
Särskilt högriskskydd

Utgivare: Försäkringskassan
Rättsavdelningen

Upplysningar: Susanne Storm
010-112 07 40
susanne.storm@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Försäkringskassan använder en modell för systematisk kvalitetsutveckling i syfte att bedöma, redovisa och utveckla kvaliteten i handläggningen samt skapa lärande för medarbetarna och myndigheten genom samlad och systematisk uppföljning och analys. Modellen bygger på uppföljningar med hjälp av kvalitetsindikatorer, kvalitetsuppföljningsverktyget Väksten och rättsliga kvalitetsuppföljningar. Arbetet med systematisk kvalitetsutveckling utgår från Försäkringskassans kvalitetsdefinition. Med kvalitet avses att myndigheten bedriver en verksamhet som präglas av rättssäkerhet, service och effektiv användning av resurser.

Rättsavdelningen ansvarar för de rättsliga kvalitetsuppföljningarna, som främst fokuserar på aspekten rättssäkerhet i kvalitetsdefinitionen. Med rättssäkerhet menar vi en korrekt och enhetlig rättstillämpning samt att handläggningen sker skyndsamt utan att kraven på rättstillämpningen åsidosätts.

I denna rapport presenteras resultatet av en rättslig kvalitetsuppföljning avseende särskilt högriskskydd. Uppföljningen omfattar utredningen och bedömningen av de centrala villkoren för att beviljas särskilt högriskskydd.

Rättschefen har beslutat om den del av rapporten som avser den rättsliga uppföljningen. Generaldirektören har beslutat om verksamhetens åtgärder med anledning av de rekommendationer som lämnas i rapporten.

Rapporten är skriven av Susanne Storm, rättslig expert vid Rättsavdelningen. Ett stort tack riktas till övriga personer inom Försäkringskassan som har medverkat i gransknings- och analysarbetet.

Mikael Westberg
Rättschef
Avdelningschef Rättsavdelningen

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	7
Bakgrund	7
Syfte	7
Metod	7
Regelverk och handläggning	10
Regelverk	10
Handläggning	12
Beskrivning av ärendena	14
Könsfördelning	14
Har den försäkrade tidigare uppburit särskilt högriskskydd?	15
Den försäkrades sysselsättning	15
Medicinska underlag	16
Diagnoser	16
Utredning	18
Konsultation av försäkringsmedicinsk rådgivare	18
Är utredningen tillräcklig för att fatta beslut?	19
Vad saknas det uppgifter om?	19
Framgår det att den försäkrade har ett väl dokumenterat sjukdomstillstånd där man utifrån objektiva grunder kan bedöma risken för framtida sjukperioder?.....	20
Onödiga utredningsåtgärder	21
Bedömning	22
Handläggarens beslut	22
Granskarnas bedömning.....	22
Beslutsbrev	26
Sammanfattande diskussion och slutsatser	28
Bilaga 1	31
Rekommendationer och åtgärder	31
Bilaga 2	35
Frågeformulär.....	35

Sammanfattning

I denna rapport redovisas en rättslig kvalitetsuppföljning som syftar till att ge fördjupad kunskap om den rättsliga kvaliteten i beslut om särskilt högriskskydd.

Uppföljningen har omfattat ett urval av ärenden, 358 stycken, där beslut om särskilt högriskskydd fattats under perioden september 2017 till och med februari 2018. Uppföljningen omfattar inte ärenden som avser särskilt högriskskydd för sjukperioder i samband med donation eller förberedelser för sådant ingrepp. Inte heller omfattas ärenden som avser särskilt högriskskydd för personer som uppburit eller haft rätt till aktivitetsersättning. Anledningen till att dessa undantagits är att det i dessa ärenden inte görs någon prognos över framtida sjukfall.

Uppföljningen visar att i de flesta fall har granskarna ansett att utredningen har varit tillräcklig för att ta ställning till särskilt högriskskydd. Men i knappt ett av fem ärenden har granskarna ansett att utredningen inte varit tillräcklig. Främst är det uppgifter om medicinsk status och/eller risken för ett större antal sjukperioder som saknas för att kunna bedöma rätten till förmånen. Det var också relativt vanligt att granskarna ansåg att det inte fanns tillräckliga uppgifter om sjukhistorik.

Det förekom endast mycket sällan att försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) konsulterats i ärendet. Granskarna har dock i de allra flesta ärenden heller inte tyckt att en konsultation med FMR hade varit behövlig. Granskarna har i princip uteslutande ansett att det inte förekommer onödiga utredningsmoment.

I knappt ett av fem av de tillräckligt utredda ärendena har granskarna ansett att kvaliteten på det medicinska underlaget varit bristfällig. Med detta menas att det av underlaget inte framgått att den försäkrade har ett väl dokumenterat sjukdomstillstånd där man utifrån objektiva grunder kunnat bedöma risken för framtida sjukperioder. De underlag som Försäkringskassan får från vården saknar ofta en beskrivning av vilken risk den försäkrade löper att drabbas av sjukdom och arbetsförmåga samt på vilka grunder läkaren gör den bedömningen.

Uppföljningen visar också att granskarna i de flesta fall delar handläggarens bedömning. Men i drygt ett av tre tillräckligt utredda ärenden hade granskarna fattat ett annat beslut än handläggaren. Framför allt anser granskarna att ansökan skulle ha avslagits. De vanligaste anledningarna till detta var i de granskade ärendena att underlaget inte styrkte att diagnosen medför en nedsättning av arbetsförmågan eller att underlaget inte styrkte att arbetsförmågan kan antas vara nedsatt i tillräcklig omfattning. Det var också relativt vanligt att granskaren skulle ha beviljat särskilt högriskskydd för annan period. Främst ansåg granskarna att ersättningen skulle ha beviljats

för en längre period, antingen en längre tidsbegränsad period eller tills vidare.

När det gäller beslutsbreven utformning vid avslag visar uppföljningen på en betydande förbättringspotential. Granskarna ansåg att fyra av tio beslutsbrev höll god kvalitet. Bland bristerna kan nämnas att beslutsbreven inte var individuellt anpassade och att de innehöll laghänvisningar som inte var relevanta.

Den samlade bedömningen är att tillämpningen av bestämmelserna i dag är alltför generös och inte i överensstämmelse med den restriktivitet som ska råda enligt förarbetena. (bet 1990/91:SfU9, s. 12 och prop. 1996/97:63 s. 67)

Inledning

Bakgrund

Enligt Generaldirektörens arbetsordning (2016:2) för Försäkringskassan ansvarar Rättsavdelningen för rättslig kvalitetsuppföljning och återkoppling. Rättslig kvalitetsuppföljning är en av tre delar i Försäkringskassans modell för systematisk kvalitetsutveckling. Modellen inkluderar även kvalitetsuppföljningar med stöd av Væksten och kvalitetsuppföljning med stöd av kvalitetsindikatorer. Den rättsliga kvalitetsuppföljningen syftar till att ge fördjupad kunskap inom områden där det finns tecken på brister i rättstillämpningen.

Syfte

Avdelningen för sjukförsäkring har föreslagit att en rättslig kvalitetsuppföljning av särskilt högriskskydd genomförs i syfte att undersöka om reglerna tillämpas korrekt.

Regelverket ger ett viktigt skydd för dem med omfattande sjuklighet samtidigt som det är angeläget att det inte utsträcks på ett sätt som tar bort den självrisk som i normalfallet ska finnas i sjukförsäkringen. Reglerna innehåller ett bedömningsutrymme och tillämpningen av dem har inte följts upp tidigare.

Av ovan nämnda anledningar har en rättslig kvalitetsuppföljning av beslut om särskilt högriskskydd genomförts. Uppföljningen syftar till att ge fördjupad kunskap om den rättsliga kvaliteten i utredningen och bedömningen av särskilt högriskskydd, och i förlängningen att säkerställa att tillämpningen är enhetlig och i linje med gällande rätt.

Metod

Urval

Uppföljningen har avgränsats till att studera ärenden där beslut (bifall och avslag) om särskilt högriskskydd fattats under perioden 1 september 2017 till och med 28 februari 2018. Avgränsningen till denna period har gjorts för att få så aktuella ärenden som möjligt. Inom förmånen finns inte några större säsongsvariationer att beakta mer än att det vanligtvis inkommer lite färre ansökningar under sommarmånaderna. Urvalet har gjorts utifrån de ärenden som i Försäkringskassans handläggningssystem (ÄHS) heter SH_ANS.

Den rättsliga kvalitetsuppföljningen omfattar dock inte ärenden där ansökan avser särskilt högriskskydd i samband med donation eftersom det där inte görs någon utredning av prognos. Av samma skäl omfattas inte heller ärenden som avser sökande som uppbär eller uppburit aktivitetsersättning under de 12 senaste månaderna före ansökan.

Urvalet omfattar 358 slumpmässigt valda ärenden där beslut fattats under den aktuella perioden. Urvalsstorleken grundas på statistiska beräkningar utifrån ett antagande om att med 95 procents säkerhet visa resultaten med en precision på +/- fem procent. Det har inte varit möjligt att göra olika urvalsgrupper avseende avslag respektive bifall, tillämplig lagstiftning eller långa respektive korta sjukfall då uppgifter om dessa parametrar inte registreras i ÄHS.

Från urvalet föll 15 ärenden bort på grund av att de avsåg donation, 6 ärenden för att ansökan saknades, 5 ärenden för att avskrivningsbeslut fattats, 3 ärenden för att de var felskapade samt 1 ärende för att det avsåg försäkrad med skyddade personuppgifter och därför inte kunde granskas. Samtliga 30 ärenden som föll bort ersattes med ärenden från två slumpmässiga extraurval varav det första togs ut samtidigt med det ordinarie urvalet och det andra kompletterande vid en senare tidpunkt då bortfallet visade sig vara större än beräknat.

Resultaten redovisas inte uppdelat på kön. En översyn av samtliga resultat avseende män respektive kvinnor har visat att skillnaderna mellan könen är väldigt små, på någon eller några procentenheter, och därför är det inte motiverat att göra någon vidare analys av detta. Dock redovisas könsfördelningen som den såg ut i de granskade ärendena under kapitlet *Beskrivning av ärendena*.

