadeförsäkringen

Om den försäkrade tillhör någon av dessa grupper, och du bedömer att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller skada, frågar du om hen anser att sjukdomen eller skadan beror på en arbetsskada i samband med att du kommunicerar om avslagsbeslutet. Ställ frågan muntligt.

Begär serviceprövning

Om den försäkrade anser att sjukdomen eller skadan beror på en arbetsskada ska du begära en serviceprövning. Se vidare i riktlinjerna (2006:06) *Samarbete vid arbetsskada*.

Samordna rehabiliteringsinsatser för försäkrade med livränta

Samordningsuppdraget ser likadant ut för försäkrade med livränta som för övriga försäkrade. Det är du som ansvarar för att samordna rehabiliteringsinsatser för försäkrade med livränta. När det är eller kan bli aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering för en försäkrad med livränta får du en impuls från en arbetsskadehandläggare.

Samordning av rehabiliteringsinsatser för försäkrade med livränta ska handläggas i ett SJP_UTM. Ärendet ska hållas öppet så länge det finns en pågående livränta, även om du bedömer att den försäkrade av medicinska skäl inte kan börja arbetslivsinriktad rehabilitering eller måste avbryta en redan påbörjad rehabilitering.

Om du kommer fram till att det inte är aktuellt att påbörja eller lägga en planering för arbetslivsinriktad rehabilitering ska du

- bedöma vilket datum du tror att det kan vara aktuellt att på nytt ta ställning till om den försäkrade behöver arbetslivsinriktad rehabilitering.
- lägga en bevakning i ärendet på det datumet.

Om du bedömer att det är aktuellt att planera för och påbörja en arbetslivsinriktad rehabilitering fortsätter du handläggningen genom att samordna arbetslivsinriktade åtgärder. Läs vidare i 4.1 och 14.4.

33.5 Metodstöd – Identifiera ärenden där det kan vara aktuellt att byta sjukpenning eller rehabiliteringsersättning mot sjukersättning eller aktivitetsersättning

Försäkringskassan kan bevilja sjukersättning eller aktivitetsersättning till en försäkrad som har sjukpenning eller rehabiliteringspenning utan att den försäkrade har ansökt om det. Det framgår av 36 kap. 25 § SFB.

Som handläggare för sjukpenning och rehabilitering ansvarar du för att identifiera de ärenden där det kan vara aktuellt att utreda förutsättningarna för att bevilja sjukersättning eller aktivitetsersättning utan ansökan. Här kallar vi det för ett *utbyte,*

eftersom man ska pröva om sjukpenningen kan bytas ut till sjukersättning eller aktivitetsersättning.

I det här avsnittet beskrivs

- vem som ansvarar för vad vid ett utbyte
- hur du identifierar ett ärende

Eftersom det är flera olika yrkesroller som är ansvariga för utredning och beslut om sjukersättning och aktivitetsersättning, skriver vi här *den som handlägger sjukersättning eller aktivitetsersättning* i stället för att ange den specifika yrkesrollen.

Läs mer
Läs mer om utbyte i vägledning (2013:1) *Sjukersättning* och vägledning (2013:2) *Aktivitetsersättning*.

Vem ansvarar för vad vid ett utbyte?

Som handläggare för sjukpenning ansvarar du för att identifiera de ärenden som *kan* vara aktuella för utbyte. Den som handlägger sjukersättning eller aktivitetsersättning ansvarar för att ta ställning till om det är aktuellt att utreda förutsättningarna för att byta ut sjukpenningen. Ställning tas därmed inte till om förutsättningarna för att byta ut sjukpenningen är uppfyllda eller inte. Om det är aktuellt kommer den som handlägger sjukersättning eller aktivitetsersättning att göra det som eventuellt kvarstår av utredningen.

Identifiera aktuella ärenden

Att identifiera ärenden där det kan vara aktuellt att utreda förutsättningarna för att bevilja sjukersättning eller aktivitetsersättning görs inte vid någon fast tidpunkt utan kan ske när som helst, även tidigt i sjukfallet.

För att kunna identifiera dessa ärenden behöver du ha en väl underbyggd utredning. Det är en förutsättning för att du ska kunna ta ställning till om det finns några rehabiliteringsmöjligheter eller någon prognos för när den försäkrade kan få tillbaka sin arbetsförmåga. Läs mer om utredningsansvar i avsnitt 2.1.

33.6 Metodstöd – Förutsättningar för att lämna impuls om utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning

Här beskrivs översiktligt de regelverk du behöver känna till när du tar ställning till om det finns förutsättningar för att lämna impuls om utbyte, vilka uppgifter du behöver hämta in och hur du bedömer rehabiliteringsmöjligheterna.

Villkoren för sjukersättning och aktivitetsersättning skiljer sig åt, och därför behöver olika förutsättningar vara uppfyllda för att du ska kunna lämna impuls om utbyte till sjukersättning respektive aktivitetsersättning.

Du behöver säkerställa att din utredning är tillräcklig innan du kan lämna impuls om utbyte. Om något är oklart i din utredning, exempelvis att du inte fått kompletterande information som du behöver för att kunna klarlägga om rehabilitering kan förbättra arbetsförmågan, ska du inte lämna impuls om utbyte. Du behöver då i stället fortsätta din utredning, det vill säga försöka klarlägga den omständigheten.

Om förutsättningar som beskrivs nedan är uppfyllda ska du lämna en impuls om utbyte. Villkoren för att ha rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning är fler än

förutsättningarna för att lämna impuls om utbyte. Du ska inte bedöma om den försäkrade uppfyller villkoren för att beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning. Det gör i stället den som är ansvarig för handläggningen av sjukersättning eller aktivitetsersättning i samband med att du lämnar en impuls.

Läs mer
Du kan läsa mer om sjukersättning i vägledning (2013:1) *Sjukersättning* och om aktivitetsersättning i vägledning (2013:2) *Aktivitetsersättning*.

Om rehabilitering pågår eller planeras

Som handläggare av sjukpenning ansvarar du löpande för att se till att den försäkrades behov av rehabilitering blir klarlagt och för att samordna de insatser som hen behöver för att få tillbaka sin arbetsförmåga. Rehabilitering kan handla om arbetsträning, arbetsförberedande insatser eller planerade medicinska åtgärder som gör att den försäkrade antingen kan få tillbaka eller öka arbetsförmågan.

När den försäkrade behöver, eller deltar i, medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering finns vanligtvis inga förutsättningar att lämna impuls om att utreda ett utbyte. Men om du under rehabiliteringens gång bedömer att åtgärderna inte kommer förbättra arbetsförmågan kan du lämna impuls om utbyte. Det finns nämligen inte något krav på att rehabiliteringen ska ha slutförts. För att kunna göra en sådan bedömning ska din utredning tydligt visa att de pågående eller planerade åtgärderna inte kommer att förbättra den försäkrades förutsättningar att få tillbaka sin arbetsförmåga.

Utbyte till aktivitetsersättning för den som är mellan 19 och 29 år

En försäkrad kan få aktivitetsersättning från och med juli det år då hen fyller 19 år och längst till och med månaden före den månad då hen fyller 30 år.

Du ska lämna impuls om utbyte till aktivitetsersättning om den försäkrade är mellan 19 och 29 år och du bedömer att

- arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel mot ett normalt förekommande arbete på grund av sjukdom
- arbetsförmågan inte kan förbättras med medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering *inom ett år*, och det gäller även i anpassade arbeten och subventionerade anställningar.

Det är även möjligt för personer som är mellan 19 och 29 år att beviljas hel sjukersättning. Men eftersom det är ovanligt när personen har sjukpenning beskrivs inte den situationen i det här metodstödet.

Utbyte till sjukersättning för den som är 30 år eller äldre och inte omfattas av äldrereglerna för sjukersättning

En försäkrad kan få sjukersättning från och med den månad hen fyller 30 år (undantagsvis även mellan 19 och 29 år, men det är ovanligt när den försäkrade har sjukpenning) och längst till och med månaden före den månad då hen uppnår riktåldern för pension.

Den övre åldersgränsen för sjukersättning har varierat, läs mer om åldersgränserna och vad som kan vara aktuellt i det enskilda fallet i vägledning (2013:1) *Sjukersättning*.

För den som är över 30 år och inte omfattas av äldrereglerna för sjukersättning ska du lämna impuls om utbyte till sjukersättning om du bedömer att

- arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel mot ett normalt förekommande arbete på grund av sjukdom
- arbetsförmågan inte kan förbättras med medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering, och det gäller även anpassade arbeten och subventionerade anställningar.

33.6.1 Metodstöd – Utbyte till sjukersättning för den som omfattas av äldrereglerna för sjukersättning

Förutsättningar för att lämna impuls om utbyte för försäkrade som omfattas av äldrereglerna för sjukersättning

Inom sjukersättning finns särskilda regler för personer som är äldre, de så kallade äldrereglerna för sjukersättning. För personer som omfattas av dessa regler behöver du utreda och bedöma rehabiliteringsmöjligheterna mot en snävare arbetsmarknad än för personer som inte omfattas av äldrereglerna för sjukersättning.

För en försäkrad som omfattas av äldrereglerna för sjukersättning ska du lämna impuls om utbyte om

- den försäkrade har sjukpenning, sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning eller rehabiliteringspenning i särskilda fall
- du bedömer att hens arbetsförmåga inte kan förbättras med medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering i ett sådant arbete som den försäkrade har erfarenhet av de senaste 15 åren, eller i annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Förutsättningar för att omfattas av äldrereglerna för sjukersättning

Först ska du bedöma om den försäkrade omfattas av äldrereglerna för sjukersättning. För att omfattas av äldrereglerna ska två kriterier vara uppfyllda: ålder och erfarenhet av arbete. Det framgår av 33 kap. 10 § a § första stycket SFB.

Ålder

Det första villkoret som måste vara uppfyllt är att den försäkrade ska ha högst fem år kvar till åldern när hen inte längre kan få sjukersättning. Det betyder att en försäkrad kan få sin rätt till sjukersättning prövad enligt äldrereglerna från och med månaden före den månad när hen fyller 62 år. För vissa försäkrade gäller andra åldersgränser, läs mer i vägledning (2013:1).

Erfarenhet av arbete

Det andra kriteriet som måste vara uppfyllt är att den försäkrade ska har erfarenhet av sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detta gäller både försäkrade som för tillfället är arbetslösa och försäkrade som har arbete.

Arbete som den försäkrade har erfarenhet av omfattar samtliga normalt förekommande arbeten som den försäkrade har haft någon gång under de senaste 15 åren. Det kan vara heltidsarbete, deltidsarbete, anställning eller egen verksamhet. Det går inte att precisera närmare hur lång tid ett arbete ska ha pågått för att den försäkrade ska anses ha erfarenhet av det, utan det måste bedömas med hänsyn till omständigheterna i varje enskilt fall.

Tidsperioden om 15 år räknas bakåt från den månad då du börjar utreda om den försäkrade har erfarenhet av normalt förekommande arbete. Om en sådan utredning inte leder till ett utbyte och du påbörjar en ny utredning vid ett senare tillfälle, räknas femtonårsperioden bakåt från och med detta senare tillfälle.

När du utreder om den försäkrade har erfarenhet av normalt förekommande arbete de senaste 15 åren kan du hämta in information från den försäkrade eller andra.

Du behöver uppgifter om

- vilket arbete eller vilka arbeten den försäkrade haft
- arbetsgivarens eller arbetsgivarnas namn
- den försäkrades anställningsform och vad arbetsuppgifterna innebär (för att kunna ta ställning till om det rör sig om ett normalt förekommande arbete)
- hur länge den försäkrade arbetade inom respektive arbete.

Annat lämpligt arbete som är tillgängligt

Om den försäkrade omfattas av äldrereglerna för sjukersättning behöver du också utreda om det finns något annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Skälet till det är att arbetsförmågan för den som omfattas av äldrereglerna för sjukersättning bedöms mot sådant normalt förekommande arbete som hen har erfarenhet av eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för hen. Det framgår av 33 kap. 10 a § första stycket 2 SFB.

Annat lämpligt arbete syftar bland annat på olika typer av subventionerade anställningar, som till exempel anställningar med lönebidrag, arbeten på Samhall eller andra skyddade eller särskilt anpassade arbeten.

Att ett arbete är tillgängligt för den försäkrade innebär antingen att den försäkrade redan har ett arbete eller att det finns ett konkret erbjudande om ett lämpligt arbete antingen hos arbetsgivaren eller hos en annan arbetsgivare. En situation där arbete kan anses vara tillgängligt kan uppstå exempelvis om en försäkrad har erbjudits en anställning inom Samhall.

Läs mer

Läs mer om de särskilda reglerna om sjukersättning till äldre i vägledning (2013:1) *Sjukersättning.*

33.7 Rehabiliteringspenning i särskilda fall och sjukersättning eller livränta

Om en försäkrad har partiell sjukersättning kan rehabiliteringspenning i särskilda fall betalas ut som en kompletterande förmån enligt 31 a kap. 10 § SFB.

Om en försäkrad får livränta enligt 41 eller 43 kap. SFB, minskas rehabiliteringspenning i särskilda fall per dag enligt vad som framgår av 31 a kap. 11 § SFB.

34 Vissa situationer när sjukpenning inte ska betalas ut

I det här kapitlet beskrivs några av de gemensamma regler i 106 och 107 kap. SFB som gäller för alla förmåner inom socialförsäkringen. Kapitlet fokuserar på de bestämmelser som reglerar under vilka förhållanden sjukpenning inte betalas ut, exempelvis under militärtjänstgöring, vid frihetsberövande eller när någon är omhändertagen på det allmännas bekostnad. Vidare behandlas situationer där sjukpenning kan minskas eller dras in om sjukdom eller skada är en följd av brott.

Läs mer

Bestämmelserna beskrivs i vägledning (2005:1) *Utbetalning av förmåner, bidrag och ersättningar*. Där kan du läsa om när sjukpenning ska betalas ut med lägre belopp, till exempel på grund av avdrag för vissa vårdkostnader eller på grund av att sjukpenningen ska samordnas med ersättning som redan betalats ut. Där beskrivs också vad som gäller för utbetalning av sjukpenning vid utmätning, pantsättning, överlåtelse av fordran och preskription. Där beskrivs också vad som gäller när det finns en begäran från socialnämnden enligt 107 kap. 5 § SFB.

I det här kapitlet beskrivs vad som gäller specifikt för sjukpenning och rehabilitering. Bestämmelserna i 106 kap 12–14 §§ SFB är även tillämpbara för rehabiliteringspenning, vilket framgår av 106 kap. 15 § SFB. Bestämmelserna gäller även för sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall (jfr prop. 2011/12:1, utgiftsområde 10, s. 65).

34.1 Sjukpenning betalas inte ut under militärtjänstgöring, frihetsberövande med mera

I 106 kap. 12 § SFB beskrivs fyra situationer när sjukpenning och rehabiliteringspenning inte betalas ut:

106 kap. 12 § SFB

Sjukpenning lämnas inte för tid när den försäkrade

1. fullgör någon annan tjänstgöring enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt än grundutbildning som är längre än 60 dagar,

2. är intagen i sådant hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga med stöd av 3 § samma lag,

3. är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt, eller

4. i annat fall än som anges i 2 eller 3 av någon annan orsak än sjukdom tagits om hand på det allmännas bekostnad.

Gemensamt för punkt 2 till 4 är att den försäkrade inte kan arbeta på grund av att hen vistas på institution av andra skäl än sjukdom. Den försäkrade är alltså förhindrad att arbeta på grund av institutionsvistelsen som sådan.

Punkt 1 – militär utbildning och tjänstgöring

Sjukpenning betalas inte ut under tid då en försäkrad fullgör tjänstgöring enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt. Om den försäkrade går en grundutbildning som är

längre än 60 dagar gäller dock inte bestämmelsen. Sjukpenning kan alltså betalas ut för sådan tid. Om sjukpenning ska betalas ut under en sådan längre grundutbildning ska den beräknas utifrån den försäkrades inkomst och arbetstid under tiden för grundutbildningen (26 kap. 20 § SFB).

Punkt 2 – intagen i hem för vård av unga

Sjukpenning betalas inte ut under tid då en försäkrad är intagen i ett så kallat *§ 12-hem* enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Det gäller dock endast då beslutet om intagning har fattats utifrån 3 § LVU. Den paragrafen handlar om situationer då den försäkrade missbrukar, begår brott eller har ett socialt nedbrytande beteende.

Punkt 3 – häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt

Sjukpenning betalas inte ut under tid då en försäkrad är häktad eller intagen på kriminalvårdsanstalt. Det gäller dock inte när den försäkrade får vistas utanför anstalten för att arbeta:

> **106 kap. 14 § SFB**
> Utan hinder av bestämmelserna i 12 § lämnas sjukpenning till försäkrad som avses under 3 i den paragrafen vid sjukdom som inträffar när han eller hon får vistas utom anstalt och bereds tillfälle att förvärvsarbeta.

Den som genomgår rättspsykiatrisk vård anses inte vara intagen i en kriminalvårdsanstalt. Däremot anses den försäkrade formellt vara häktad fram till dess att domen vinner laga kraft, även om hen innan dess vistas på psykiatrisk klinik (jfr. prop. 1981/82:72 s. 36). Det betyder med andra ord att den försäkrade inte har rätt till sjukpenning under den period hen är häktad, i enlighet med punkt 3. Du kan läsa mer om vad som gäller för rätt till sjukpenning vid rättspsykiatrisk vård i situationer där hen inte är häktad under punkt 4 nedan.

Punkt 4 – annat omhändertagande som inte beror på sjukdom

Begreppet ”omhändertagen på det allmännas bekostnad” syftar på en situation där en person tas om hand i en institution, anstalt eller annan vård- eller förvaringsform som finansieras av staten eller en offentlig myndighet. En försäkrad som tagits om hand på det allmännas bekostnad av någon annan anledning än sjukdom kan inte få sjukpenning.

För att sjukpenning ska kunna betalas ut när den försäkrade är omhändertagen på det allmännas bekostnad, måste grunden till omhändertagandet bero på sjukdom. Exempel på en sådan situation är ett omhändertagande enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Kammarrätten har slagit fast att en försäkrad som vårdas för sitt missbruk enligt LVM har tagits om hand på det allmännas bekostnad på grund av sjukdom. Domstolen fann därför att personen kunde få sjukpenning.

Den som dömts till *sluten* rättspsykiatrisk vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) har inte rätt till sjukpenning. Det beror på att hen är omhändertagen på grund av ett brott, och inte i första hand på grund av sjukdom. Under tiden personen vistas på rättspsykiatrisk avdelning är det alltså inte sjukdom i första hand som hindrar hen från att arbeta, utan institutionsvistelsen som sådan.

Den som dömts till *öppen* rättspsykiatrisk tvångsvård vistas däremot inte på institution, och är alltså inte omhändertagen av det allmänna på samma sätt som personer med sluten vård. Personer med öppen rättspsykiatrisk tvångsvård kan därför ha rätt till sjukpenning.

34.2 Den som avtjänar straff utanför kriminalvården

Det finns flera former av påföljder där den försäkrade inte är intagen på kriminalvårdsanstalt. Det gäller under tid när hen är dömd till villkorlig dom, skyddstillsyn, kontraktsvård, ”elektronisk fotboja” (lag [1994:451] om intensivövervakning med elektronisk kontroll) eller i vissa fall under vårdvistelse enligt fängelselagen (2010:610) när den försäkrade arbetar under sådan tid. I dessa situationer kan sjukpenning beviljas om den försäkrade uppfyller villkoren för att ha rätt till sjukpenning.

En försäkrad som avtjänar sitt straff genom ”elektronisk fotboja” (lag [1994:451] om intensivövervakning med elektronisk kontroll) kan få sjukpenning, om hen uppfyller villkoren för att ha rätt till sjukpenning.

En försäkrad som har dömts till samhällstjänst är inte heller intagen i kriminalvårdsanstalt. En försäkrad som inte kan arbeta på grund av sjukdom kan alltså få sjukpenning trots att hen utför samhällstjänst. Men förmågan att utföra uppgifter inom ramen för samhällstjänsten kan påverka bedömningen av arbetsförmågan.

34.2.1 Den som olovligen avviker, har permission, häktas i sin utevaro eller inte inställer sig till fängelsestraff eller sluten ungdomsvård

Som huvudregel gäller bestämmelserna i 106 kap. SFB även för

- den som är häktad, intagen i fängelse eller omhändertagen på det allmännas bekostnad och som olovligen har lämnat sin placering exempelvis genom att rymma (106 kap. 3 § första stycket SFB)
- den som är häktad, intagen i fängelse eller omhändertagen på det allmännas bekostnad och som har permission (106 kap. 3 § andra stycket SFB)
- den som är häktad i sin utevaro (106 kap. 3 a § SFB)
- den som är dömd till fängelse men som inte har inställt sig den dag som straffet ska verkställas (106 kap. 3 b § SFB)
- den som är dömd till sluten ungdomsvård men som inte har inställt sig den dag som påföljden ska verkställas (106 kap. 3 c § SFB).

106 kap. 3 a–c §§ SFB trädde i kraft den 1 juli 2025. Bestämmelserna får bara användas för förmåner som gäller tid från och med den 1 juli 2025. Det framgår av övergångsbestämmelserna (SFS 2025:611).

Läs mer
Läs mer 106 kap. SFB och institutionsvistelse i vägledningen (2005:1) *Utbetalning av förmåner, bidrag och ersättningar.*

34.3 Sjukdom eller skada till följd av brott

Försäkringskassan får dra in eller minska sjukpenningen om den försäkrade har fått sin sjukdom eller skada till följd av ett brott som hen har begått. Samma sak gäller för

rehabiliteringsersättning, sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall.

107 kap. 6 § SFB
Ersättning på grund av sjukdom eller skada som betalas ut av Försäkringskassan får dras in eller sättas ned, om den som är berättigad till ersättningen har ådragit sig sjukdomen eller skadan vid uppsåtligt brott som han eller hon har dömts för genom dom som har vunnit laga kraft.

Det krävs alltså att brottet är uppsåtligt (dvs. att gärningspersonen medvetet och avsiktligt begått en handling som är olaglig) och att domen har vunnit laga kraft för att Försäkringskassan ska kunna besluta att inte betala ut sjukpenning eller att betala ut sjukpenning i lägre omfattning.

Eftersom det står i bestämmelsen att Försäkringskassan ”får” fatta ett sådant beslut kan Försäkringskassan välja att betala ut sjukpenning trots att den försäkrade ådragit sig sjukdomen eller skadan genom brott. Det finns alltså utrymme att väga in vad som är skäligt i det enskilda fallet (prop. 1946:312 s. 231 och SOU 1944:15 s. 317).

35 Sjömän

I det här kapitlet beskrivs de särskilda regler som gäller för sjömän i vissa situationer. I de situationer då det inte finns särskilda regler gäller samma som för försäkrade som inte är sjömän.

I flera av bestämmelserna används begreppet ”inre fart”. I 27 kap. 28 a § SFB står det att begreppet har samma betydelse som i inkomstskattelagen (1999:1229) IL. Enligt IL är inre fart ”inom landet till övervägande del, i hamnar eller på floder, kanaler, insjöar, inomskärs vid kusterna eller i Kalmarsund” (jfr. 64 kap. 6 § IL).

35.1 Bestämmelsen om sjukperiod för sjömän

En sjöman på ett fartyg som inte uteslutande går i inre fart behåller sin lön så länge hen är ombord. Det gäller även om hen inte kan arbeta på grund av sjukdom eller skada jfr. 34 § sjömanslagen (1973:282). Det finns särskilda regler om sjukperiod för sjömän:

27 kap. 26 § SFB
Som sjukperiod anses tid då en försäkrad

1. i oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 2 §,

2. har rätt till sjukpenning enligt 6 §,

3. har rätt till rehabiliteringsersättning enligt 31 kap. 2 och 3 §§, eller

4. får sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall enligt 112 kap. 2 a §.

Om rätt till sjukpenning för den försäkrade uppkommer i omedelbar anslutning till en period med lön enligt 34 § sjömanslagen (1973:282), en sjuklöneperiod enligt lagen (1991:1047) om sjuklön eller en period när en arbetsgivare för sjömän som avses i sjömanslagen har betalat ut lön vid sjukdom med stöd av sådant kollektivavtal som avses i 56 §, ska sjukperioden enligt denna lag anses omfatta också sådana perioder.

I andra stycket finns de särskilda regler som gäller när sjömän får ersättning enligt sjömanslagen, sjuklön enligt sjuklönelagen (1991:1047) eller ersättning enligt kollektivavtal. I annat fall gäller 27 kap. 26 § p. 1–4 SFB, vilka beskrivs närmare i kapitel 8.

De särskilda reglerna i 27 kap. 26 § 2 st. SFB säger att om en sjöman får rätt till sjukpenning i omedelbar anslutning till något av följande:

- en period med lön enligt 34 § sjömanslagen
- en period när en arbetsgivare för sjömän som avses i sjömanslagen har betalat ut lön vid sjukdom med stöd av sådant kollektivavtal som avses i 56 § så ingår även den perioden i sjukperioden.

35.2 De första 13 dagarna för sjömän

Om en sjöman får sjukpenning i direkt anslutning till en sådan sjukperiod som beskrivs ovan, ska sjuklöneperioden alltid räknas som 13 ersättningsdagar. Det gäller även om sjömannen faktiskt har fått fler eller färre dagar med sjuklön. Detta för att bespara Försäkringskassan den administration som hade krävts för att utreda det faktiska antalet ersatta dagar med sjuklön i en sjuklöneperiod (prop. 2007/08:136 s. 80). De dagar som

sjömannen får ersättning från arbetsgivaren räknas som dagar med sjukpenning på normalnivå. Det framgår av 27 kap. 22 § andra stycket SFB.

35.3 Karensavdrag för sjömän

Ett karensavdrag ska inte göras för sjömän som har rätt till sjuklön och är ombord på ett fartyg som inte uteslutande går i inre fart. Det framgår av 27 kap. 28 a § SFB. Deras arbetsgivare ska alltså betala sjuklön från första dagen i sjukperioden (15 § andra stycket sjuklönelagen).

Om en sjöman däremot inte har rätt till sjuklön eller blir sjuk på ett fartyg som går i inre fart, gäller samma karensbestämmelser som för övriga anställda.