Aktgranskning

Uppföljningen har gjorts genom en aktgranskning under april-maj 2018 och själva granskningsarbetet har utförts av en processförare och en rättslig expert. Varje person har granskat hälften av ärendena och fördelningen mellan dem har varit slumpmässig.

Granskningsarbetet har utförts utifrån ett i förväg framtaget frågeformulär. Frågorna har testats och reviderats innan arbetet startade. Kalibrering av granskarnas bedömningar har skett genom en gemensam provgranskning av tio ärenden samt enskild provgranskning där de granskade samma tre ärenden. Resultatet jämfördes och diskuterades, vilket också resulterade i några förtydliganden i frågeformuläret. Frågeformuläret finns i bilaga 2.

Kalibrering har även skett vid avstämningsmöten under granskningens gång. När en granskare stött på ett ärende som varit svårt att bedöma utifrån frågeformuläret har ärendet tagits upp till diskussion med den andra granskaren för att säkerställa en jämn och korrekt bedömning av alla ärenden.

Granskarna har tagit del av de ärenden som omfattas av uppföljningen via ärendehanteringssystemet ÄHS. Det webbaserade verktyget SurveyXact har använts för att genomföra granskningsarbetet.

Frågeformuläret består till viss del av bedömningsfrågor, där det inte nödvändigtvis finns ett rätt eller fel svar. Eftersom det inte finns något facit omgärdas bedömningarna av en viss osäkerhet. De kalibreringsdiskussioner

som har hållits tyder dock på att skillnaderna i bedömningar inte varit så stora att de skulle kunna ha betydelse för utfallet i bedömningen.

Gemensam analys

Efter att granskningsarbetet avslutats genomfördes ett analysmöte med granskarna. Vid mötet presenterades och diskuterades de sammanställda granskningsresultaten och granskarna fick tillfälle att beskriva och exemplifiera hur ärendena såg ut, till exempel de ärenden där de bedömt att utredningen för att bedöma rätten till särskilt högriskskydd inte var tillräcklig.

Analysmötet var också ett tillfälle att fånga upp eventuella iakttagelser som granskarna gjort under granskningens gång och som inte direkt fångades av frågeformuläret men som ändå kan vara viktig information i kvalitetsutvecklingsarbetet. De kvalitativa uppgifter som hämtas in från granskarna i samband med analysmötet är av annan karaktär än de kvantitativa resultaten från granskarnas svar i frågeformuläret. Det går inte att fastställa hur representativa dessa uppgifter är i statistisk mening, men det hindrar inte att de kan tillföra viktig kunskap som kan bidra till att utveckla den rättsliga kvaliteten.

Regelverk och handläggning

Regelverk

Syftet med det särskilda högriskskyddet är att skydda personer som har en sjukdom eller ett funktionshinder från orimligt stora inkomstbortfall till följd av karensdagsreglerna. Högriskskyddet ska dessutom förbättra arbetstagares situation på arbetsmarknaden genom att arbetsgivarens kostnader för deras sjukfrånvaro minskar.

Det särskilda högriskskyddet innebär att den försäkrade får ersättning redan från och med den första sjukdagen och/eller att den försäkrades arbetsgivare får ersättning för de sjuklönekostnader som uppstår för den försäkrade som beslutet gäller.

Regler om särskilt högriskskydd finns både i socialförsäkringsbalken (SFB) och i lagen (1991:1047) om sjuklön (SjLL). Särskilt högriskskydd enligt SFB kan vara aktuellt dels för den som är försäkrad för arbetsbaserade förmåner, dels för den som bara är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner och som tillhör målgruppen för sjukpenning i särskilda fall. Särskilt högriskskydd enligt SjLL kan däremot bara den som är försäkrad för arbetsbaserade förmåner beviljas. Om den försäkrade beviljas särskilt högriskskydd enligt 27 kap. 40 § SFB eller 13 § SjLL beror exempelvis på om hen är anställd, arbetslös eller egen företagare.

En försäkrad kan beviljas särskilt högriskskydd enligt SFB av två skäl: för sjukdom som under en tolv månaders period kan antas medföra ett större antal sjukperioder och för donation. Bestämmelserna om detta finns i 27 kap. 40–44 §§ SFB. Om den försäkrade beviljas särskilt högriskskydd får hen sin karensdag ersatt av Försäkringskassan.

Särskilt högriskskydd enligt SjLL kan beviljas av samma skäl som särskilt högriskskydd enligt SFB, det vill säga för den som har en sjukdom som kan antas medföra ett större antal sjukperioder och för donation. Om den försäkrade beviljas särskilt högriskskydd av något av dessa skäl får hen sin karensdag ersatt av arbetsgivaren. Arbetsgivaren får sedan i sin tur sina sjuklönekostnader för sjuklöneperioden ersatta av Försäkringskassan.

Enligt SjLL kan särskilt högriskskydd dessutom beviljas till den som riskerar att få en eller flera längre sjukperioder under en tolv månaders period och till den som haft eller bedömts ha haft rätt till aktivitetsersättning under någon av de senaste tolv kalendermånaderna – oavsett vad som kan antas om framtida sjukperioder (13 § SjLL).

Vid beslut om särskilt högriskskydd för längre sjukperioder ersätter Försäkringskassan arbetsgivarens kostnader för sjuklön men den försäkrade får dock ingen ersättning för karensdagen. (13, 15 och 16 §§ SjLL)

Enligt lagens förarbeten bör tillämpningen av bestämmelserna om särskilt högriskskydd i SjLL vara likartad med tillämpningen av bestämmelserna om särskilt högriskskydd i SFB. (jfr prop. 1990/91:181 s.79)

Bestämmelserna om det särskilda högriskskyddet bör tillämpas restriktivt. Det är bara försäkrade med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd som ska beviljas särskilt högriskskydd. (jfr bet 1990/91:SfU9 s. 12 och prop. 1996/97:63 s. 67)

Den grundläggande förutsättningen för rätt till särskilt högriskskydd är att arbetstagaren har en medicinskt betingad nedsättning av arbetsförmågan. Den befarade stora sjukfrånvaron ska vara betingad av en medicinsk faktor. Den medicinska faktorn kan vara en kroppslig eller psykisk sjukdom eller ett följdillstånd efter sjukdom (prop. 1990/91:59 s. 30). Om diagnoserna ger en splittrad bild kan man oftast inte säga att frånvaron beror på någon särskild bakomliggande faktor. (prop. 1990/91:181 s. 79)

Vid prövning av särskilt högriskskydd ska Försäkringskassan ta hänsyn till den försäkrades samlade sjukdomsbild. (KRSU mål nr 819-08)

För att beviljas särskilt högriskskydd för ett större antal sjukperioder krävs att sjukdomen kan antas medföra att den försäkrade kommer att drabbas av betydligt fler kortvariga sjukperioder under ett år än vad som är normalt. Lagtextens uttryck ”större antal” bör tolkas som att antalet avslutade sjukperioder under en tolv månadersperiod kan bedömas bli fler än tio stycken. (prop. 1990/91:59 s. 30 och prop. 1990/91:181 s. 78 f.)

För att beviljas särskilt högriskskydd för längre sjukperioder krävs att sjukdomen kan antas medföra en eller flera längre sjukperioder. Med "längre sjukperiod" menas fler än 28 dagars sjukfrånvaro i följd (prop. 1996/97:63 s. 67). Det kan gälla personer som har eller har haft sjukdomar som medför risk för att de återinsjuknar under längre perioder eller får följsjukdomar. (prop. 1996/97:63 s. 67)

Försäkringskassan ska göra en prognos av i vilken omfattning den medicinska faktorn kan leda till sjukperioder. Prognosen bör avse den närmaste tolv månadersperioden. Prognosen ska göras både för att bedöma om det finns risk för ett större antal sjukperioder eller om det finns risk för en eller flera längre sjukperioder. (prop. 1990/91:59 s. 30 f., prop. 1990/91:181 s. 52 och prop. 1996/97:63 s. 65 f.)

För att Försäkringskassan ska kunna göra en prognos behövs olika slags uppgifter. Det kan exempelvis vara sjukhistorik och uppgifter om sjukdomen från den försäkrade själv och från den behandlande läkaren. När det gäller uppgifter om sjukhistorik är det viktigt att komma ihåg att det är risken för framtida sjukperioder som ska bedömas. Det gäller både vid bedömning av om det finns risk för att den försäkrade ska få ett större antal sjukperioder och vid bedömning av om det finns risk för en eller flera längre sjukperioder under ett kalenderår. Enligt förarbetena till SjLL ska uppgifter om tidigare sjukhistorik användas med försiktighet när Försäkringskassan gör prognoser. Det gäller speciellt när en försäkrad nyligen har insjuknat

eller när tillståndet har förvärrats. (Prop. 1990/91:59 s. 30 f. och 1990/91:181 s. 79)

I ett mål i Försäkringsöverdomstolen (FÖD) har framhållits att uttrycket ”kan antas” innebär ett krav på en objektiv grund för att sjukdomen kommer att medföra så frekventa sjukperioder. När Försäkringskassan ska pröva om förutsättningarna är uppfyllda bör alla omständigheter av betydelse beaktas. Det behöver inte bara vara tidigare sjukfall utan även andra omständigheter kan bli avgörande. Som exempel på andra omständigheter nämns sjukdomens allmänna karaktär, nyligen inträffade komplikationer eller förändringar i symtombilden, utsikterna till förbättring genom pågående eller planerad behandling och sådana ändringar i den försäkrades arbetsförhållanden som påverkar möjligheterna att arbeta trots sjukdomen. (FÖD 1995:24)

Om en försäkrad uppfyller kraven för såväl det särskilda högriskskyddet för ett större antal sjukperioder som för det särskilda högriskskyddet för en eller flera längre sjukperioder (13 § första stycket 1 och 2 SjLL) bör det beslut som är mest förmånligt för den försäkrade gälla – det vill säga det särskilda högriskskyddet för ett större antal sjukperioder (prop. 1996/97:63 s. 68). Ett sådant beslut anses vara mest förmånligt därför att den försäkrade då slipper karensdagen och får sjuklön även den första dagen i varje sjukperiod.