35.4 Arbetsgivarinträde

En arbetsgivare för sjömän som betalar ut lön till en sjöman har i vissa fall rätt till hens sjukpenning enligt 27 kap. 56 § SFB. Detta kallas arbetsgivarinträde och innebär att

- arbetsgivaren betalar ut lön under tiden en anställd är sjuk
- Försäkringskassan betalar ut den anställdes sjukpenning till arbetsgivaren.

En arbetsgivare för sjömän och en central arbetstagarorganisation kan komma överens i ett kollektivavtal om att arbetsgivaren ska betala ut lön till de anställda även efter sjuklöneperioden enligt sjuklönelagen. Det innebär att arbetsgivaren tar över sjömännens rätt till sjukpenning för den period som lön under sjukdom har betalats ut enligt kollektivavtalet. (27 kap. 56 § SFB).

En arbetsgivare får tillämpa en överenskommelse om arbetsgivarinträde också för sjömän som inte omfattas av kollektivavtal (27 kap. 57 § SFB). Även i detta fall tar arbetsgivaren över sjömannens rätt till sjukpenning för den tid som lön under sjukdom betalas ut.

En förutsättning för att arbetsgivaren ska kunna ta över sjömannens rätt till sjukpenning är att sjömannen faktiskt bedöms ha rätt till sjukpenning. Läs mer om detta under avsnitt 35.5.1.

35.5 Arbetsgivarinträde under tid med rehabiliteringspenning

För rehabiliteringspenning gäller samma bestämmelser om arbetsgivarinträde och inträde av staten i vissa fall som för sjukpenning:

31 kap. 13 § SFB
Bestämmelserna om arbetsgivarinträde och inträde av staten i vissa fall i 27 kap. 56–58 och 60 §§ ska tillämpas även när det gäller rehabiliteringspenning.

Bestämmelsen innebär att en arbetsgivare som med stöd av ett centralt kollektivavtal har betalat ut lön till en anställd under arbetslivsinriktad rehabilitering kan ha rätt att få den anställdes rehabiliteringspenning utbetalad till sig.

35.5.1 Metodstöd – Hantera arbetsgivarinträde för sjömän

Hanteringen vid arbetsgivarinträde skiljer sig åt från vanliga sjukpenningärenden genom att det, förutom den försäkrade, även är arbetsgivaren som ansöker om att få den försäkrades ersättning under den aktuella perioden.

Hantera en impuls om arbetsgivarinträde

Du kan få impuls om att ärendet gäller ett arbetsgivarinträde i två situationer:

- När den försäkrade ansöker om sjukpenning och det framkommer att hen har en arbetsgivare som enligt kollektivavtal kan ha rätt att få hens sjukpenning.
- När det kommer in en ansökan om att få den anställdes sjukpenning, så kallad regress, från den försäkrades arbetsgivare.

För att kunna ersätta arbetsgivaren behöver du alltid få en ansökan om regress för tiden för arbetsgivarinträdet. Därför ska du kontakta arbetsgivaren för att få en ansökan från dem om en sjöman har lämnat in en ansökan om sjukpenning för tid då arbetsgivaren betalat sjuklön.

Principen är att det krävs både en ansökan från den försäkrade och en ansökan från arbetsgivaren för att du ska kunna besluta att arbetsgivaren ska få rätt till sjömannens sjukpenning.

Om en sjöman har varit sjuk ombord och arbetsgivaren har betalat ut lön enligt 27 kap. 56 § SFB andra meningen, så har arbetsgivaren alltid rätt till ersättning. Om sjömannen inte varit ombord alla dagar i sjukfallet ska du utreda om den försäkrade har rätt till sjukpenning och i så fall för vilka dagar och på vilken nivå. Utredningen omfattar, precis som i alla andra sjukpenningärenden, om hen är försäkrad och om hen har någon SGI. Däremot är inte storleken på SGI:n viktig för den vars hela SGI omfattas av arbetsgivarinträde, eftersom ”regressersättningen” beräknas på ett annat sätt än utifrån SGI.

Du kan behöva utreda hur den försäkrade skulle ha arbetat de första 14 dagarna i sjukperioden (om den perioden inte sammanfaller med sjuklöneperioden) eftersom man bara har rätt till sjukpenning för de dagar man skulle ha arbetat under de första 14 dagarna.

35.6 Så beräknas sjukpenning i samband med arbetsgivarinträde för sjömän

Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om ersättning som en arbetsgivare för sjömän har rätt till vid arbetsgivarinträde (27 kap. 61 § SFB). Sådana föreskrifter finns i 1 § förordningen (1982:842) om vissa sjukförsäkringsersättningar för sjömän:

1 § förordningen (1982:842) om vissa sjukförsäkringsersättningar för sjömän

Den ersättning som en arbetsgivare för sjömän enligt 27 kap. 56–59 §§ social-försäkringsbalken har rätt till och som avser kostnader som han eller hon har haft enligt sjömanslagen (1973:282) eller enligt kollektivavtal för en anställd till följd av dennes sjukdom eller skada, ska utges med viss procent av dessa kostnader. Ersättningen ska beräknas på den lön arbetsgivaren betalat till den anställde under sjukdomstiden och de kostnader som arbetsgivaren haft för fri kost och logi för den anställde under denna tid. Ersättningen ska utges för varje dag som arbetsgivaren betalat sådan lön eller haft sådana kostnader. Vid beräkning av ersättningen ska dock bortses från lön och kostnader som för dag räknat tillsammans överstiger sju och en halv gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, delat med 365.

Under den tid för vilken en anställd har lön eller annan ersättning enligt sjömans-lagen ska ersättning till arbetsgivaren enligt första stycket lämnas med 30 procent

av den lön och de kostnader som avser de första 14 dagarna i en sjukperiod och 90 procent av den lön och de kostnader som avser tiden därefter.

Under den tid för vilken en anställd har lön eller annan ersättning enligt ett sådant kollektivavtal som avses i 27 kap. 56 § socialförsäkringsbalken ska ersättning enligt första stycket lämnas med 80 procent av lönen och kostnaderna. Därvid ska 27 kap. 59 § socialförsäkringsbalken tillämpas på motsvarande sätt.

När den sjukpenning som en sjöman har rätt till ska betalas ut till hens arbetsgivare i samband med arbetsgivarinträde baseras ersättningsbeloppet alltså inte på SGI:n, utan på de kostnader för lön samt fri kost och logi som arbetsgivaren har haft. Om en sjöman har flera anställningar som omfattas av arbetsgivarinträde beräknas ersättningen för varje arbetsgivare för sig.

Om den försäkrade har flera arbetsgivare och bara den ena omfattas av arbetsgivarinträde, kan det bli aktuellt att betala ut ersättning både till en arbetsgivare och till den försäkrade. Arbetsgivarens ersättning beräknas då utifrån kostnaderna för lön samt fri kost och logi, medan den försäkrades ersättning beräknas utifrån en så kallad delad SGI. Läs mer om delad SGI vid sjuklön i avsnitt 18.2.

35.6.1 Metodstöd – Bedöma och beräkna sjukpenning i samband med arbetsgivarinträde för sjömän

Dokumentera i journalen om sjömannen har nedsatt arbetsförmåga och om hen har rätt till ersättning och i så fall under vilka perioder samt i vilken omfattning. Du ska även dokumentera om hen har fått lön under sjukdom och om det skett med stöd av ett kollektivavtal.

Dokumentera om arbetsgivaren har lämnat in en ansökan om att få ersättning. Du ska också bedöma arbetsgivarens rätt till ersättning eller om arbetsgivaren med stöd av kollektivavtalet har rätt att få sjömannens sjukpenning. Dessa uppgifter ska du dokumentera i journalen.

Ersättningen till arbetsgivaren beräknas först då perioden om arbetsgivarinträde är över eller när sjömannen inte längre ska få sjukpenning. För information om hur du beräknar ersättningen vid arbetsgivarinträde, se avsnitt 35.6.

Om du ska verkställa ett beslut som är i enlighet med arbetsgivarens anspråk beräknar våra IT-system arbetsgivarens ersättning i ett särskilt IT-system ”SJÖLOK”. Skicka sedan iväg utbetalningen till VS Ekonomi och skicka ett beslut till arbetsgivaren.

36 Utlandsvistelse och internationell rätt

I det här kapitlet beskrivs de bestämmelser som gäller för försäkrade som ska resa utomlands eller är utomlands. Kapitlet behandlar även de specifika regler för hur dessa förmåner administreras mellan länder när den försäkrade ska resa eller befinner sig utanför Sverige. Vidare beskrivs även hur internationella avtal och samordning mellan länder, särskilt inom Norden, påverkar handläggningen av arbetslivsinriktad rehabilitering och sjukpenning under utlandsvistelse. I kapitlet behandlas även hur konsulärt ekonomiskt bistånd från svenska ambassader eller konsulat kan påverka rätten till sjukpenning.

36.1 Förmåner vid utlandsvistelse

I detta avsnitt beskrivs vad som gäller vid utlandsvistelse för sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall.

Huvudregeln – den försäkrade ska befinna sig i Sverige

Huvudregeln är att den som får förmåner vid sjukdom och rehabilitering ska befinna sig i Sverige för att ha rätt till förmånerna. Orsaken är att det är svårt att utreda ärenden och utöva en effektiv kontroll när den försäkrade är utomlands (prop. 1983/84:40, bilaga 3, s. 17 och prop. 1998/99:119 s. 149).

Undantaget – Försäkringskassan kan ge medgivande vid resa

Försäkringskassan kan under vissa förutsättningar ge ett medgivande till att den försäkrade kan få eller får behålla ersättning även under en utlandsvistelse. Om medgivande inte ges kan den försäkrade inte få eller få behålla ersättning, om hen reser utomlands.

Det finns en bestämmelse som beskriver i vilka situationer man kan få sjukpenning och rehabiliteringspenning när man är utomlands:

6 kap. 15 § SFB

För tid då en försäkrad vistas utomlands kan förmåner vid sjukdom, graviditet, tillfällig vård av barn och rehabilitering enligt 6 § 1–4 lämnas endast

- om ett ersättningsfall inträffar utomlands medan den försäkrade där utför sådant arbete som ska anses som arbete i Sverige, eller
- om Försäkringskassan medger att den försäkrade reser till utlandet.

Det finns en annan bestämmelse om vad som gäller för sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall:

5 kap. 13 § SFB

För tid då en försäkrad inte vistas i ett land som ingår i Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz kan förmåner som grundas på bosättning lämnas endast i de fall som avses i 14 och 15 §§.

5 kap. 14 § SFB
Förmåner får lämnas om utlandsvistelsen kan antas vara längst sex månader. […] Sjukpenning i särskilda fall enligt 9 § 6 och rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt 9 § 7 får för tid då en försäkrad vistas utomlands lämnas endast om Försäkringskassan medger att den försäkrade reser till utlandet […].

För dessa förmåner finns också ett undantag från kravet på medgivande för statsanställda som är stationerade utomlands och deras familjemedlemmar i 5 kap. 15 § SFB.

Läs mer
I vägledning (2017:1) *Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal* kan du läsa mer om vad som gäller när den som får en förmån ska vistas utomlands. Där kan du också läsa mer om första punkten i 6 kap. 15 § SFB.

Kravet på medgivande gäller vid resor över ett dygn utanför EU/EES, Schweiz eller Storbritannien. Att det inte behövs ett medgivande för resor inom EU/EES, Schweiz och Storbritannien följer av den exportabilitetsprincip som gäller enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 samt av handels- och samarbetsavtalet mellan EU och Förenade kungariket och protokollet om samordning av de sociala trygghetssystemen.

I avsnitt 3.12.1 kan du läsa mer om att den försäkrade kan vara skyldig enligt 110 kap. 46 och 49 §§ SFB att anmäla utlandsvistelse och vistelseadress.

Vad innebär ett medgivande?

Ett beslut om att ge medgivande vid utlandsvistelse betyder inte att vi har beviljat ansökan om sjukpenning, utan endast att vi har tagit ställning till om den försäkrade kan få eller får behålla eventuell ersättning under resan.

Försäkringskassan behöver inte ha beviljat någon ersättning för att vi ska kunna lämna ett medgivande till utlandsvistelse.

Om vi ger medgivande utan att ha beviljat någon ersättning först, så innebär medgivandet att vi kan bevilja ersättning interimistiskt eller slutligt vid ett senare tillfälle för perioden för utlandsresan.

Om vi har beviljat ersättning interimistiskt när vi ger medgivande så innebär medgivandet att den försäkrade får behålla ersättningen om hen reser utomlands i enlighet med medgivandet. Vi kan också bevilja ersättning slutligt vid ett senare tillfälle, för perioden för utlandsresan.

Om vi har beviljat ersättning slutligt när vi ger medgivande så innebär medgivandet att den försäkrade får behålla ersättningen om hen reser utomlands i enlighet med medgivandet.

Förutsättningar för att ge medgivande

Försäkringskassan kan ge medgivande till att den försäkrade får sjukpenning vid utlandsvistelse i två olika situationer.

Den första situationen då vi kan ge medgivande är under förutsättning att

- den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom
- utlandsvistelsen inte bedöms försvåra den försäkrades tillfrisknande eller rehabilitering.

Den andra situationen då vi kan ge medgivande är om vi bedömer att arbetsförmågan *inte* är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom men vi inte har fattat ett avslagsbeslut ännu. Anledningen är att vi har tillräcklig utredning för att bedöma rätten till ersättning, och därför finns inget hinder mot att ge medgivande.