Försäkringskassans beslut om särskilt högriskskydd gäller arbetstagarens samtliga anställningar. (13 § fjärde stycket SjLL). Ett beslut om särskilt högriskskydd enligt 27 kap. 41 § SFB och 13 § första stycket SjLL gäller alla sjukperioder – oavsett diagnos – som den försäkrade drabbas av under den tid beslutet gäller.

Det särskilda högriskskyddet gäller för den tid som anges i Försäkringskassans beslut. Även om Försäkringskassans prognos avser den närmaste tolv månadersperioden så finns det inget som säger att beslutet ska avse just ett år. Beslutet kan omfatta kortare eller längre tid än ett år om det är lämpligt och den försäkrade bedöms uppfylla villkoren för särskilt högriskskydd under perioden.

Om det finns särskilda skäl för det ska beslutet gälla tills vidare (27 kap. 43 § andra stycket SFB och 13 § fjärde stycket SjLL). Ett sådant särskilt skäl kan vara att den försäkrade har en kronisk sjukdom som kan förväntas orsaka återkommande nedsättning av arbetsförmågan för lång tid framöver (prop. 1990/91:59 s. 31).

Handläggning

Sedan år 2008 handläggs särskilt högriskskydd koncentrerat i Stockholm. Dessförinnan handlades det på samtliga kontor som hanterade sjukpenning men för att likrikta bedömningarna togs beslut om koncentration. På enheten finns i dag cirka 15 handläggare, en specialist och en enhetschef. Under ett år fattas cirka 9 000 beslut om särskilt högriskskydd.

Till stöd för handläggarna finns främst Försäkringskassans vägledning (2011:1) *Sjuklöneförmåner*. Lagreglerna har varit desamma under de senaste

åren och den senaste ändringen i vägledningen gjordes 2015. Det finns även visst stöd i Försäkringskassans vägledning (2015:1) *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Även produktionsprocessen (2008:06) *Processen för att utreda och besluta om rätten till särskilt högriskskydd samt betala ut ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare* utgör ett stöd för handläggarna. Vid behov kan handläggaren konsultera en FMR i medicinska frågeställningar.

Ansökan avseende särskilt högriskskydd enligt SFB och avseende särskilt högriskskydd enligt SjöLL görs på gemensam blankett. En ansökan anses därför som en ansökan om särskilt högriskskydd enligt bägge regelverken och avseende både långa och korta sjukfall. Ärendena handläggs i samma ärendeslag i ÄHS. Vid positivt beslut framgår det inte uttryckligen av beslutsbrevet vilken lagstiftning som beslutet grundar sig på. Det är endast indirekt som den som har kunskaper inom förmånen genom beslutsbrevets utformning kan sluta sig till vilket regelverk som tillämpats. Om SjöLL tillämpats finns det nämligen med uppgifter i beslutsbrevet till den försäkrade om att information om beslutet skickats till arbetsgivaren.

Enligt processen ska handläggningen påbörjas inom 3 dagar från det att ansökan kom in och beslut om särskilt högriskskydd ska fattas inom 30 dagar från det att ansökan kom in.

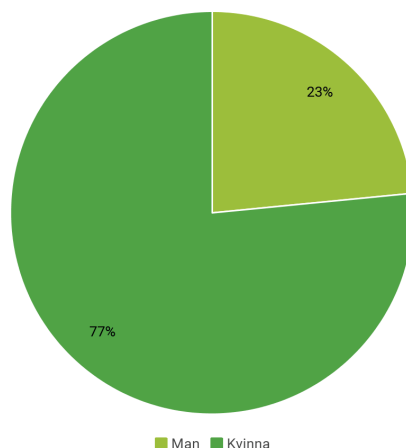
Beskrivning av ärendena

I detta kapitel beskrivs de granskade ärendena avseende könsfördelning, den försäkrades sysselsättning, om den försäkrade tidigare uppburit särskilt högriskskydd, vilket medicinskt underlag som fanns i ärendena och vilken diagnos som fanns angiven i det medicinska underlaget. I kapitlet görs ingen värdering av uppgifterna utan endast en beskrivning av hur det såg ut i de granskade ärendena.

Könsfördelning

Frågeställningen om ärendet avser en man eller kvinna är föranledd av att Försäkringskassan i samband med interna rapporter alltid ska beakta jämställdhetsperspektivet.¹ I frågeställningen avses det juridiska könet som framgår av näst sista siffran i personnumret.

Diagram 1 Avser ärendet en man eller en kvinna?
(Andel av samtliga 358 granskade ärenden)



Av de granskade ärendena avsåg majoriteten ärenden där ansökan gjorts av en kvinna. 274 ärenden avsåg en kvinna och 84 avsåg en man. Att kvinnor förekommer i större utsträckning är väntat och stämmer överens med hur det annars ser ut i sjukpenningstatistiken.² Inom särskilt högriskskydd är könsfördelningen dock något mer ojämn än inom sjukpenning.

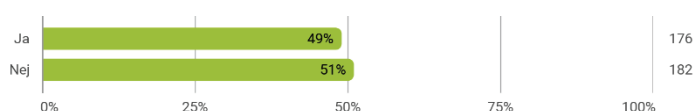
¹ Försäkringskassans riktlinje (2015:04) *Identifiera, förebygga och motverka osakliga könsskillnader i kärnverksamheten*.

² Socialförsäkringen i siffror 2018 s. 46: Totalt fick 606 000 personer sjukpenning någon gång under 2017 varav 64 procent var kvinnor och 34 procent var män.

Har den försäkrade tidigare uppburit särskilt högriskskydd?

För att få en bild av hur vanligt det är att den försäkrade redan uppburit särskilt högriskskydd nyligen för en period och sedan ansöker om en ny period har granskarna fått besvara frågan om den försäkrade tidigare varit beviljad särskilt högriskskydd under de tolv senaste månaderna före ansökningsmånaden. Frågan har besvarats utifrån förekomsten av tidigare avslutat SH_ANS-ärende i ÄHS i vilket beslut om bifall fattats.

Diagram 2 Har den försäkrade tidigare varit beviljad särskilt högriskskydd under de tolv senaste månaderna före ansökningsmånaden?
(Andel och antal av samtliga 358 granskade ärenden)

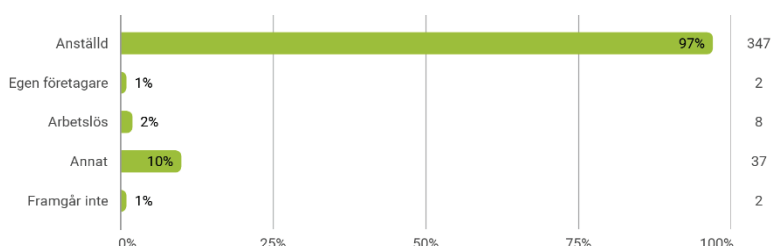


Som framgår utgjorde knappt hälften av de granskade ärendena ansökan från en försäkrad som tidigare uppburit särskilt högriskskydd under de senaste tolv månaderna. Det är alltså hälften av ansökningarna som utgör ansökan om en ny period med särskilt högriskskydd. Vid analysmötet framkom att det förekom ärenden där den försäkrade hade haft särskilt högriskskydd i flera omgångar i uppemot tio år.

Den försäkrades sysselsättning

Granskarna har även fått besvara frågan vilken sysselsättning den försäkrade hade vid ansökningstillfället.

Diagram 3 Vilken sysselsättning hade den försäkrade vid ansökningstillfället?
(Andel av samtliga 358 granskade ärenden där flera svarsalternativ varit möjliga)



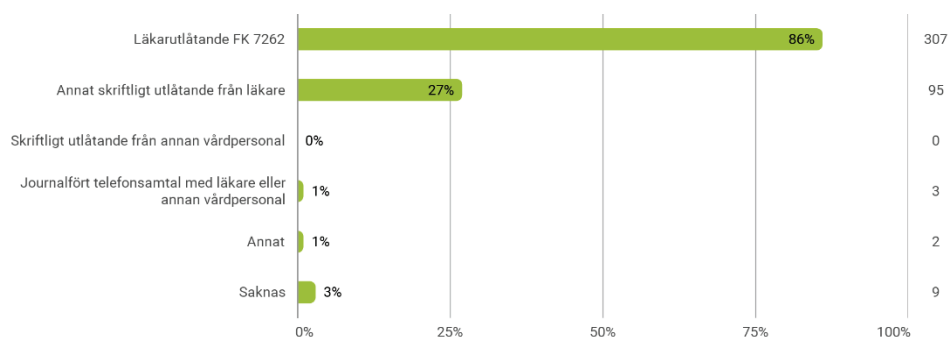
Den absolut största gruppen utgörs av försäkrade med en anställning på heltid eller deltid. Annat utgör till exempel om det av ärendet framgår att den försäkrade studerar på deltid eller uppbär partiell sjuk- eller aktivitetsersättning utöver deltidsarbete. En försäkrad med partiell sjuk- eller aktivitetsersättning kan ansöka om särskilt högriskskydd för samma sjukdom som hen blivit beviljad sjukersättning eller aktivitetsersättning för. Prövningen ska då gälla risk för ökad sjukfrånvaro utöver den partiella sjukersättningen eller aktivitetsersättningen. I majoriteten av de fall där granskarna besvarat

frågan med annat rörde det sig just om en försäkrad som har partiell sjuk- eller aktivitetsersättning och ansöker om särskilt högriskskydd för resterande del.

Medicinska underlag

Granskarna har även fått besvara en fråga om vilka medicinska underlag som finns i ärendet. De har här kunnat välja en eller flera olika typer av medicinska underlag och i fritext kunnat ange vilket annat medicinskt underlag som finns i ärendet. I de fall det i det aktuella ärendet inte alls finns något medicinskt underlag har svarsalternativet saknas valts.

Diagram 4 Vilka medicinska underlag finns i ärendet?
(Andel och antal av samtliga 358 granskade ärenden där även flera svarsalternativ har varit möjliga)



Framför allt bestod det medicinska underlaget i läkarutlåtande om särskilt högriskskydd på Försäkringskassans blankett FK 7262. Granskarna noterade att det även förekom äldre versioner av läkarutlåtandet.

Som exempel på annat skriftligt utlåtande från läkare kan anges ett skriftligt läkarutlåtande i brevform, läkarintyg avseende sjukpenning eller läkarutlåtande om hälsotillstånd. Det var sällan handläggaren haft ett journalfört samtal med läkare eller annan vårdpersonal. Annat medicinskt underlag i ärendet som fanns i enstaka ärende var journalanteckningar. Skriftligt utlåtande från annan vårdpersonal förekom inte alls bland de granskade ärendena. I nio ärenden fanns inte något medicinskt underlag. I samtliga dessa ärenden har handläggaren avslagit ansökan om särskilt högriskskydd.

Diagnoser

I de ärenden där det fanns ett medicinskt underlag har granskarna även fått besvara frågan vilken eller vilka diagnoser som anges i det medicinska underlaget. De har här kunnat välja mellan ett antal diagnoser som utifrån handläggareerfarenhet är vanligt förekommande när det gäller ansökningar om särskilt högriskskydd. Utöver det har de även i fritext kunnat ange annan eller andra diagnoser.

Det förekom ofta att fler än en diagnos angavs i det medicinska underlaget. I ungefär en tredjedel av ärendena fanns fler än en diagnos angiven i det medicinska underlaget.

Den enskilt vanligaste diagnosen var migrän. Av samtliga 349 ärenden där det fanns medicinskt underlag fanns migrän med som diagnos i 112 ärenden. Näst vanligaste diagnosen var fibromyalgi som återfanns i 21 ärenden följt av Crohns sjukdom i 18 ärenden och IBS i 14 ärenden. De övriga svarsalternativen multipel skleros och ulcerös colit återfanns i sju respektive sex ärenden. Vissa skillnader mellan könen sågs när det gäller diagnoserna, även om de inte är statistiskt säkerställda resultat eftersom de kan vara ett resultat av slumpen. Bland de 274 ärenden som avsåg kvinnor fanns det en migrändiagnos i 100 ärenden. Bland män var migrändiagnosen inte lika dominerande och återfanns i 11 av 84 ärenden. Fibromyalgi förekom inte alls bland männen medan Crohns sjukdom var vanligare förekommande bland män än bland kvinnor.

I 222 ärenden har granskarna angett en eller flera diagnoser i fritext. På läkarutlåtandet för särskilt högriskskydd finns oftast ingen uppgift om diagnoskod. Detta gör det problematiskt att sammanställa uppgifterna på till exempel diagnosgrupper. I nedan tabell har därför de vanligaste diagnoserna som angavs som annat sammanställts utifrån hur de varit formulerade i det medicinska underlaget.

Tabell 1 **Vilken eller vilka andra diagnoser anges i det medicinska underlaget?**
 (Antal av 222 granskade ärenden där medicinskt underlag fanns i ärendet, annan diagnos framgått av det medicinska underlaget och där även flera svarsalternativ varit möjliga)

Diagnos	Antal
Endometrios	12
Reumatoid artrit	10
Psoriasisartrit	9
Diabetes	9
Huvudvärk	9
Bipolär sjukdom	8
Ledvärk	8
Ehlers-Danlos syndrom	6
Ångest	5
Lumbalt diskbräck	5
Recidiverande depression	5
Utmattningssyndrom	5
Spänningshuvudvärk	5
Epilepsi	4
Dysmenoré	4
Ledvärk	4
Lumbago	4
Ryggvärk	4
Astma	3
Ménières sjukdom	3
Psoriasisartropati	3
Depression	3
Sjögrens syndrom	3
Cervikalt diskbräck	3

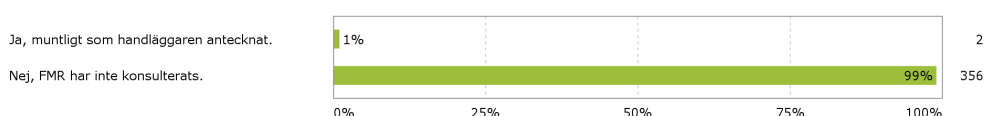
Utredning

I detta kapitel redovisas i vilken utsträckning FMR konsulterats i ärendena och i vilken utsträckning granskarna har ansett att utredningen varit tillräcklig för att ta ställning till rätten till särskilt högriskskydd. Vidare redovisas i vilken omfattning granskarna har ansett att det av det medicinska underlaget framgår att den försäkrade har ett väl dokumenterat sjukdomstillstånd där man utifrån objektiva grunder kan bedöma risken för framtida sjukperioder. Slutligen redovisas i vilken omfattning granskarna har ansett att det förekommer onödiga utredningsåtgärder i de granskade ärendena.

Konsultation av försäkringsmedicinsk rådgivare

Granskaren har i samtliga ärenden fått besvara frågan om det finns ett yttrande från FMR i ärendet.

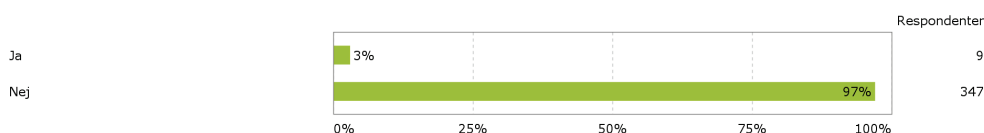
Diagram 5 Finns det ett yttrande från FMR i ärendet?
(Andel och antal av samtliga 358 granskade ärenden)



Som framgår hade FMR endast konsulterats i två av samtliga granskade ärenden. I bägge dessa fall hade en muntlig konsultation skett som sedan hade nedtecknats i journalen. Konsultation som resulterade i ett skriftligt yttrande förekom inte alls bland de granskade ärendena.

I de ärenden där det inte fanns ett yttrande från FMR har granskarna även fått ta ställning till om de anser att ett FMR-yttrande hade varit behövligt.

Diagram 6 Bedömer du att ett FMR-yttrande hade varit behövligt?
(Andel och antal av 356 granskade ärenden där ett yttrande från FMR inte fanns i ärendet)



I de allra flesta ärenden, 97 procent, tyckte inte granskarna att ett FMR-yttrande hade varit behövligt. Med detta menas att de inte ansett att ett sådant skulle ha tillfört ärendet någonting ytterligare. Bland de ärenden där granskarna ansett att ett yttrande från FMR hade varit behövligt kan nämnas ett ärende där den försäkrade uppgett att vissa sjukdomsbesvär som lett till sjukfrånvaro varit relaterade till medicinering av aktuell diagnos utan att det

framgick av det medicinska underlaget och ett ärende där det i läkarutlåtandet framgick en svårtolkad medicinsk status. Vidare borde FMR ha konsulterats i några ärenden för stöd i bedömning att eventuellt bevilja särskilt högriskskydd tills vidare.

Är utredningen tillräcklig för att fatta beslut?

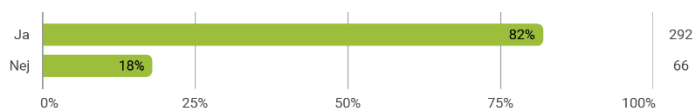
I samtliga 358 granskade ärenden har granskarna fått ta ställning till om utredningen i ärendet har varit tillräcklig för att det ska gå att ta ställning till rätten till särskilt högriskskydd. De har gjort sin bedömning utifrån den information som funnits i ärendet. I den mån det funnits en direkt hänvisning till ett annat ärende, till exempel sjukpenningärende så har granskaren även tagit del av information i det ärendet.

Alla kriterier som kan ligga till grund för en bedömning om särskilt högriskskydd behöver inte vara aktuella att ta med i bedömningen i varje ärende. Det är ärendets beskaffenhet som avgör vilka uppgifter som behövs för att kunna ta ställning.

Granskarna har endast tagit ställning till om de uppgifter som finns dokumenterade i ärendet sammantaget är tillräckliga och alltså inte vägt in hur handläggaren har använt uppgifterna i sin bedömning eller om de anser att handläggarens bedömning är riktig.

Diagram 7 Är utredningen tillräcklig för att bedöma rätten till särskilt högriskskydd?

(Andel och antal av samtliga 358 granskade ärenden)



I de flesta ärenden har granskarna tyckt att utredningen var tillräcklig för att bedöma rätten till särskilt högriskskydd. I knappt ett av fem ärenden har granskarna dock ansett att utredningen inte varit tillräcklig. Granskarna har här ansett att ytterligare underlag krävs för att kunna ta ställning till rätten till särskilt högriskskydd. Utredningsskyldigheten enligt 110 kap. 13 § SFB har därför inte ansetts uppfylld i dessa ärenden.

Resultaten var snarlika både om den försäkrade varit beviljad särskilt högriskskydd tidigare under de senaste tolv månaderna eller inte. För de ärenden där den försäkrade tidigare hade haft särskilt högriskskydd var 80 procent tillräckligt utredda och för de ärenden där den försäkrade inte hade haft särskilt högriskskydd tidigare var 83 procent tillräckligt utredda.

Vad saknas det uppgifter om?

I de 66 ärenden där granskarna har ansett att utredningen var otillräcklig för att bedöma rätten till särskilt högriskskydd har de även fått besvara frågan vad det saknats tillräckliga uppgifter om. Granskarna har kunnat välja flera svarsalternativ.

Främst var det uppgifter om risken för omfattande korta sjukperioder som granskarna ansåg saknades. Den bristen fanns i 51 av de 66 ärendena. Tillräckliga uppgifter om medicinsk status saknades i 43 av ärendena. Ofta förekom bägge dessa brister i samma ärende. Det rörde sig då om ärenden med mycket kortfattade läkarutlåtanden som ofta bara innehöll diagnos, enstaka symtom och en bedömning av att sjukdomen medför risk för framtida sjukfrånvaro utan att närmare motivera ställningstagandena. Granskarna ansåg att dessa ärenden borde ha kompletterats med behandlande läkare.

Det var också relativt vanligt att granskarna tyckte att uppgifterna om sjukhistorik var otillräckliga. Så var fallet i 26 av de 66 ärendena. Granskarna ansåg att det i ett antal ärenden inte tydligt framgick vilken eller vilka diagnoser som tidigare sjukhistorik avsåg. I de fall det inte tydligt framgätt har granskarna ansett att utredningen av sjukhistoriken inte varit tillräcklig. Det fanns också ärenden där det inte tydligt framgick hur många sjukfall den försäkrade haft.

Det var mindre vanligt att uppgifter om risken för en eller flera längre sjukperioder eller den försäkrades sysselsättning saknades. Det förekom i nio respektive fem ärenden.