Försäkringskassan ska göra en bedömning

För att kunna ta ställning till ansökan om medgivande behöver vi bedöma

- hur sjukdomen inverkar på den försäkrades arbetsförmåga
- om utlandsvistelsen på något sätt försvårar tillfrisknandet eller möjligheterna till rehabilitering (prop. 1983/84:40, bilaga 3, s. 16–17).

För att kunna göra den bedömningen behöver vi ett underlag. Underlaget ska bevisa att förutsättningarna är uppfyllda för hela den period som den försäkrade vill ha medgivande för. I normalfallet är underlaget ett läkarintyg. Oavsett vilket underlag som finns måste vi bedöma om underlaget är tillräckligt för att göra en bedömning för hela perioden.

Den bedömning vi ska göra innebär att vi ska granska de underlag som finns och bedöma om resan och utlandsvistelsen kan påverka den försäkrades hälsotillstånd eller rehabiliteringsmöjligheter negativt. Det innebär att vi måste titta på sjukdomen och de besvär den försäkrade lider av. Vi ska sedan sätta dem i relation till vad den planerade resan och utlandsvistelsen kommer innebära och om dessa kan ha en negativ inverkan på den försäkrades tillfrisknande och rehabilitering. Vid bedömningen är det de medicinska underlagen som är mest relevanta, även om vi också kan ta hänsyn till andra underlag.

Det är den försäkrade som har bevisbördan och som alltså ska göra sannolikt att förutsättningarna för att beviljas ett medgivande vid utlandsvistelse är uppfyllda och att resan inte kommer försvåra tillfrisknandet eller inverka negativt på möjligheterna till rehabilitering.

Medgivandets längd

Bestämmelserna säger inte något om för hur lång tid vi kan ge ett medgivande. Omständigheterna i ärendet kommer dock att påverka möjligheterna att göra en bedömning över en längre period. Det gäller exempelvis vilken sjukdom den försäkrade har, inplanerad rehabilitering eller andra insatser som kräver att hen medverkar på plats. Ibland kan vi inte göra en bedömning över en längre period eftersom det är svårt att förutse hur sjukdomen kommer att utvecklas och vilken eventuell rehabilitering som kan krävas. Det kan medföra att det blir avslag för en del av perioden som den försäkrade vill ha medgivande för, trots att det finns läkarintyg för hela perioden som hen vill resa utomlands. Läs mer i avsnitt 36.1.2. hur vi praktiskt hanterar ansökan.

Tidpunkter för ansökan

Ansökan ska göras i god tid före avresan

Ansökan om medgivande ska vara gjord i så god tid som möjligt, normalt minst en vecka före avresan. Det är för att vi ska ha möjlighet att göra den bedömning som krävs. I brådskande fall kan vi ge medgivande med kortare varsel, under förutsättning att vi kan göra en tillräcklig utredning (prop. 1983/84:40, bilaga 3, s. 17).

Vad som är god tid beror på ärendets beskaffenhet. Faktorer som sjukdomsbildens komplexitet, rehabilitering och vilken typ av resa det gäller kan inverka på hur lång tid som krävs för att utreda ärendet. Ofta är det lättare att ta ställning till en veckas charterresa än en resa som varar flera månader. Den som inte ansöker i tillräckligt god tid för att ärendet ska hinna utredas före avresa gör det på egen risk.

Om ansökan om medgivande görs i god tid före avresan men vi inte hinner ta ställning till ansökan före avresan, ska detta inte drabba den försäkrade negativt. Det ska alltså inte påverka bedömningen av om den försäkrade ska få medgivande eller inte om hen har ansökt i god tid före avresan men rest utomlands utan beslut.

Om ansökan inte görs i god tid före avresan, eller om den görs efter avresan

Om ansökan inte görs i god tid före avresan kan vi ge medgivande om vi ändå hinner göra en tillräcklig utredning före avresan (prop. 1983/84:40, bilaga 3, s. 17). Om vi inte hinner göra en tillräcklig utredning får vi hantera situationen på samma sätt som om ansökan görs efter avresan.

Om den försäkrade ansöker om medgivande efter att hen lämnat landet, är det bara i speciella situationer som Försäkringskassan kan ge ett medgivande. Det ska handla om en händelse av en viss angelägenhetsgrad som motiverar en omedelbar avresa. Det kan till exempel vara en nära anhörigs plötsliga sjukdom eller död.

Om den försäkrade själv blir sjuk precis innan hen ska åka på en vanlig semesterresa, och därför inte hinner ansöka innan hen lämnar landet, är det inte en sådan speciell situation som gör att vi kan ge medgivande trots att ansökan gjordes efter avresan.

36.1.1 Metodstöd – Om ansökan inte görs i god tid före avresan, eller om den görs efter avresan

Om den försäkrade reser utomlands utan att ha begärt medgivande i god tid och du inte hinner göra en tillräcklig utredning före avresan eller om den försäkrade ansöker om medgivande först efter avresan, ska du bedöma om det är en sådan speciell situation som kan motivera en omedelbar avresa.

Om du kommer fram till att det är en sådan speciell situation, ska du därefter bedöma om du kan bevilja ansökan, det vill säga om förutsättningarna för medgivande är uppfyllda. Om du däremot bedömer att det inte var en sådan speciell situation som motiverade en omedelbar avresa ska du ge avslag på ansökan om medgivande.

Inget krav att beslut måste fattas före avresan

Det finns inget krav på att Försäkringskassan måste ha fattat beslut om medgivande innan den försäkrade lämnat landet för att ansökan om medgivande ska kunna beviljas. Den som lämnat in ansökan om utlandsvistelse kan alltså resa utomlands innan hen får svar på sin ansökan utan att det per automatik innebär att ansökan avslås. Hen reser däremot på egen risk, vilket innebär att om Försäkringskassan inte ger sitt medgivande kommer den försäkrade inte få sjukpenning under perioden när hen är utomlands.

Ansökan om förlängning eller utökad omfattning från utlandet

Det händer att en försäkrad först beviljas medgivande och sedan, från utlandet, ansöker om att förlänga sjukpenningen eller öka omfattningen, och även ansöker om att öka medgivandet på samma sätt. I den situationen är huvudregeln att Försäkringskassan inte kan bevilja ansökan om medgivande, eftersom utgångspunkten är att den försäkrade ska göra ansökan i god tid innan avresa.

Det kan dock finnas ett visst utrymme att göra undantag i ärenden med speciella omständigheter. Kammarrätten i Stockholm har i ett fall förlängt ett medgivande vid utlandsvistelse när den försäkrade var utomlands (Kammarrätten i Stockholm dom 2024-01-02 i mål nr 5036-23). Den försäkrade hade en svår kronisk sjukdom och väntade på en operationstid i utlandet. På grund av sjukdomen var det svårt för den försäkrade att resa tillbaka till Sverige för att ansöka om medgivande på nytt och det var uppenbart att det inte fanns något behov av ytterligare medicinsk utredning.

36.1.2 Metodstöd – Handlägga medgivande till sjukpenning under utlandsvistelse

Metodstödet beskriver hur du handlägger en begäran om medgivande att få behålla sjukpenning under vistelse i ett land som inte är ett EU/EES-land, Schweiz eller Storbritannien.

Om du får information om att en försäkrad planerar att resa till ett land som inte är ett EU/EES-land, Schweiz eller Storbritannien under en pågående period med beviljad sjukpenning ska du

- förvissa dig om att hen vet att det krävs ett medgivande från Försäkringskassan för att få behålla sjukpenningen och att hen måste ansöka om det
- börja utredningen på en gång, så att den försäkrade hinner få besked innan resan. Du behöver inte vänta tills det kommer in en skriftlig eller muntlig begäran.

Ansökan

En ansökan om medgivande kan göras muntligt eller skriftligt. Eftersom ansökan ska göras i god tid innan avresan bör dock den försäkrade normalt kunna lämna in den skriftligt. I brådskande fall kan det dock vara nödvändigt med en muntlig ansökan.

Det finns inget krav på att använda Försäkringskassans e-tjänst eller blankett för ansökan. Den försäkrade kan begära medgivande genom ett vanligt brev. Oavsett om ansökan görs muntligt eller skriftligt ska den innehålla följande uppgifter:

- fullständig adress under utlandsvistelsen
- anledning till resan
- datum för avresa till utlandet
- datum för återkomst till Sverige.

När ansökan är muntlig ska alla uppgifter dokumenteras i ärendets journal. Komplettering av uppgifter som saknas kan göras muntligt eller skriftligt, och även då ska muntliga uppgifter dokumenteras i journalen.

Ansökan under sjuklöneperioden

Om en försäkrad planerar att resa utomlands under sjuklöneperioden kan det hända att du får en ansökan om medgivande innan sjukanmälan har kommit in. Då gäller samma förfarande som om personen har ansökt om sjukpenning. Den enda skillnaden är att

sjukanmälan saknas. Det är i sig inget skäl till att inte handlägga ansökan om medgivande.

Förutom att utreda om den försäkrade ska få ett medgivande om att få behålla eventuell sjukpenning under utlandsvistelsen skickar du informationsbrevet om hur man ansöker om sjukpenning.

Hantera ansökan

Ansökan ska hanteras skyndsamt och följas av ett beslut. I beslutet ska du antingen bevilja eller avslå ansökan. Även avskrivning kan bli aktuellt, om den försäkrade tar tillbaka sin ansökan om medgivande.

Ta ställning till hela perioden som ansökan gäller i beslutet. Det kan resultera i att du ger ett medgivande för en del av perioden och avslag på resterande del, till exempel på grund av att du saknar läkarintyg för hela perioden och du därför inte kan göra den bedömning som krävs.

Om den försäkrade ansöker på nytt efter att du beslutat om avslag, och omprövning har skett eller tiden för omprövning redan har passerat, så ska du överväga om den nya ansökan ska avvisas.

Besluta och informera den försäkrade

Det är viktigt att den försäkrade får tydlig information om vad det innebär att Försäkringskassan ger eller inte ger medgivande vid utlandsvistelse.

Om du beviljar medgivande

Det finns inget krav på att ett medgivande om att få eller få behålla sjukpenning under utlandsvistelse måste vara skriftligt. Men om det finns möjlighet att lämna det skriftligt är det att föredra, eftersom det då blir klart och tydligt för den försäkrade under vilken period medgivandet gäller.

I brådskande fall kan det räcka med ett muntligt medgivande. När du lämnar ett muntligt medgivande är det viktigt att du dokumenterar vilken information den försäkrade har fått och under vilken period medgivandet gäller.

Om du ger medgivande vid utlandsvistelsen och den försäkrade ännu inte beviljats sjukpenning, eller endast beviljats sjukpenning interimistiskt, ska du informera hen om att medgivandet inte innebär att ansökan om sjukpenning har beviljats eller kommer att beviljas slutligt.

Om du avslår ansökan om medgivande

Om du inte ger ett medgivande ska du skicka ett skriftligt beslut till den försäkrade.

Informera då om att hen inte kommer att få sjukpenning under tiden för utlandsvistelsen om hen reser utan ett medgivande. Läs mer i vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken* om skyldigheten att kommunicera innan beslut och vilka undantag som finns från den skyldigheten.

Om den försäkrade har fått avslag på ansökan om sjukpenning

Om den försäkrade ansöker om medgivande vid utlandsvistelse efter att ha fått avslag på sin ansökan om sjukpenning, ska du informera om att det inte krävs något medgivande. Det beror på att det inte finns någon sjukpenning att få eller behålla.

36.1.3 Rest utomlands utan medgivande

Om den försäkrade har rest utomlands utan att ha ansökt om medgivande, eller efter att ha fått avslag på sin ansökan om medgivande, ska vi fatta beslut om hur detta påverkar hens rätt till ersättning. Ett sådant beslut skiljer sig därmed från ett beslut om att bevilja eller avslå medgivande vid utlandsvistelse. Lagstödet är dock fortfarande 6 kap. 15 § eller 5 kap. 13–14 §§ SFB, precis som när vi tar ställning till ansökan om medgivande vid utlandsvistelse.

Om den försäkrade är beviljad sjukpenning (interimistiskt eller slutligt) och reser utomlands utan medgivande, ska Försäkringskassan besluta att hen inte har rätt till sjukpenning under utlandsvistelsen. Det är Försäkringskassan som har bevisbördan och som alltså ska bevisa att den försäkrade har rest utomlands utan medgivande. Under utredningstiden kan det bli aktuellt att hålla inne en redan beviljad ersättning interimistiskt med stöd av 112 kap. 3 § SFB.

Om vi kan bevisa att den försäkrade rest utomlands utan ett medgivande, ska vi besluta att hen inte rätt till sjukpenning från och med avresedagen till och med dagen hen är tillbaka i Sverige (RAR 2002:5). Om sjukpenning för perioden redan har betalats ut ska vi starta en återkravsutredning.

Läs mer
I vägledning (2004:07) *Förvaltningsrätt i praktiken* kan du läsa mer om skyldigheten att kommunicera innan beslut och vilka undantag som finns från den skyldigheten.

Rest utomlands utan medgivande och utan beviljad sjukpenning
Om den försäkrade ansökt om sjukpenning men ännu inte beviljats det, finns det ingen ersättning att ta ställning till inför avresan. Om hen inte har någon beviljad ersättning och reser utomlands utan medgivande behöver vi därmed inte ta ställning till hur utlandsresan påverkar rätten till ersättning direkt i anslutning till avresan. Bedömningen av hur resan påverkar rätten till ersättning kan vi i stället göra när vi fattar beslut vid ett senare tillfälle:

- om vi tar ställning till interimistisk sjukpenning ska vi besluta att den försäkrade inte får interimistisk sjukpenning under perioden för utlandsvistelsen
- om vi beslutar om ansökan ska vi avslå ansökan under perioden för utlandsvistelsen.