Både i de ärenden där den försäkrade tidigare varit beviljad särskilt högriskskydd under de tolv senaste månaderna och i ärenden där den försäkrade inte varit det, var de vanligaste bristerna att det saknades uppgifter om risken för omfattande korta sjukperioder, medicinsk status och sjukhistorik i nämnd ordning.

Det kan också nämnas att det vid analysmötet framkom att granskarna noterat att det ibland fanns läkarutlåtande från tidigare ansökan om särskilt högriskskydd eller sjukpenningärende med relevant information som borde ha kunnat användas i bedömningen men att så inte har skett.

Framgår det att den försäkrade har ett väl dokumenterat sjukdomstillstånd där man utifrån objektiva grunder kan bedöma risken för framtida sjukperioder?

I samtliga granskade ärenden har granskarna fått ta ställning till om det av det medicinska underlaget framgår att den försäkrade har ett väl dokumenterat sjukdomstillstånd där man utifrån objektiva grunder kan bedöma risken för framtida sjukperioder. Enligt rättspraxis är bara det faktum att läkaren uppger att det finns en risk för framtida sjukperioder inte tillräckligt. Det ställs också ett krav på objektiv grund, bland annat utifrån sjukdomens allmänna karaktär, för att sjukdomen riskerar att medföra omfattande korta sjukperioder eller en eller flera längre sjukperioder. (FÖD 1995:24)

Under granskningen har det visat sig att frågan i vissa fall inte är relevant. Till exempel i de nio ärenden där det inte finns något medicinskt underlag. Vidare är frågeställningen inte avgörande för utgången i ärendet i de fall där

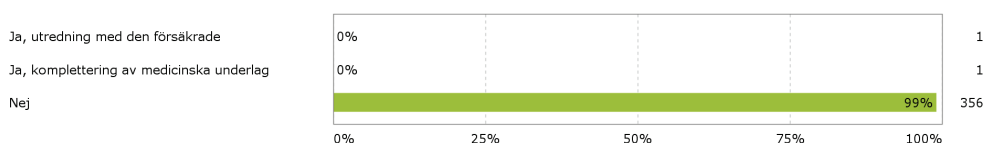
ansökan avslås under pågående sjukskrivning eller då ansökan avslås på grund av ingen eller liten sjukhistorik. Frågan säger därför inte alltid något om utredningens kvalitet dock om det medicinska underlagets kvalitet.

I knappt en femtedel av ärendena, 68 av de 349 ärenden där det fanns ett medicinskt underlag, ansåg granskarna att det av det medicinska underlaget inte framgick att den försäkrade har ett väl dokumenterat sjukdomstillstånd där man utifrån objektiva grunder kan bedöma risken för framtida sjukperioder. Det saknades relativt ofta beskrivning av symtom, undersökningsfynd, hur sjukdomen yttrar sig samt hur arbetsförmågan påverkas.

Onödiga utredningsåtgärder

För att se om överutredning förekom har granskarna i samtliga ärenden fått ta ställning till om de anser att det har vidtagits onödiga utredningsåtgärder i ärendet.

Diagram 8 Bedömer du att det har vidtagits onödiga utredningsåtgärder i ärendet?
(Andel och antal av samtliga 358 granskade ärenden)



I endast två av samtliga granskade ärenden ansåg granskarna att det förekommit onödiga utredningsåtgärder. Överutredning förekom alltså knappt alls i de granskade ärendena utan som tidigare nämnts var det betydligt vanligare att utredningen inte var tillräcklig.

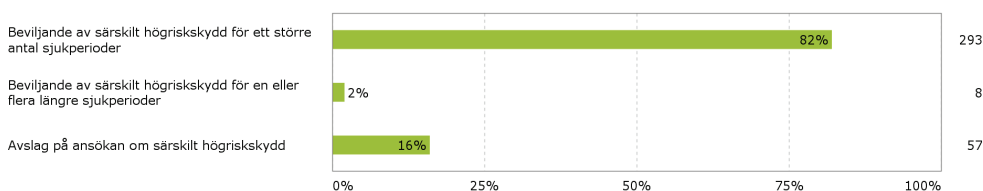
Bedömning

I kapitlet redovisas inledningsvis vilket beslut som handläggaren fattat i de granskade ärendena. Därefter redovisas i vilken omfattning granskarna skulle ha fattat samma beslut och där det är aktuellt vilket annat beslut de skulle ha fattat och varför.

Handläggarens beslut

I samtliga ärenden fick granskarna ange vilket beslut som handläggaren fattat i ärendet.

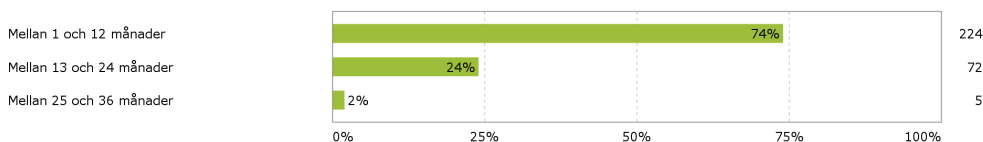
Diagram 9 Vilket beslut har fattats i ärendet?
(Andel och antal av samtliga 358 granskade ärenden)



Som framgår avser av stor majoritet av de granskade ärendena bifallsbeslut. Av dessa utgör de allra flesta bifall för ett större antal korta sjukperioder. 16 procent av de granskade ärendena var avslagsbeslut.

När det gäller bifallsbesluten fick granskarna även besvara frågan om för vilken tidsperiod beslutet gäller.

Diagram 10 För hur lång tidsperiod gäller beslutet?
(Andel och antal av 301 granskade ärenden där beslut om beviljande fattats)

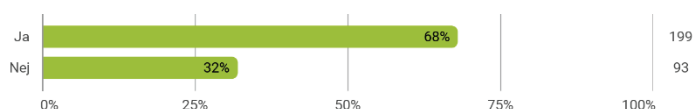


En majoritet av ärendena avsåg beviljade för tolv månader. Inget ärende avsåg beviljande för en längre tidsperiod än 36 månader eller tills vidare.

Granskarnas bedömning

I de ärenden där granskarna ansett att underlaget är tillräckligt för att ta ställning till rätten till särskilt högriskskydd har de även fått ta ställning till om de skulle ha fattat samma beslut som handläggaren.

Diagram 11 Skulle du ha fattat samma beslut som handläggaren?
(Andel och antal av 292 granskade ärenden där utredningen bedömts vara tillräcklig för att bedöma rätten till särskilt högriskskydd)



I de flesta ärenden skulle granskarna ha fattat samma beslut som handläggaren men i knappt en tredjedel av ärendena skulle granskaren ha fattat ett annat beslut.

I de fall där granskarna svarat att de skulle ha fattat ett annat beslut har de även fått besvara frågan om vilket annat beslut de skulle ha fattat.

I de allra flesta fall, 71 av de 93 ärendena, skulle granskaren i stället ha fattat ett avslagsbeslut. I ett ärende skulle granskarna i stället ha fattat beslut om bifall för korta sjukperioder och i tre ärenden skulle de ha fattat beslut om bifall för långa sjukperioder. Det var relativt vanligt att granskaren skulle ha beviljat för annan period. Det förekom i 18 ärenden. I dessa fall har även granskarna fått besvara frågan om för vilken annan tidsperiod de skulle ha beviljat särskilt högriskskydd.

Det var vanligast att granskarna skulle ha beviljat för en längre period, 10 av de 18 ärendena, men det förekom också att de skulle ha beviljat för en kortare period, 5 ärenden, och även att de ansåg att särskilt högriskskydd borde ha beviljats tills vidare, 3 ärenden.

Granskarna har i fritext fått ange varför de skulle ha fattat ett annat beslut. Detta har sammanställts och här nedan beskrivs de mest frekvent förekommande anledningarna. Eftersom det rör sig om fritextsvar och det kan ha funnits flera anledningar till varför granskaren skulle ha fattat ett annat beslut så är det inte möjligt att kvantifiera anledningarna.

Det var förhållandevis vanligt att granskarna ansåg att det medicinska underlaget inte styrkte att diagnosen medför en nedsättning av arbetsförmågan och att ansökan därför skulle ha avslagits. Till exempel var beskrivningen av vilka symtom som sjukdomen ger, varaktigheten, frekvensen och på vilket sätt den sätter ner arbetsförmågan inte sådan att det går att säga att det finns objektiv grund för att arbetsförmågan kan antas att vara nedsatt på grund av sjukdom. Exempelvis framgick det i läkarutlåtande som avsåg migrän att den försäkrade hade en migränsjukdom som gav migränattacker en gång per månad men inte vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar den medförde under attackerna, som till exempel illamående, kräkningar, kraftig huvudvärk, synrubbningar, ljuskänslighet, behov av att ligga ner, behov av vila, behov av att befinna sig i ett mörkt rum m.m. Att det är fastställt att den försäkrade har en diagnos och att läkaren anger att den periodvis sätter ner arbetsförmågan har inte ansetts vara tillräckligt för att bevilja särskilt högriskskydd.

En annan anledning till att granskarna tyckt att ansökan skulle ha avslagits är att sjukhistoriken inte har påvisat sjukfall i den omfattning som krävs

samtidigt som det i det medicinska underlaget inte heller har funnits något som tyder på att situationen skulle ha försämrats. Det finns ärenden där sjukhistoriken påvisat enstaka eller fåtal sjukfall per år och där särskilt högriskskydd för korta sjukperioder har beviljats trots att det i det medicinska underlaget helt har saknats indikationer på ett försämrings-tillstånd. Att läkaren har kryssat i att det finns risk för fler än tio sjukfall har granskarna i sig inte ansett vara tillräckligt för att styrka att sjukdomen kan antas medföra ett stort antal sjukfall.

Granskarna har noterat ärenden där det förefaller som att handläggaren har lagt sjukfrånvaro som avsett annan diagnos än den/de som ansökan avsett och som behandlats i läkarutlåtandet, till grund för sin bedömning.

Det förekommer ibland att den försäkrade när det gäller sjukhistorik hänvisar till att hen, ofta av ekonomiska skäl, vid ett eller flera tillfällen varit sjuka men i stället för sjukfrånvaro tagit ut ledighet. Handläggarna tycks ibland ha godtagit sådana uppgifter och lagt dem till grund för bedömningen och i andra fall inte. Granskarna har i de allra flesta fall inte beaktat sådana uppgifter. Eftersom den försäkrade har bevisbördan krävs att hen ska styrka att arbetsoförmågan berott på sjukdom. Om den försäkrade inte har haft varken sjuklön eller sjukpenning kan detta vara svårt. Bara ett påstående om att hen varit sjuk har, utifrån detta och i ljuset av den restriktivitet som framgår av förarbetena, inte ansetts vara tillräckligt.

I ärenden med flera nyliga sjukfall har handläggaren ibland angett att det tyder på försämring. Granskarna har ansett att det är tveksamt om man kan dra den slutsatsen utan att det av det medicinska underlaget framkommer att den försäkrades besvär har försämrats.

I några fall har granskarna också ansett att handläggaren har lagt väl stor vikt vid den försäkrades uppskattning av sin kommande sjukfrånvaro. Att den försäkrade uppskattat sin kommande sjukfrånvaro till mindre än tio sjukfall eller inte sagt sig veta bör inte förhindra att särskilt högriskskydd kan beviljas om de rättsliga förutsättningarna är uppfyllda.

I några ärenden där det fanns en pågående sjukskrivning avseende samma diagnos som ansökan om särskilt högriskskydd har granskarna ansett att ansökan borde ha avslagits för att det inte gått att göra en prognos. Anledningen till att det inte varit möjligt att göra en prognos har till exempel varit att det inte gått att avgöra när arbetsförmågan skulle återfås eller i vilken omfattning den försäkrade skulle komma att arbeta.

Bland de granskade ärendena har det förekommit att fåtal ärenden som avser försäkrade i cancerbehandling som handlagts inom ramen för projektet *Flexibel sjukskrivning för personer i cancerbehandling*. Syftet med

projektet var att undersöka om en mer flexibel tillämpning av socialförsäringen kan få fler personer i cancerbehandling att arbeta i större omfattning.³ Tanken inom detta projekt var att bevilja deltagarna såväl förebyggande sjukpenning som särskilt högriskskydd och sjukpenning.⁴ I de granskade ärenden som avsåg flexibel sjukskrivning hade särskilt högriskskydd beviljats i samtliga ärenden i enlighet med projektets arbetsmodell. Granskarna har ansett att rätt till särskilt högriskskydd inte förelåg i de flesta av dessa fall. Detta eftersom den försäkrade haft ett läkarintyg som styrkt en längre tids nedsatt arbetsförmåga och det av den anledningen inte har ansetts vara möjligt att göra någon prognos. Granskarna har därför ansett att ansökan skulle ha avslagits. Det är på intet sätt givet att en försäkrad, vars ärenden handlagts enligt arbetsmodellen i projektet, har haft rätt till särskilt högriskskydd.

I de fall granskarna ansett att ersättning skulle ha beviljats, men för en annan period har de i de flesta fall ansett att ersättning skulle ha beviljats för en längre period. Det rörde sig då om ärenden där den försäkrade hade en väldokumenterad sjukdom med en styrkt påverkan av arbetsförmågan. Ofta fanns det även en väldokumenterad sjukhistorik och det var vanligt att den försäkrade tidigare uppburit särskilt högriskskydd under flera perioder. Det förekom också några ärenden där granskarna ansett att särskilt högriskskydd skulle ha beviljats för en kortare period. Till exempel för att prövningen inte gjordes på något nytt medicinskt underlag eller att den försäkrade var nydiagnostiserad och underlaget inte bedömdes styrka rätt till förmånen för längre period.

³ Projektets mål var att genomföra testverksamhet och utvärdera och analysera resultat ur två perspektiv; effekterna på sjukfrånvaron och erfarenheter hos deltagare i projektet. Målgruppen för studien var personer som genomgick en cancerbehandling, som hade ett arbete eller var egenföretagare samt var helt sjukskrivna. Projektet pågick i Västra Götaland i nära samarbete med onkologin i Region Väst och det togs fram en arbetsmodell som användes under större delen av projektet. Från och med hösten 2017 tillämpade projektet en förändrad arbetsmodell för målgruppen och efter projektavslut är arbetsmodellen en del av ordinarie verksamhet inom VO Väst för den aktuella målgruppen. Den förändrade arbetsmodellen innebär bland annat att personer i målgruppen får ansöka om särskilt högriskskydd när behov av förmånen uppstår.

⁴ Mer information om projektet och resultaten av en rättslig kvalitetsuppföljning av bedömning av rätten till sjukpenning inom ramen för projektet kommer inom kort i en annan rapport. Det preliminära namnet på rapporten är *Projektet "Flexibel sjukskrivning"- bedömning av rätten till sjukpenning vid sjukdomstillstånd där arbetsförmågan varierar* och rapporten beräknas publiceras i november 2018.

Beslutsbrev

I de fall där handläggaren fattat beslut om avslag har granskarna fått bedöma om beslutsbrevet om särskilt högriskskydd håller god kvalitet. Anledningen till att granskarna endast har fått ta ställning till beslutsbrevets kvalitet i avslagsärenden är att bifallsbesluten är mycket kortfattade då de såsom fullt ut gynnande beslut inte innehåller någon motivering.

Granskarna har fått bedöma beslutsbrevet utan hänsyn till om beslutet är rätt eller fel. För att kvaliteten ska ha bedömts som god ska handläggaren på ett lättläst och begripligt sätt ha förklarat varför den försäkrade inte ansetts uppfylla villkoren för särskilt högriskskydd. Som utgångspunkt för bedömningen har också varit att beslutsbrevet ska vara utformat i enlighet med Försäkringskassans riktlinjer (2005:14) *Att skriva kommunikeringsbrev och beslutsbrev i Försäkringskassan*.

Granskarna har ansett att fyra av tio beslutsbrev höll god kvalitet. Av de 57 ärenden där handläggaren fattat beslut om avslag ansåg granskarna att beslutsbrevet höll god kvalitet i 23 ärenden. I resterande 34 ärenden fanns brister i beslutsmotiveringen i samtliga ärenden och i tre ärenden fanns även brister i beskrivning av ärendet. I de fall granskarna ansett att det funnits brister i beslutsmotiveringen har de även fått besvara frågan om på vilket sätt motiveringen är bristfällig.

Den enskilt vanligaste bristen var att motiveringen inte var individuellt anpassad. Den förekom i 15 av de 34 ärendena. Till exempel så har handläggaren angett i beslutsbrevet att Försäkringskassan gör bedömningen att det inte är troligt att den försäkrade kommer att ha en omfattande sjukfrånvaro. Dock har det inte framgått varför det inte är troligt i den försäkrades fall. Här borde det till exempel ha framgått att bedömningen görs utifrån att den försäkrade endast hade tre sjukfall föregående år alternativt med stöd av det medicinska underlaget.

Det förekom även fyra ärenden med otydlig motivering, två med felaktig laghänvisning och sex med språkliga brister. Som exempel på språkliga brister kan nämnas felaktiga ihop- eller särskrivningar, upprepningar och felskrivningar.

Det var också vanligt att granskarna ansåg att det fanns andra brister i motiveringen. Det förekom i 23 ärenden. Granskarna har i fritext fått ange på vilket annat sätt motiveringen var bristfällig.

Vanligast bland dessa var att laghänvisningar som inte var relevanta i det enskilda ärendet fanns med. I de beslutsmallar som handläggarna har stöd av finns laghänvisning till förmånsbestämmelserna i SFB och SjLL samt till 110 kap. 13 § SFB. Den sistnämnda handlar om Försäkringskassans utredningsskyldighet och den försäkrades skyldighet att medverka i utredningen.

I alltför många beslut tas samtliga laghänvisningar med utan att en bedömning görs av vilka som ligger till grund för beslutet. Här borde i stället handläggaren ha tillämpat antingen SFB eller SjöLL. Det är tveksamt om bestämmelserna 110 kap. 13 § SFB alls legat till grund för beslutet.

En annan brist i beslutsmotiveringen som uppmärksammats är att handläggaren vid beviljande av särskilt högriskskydd för en eller flera längre sjukperioder inte angett varför förutsättningarna för särskilt högriskskydd för ett större antal korta sjukperioder inte uppfyllts. Eftersom särskilt högriskskydd för ett större antal korta sjukperioder är mer förmånligt för den försäkrade, då denne slipper karensdagen, borde det ha framgått av beslutsbrevet. Ett sådant beslut behöver också ha föregåtts av en kommunikering.

Det noterades även flera ärenden där handläggaren tagit ställning i ärendet under rubriken beskrivning av ärendet. Några av dessa avsåg ställningstagande till underlag som inkommit som svar på kommunikering. Ställningstagande till detta ska enligt riktlinjen (2005:14) ske under rubriken motivering.

Sammanfattande diskussion och slutsatser

Denna uppföljning har fokuserat på den rättsliga kvaliteten vad gäller utredning och bedömning av rätten till särskilt högriskskydd. Även en del förvaltningsrättsliga frågor kring utformning av beslutsbrev har omfattats.

Av 110 kap. 13 § SFB framgår att myndigheten ska se till att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. Samtidigt finns det i 9 § förvaltningslagen (2017:900) ett krav på att handläggningen ska vara så enkel, snabb och kostnadseffektiv som möjlig, utan att rättssäkerheten eftersätts.⁵ Ett ärende ska alltså handläggas så noggrant och snabbt som möjligt utifrån omständigheterna i just det ärendet.

För att kunna ta ställning till rätten till särskilt högriskskydd är det viktigt att det finns ett tillräckligt underlag. Ärendet ska utredas tillräckligt, varken mer eller mindre.

Uppföljningen visar på en förbättringspotential när det gäller utredningen av rätten till särskilt högriskskydd. I knappt en femtedel av de granskade ärendena var utredningen inte tillräcklig för att fatta beslut. Utredningen borde ha kompletterats för att få ett fullgott beslutsunderlag. Det är viktigt att säkerställa att utredningen görs tillräckligt i varje enskilt ärende.