Om vi fattar ett avslagsbeslut för att den försäkrade har rest utomlands utan medgivande, behöver vi inte utreda om hen uppfyllde förutsättningarna i 27 kap. SFB om rätt till sjukpenning under perioden när hen var utomlands.

36.2 Inträde av staten efter konsulärt bistånd

En försäkrad som blir sjuk utomlands kan få ekonomiskt stöd, så kallat konsulärt ekonomiskt bistånd, från utrikesförvaltningen (dvs. exempelvis svenska bestickningar eller karriärkonsulat). Om konsulärt ekonomiskt bistånd har betalats ut till den försäkrade kan förvaltningen ha rätt till den försäkrades sjukpenning. Detta gäller dock bara om sjukpenningen är lägre än det stöd som betalats ut (27 kap. 60 § SFB).

36.3 Rehabilitering av personer som är bosatta och arbetar i olika länder

Försäkringskassan har ingått bilaterala överenskommelser med Finland, Island, Danmark och Norge om hur man ska hantera rehabiliteringsärenden i gränsöverskridande situationer, det vill säga för personer som bor i ett nordiskt land och arbetar i ett annat. Överenskommelserna trädde i kraft den 1 januari 2015 och grundas på Nordiska konventionen om social trygghet, som är ett komplement till EU-förordningarna 883/2004 (EG) och 987/2009 (EG). Den 1 maj 2015 utökades konventionens tillämpningsområde till att även gälla Färöarna och Grönland. Syftet med dessa överenskommelser är att underlätta handläggningen när en person som bor i ett nordiskt land och arbetar i ett annat blir sjukskriven och behöver arbetslivsinriktad rehabilitering.

Överenskommelserna finns publicerade på Försäkringskassans intranät och webbplats.

36.3.1 Metodstöd – De administrativa rutinerna om arbetslivsinriktad rehabilitering inom Norden

Detta metodstöd beskriver handläggningen när en begäran om samordning av rehabilitering kommer från eller skickas till ett annat nordiskt land.

Överenskommelserna består av dels en gemensam del som beskriver de bestämmelser som ligger till grund för dem, dels av en del med administrativa rutiner som beskriver ansvarsfördelning och praktisk arbetsgång. Överenskommelserna innehåller även en förteckning över bilagor med fördjupad information om ländernas regler inom området samt länkar till relevanta webbsidor.

Överenskommelserna finns under fliken Rehabilitering inom Norden under Sjukpenning och samordning på Försäkringskassans intranät.

Överenskommelserna grundas på Nordiska konventionen som finns att läsa under rubriken Norden på sidan för Internationella avtal på Försäkringskassans intranät.

Arbetar i ett nordiskt land och är bosatt i Sverige

Det land där den försäkrade arbetar (arbetslandet) är behörig stat med ansvar för utbetalning och administration av sjukpenning och rehabiliteringspenning eller motsvarande ersättning i det aktuella landet.

Handläggningen i Sverige

Arbetslandet ska skickablanketten *Begäran om samarbete för arbetslivsinriktad rehabilitering inom Norden* (6433), eller motsvarande blankett för respektive nordiskt land till Försäkringskassan tillsammans med de underlag som överenskommelsen beskriver. När du tagit emot detta skickar du blanketten *Kvittens på mottagen begäran* (6434), eller motsvarande blankett för respektive nordiskt land, till handläggaren i arbetslandet. Kvittensblanketten är en bekräftelse på att du tagit emot en begäran om samarbete. Den ska skickas inom en vecka från det att du tagit emot begäran.

Om det saknas underlag eller information kan du redan i samband med att du skickar blanketten ta kontakt och förklara vad som saknas för att du ska kunna planera och handlägga ärendet vidare och hur det andra landet kan hjälpa dig med det.

Begäran ska innehålla förslag på åtgärder, men det är arbetslandet som godkänner dem.

Vid behov hämtar du in den fördjupade informationen, exempelvis genom ett särskilt läkarutlåtande, som du behöver för att kunna handlägga ärendet och som det andra landet inte kan ge dig.

När rehabiliteringen kan genomföras och åtgärderna godkänns av arbetslandet

Du hämtar in en ansökan om rehabilitering från den försäkrade. Sedan utreder du ärendet som vanligt i enlighet med svensk lagstiftning, exempelvis genom en gemensam kartläggning.

När du kommit fram till vilka rehabiliteringsåtgärder som kan erbjudas meddelar du detta till handläggaren i arbetslandet. Bifoga ”Plan för återgång i arbete” med mål, delmål och uppföljningstidpunkter. Planen ska godkännas av handläggaren i arbetslandet och fungerar sedan som en aktivitetsplan. Du kan bevilja särskilt bidrag, som räknas som en vårdförmån, för exempelvis resor till och från rehabiliteringsplatsen om de bedöms som en förutsättning för att rehabiliteringen ska kunna genomföras. Det kan också bli aktuellt att bevilja bidrag till arbetshjälpmedel som behövs under rehabiliteringen. Läs om reglerna för bidrag till arbetshjälpmedel i vägledning (2009:1) *Bidrag till arbetshjälpmedel*.

Kom överens med handläggaren i det andra landet om tidpunkter när ni ska ha kontakt om hur rehabiliteringsinsatsen går. Dokumentera alla kontakter du har med handläggaren i arbetslandet i journalen.

Om det blir ett avbrott i en pågående rehabiliteringsåtgärd, ska du kontrollera orsaken till avbrottet och meddela arbetslandets handläggare som får utvärdera informationen från dig och meddela den försäkrade hur avbrottet påverkar rätten till ersättning.

Risk för ändrad försäkringstillhörighet

Om du får veta att det finns risk för att den föreslagna eller pågående rehabiliteringsåtgärden i Sverige kan leda till att den försäkrade upphör att vara försäkrad i arbetslandet, måste du omedelbart vidta åtgärder för att förhindra detta. Den situationen kan inträffa när den försäkrade deltar i en arbetsträning eller praktik på en arbetsplats och institutionen i arbetslandet bedömer det som en anställning. Du som handläggare tar då direkt kontakt med verksamhetsområdet Försäkringstillhörighet och ber dem utreda möjligheten att ingå en överenskommelse om att den försäkrade ska fortsätta att omfattas av det andra landets lagstiftning så att hen inte förlorar sin kontantförmån.

Ändringar av rehabiliteringsplanen

Om den försäkrades hälsotillstånd eller behov av rehabilitering förändras kan du föreslå ändringar av planen och målet med den. Meddela i så fall arbetslandets handläggare som bedömer om förändringarna kan godkännas.

När rehabiliteringen inte kan genomföras

Om du bedömer att den försäkrades rehabiliteringsbehov inte kan tillgodoses inom ramen för svensk lagstiftning, meddelar du handläggaren i arbetslandet. Motivera ditt ställningstagande tydligt.

Innan du beslutar att den försäkrades behov av rehabilitering inte kan tillgodoses inom ramen för svensk lagstiftning, ska du kontakta handläggaren i det andra landet och förklara ditt ställningstagande. Handläggaren i arbetslandet får sedan ta över och utreda möjligheterna till rehabilitering och rätten till förmåner i arbetslandet.

När rehabiliteringen är avslutad

När du bedömer att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är slutförd, fyller du i *Slutrapport efter samarbete för arbetslivsinriktad rehabilitering inom Norden* (6432) där

du beskriver vad som gjorts i ärendet och skickar den till arbetslandet. Detta gäller oavsett vilken anledningen är till att rehabiliteringen avslutas.

Bor i annat nordiskt land och arbetar i Sverige

Begäran från Försäkringskassan om samarbete för arbetslivsinriktad rehabilitering

Den som bor i ett annat nordiskt land och behöver rehabilitering kan få den i bosättningslandet, även om hen arbetar och är försäkrad i Sverige.

Innan du tar kontakt med bosättningslandet ska du ha bedömt att den försäkrade inte kan fortsätta arbeta hos sin arbetsgivare, även om hen får andra arbetsuppgifter eller blir omplacerad. Du tar sedan kontakt genom att skicka blanketten *Begäran om samarbete för arbetslivsinriktad rehabilitering inom Norden* (6433), eller motsvarande blankett för respektive nordiskt land, till bosättningslandets ansvariga institution.

I begäran ska det tydligt framgå vilken arbetsförmåga som den försäkrade ska uppnå genom rehabiliteringen. Bifoga de underlag som den aktuella överenskommelsen beskriver. Det kan till exempel vara något av följande:

- Ett intyg som visar att personen är försäkrad i Sverige och får eller har sökt kontantförmåner från Sverige. Du intygar detta genom att ange i *Begäran om samarbete för arbetslivsinriktad rehabilitering* att personen är försäkrad och har sökt eller får sjukpenning. Du ska även bifoga beslut om rätten till kontantförmån med villkor och information om de aktuella förmånerna.
- SASSAM-kartläggning, aktuell dokumentation från gemensam kartläggning och en bedömning om att möjligheterna till rehabilitering hos den egna arbetsgivaren för tillfället är uttömda.
- Försäkringskassans bedömning av den försäkrades behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och vilka konsekvenser den har för hens rätt till kontantförmåner.
- Ett aktuellt läkarintyg, medicinskt utlåtande och andra relevanta underlag, till exempel dokumentation av dialogmöten och uppföljningsplaner från arbetsgivaren, relevant rehabiliteringshistorik – vad som genomförts tidigare, uppdaterad information om den medicinska situationen, eventuella rapporter från specialister, tidigare aktivitetsplaner, handlingsplaner osv.
- En kopia av Försäkringskassans skriftliga information till den försäkrade om att det andra landet har fått ovanstående information för att kunna ta ställning till om de kan erbjuda lämpliga rehabiliteringsåtgärder, avsikten med detta samt information om vilka krav som ställs på den försäkrade för att hen ska ha fortsatt rätt till förmånen.
- Kontaktinformation med telefonnummer till handläggaren på Försäkringskassan.

Tänk på att du behöver informera bosättningslandet om att Sverige kan stå för försäkringsskyddet under arbetslivsinriktad rehabilitering. Det kan du göra på blanketten *Begäran om samarbete för arbetslivsinriktad rehabilitering*, under övriga upplysningar. Läs mer om i vilka situationer som Sverige kan stå för försäkringsskyddet under arbetslivsinriktad rehabilitering i avsnitt 14.11.

Den försäkrade måste ge sitt samtycke innan du skickar iväg begäran. Hämta in samtycket genom att skicka brev till den försäkrade med mallen *Samtycke till att dela information* (Wimimall 15 455). Vänta med att skicka begäran tills du fått in samtycket.

Begäran ska innehålla förslag på åtgärder, men det är arbetslandet som godkänner dem.

När du skickat begäran till bosättningslandet ska du även skicka ett brev till den försäkrade som förklarar att det andra landet har fått information om ärendet för att kunna ta ställning till om de kan erbjuda lämpliga rehabiliteringsåtgärder, avsikten med detta och vilka krav som ställs på hen. De underlag som du skickar med begäran till det andra landet behöver inte skickas med informationsbrevet till den försäkrade.

Handläggningen i bosättningslandet

Bosättningslandets mottagande institution skickar begäran till det ansvariga handläggande kontoret där den försäkrade är bosatt.

Handläggaren i bosättningslandet kontaktar dig och bekräftar att hen har tagit emot begäran. Om det saknas information förklarar handläggaren vad det är som behövs för att hen ska kunna planera och handlägga ärendet och hur du kan hjälpa till med det. Det är viktigt att du så långt som möjligt bistår handläggaren med det hen behöver.

Om det vid diskussion mellan den försäkrade och det andra landets handläggare skulle uppstå meningsskiljaktigheter eller osäkerhet om vad som är en nödvändig rehabiliteringsinsats, ska frågan avgöras av dig som handläggare på Försäkringskassan. Du avgör vad som kan accepteras för att ersättning ska kunna beviljas. Läs mer om arbetslivsinriktad rehabilitering i avsnitt 15.2.1.

Eftersom alla berörda myndigheter i de nordiska länderna använder den skriftliga kvittensen för att bekräfta att de tagit emot en begäran om samarbete för arbetslivsinriktad rehabilitering, kommer du att ta emot en sådan efter att du skickat iväg begäran till bosättningslandet. När du fått kvittensen och ni har haft kontakt och kommit överens om uppföljningstidpunkter sker resterande handläggning på det andra landets initiativ. Det finns dock inga hinder för dig att kontakta handläggaren i det andra landet för att stämma av när du bedömer att det behövs, till exempel om du får impulser via medicinska underlag eller på andra sätt om att den försäkrades arbetsförmåga förbättrats eller försämrats. Dokumentera alla kontakter i journalen. Läs mer om sekretess i avsnitt 2.4.

När det andra landet har utrett klart och en rehabiliteringsåtgärd ska påbörjas, behöver du upprätta en rehabiliteringsplan för att kunna bevilja rehabiliteringsersättning. I planen anger du vilka uppföljningstillfällen som ni kommer överens om. Informera den försäkrade om att hen behöver ansöka om rehabiliteringsersättning för att få det.