I uppföljningen har det framkommit att det medicinska underlaget som framför allt bestod av läkarutlåtande om särskilt högriskskydd relativt ofta var bristfälligt ifyllt. Inte sällan saknades en beskrivning av hur sjukdomen yttrar sig och framför allt hur den påverkar arbetsförmågan. Sedan dess har det dock gjorts en översyn av läkarutlåtandet och den nya versionen publicerades den 1 juli 2018. I detta har det bland annat tillkommit delar där den behandlade läkaren ombeds att beskriva funktionsnedsättningar utifrån undersökningsfynd, testresultat och observationer samt aktivitetsbegränsningar. Vidare har delar om pågående och planerad behandling tillkommit liksom uppgift om diagnoskod för de diagnoser som orsakar nedsatt arbetsförmåga. Förhoppningsvis kan detta leda till ett förbättrat medicinskt underlag och att onödiga kompletteringar kan undvikas.

I läkarutlåtandet ska läkaren ta ställning till om det ”finns risk för” en omfattande sjukfrånvaro. I den försäkringsmässiga bedömningen krävs för rätt till särskilt högriskskydd att sjukdomen ”kan antas medföra” ett större antal sjukperioder eller ”medför risk” för en eller flera längre sjukperioder. ”Risken för” torde vara betydligt vidare än lagstiftningens ”kan antas

⁵ Den nya förvaltningslagen trädde i kraft den 1 juli 2018. Tidigare gällde 7 § förvaltningslagen (1986:223) med krav på att handläggningen ska vara så enkel, snabb och billig som möjligt utan att rättssäkerheten åsidosätts.

medföra” eller *”medför risk*”. I ett ärende angav till exempel läkaren att det fanns en risk för en eller flera längre sjukfall om den försäkrade skulle tvingas till en ny operation. Av det medicinska underlaget framgick inte något som tydde på att det förelåg någon sådan risk. Även om läkaren anger att det finns en risk krävs för att det ska *”kunna antas medföra*” eller *”medföra risk*” att ställningstagandet är mer objektivt underbyggt. I samband med att handläggaren gör den försäkringsmässiga bedömningen bör skillnaden som potentiellt kan finnas mellan begreppen ha i åtanke.

Som framgått tidigare är det vanligt att försäkrade beviljas särskilt högriskskydd under många år men spridda över ett flertal perioder. Det är väldigt ovanligt att den försäkrade beviljas särskilt högriskskydd tills vidare. Inte i något av de granskade ärendena hade den försäkrade beviljats särskilt högriskskydd tills vidare. Granskarna har ansett att det funnits förutsättningar för att bevilja särskilt högriskskydd tills vidare i några få ärenden. Utifrån denna bild kan man fundera på orsaken till att det är så sällan som särskilt högriskskydd tills vidare beviljas. Förutom det mest uppenbara att lagstiftningen kräver särskilda skäl kan en anledning vara att det i läkarutlåtandet inte finns något naturligt ställe där läkaren kan att ange om besvären är bestående eller progredierande eller på annat sätt ta ställning till prognosen på länge sikt. Att kunna fånga de ärenden där det kan finnas fog för att bevilja särskilt högriskskydd tills vidare kan därför vara svårt. Men om det lyckas så skapar det mer trygghet för den försäkrade, minskar arbetsbelastningen inom sjukvården som slipper skriva nya intyg och minskar arbetsbelastningen hos Försäkringskassan som slipper nya prövningar.

Även när det gäller bedömningen av rätten till särskilt högriskskydd visar uppföljningen på en förbättringspotential. I en tredjedel av de tillräckligt utredda ärendena hade granskaren gjort en annan bedömning. I en majoritet av dessa fall anser granskaren att ansökan skulle ha avslagits. Det är viktigt att säkerställa att bedömningen görs korrekt utifrån lagstiftning, förarbeten och rättspraxis.

Av förarbetena framgår att bestämmelserna om det särskilda högriskskyddet bör tillämpas restriktivt. Det är bara försäkrade med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd som ska beviljas särskilt högriskskydd. (jfr bet 1990/91:SfU9 s. 12 och prop. 1996/97:63 s. 67)

Bedömningen utifrån de granskade ärendena är att tillämpningen i dag är väl generös och inte i överensstämmelse med den restriktivitet som förarbetena anger. I journalen anger handläggaren ibland att ”jag bedömer att bevilja ett år för att sedan vid eventuell ny ansökan ytterligare kontrollera sjukhistorik”. Detta förfarande tyder snarare på att reglerna ibland tillämpas enligt devisen ”hellre fria än fälla” och är mycket juridiskt tveksamt med hänvisning till uttalandena i förarbetena. Den försäkrade har bevisbördan i det enskilda ärendet och ska styrka att rätt till särskilt högriskskydd föreligger.

När det gäller handläggningen inom projektet *Flexibel sjukskrivning för personer i cancerbehandling* har arbetsmodellen som projektet använde under större delen av projekttiden medfört att bedömningen av prognos i det

enskilda ärendet skiljer sig från den bedömning som normalt sett görs inom ramen för förmånen. I stället för att avslå ansökan där det funnits medicinskt underlag som styrker en längre tids nedsättning av arbetsförmågan med motiveringen att det inte varit möjligt att göra någon prognos, har särskilt högriskskydd beviljats som en del i arbetssättet och för samtliga deltagare i projektet. Det är viktigt att samma regelverk tolkas och tillämpas på samma sätt oavsett diagnos. Inom ramen för ett projekt finns inget mandat att själv bestämma om avsteg från gällande rätt och Försäkringskassans ordinarie tillämpning.

I samband med uppföljningen har det uppmärksammats att rättsfallet FÖD 1995:24 om hur begreppet ”kan antas” ska tillämpas inte finns med i vägledningen (2011:1) *Sjuklöneförmåner* som handläggarna hänvisas till för stöd i tillämpningen. I stället nämns den i vägledningen (2015:1) *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Till denna vägledning finns dock ingen hänvisning från förmånssidan för särskilt högriskskydd på Försäkringskassans intranät FIA. Det finns anledning att se över utformningen av stödet till handläggarna så att inte viktig information missas.

Uppföljningen visar också på förbättringspotential när det gäller beslutsbrevens utformning. Bland de granskade ärendena var det endast fyra av tio avslagsbeslut som bedömdes hålla god kvalitet. Främst är det i motiveringarna som det finns brister.

Motiveringen ska innefatta en koppling mellan villkoren för förmånen och omständigheterna i det enskilda ärendet, och på ett individuellt sätt förklara varför den försäkrade inte uppfyller villkoren. Granskarna har ansett att denna individuella anpassning av motiveringen relativt ofta saknades.

Det finns anledning att se över laghänvisningarna i mallarna för beslutsbrev och tydliggöra i vilka fall de olika laghänvisningarna ska användas. I dag hänvisar handläggaren i många fall till både reglerna om särskilt högriskskydd i SFB och SjLL samt reglerna om utredningsskyldighet i SFB. Det är tveksamt om reglerna om utredningsskyldighet alls kan anses ligga till grund för beslutet.

Ansökan om särskilt högriskskydd enligt både SFB och SjLL sker i dag på samma blankett och handläggs i samma ärendeslag. Av beslutsbrev i bifallsärenden framgår inte tydligt enligt vilket regelverk beslutet är fattat eftersom det rör sig om gynnande beslut. Utifrån osäkerheten som identifierats kring laghänvisningarna i avslagsbeslut kan man fråga sig om det finns risk att det för handläggaren blir svårt att hålla isär de olika regelverken som visserligen innehåller många likheter men även viktiga olikheter.

Bilaga 1

Rekommendationer och åtgärder

Rekommendation 1. Säkerställ att bedömning av rätten till särskilt högriskskydd görs korrekt utifrån lagstiftning, förarbeten och rättspraxis

Av förarbetena framgår att bestämmelserna om det särskilda högriskskyddet bör tillämpas restriktivt. Det är bara försäkrade med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd som ska beviljas särskilt högriskskydd. (bet 1990/91:SfU9, s. 12 och prop. 1996/97:63 s. 67)

Den försäkrade har bevisbördan i det enskilda ärendet och ska styrka att rätt till särskilt högriskskydd föreligger.

I en tredjedel av de tillräckligt utredda ärendena hade granskaren gjort en annan bedömning. I en stor majoritet av dessa fall anser granskaren att ansökan skulle ha avslagits. Det är viktigt att säkerställa att bedömningen görs korrekt utifrån lagstiftning, förarbeten och rättspraxis.

Åtgärder:	Att SF tillsammans med RA ser över hur vi på lämpligaste sätt kan ge ökat stöd för att bedömningarna ska göras korrekt utifrån lagstiftning, förarbeten och rättspraxis. Efter översynen ska identifierade åtgärder vidtas.
Tidsplan:	Q4 2019
Ansvarig:	Ulrika Havossar, avdelningsdirektör SF Mikael Westberg, rättschef RA

Rekommendation 2. Säkerställ att utredningen av rätten till särskilt högriskskydd görs tillräckligt utifrån ärendets beskaffenhet

Av 110 kap. 13 § SFB framgår att myndigheten ska se till att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. Samtidigt finns det i 9 § förvaltningslagen (2017:900) ett krav på att handläggningen ska vara så enkel, snabb och kostnadseffektiv som möjlig, utan att rättssäkerheten eftersätts.⁶ Ett ärende ska alltså handläggas så noggrant och snabbt som möjligt utifrån omständigheterna i just det ärendet.

⁶ Den nya förvaltningslagen trädde i kraft den 1 juli 2018. Tidigare gällde 7 § förvaltningslagen (1986:223) med krav på att handläggningen ska vara så enkel, snabb och billig som möjligt utan att rättssäkerheten åsidosätts.

För att kunna ta ställning till rätten till särskilt högriskskydd är det viktigt att det finns ett tillräckligt underlag. Ärendet ska utredas tillräckligt, varken mer eller mindre.

Uppföljningen visar på en förbättringspotential när det gäller utredningen av rätten till särskilt högriskskydd. I knappt en femtedel av de granskade ärendena var utredningen inte tillräcklig för att fatta beslut. Utredningen borde ha kompletterats för att få ett fullgott beslutsunderlag. Det är viktigt att säkerställa att utredningen görs tillräckligt i varje enskilt ärende.