Handläggningen i bosättningslandet sker i övrigt på samma sätt som tidigare beskrivits för den motsatta situationen.

37 Övergångsbestämmelser och tidigare lydelser av bestämmelser

I det här kapitlet redogörs för tidigare lydelser av relevanta bestämmelser samt övergångsbestämmelser. En övergångsbestämmelse är en bestämmelse som gäller under en övergångsperiod och den styr hur övergången från det äldre regelverket till det nya regelverket ska hanteras. Det kan bli aktuellt att titta på övergångsbestämmelser eller tidigare lydelser av bestämmelser när ett ärende gäller en äldre tidpunkt eller om ärendet rör en situation som omfattas av äldre regler.

37.1 Bedömning av arbetsförmågans nedsättning efter 180 dagar

Detta avsnitt handlar om övergångsbestämmelser för bedömning av arbetsförmågans nedsättning efter 180 dagar. Bestämmelserna tillämpas på sjukperioder som har påbörjats före ikraftträdandet 1 september 2022. Bestämmelserna tillämpas dock första gången vid prövning av rätt till ersättning för dagar från och med ikraftträdandet.

Lydelse före den 1 september 2022

Tidigare så hade 27 kap. 48 § en annan lydelse:

27 kap. 48 § SFB

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska det dessutom beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

1. förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Vid bedömningen tillämpas 47 § andra stycket.

Den försäkrades arbetsförmåga ska, trots det som sägs i första stycket, från och med den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar bedömas enligt 46 och 47 §§ om

1. övervägande skäl talar för att den försäkrade kan återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar, eller

2. det finns särskilda skäl som grundas på att den försäkrade kan förväntas återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den tidpunkt då han eller hon haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar, eller

3. det kan anses oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga enligt första stycket.

Det innebär att den försäkrades arbetsförmåga inte längre kan anses nedsatt om hen bedöms klara ett arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden. Det finns vissa undantag från denna regel, och då ska arbetsförmågan i stället fortsätta bedömas i förhållande till arbete hos arbetsgivaren. Läs mer om det i avsnitt 10.10.

Genom hänvisningen till 27 kap. 47 § andra stycket SFB framgår också att bedömningen av arbetsförmågan ska göras i förhållande till högst ett heltidsarbete även efter 180 dagar.

37.2 Särskilda skäl

Detta avsnitt handlar om övergångsbestämmelser för särskilda skäl. Den nya bestämmelsen tillämpas även på sjukperioder som påbörjades före den 15 mars 2021, det vill säga innan bestämmelsen trädde i kraft. Men bestämmelsen ska bara tillämpas för de dagar som infaller från och med den 15 mars.

Lydelse före den 15 mars 2021

Möjligheten att göra undantag då det finns särskilda skäl infördes den 1 juli 2008, samtidigt med de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Syftet var att förhindra en prövning mot ett annat arbete än hos arbetsgivaren när en sådan skulle få orimliga konsekvenser. Om en försäkrad inom kort kan återgå i arbete hos arbetsgivaren blir det närmaste en formalitet att hen anmäler sig hos Arbetsförmedlingen i avvaktan på att kunna börja arbeta hos arbetsgivaren igen. Men undantagen får inte bli huvudregel. Därför bör särskilda skäl endast komma i fråga om det finns en stor sannolikhet att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren. Det ställs höga krav på att den bedömning som görs är välgrundad (prop. 2007/08:136 s. 68 f.).

Särskilda skäl kan till exempel finnas när en försäkrad ska genomgå en operation som man utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet kan förutsäga med stor sannolikhet kommer att återställa arbetsförmågan. Särskilda skäl kan också finnas om det utifrån Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd är sannolikt att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren inom viss tid. Det bör framgå av det medicinska underlaget att det finns en välgrundad anledning att anta att den försäkrade kan återgå i arbete och en tidsplan för när det kan ske. Eftersom det ska finnas en välgrundad anledning att anta att den försäkrade kan återgå i arbete och en tidsplan för det förväntas kunna ske bör särskilda skäl endast beaktas vid tydliga diagnoser. Vid mer diffusa diagnoser är det svårt att ha en sådan välgrundad uppfattning (prop. 2007/08:136 s. 68 f.).

Finns det stor sannolikhet att den försäkrade kommer att kunna arbeta i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365 kan bestämmelsen om särskilda skäl tillämpas. Det gäller även om den försäkrade partiellt trappar upp sin arbetstid, så länge hen bedöms kunna vara åter i arbete i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365 (prop. 2007/08:136 s. 68 f.).

Rättsfall

HFD har i två mål tagit ställning till om det efter 180 dagar funnits särskilda skäl att inte pröva en persons arbetsförmåga mot normalt förekommande arbeten (HFD 2016 ref. 10). HFD anförde att det vid denna prövning inte finns något hinder mot att beakta senare tillkommen utredning.

HFD konstaterade att det framgår av förarbetena att det ställs höga krav för att det ska anses finnas särskilda skäl för att inte pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten. Det ska framgå av det medicinska underlaget att det finns en välgrundad anledning att anta att den försäkrade med stor sannolikhet kan återgå i arbete hos arbetsgivaren och det ska även finnas en tidsplan för när så kan förväntas ske.

För att Försäkringskassan ska kunna bedöma detta krävs att såväl den ställda diagnosen som prognosen för återgång i arbete är väl underbyggda i den medicinska utredningen. Enligt HFD måste särskilt höga krav ställas när den försäkrade tidigare har gått igenom medicinska utredningar som resulterat i andra diagnoser eller antaganden om återgång i arbete.

Rättsfall

Kammarrätten har i ett mål prövat bland annat om bedömningen av särskilda skäl ska grundas på prognosen som görs när den försäkrade passerar dag 180, eller om prognosen ska göras dag för dag även med hänsyn till vad som inträffar efter dag 180.

Målet gällde ett ärende där Försäkringskassan bedömde att det inte fanns särskilda skäl, eftersom det inte fanns någon tydlig prognos som visade att personen skulle kunna arbeta heltid i sitt ordinarie arbete före dag 365 i rehabiliteringskedjan. Personen bedömdes därför inte ha rätt till sjukpenning.

Beslutet ändrades inte vid omprövningen. Vid omprövningen framkom att personen hade återgått i sitt ordinarie arbete på heltid före dag 365, och hen menade att läkaren redan tidigare varit övertygad om att hen skulle göra det. Försäkringskassan bedömde dock att det inte fanns särskilda skäl, trots att personen hade haft en plan tillsammans med sin arbetsgivare om återgång i arbete på heltid och att hen gick tillbaka i arbete tidigare än planerat. Försäkringskassan ansåg nämligen att planen saknade en tydlig motivering baserad på personens medicinska förutsättningar.

Hur dömde förvaltningsrätten?

Förvaltningsrätten bedömde att personen hade bevisat att hen med stor sannolikhet skulle kunna återgå på heltid i sitt ordinarie arbete före dag 365 i rehabiliteringskedjan.

Hur dömde kammarrätten?

Kammarrätten ändrade förvaltningsrättens dom och fastställde Försäkringskassans beslut att avslå ansökan om sjukpenning. Kammarrätten bedömde att det, vid dag 181, inte fanns några medicinska underlag som visade att det fanns en välgrundad anledning att anta att personen med stor sannolikhet skulle kunna återgå på heltid i sitt ordinarie arbete inom 365 dagar.

Rätten menade att det tvärtom framgick av underlagen att det var svårt att veta hur fort en förbättring kunde väntas. Kammarrätten ansåg inte heller att det två månader senare, när personen återgick i arbete på deltid, fanns något underlag som visade att det fanns en välgrundad anledning att anta att hen med stor sannolikhet skulle kunna återgå på heltid i sitt ordinarie arbete inom 365 dagar. Rätten noterade även att det i läkarintyg från samma period bedömdes att arbetsförmågan var klart sänkt eftersom personen fått ytterligare sjukdomsbesvär och att hen oavsett arbete inte skulle kunna återgå på heltid förrän hen fått rehabilitering.

Enligt kammarrätten var det först när personen faktiskt återgick i arbete på heltid som det gick att dra en sådan slutsats. Vad gällde bedömningen av särskilda skäl ansåg kammarrätten att det inte fanns särskilda skäl att skjuta upp prövningen av personens arbetsförmåga i förhållande till ett normalt förekommande arbete.

Ett av domskälen var också att bedömningen av om det finns särskilda skäl ska vara framåtsyftande och göras utifrån den medicinska utredningen i målet. Kammarrätten refererade till Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2016 ref. 10, där det bland annat uttalas att det krävs av den medicinska utredningen att såväl den ställda diagnosen som prognosen för återgång i arbete är väl underbyggda. (KRSU 2515–18 jfr HFD 2019 ref. 48)

Prövningen av om det finns särskilda skäl att skjuta upp bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt i ett normalt förekommande arbete efter dag 180 i rehabiliteringskedjan ska alltså göras dag för dag. Om Försäkringskassan har bedömt att det inte fanns särskilda skäl när den försäkrade passerade dag 180, hindrar alltså inte det att en ny bedömning kan göras senare. Detta gäller fram till och med dag 365 i rehabiliteringskedjan. Samma sak gäller när Försäkringskassan bedömt att det funnits särskilda skäl vid dag 180, men det därefter hänt något före dag 365 som gör att det inte längre finns särskilda skäl.

En bedömning av särskilda skäl bakåt i tiden ska inte göras enbart på grund av att den försäkrade återgått i arbete. Om försäkrade faktiskt återgår i arbete efter dag 180, så betyder det alltså inte i sig att särskilda skäl ska anses ha funnits redan när hen passerade dag 180.

Om det däremot kommer in medicinska underlag efter dag 180 som gör att det finns en välgrundad anledning att anta att den försäkrade med stor sannolikhet kommer att kunna återgå i arbete i ordinarie omfattning hos arbetsgivaren senast dag 365, kan Försäkringskassan bedöma att det finns särskilda skäl. Bedömningen görs då från och med den dag som de medicinska underlagen ger stöd för en sådan bedömning. Det innebär att det kan uppstå en situation där den försäkrade under en mellanperiod inte har rätt till sjukpenning eftersom hens arbetsförmåga bedöms mot normalt förekommande arbete under perioden. (jfr HFD 2019 ref. 48) Läs mer i 8.3.2 om utredning av sjukperiod när personen tidigare har fått avslag.

Rättsfall

Diskrimineringsombudsmannen (DO) har granskat om Försäkringskassans generella tolkning och tillämpning av 27 kap. 48 § SFB, i förhållande till gravida kvinnor med vissa sjukdomstillstånd, är förenlig med förbudet mot diskriminering på grund av kön. DO bedömde att Försäkringskassans tillämpning utgör en risk för indirekt diskriminering på grund av kön, 1 kap. 4 § 2 samt 2 kap. 14 § 1 diskrimineringslagen. Det är nämligen så att vissa gravida försätts i ett sämre läge när deras hälsotillstånd är sådant att det potentiellt finns särskilda skäl, men de inte kan genomgå de medicinska undersökningar som är nödvändiga för att kunna göra en tydlig prognos för rehabilitering och återgång i arbete. Den gravida kan, på grund av sin graviditet, alltså inte visa om hon uppfyller kraven för att beviljas sjukpenning på grund av särskilda skäl. Det innebär att vissa gravida riskerar att missgynnas av Försäkringskassans tillämpning av bestämmelsen. DO bedömde dock att Försäkringskassan inte hade diskriminerat personen som gjort anmälan. (DO:s beslut, dnr TIL 2018/40)

DO:s beslut innebär att den som är gravid inte ska missgynnas vid bedömningen av särskilda skäl om det är så att hela eller delar av den medicinska utredningen och behandlingen inte kan genomföras på grund av graviditeten. Om den gravida inte kan genomgå nödvändig medicinsk behandling eller rehabilitering som behövs för att återgå till sitt ordinarie arbete före dag 365, kan det ändå anses finnas särskilda skäl i vissa fall. Läkaren ska då kunna redogöra för att hon kommer kunna återgå i arbete efter

graviditeten när den medicinska behandlingen går att genomföra. Det ska då även finnas en tillräckligt tydlig plan för den fortsatta utredningen och de behandlings- och rehabiliteringsinsatser som ska genomföras. Övriga kriterier för särskilda skäl behöver också vara uppfyllda.

37.3 Försenad vård eller rehabilitering orsakad av effekter av sjukdomen covid-19 lydelse före den 1 januari 2024

Den 1 januari 2022 trädde en ny bestämmelse i kraft. Bestämmelsen upphörde att gälla den 1 januari 2024. Den ska dock tillämpas för anspråk som avser tid fram till den 31 december 2023. Bestämmelsen innebar att man kan göra undantag från bedömningen mot normalt förekommande arbete efter dag 180 och dag 365 i rehabiliteringskedjan om den försäkrades vård eller rehabilitering har försenats på grund av effekter av sjukdomen covid-19. Det gällde när det fanns övervägande skäl som talar för att den försäkrade kan återgå i sitt vanliga arbete i samma omfattning som före sjukfallet när vården eller rehabiliteringen har slutförts.

Undantag vid försenad vård eller rehabilitering
27 kap. 49 a §

Om den försäkrades vård eller rehabilitering har försenats på grund av effekter av sjukdomen covid-19 och övervägande skäl talar för att han eller hon kan förväntas återgå i sitt vanliga arbete i samma omfattning som före sjukfallet när vården eller rehabiliteringen har slutförts, gäller inte bestämmelserna om bedömning av arbetsförmågans nedsättning i 48 och 49 §§. För en försäkrad som är arbetstagare ska annat tillgängligt arbete hos arbetsgivaren likställas med den försäkrades vanliga arbete.

För tid efter det att vården eller rehabiliteringen har slutförts gäller dock 48 och 49 §§.

En försening av vård eller rehabilitering ska anses vara orsakad av effekter av sjukdomen covid-19, om inte utredningen i ärendet visar något annat.

Med rehabilitering menas både arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering (prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 57).

Bestämmelsen gäller för alla försäkrade som har ett förvärvsarbete, det vill säga anställda och egenföretagare (prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 84). För en försäkrad som är anställd ska annat tillgängligt arbete likställas med den försäkrades vanliga arbete. Bedömningen av om den försäkrade kan förväntas återgå i arbete när vården eller rehabiliteringen har slutförts ska göras i förhållande till sådant arbete som avses i 27 kap. 46 och 47 §§ SFB (prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10 s. 85).

Förseningen ska vara orsakad av covid-19

En försening av vård eller rehabilitering ska anses vara orsakad av effekter av sjukdomen covid-19 i dessa situationer:

- när den försäkrades planerade återgång i sitt vanliga arbete har försenats på grund av pandemin och förseningen beror på störningar i verksamheter som den försäkrade är beroende av för att få vård och rehabilitering
- när vården eller rehabiliteringen har skjutits upp på grund av att den försäkrade själv har drabbats av sjukdomen covid-19. (Prop. 2021/22:1 utgiftsområde 10

s. 57)

Av tredje stycket i bestämmelsen framgår att förseningen ska anses vara orsakad av effekter av covid-19 om inte utredningen i ärendet visar något annat. Undantaget ska alltså inte tillämpas om det av utredningen framgår att förseningen beror på någon annan orsak.

Om det finns uppgifter om att orsaken till förseningen är effekter av sjukdomen covid-19, behöver det normalt inte utredas ytterligare. Det kan till exempel vara uppgifter från den försäkrade själv. Försäkringskassan kan då utgå från att så är fallet – om det inte finns uppgifter som leder till en annan bedömning. Om det inte finns uppgifter om vad förseningen beror på behöver ärendet utredas ytterligare.

Övervägande skäl ska tala för återgång i arbete när vården eller rehabiliteringen har slutförts

I bestämmelsens andra stycke framgår att prövningen mot normalt förekommande arbete inte ska göras om det finns övervägande skäl som talar för att den försäkrade kan förväntas återgå i sitt vanliga arbete i samma omfattning som före sjukfallet när vården eller rehabiliteringen har slutförts.

Om omständigheterna ändras på så sätt att det inte längre finns övervägande skäl som talar för återgång i arbete, så kan undantaget alltså inte användas. Däremot kan de andra undantagen i 27 kap. 48 och 49 §§ SFB fortfarande vara aktuella.

Ingen tidsgräns för när vården eller rehabiliteringen ska vara slutförd

Undantaget kan användas fram till dess att vården eller rehabiliteringen är slutförd. Till skillnad från många andra undantag i rehabiliteringskedjan så innehåller denna bestämmelse alltså ingen bortre tidsgräns för när i sjukperioden som den kan tillämpas.

Bestämmelsen gäller dock bara sjukpenning under perioden 1 januari 2022–31 december 2023.

Möjlighet till ny prövning efter tidigare avslag från 1 januari 2023

Undantagsbestämmelsen gällde ursprungligen endast till den 31 december 2022, men förlängdes till att gälla hela år 2023 (lag [2022:1854] om ändring i socialförsäkringsbalken). Vissa försäkrade hann dock få avslag för perioden från den 1 januari 2023 eftersom undantaget ännu inte gällde för denna tid när beslutet fattades. I och med förlängningen av undantagsbestämmelsen infördes en övergångsbestämmelse som hade i syfte att ge försäkrade som tidigare fått avslag på sitt anspråk från den 1 januari 2023 en chans att ansöka om sjukpenning på nytt.

4 p. i övergångsbestämmelserna till lagen (2021:1240) om ändring i socialförsäkringsbalken

Den som för den 31 december 2022 har beviljats sjukpenning med stöd av 27 kap. 49 a § har rätt att efter ansökan få frågan om rätten till sjukpenning från och med den 1 januari 2023 prövad utan hinder av att frågan tidigare avgjorts av Försäkringskassan eller domstol genom beslut som fått laga kraft.

Övergångsbestämmelsen berör alltså försäkrade som tidigare har beviljats sjukpenning till och med den 31 december 2022 med stöd av 27 kap. 49 a § SFB, men som fått avslag på den del av ansökan som rör anspråksperioden från den 1 januari 2023 och framåt.

För att ha rätt till en ny prövning enligt övergångsbestämmelsen måste följande tre förutsättningar vara uppfyllda:

1. Den försäkrade måste göra en ny skriftlig ansökan om sjukpenning.
2. Den försäkrade måste varit beviljad sjukpenning den 31 december 2022 med stöd av 27 kap. 49 a § SFB.
3. Anspråksperioden för den nya ansökan måste omfatta den 1 januari 2023, och ska vara en fortsättning av den sjukperiod som låg till grund för rätten till sjukpenning den 31 december 2022.

Försäkrade som uppfyller alla tre förutsättningar har därmed rätt till en ny prövning av sjukpenning, trots att frågan tidigare har beslutats av Försäkringskassan eller domstol genom ett beslut som vunnit laga kraft.

Ansökningar som omfattar tid före den 1 januari 2023 ska däremot avvisas, eftersom rätten till en ny prövning inte gäller för tid innan det datumet.

Observera att rätten till en ny prövning enligt övergångsbestämmelsen endast gäller den del av ansökan som omfattar samma sakfråga som tidigare prövats. Ett nytt anspråk som inte i någon del omfattas av det tidigare beslutet ska i stället prövas som en vanlig ansökan om sjukpenning.

Talar övervägande skäl för att den försäkrade kan förväntas återgå i sitt vanliga arbete när vården eller rehabiliteringen har slutförts?

Ta stöd av övervägande skäl när du ska bedöma om den försäkrade kan förväntas återgå till sitt vanliga arbete eller i annat tillgängligt arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som innan sjukfallet när vården eller rehabiliteringen har slutförts.

Till skillnad från bestämmelsen om övervägande skäl i 27 kap. 48 § SFB finns ingen tidsgräns för när vården eller rehabiliteringen senast ska vara slutförd. Det innebär att om din utredning exempelvis visar att den försäkrades vård eller rehabilitering kan genomföras först efter dag 365 i rehabiliteringskedjan och övervägande skäl talar för att hen kan återgå i sitt arbete efter detta kan du använda undantaget. Tänk på att bestämmelsen är tidsbegränsad och att du kan besluta om rätt till sjukpenning med stöd av den som längst till och med den 31 december 2022.

37.4 Sjukpenningen ska begränsas till högst 543 kronor per dag om den försäkrade är arbetslös

Detta avsnitt handlar om övergångsbestämmelser för arbetslöshetstaket. Det är olika regler som gäller beroende på när en uppsägning har inletts eller när ett avskedande har gjorts. Enligt övergångsbestämmelserna (jfr SFS 2022:835, 9 punkten övergångsbestämmelserna och prop. 2021/22:176 s. 458 ff.) beror det på om de arbetsrättsliga åtgärderna vidtagits före den 1 oktober 2022 eller från och med den 1 oktober.

Vid tvister om anställningens upphörande, där arbetstagaren avskedades eller sades upp före den 1 oktober 2022, gäller samma regler som tidigare. Om exempelvis en uppsägning gjordes före den 1 oktober 2022 men uppsägningstiden löpte över den 1 oktober är det fortfarande de tidigare reglerna som gäller. I de fall som gäller en uppsägning ska den försäkrade anses vara anställd tills tvisten är avgjord (34 § LAS). Om hen då får sjukpenning ska den inte begränsas till arbetslöshetstaket.

Tabell för vilka olika bedömningar som ska göras vid de olika tidpunkterna enligt övergångsbestämmelserna

Uppsägning eller avsked före 1 oktober 2022	Uppsägning eller avsked 1 oktober 2022 eller senare
Vid uppsägning anses arbetstagaren vara anställd tills dess att tvisten är slutligt avgjord. Hen ska alltså inte bedömas som arbetslös.	Vid uppsägning anses arbetstagaren vara uppsagd tills dess att tvisten är slutligt avgjord. Arbetstagaren blir alltså arbetslös när uppsägningstiden löper ut.
Vid avsked kan en domstol besluta att arbetstagaren ska fortsätta vara anställd till dess att tvisten är slutligt avgjord.	Vid avsked kan en domstol inte besluta att arbetstagaren ska fortsätta vara anställd till dess att tvisten är slutligt avgjord.

37.5 Allmänt högriskskydd för den som har SGI från inkomst av anställning

Detta avsnitt handlar om övergångsbestämmelser för beräkning av högriskskyddet. Vid beräkning av det allmänna högriskskyddet ska karensdagar enligt äldre bestämmelser läggas samman med antalet tillfällen med karensavdrag som görs för tid efter den 1 januari 2019. En karensdag enligt den tidigare lydelsen ska därför likställas med ett tillfälle med karensavdrag.

37.6 Åldersgränser inom sjukförsäkringen

I sjukförsäkringen finns flera olika åldersgränser. Dessa åldersgränser höjdes med ett år den 1 januari 2023, och den 1 januari 2026 ändrades de flesta åldersgränserna till begreppet riktåldern för pension. Riksdagen beslutar varje år om riktåldern för pension, och för åren 2026–2031 har de beslutat att riktåldern för pension är 67 år.

Lagändringarna 2022 och 2025 har övergångsbestämmelser (SFS 2022:878 och 2022:879). Bestämmelserna innebär att

- vissa försäkrade kommer att omfattas av riktåldern för pension
- vissa försäkrade kommer att omfattas av de åldersgränser som gällde mellan 2023 och 2025
- vissa försäkrade kommer att omfattas av de åldersgränser som gällde före 2023.

Vad som gäller tydliggörs i tabellen nedan. De två första kolumnerna i tabellen visar vilka åldersgränser som har gällt tidigare. Den tredje kolumnen visar vilka åldersgränser som gäller nu. Den sista kolumnen tydliggör vilken årskull som omfattas av respektive åldersgräns.

Sjukpenning och i sjukpenning i förebyggande syfte

Åldersgräns till och med den 31 dec 2022	Åldersgräns mellan den 1 jan 2023 och 31 dec 2025	Åldersgräns från och med den 1 jan 2026	Vilken åldersgräns gäller?
Om den försäkrade har fått sjukpenning i 180 dagar efter ingången av den månad när hen fyllde **65 år**, får Försäkringskassan besluta att hen inte	Om den försäkrade har fått sjukpenning i 180 dagar efter ingången av den månad när hen fyllde **66 år**, får Försäkringskassan besluta att hen inte	Om den försäkrade har fått sjukpenning i 180 dagar efter ingången av den månad när hen fyllde **67 år**, får Försäkringskassan besluta att hen inte längre ska få sjukpenning.	För försäkrade födda 1957 och tidigare är åldersgränsen 65 år. För försäkrade födda 1958 och 1959 är åldersgränsen 66 år. För försäkrade födda 1960 och senare är åldersgränsen 67 år.

Åldersgräns till och med den 31 dec 2022	Åldersgräns mellan den 1 jan 2023 och 31 dec 2025	Åldersgräns från och med den 1 jan 2026	Vilken åldersgräns gäller?
längre ska få sjukpenning.	längre ska få sjukpenning.		
Sjukpenning får betalas ut under högst 180 dagar efter ingången av den månad när den försäkrade fyller **70 år**.	Sjukpenning får betalas ut under högst 180 dagar efter ingången av den månad när den försäkrade fyller **71 år**.	Denna åldersgräns ändrades inte den 1 jan 2026, så åldersgränsen fortsätter vara **71 år**.	För försäkrade födda 1952 och tidigare är åldersgränsen 70 år. För försäkrade födda 1953 och senare är åldersgränsen 71 år.

Sjukpenning i särskilda fall och sjukpenning i särskilda fall i förebyggande syfte

Åldersgräns till och med den 31 dec 2022	Åldersgräns mellan den 1 jan 2023 och 31 dec 2025	Åldersgräns från och med den 1 jan 2026	Vilken åldersgräns gäller?
Sjukpenning i särskilda fall betalas ut längst till och med månaden före den månad när den försäkrade fyller **65 år**.	Sjukpenning i särskilda fall betalas ut längst till och med månaden före den månad när den försäkrade fyller **66 år**.	Sjukpenning i särskilda fall betalas ut längst till och med månaden före den månad när den försäkrade fyller **67 år**.	För försäkrade födda 1957 och tidigare är åldersgränsen 65 år. För försäkrade födda 1958 och 1959 är åldersgränsen 66 år. För försäkrade födda 1960 och senare är åldersgränsen 67 år.

Rehabiliteringsersättning och rehabiliteringspenning i särskilda fall

Åldersgräns till och med den 31 dec 2022	Åldersgräns mellan den 1 jan 2023 och 31 dec 2025	Åldersgräns från och med den 1 jan 2026	Vilken åldersgräns gäller?
Rehabiliteringsersättning och rehabiliteringspenning i särskilda fall betalas ut längst till och med månaden före den månad när den försäkrade fyller **65 år**.	Rehabiliteringsersättning och rehabiliteringspenning i särskilda fall betalas ut längst till och med månaden före den månad när den försäkrade fyller **66 år**.	Rehabiliteringsersättning och rehabiliteringspenning i särskilda fall betalas ut längst till och med månaden före den månad när den försäkrade fyller **67 år**.	För försäkrade födda 1957 och tidigare är åldersgränsen 65 år. För försäkrade födda 1958 och 1959 är åldersgränsen 66 år. För försäkrade födda 1960 och senare gäller åldersgränsen 67 år.

Äldreregler för sjukpenning

Åldersgräns till och med den 31 dec 2022	Åldersgräns mellan den 1 jan 2023 och 31 dec 2025	Åldersgräns från och med den 1 jan 2026	Vilken åldersgräns gäller?
En försäkrad kan omfattas av äldrereglerna tidigast från och med den månad när hen fyller **62 år**.	En försäkrad kan omfattas av äldrereglerna tidigast från och med den månad när hen fyller **63 år**.	En försäkrad kan omfattas av äldrereglerna tidigast från och med den månad då hen fyller **64 år**.	För försäkrade födda 1960 och tidigare är åldersgränsen 62 år. För försäkrade födda 1961 och 1962 är åldersgränsen 63 år. För försäkrade födda 1963 och senare är åldersgränsen 64 år.
En försäkrad kan omfattas av äldrereglerna som längst	En försäkrad kan omfattas av äldrereglerna som längst fram till den månad när hen fyller **66 år.**	En försäkrad kan omfattas av äldrereglerna som längst fram till den månad då hen fyller **67 år**.	För försäkrade födda 1957 och tidigare är åldersgränsen 65 år. För försäkrade födda 1958 och 1959 gäller åldersgränsen 66 år.

Åldersgräns till och med den 31 dec 2022	Åldersgräns mellan den 1 jan 2023 och 31 dec 2025	Åldersgräns från och med den 1 jan 2026	Vilken åldersgräns gäller?
fram till den månad när hen fyller **65 år.**			För försäkrade födda 1960 och senare är åldersgränsen 67 år.

Källförteckning

EU-förordningar och beslut

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen

Balkar

Socialförsäkringsbalken (2010:110)

Brottsbalken (1962:700)

Rättegångsbalken (1942:740)

Lagar

Lagen (2022:878) om ändring i socialförsäkringsbalken

Lagen (2022:856) om omställningsstudiestöd

Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter

Lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar

Förvaltningslag (2017:900)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Diskrimineringslagen (2008:567)

Lag (2008:565) om rätt till ledighet för att på grund av sjukdom prova annat arbete

Socialavgiftslagen (2000:980)

Studiestödslagen (1999:1395)

Inkomstskattelagen (1999:1229)

Lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt

Lag (1994:451) om intensivövervakning med elektronisk kontroll

Lag (1991:1047) om sjuklön

Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Lagen [1988:870] om vård av missbrukare i vissa fall

Arbetstidslagen (1982:673)

Lag (1982:80) om anställningsskydd

Sjömanslagen (1973:282)

Lagen (1962:381) om allmän försäkring

Lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid

Förordningar

Förordning (2020:802) om dels fortsatt giltighet av förordningen (2020:582) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärarpenning med anledning av sjukdomen covid-19, dels ändring i samma förordning

Förordning (2018:1633) om försäkringsmedicinska utredningar

Förordning (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser

Förordning (2016:706) om utbildningsbidrag för kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå

Förordningen (2011:1526) om tillämpning av vissa bestämmelser om rätten att behålla sjukpenning i särskilda fall, rehabiliteringspenning i särskilda fall och boendetillägg

Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan

Utlänningsförordningen (2006:97)

Studiestödsförordningen (2000:655)

Förordning (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program

Förordningen (1995:1051) om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i sjukpenningärenden i vissa fall

Förordningen (1991:1321) om rehabiliteringsersättning

Förordningen (1991:1046) om bidrag till arbetshjälpmedel

Förordningen (1987:361) om schablonberäkning av arbetstid vid bestämmande av sjukpenning m.m.

Förordningen (1982:842) om vissa sjukförsäkringsersättningar för sjömän

Förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering m.m.

Försäkringskassans författningssamling (RFFS och FKFS)

Försäkringskassans föreskrifter (2010:35) om avstämningsmöte

Försäkringskassans föreskrifter (2010:23) om rehabiliteringsersättning

Försäkringskassans föreskrifter (2008:8) om beräkning av sjukpenning för delvis arbetslösa

Riksförsäkringsverkets föreskrifter (1998:13) om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet, m.m.

Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:5) om årsarbetstid m.m.

Försäkringskassans allmänna råd (FKAR/RAR)

Riksförsäkringsverkets Allmänna råd (RAR 2002:5) om sjukpenning och rehabiliteringsersättning

Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden (FKRS)

2024:18	Sjukpenning – övervägande skäl och särskilda skäl när den försäkrades anställning upphör innan hen förväntas återgå i arbete hos arbetsgivaren
2024:15	Rätt till sjukpenning när den försäkrade har haft rätt till hel sjukersättning före hel ålderspension
2024:11	Sjukperiod och tjänstledighet
2024:01	Normal arbetstid och arbetsförmågebedömning
2023:17	Sjukpenning som övergår från normalnivå till fortsättningsnivå är en och samma förmån
2023:16	Återställande av ersättningsdagar vid felaktig utbetalning av dagersättning
2023:12	Beräkning av sjukpenning för föräldralediga som är arbetslösa
2023:03	Ny tolkning av begreppet ”sjukdomsfallet” i bestämmelsen om sjukanmälan
2022:11	Avdragsordning
2022:10	Sjukpenninggrundande inkomst för personer som fyllt 66 år
2021:04	Beviskrav vid bedömningen av rätten till sjukpenning
2021:02	Tillämpning av samordningsregeln i 107 kap. 2 § SFB
2016:04	Ersättningsperiod vid anmälan om höjd inkomst och beslut om sjukpenninggrundande inkomst (SGI) för förfluten tid
2016:01	Förbrukade dagar med sjukpenning på normalnivå
2015:04	Prövning av rätten till sjukpenning för den som har fått sjukpenning i 180 dagar från och med den månad då han eller hon fyllde 65 år
2010:05	Bedömning av arbetsförmåga för olika grupper
2008:04	Ersättning i samband med utredning beslutad av Försäkringskassan

Försäkringskassans interna föreskrifter och riktlinjer

Försäkringskassans riktlinjer (2016:02) Anmälan till socialnämnden vid kännedom om eller misstanke att ett barn far illa och polisanmälan vid misstanke om brott

Försäkringskassans riktlinjer (2006:06) *Samarbete vid arbetsskada*

Försäkringskassans riktlinjer (2005:14*) Att skriva kommuniceringsbrev och beslut i Försäkringskassan*.

Förarbeten

Betänkanden från socialförsäkringsutskottet (SfU)

2011/12: SfU1	Utgiftsområdena 10, 11 och 12 inom socialförsäkringsområdet

2009/10: SfU13	Ändringar i sjukförsäkringen
2002/03: FIU21	Tilläggsbudget 1 för budgetåret 2003
1999/00: SfU12	Vissa socialförsäkringsfrågor
1990/91: SfU9	Vissa ändringar i sjukförsäkringen m.m.

Propositioner

2021/22:1	Budgetpropositionen för 2022
2020/21:171	Angiven yrkesgrupp – åtgärder för en begriplig sjukförsäkring
2020/21:78	Extra ändringsbudget för 2021 - Vissa ändrade regler inom sjukförsäkringen
2017/18:224	Lag om försäkringsmedicinska utredningar
2017/18:96	Karensavdrag – en mer rättvis självrisk
2017/18:1	Budgetpropositionen för 2018
2016/17:180	En modern och rättssäker förvaltning - ny förvaltningslag
2014/15:99	Vårändringsbudget för 2015
2012/13:1	Budgetpropositionen för 2013
2011/12:1	Budgetpropositionen för 2012
2010/11:1	Budgetproposition för 2011
2009/10:120	Trygghetssystemen för företagen
2009/10:45	Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete
2009/10:69	Kompletteringar av socialförsäkringsbalken
2008/09:200	Socialförsäkringsbalk
2007/08:136	En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete
2007/08:124	Från sjukersättning till arbete
2006/07:59	Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.
2002/03:100	2023 års ekonomiska vårproposition
2002/03:89	Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet
2001/02:81	Vissa arbetsskadefrågor m.m.
2000/01:96	Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension
1998/99:119	Socialförsäkringens personkrets
1996/97:121	Systembrister och missbruk inom socialförsäkringssystemen

1996/97:63	Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivå och administration, m.m.
1996/97:28	Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension
1995/96:209	Försäkringsskydd vid sjukdom, m.m.
1994/95:147	Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta
1992/93:31	Om ändrad sjukersättning m.m.
1991/92:40	Om vissa socialförsäkringsfrågor, m.m.
1990/91:181	Om sjuklön, m.m.
1990/91:141	Rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.
1990/91:59	Om vissa ändringar i sjukförsäkringen m.m.
1989/90:62	Insatser för aktiv rehabilitering och arbetslivsfondens verksamhet m.m.
1986/87:69	Om förbättrad kompensation vid korttidssjukdom och vid tillfällig vård av barn
1985/86:38	Om vissa socialförsäkringsfrågor
1984/85:78	Om förbättringar inom föräldraförsäkringen, havandeskaps Ersättningen ska beräknas på den lön arbetsgivaren betalat till den anställde under sjukdomstiden och de kostnader som arbetsgivaren haft för fri kost och logi för den anställde under denna tid. Ersättningen ska utges för varje dag som arbetsgivaren betalat sådan lön eller haft sådana kostnader. Vid beräkning av ersättningen ska dock bortses från lön och kostnader som för dag räknat tillsammans överstiger sju och en halv gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, delat med 365.penningen och vissa regler inom sjukpenningförsäkringen
1983/84:40	Om vissa ekonomisk-politiska åtgärder, mm
1982/83:3	Om samordningsfrågor inom det socialpolitiska bidragssystemet
1975/76:133	Om utbyggnad av föräldraförsäkringen m.m.
1975:97	Angående rörlig pensionsålder m.m.,
1946:312	Förslag till lag om allmän sjukförsäkring, m.m.

Statens offentliga utredningar (SOU)

2009:89	Gränslandet mellan sjukdom och arbete
1944:15	Lag om allmän sjukförsäkring

Domar

Högsta förvaltningsdomstolen (HFD)/ Regeringsrätten (RR)

HFD 2023 ref. 57

HFD 2023 not. 53

HFD 2022 ref. 47

HFD 2022 ref. 34

HFD 2019 ref. 42

HFD 2019 ref. 41

HFD 2019 ref. 3

HFD 2018 ref. 69

HFD 2018 ref. 51

HFD 2018 ref. 1.

HFD 2015 ref. 74

HFD 2015 not. 66

HFD 2013 ref. 44

HFD 2013 ref. 2

HFD 2011 not. 46.

HFD 2011 not. 4

RÅ 2010 ref 108.

RÅ 2009 ref. 102 II

RÅ 2009 ref. 37

RÅ 2007 ref. 31

RÅ 2008 ref. 15

RÅ 2006 ref. 56

RÅ 2006 ref. 17

RÅ 2004 ref. 103

RÅ 2004 ref. 47

RÅ 2002 ref. 48

Övriga domar

AD 2013 nr 59

Svea hovrätts dom den 3 november 2009 i mål nr T 9430–09

Justitieombudsmannen (JO)

JO:s beslut, dnr 3232–2023

JO:s beslut, dnr 1551–2022

JO:s beslut, dnr 1505–2020

JO:s beslut, dnr 513–2020

JO:s beslut, dnr 221–2019

JO:s beslut, dnr 2076–2017

JO:s beslut, dnr 6312–2017

JO:s beslut, dnr 3507–2017

JO:s beslut, dnr 6471–2011

JO:s beslut, dnr 585–2011

JO:s beslut, dnr 2400–2009

JO 2008/09

JO:s beslut, dnr 3163–2002

JO:s beslut, dnr 982–2000

JO 1995/96

Övriga beslut

DO:s beslut, TIL 2020:18

Försäkringskassans vägledningar

2017:2	Ersättningar till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser.
2017:1	Övergripande bestämmelser i SFB, unionsrätten och internationella avtal
2013:2	Aktivitetsersättning
2013:1	Sjukersättning
2011:1	Sjuklöneförmåner
2005:1	Utbetalning av förmåner, bidrag och ersättningar
2004:7	Förvaltningsrätt i praktiken
2004:5	Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid
2003:4	Förmåner vid arbetsskada
2002:6	Graviditetspenning
2001:7	Omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut
2001:3	Offentlighet, sekretess och behandling av personuppgifter

Övriga publikationer
Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar

Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:2) om planering och organisering av arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar

Socialstyrelsens dokument Begreppet allvarlig sjukdom/skada i ett försäkrings medicinskt sammanhang (dnr 4139/2010)

Den gemensamma värdegrunden för statsanställda, Regeringskansliet

Vår etiska kod, Försäkringskassan

Handläggarstöd för jämställd handläggning, Försäkringskassan

NJA 2009 s. 796
NJA 2002 s. 32
NJA 1983 s. 708