Åtgärder:	Att SF tillsammans med RA ser över hur vi på lämpligaste sätt kan ge ökat stöd för att säkra att ärendena utreds i tillräckligt omfattning. Efter översynen ska identifierade åtgärder vidtas.
Tidsplan:	Q4 2019
Ansvarig:	Ulrika Havossar, avdelningsdirektör SF Mikael Westberg, rättschef RA

Rekommendation 3. Säkerställ att beslutsbrevet håller god kvalitet och är utformade utifrån det enskilda ärendet

Av 32 § förvaltningslagen framgår att ett beslut som kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt ska innehålla en klagörande motivering med uppgifter om de föreskrifter som har tillämpats och vilka omständigheter som har varit avgörande för myndighetens ställningstagande.⁷

Uppföljningen visar på förbättringspotential när det gäller beslutsbrevets utformning. Endast fyra av tio avslagsbeslut bedömdes hålla god kvalitet. Framst är det i motiveringarna som det finns brister.

Att beslutsbrevet, och särskilt motiveringen, håller god kvalitet är avgörande för att den försäkrade ska kunna förstå beslutet och därmed kunna ta tillvara sin rätt och känna förtroende för Försäkringskassan. Förvaltningslagen innebär ett krav på att beslutet ska innehålla en klagörande motivering. Med detta menas att den ska vara skriven på ett enkelt och begripligt språk som ger den försäkrade möjlighet att förstå hur Försäkringskassan har resonerat och vilken följd som beslutet kommer att ge. Det finns interna riktlinjer för hur Försäkringskassans beslut ska utformas (riktlinjen 2005:14).

⁷ Före den 1 juli 2018 gällde 20 § förvaltningslagen (1986:223) med krav på att ett beslut varigenom en myndighet avgör ett ärende ska innehålla de skäl som har bestämt utgången, om ärendet avser myndighetsutövning mot någon enskild.

Motiveringen ska innefatta en koppling mellan villkoren för förmånen och omständigheterna i det enskilda ärendet, och på ett individuellt sätt förklara varför den försäkrade inte uppfyller villkoren. Det behöver säkerställas att beslutsbrev är individuellt anpassade och håller god kvalitet.

När beslut om särskilt högriskskydd för en eller flera längre sjukperioder fattas måste det av beslutsbrevet framgå varför den försäkrade inte har rätt till särskilt högriskskydd för ett större antal sjukperioder. Ett sådant beslut ska även föregås av en kommunikering.

I de avslagsbeslut som granskats har handläggaren relativt ofta hänvisat till både reglerna om särskilt högriskskydd i SFB och SjöLL samt reglerna om utredningsskyldighet i SFB. Det finns anledning att se över och tydliggöra i vilka fall de olika laghänvisningarna ska användas i beslutsbrevet.

Åtgärder:	I samråd med RA se över beslutsbrev för att tydliggöra när laghänvisningar används i beslutsbrev. Vi ska även i samråd med RA se över hur vi kan stärka våra handläggare i att skriva beslutsbrev som är individuellt anpassade och bra motiverade.
Tidsplan:	Q4 2019
Ansvarig:	Ulrika Havossar, avdelningsdirektör SF

Rekommendation 4. Säkerställ att handläggarna inte riskerar att missa stöd i vägledningar

I ett mål i FÖD har framhållits att uttrycket ”kan antas” innebär ett krav på en objektiv grund för att sjukdomen kommer att medföra så frekventa sjukperioder. När Försäkringskassan ska pröva om förutsättningarna är uppfyllda bör alla omständigheter av betydelse beaktas. Det behöver inte bara vara tidigare sjukfall utan även andra omständigheter kan bli avgörande. Som exempel på andra omständigheter nämns sjukdomens allmänna karaktär, nyligen inträffade komplikationer eller förändringar i symtombilden, utsikterna till förbättring genom pågående eller planerad behandling och sådana ändringar i den försäkrades arbetsförhållanden som påverkar möjligheterna att arbeta trots sjukdomen (FÖD 1995:24).

Det har noterats att FÖD-domen inte finns återgiven i vägledningen (2011:1) *Sjuklöneförmåner* utan endast i vägledningen (2015:1) *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. På Försäkringskassans intranät FIA hänvisas från förmånssidan särskilt högriskskydd endast till vägledningen (2011:1). Det finns därför en risk för att handläggarna inte i tillräcklig omfattning uppmärksammas på det stöd som finns i sjukpenningvägledningen. Därför finns det anledning att se över utformningen av handläggarstödet.

Åtgärder:	RA ska med bistånd från SF göra en översyn av vägledningen (2011:1) <i>Sjuklöneförmåner</i> och skriva in FÖD-domen i kapitlet särskilt högriskskydd.
Tidsplan:	Q1 2019
Ansvarig:	Mikael Westberg, rättschef RA Ulrika Havossar, avdelningsdirektör SF

Bilaga 2

Frågeformulär

Beslut som ska granskas:	Beslut om särskilt högriskskydd (bifall och avslag i ärendeslag SH_ANS i ÄHS) som har fattats under perioden den 1 september 2017 till och med den 28 februari 2018. Ärenden som avser organdonation eller sökande som uppburit eller haft rätt till aktivitetsersättning de senaste 12 månaderna före månaden för ansökan omfattas inte.
---------------------------------	---

Nr	Fråga	Svarsalternativ	Kommentar
1.	Löpnummer		Ange det löpnummer som ärendet har i din lista.
2.	Tillhör ärendet den ärendekategori som ska granskas?	1. Ja. 2. Nej.	Frågan syftar till att sortera bort eventuella ärenden som inte ska ingå i urvalet. Om ärendet inte avser bifall eller avslag eller om ärendet avser organdonation eller sökande som uppburit eller haft rätt till aktivitetsersättning de senaste 12 månaderna före månaden för ansökan ska frågan besvaras med "Nej". Om frågan besvaras med "Nej" avslutas formuläret.
3.	Avser ärendet en man eller kvinna?	1. Man. 2. Kvinna.	Besvaras utifrån det juridiska könet som framgår av den näst sista siffran i personnumret. Jämn siffra (även 0) för kvinna och ojämn för man.
4.	Vilken sysselsättning hade den försäkrade vid ansökningstillfället?	1. Anställd. 2. Egen företagare. 3. Arbetslös. 4. Annat. 5. Framgår inte.	Flervalsfråga där flera svarsalternativ är möjliga utom om svarsalternativet "Framgår inte" väljs.
5.	Har den försäkrade tidigare varit beviljad särskilt högriskskydd under de senaste tolv månaderna före ansökningsmånaden?	1. Ja. 2. Nej.	Besvaras utifrån om det finns tidigare SH_ANS-ärende där särskilt högriskskydd beviljats.
6.	Vilka medicinska underlag finns i ärendet?	1. Läkarutlåtande FK 7262. 2. Annat skriftligt utlåtande från läkare. 3. Skriftligt utlåtande från annan vårdpersonal. 4. Journalfört telefonsamtal med läkare eller annan vårdpersonal. 5. Annat. 6. Saknas.	Flervalsfråga där flera svarsalternativ är möjliga utom om svarsalternativet "Saknas" väljs. Frågan avser vilka handlingar som finns i akten i ärendet.

Nr	Fråga	Svarsalternativ	Kommentar
7.	Vilket annat medicinskt underlag finns i ärendet?	Fritext.	Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Annat".
8.	Vilken eller vilka diagnoser anges i det medicinska underlaget?	1. Migrän. 2. Multipel skleros. 3. Fibromyalgi. 4. IBS. 5. Ulcerös colit. 6. Crohns sjukdom. 7. Annat.	Besvaras inte om fråga 6 besvarats med "Saknas". Flervalfråga där flera svarsalternativ är möjliga. Ange diagnos eller diagnoser som anges i det medicinska underlaget i ärendet.
9.	Vilken eller vilka andra diagnoser anges i det medicinska underlaget?	Fritext.	Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Annat". Ange annan diagnos eller diagnoser som anges i det medicinska underlaget i ärendet.
10.	Finns det ett yttrande från Försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) i ärendet?	1. Ja, skriftligt. 2. Ja, muntligt som handläggaren antecknat. 3. Nej, det framgår att FMR har konsulterats men inte vad som framkom vid konsultationen. 4. Nej, FMR har inte konsulterats.	
11.	Bedömer du att ett FMR-yttrande hade varit behövligt?	1. Ja. 2. Nej.	Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Nej, det framgår att FMR har konsulterats men inte vad som framkom vid konsultationen" eller "Nej, FMR har inte konsulterats".
12.	Är utredningen tillräcklig för att bedöma rätten till särskilt högriskskydd?	1. Ja. 2. Nej.	Frågan utgår från bestämmelserna om utredningsskyldighet i 110 kap 13 § SFB. Utredningsskyldigheten innebär att det är Försäkringskassan som måste bedöma om den utredning eller ansökan som finns är tillräcklig som underlag för beslut och som ska begära komplettering om den inte är det. För att besvara frågan ska du bedöma om underlaget och utredningen är tillräcklig i det enskilda ärendet för att kunna bedöma rätten till särskilt högriskskydd. Du ska göra din bedömning utifrån den information som finns i ärendet. Alla kriterier som kan ligga till grund för en bedömning av särskilt högriskskydd behöver inte vara aktuella att ta med i bedömningen i alla ärenden. Det är ärendets beskaffenhet som avgör vilka uppgifter som behövs för att kunna ta ställning till särskilt högriskskydd.

Nr	Fråga	Svarsalternativ	Kommentar
13.	Vad saknas det tillräckliga uppgifter om?	1. Medicinsk status. 2. Uppgifter om sjukhistorik. 3. Risken för omfattande korta sjukperioder. 4. Risken för en eller flera längre sjukperioder. 5. Den försäkrades sysselsättning. 6. Annat.	Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Nej". Flervalsfråga.
14.	Vad annat saknas det tillräckliga uppgifter om?	Fritext.	Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Annat".
15.	Framgår det att den försäkrade har ett väl dokumenterat sjukdomstillstånd där man utifrån objektiva grunder kan bedöma risken för framtida sjukperioder?	1. Ja. 2. Nej.	Enligt förarbeten ska särskilt högriskskydd tillämpas restriktivt och det ska handla om medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd. Enligt FÖD 1995:24 finns ett krav på att det finns objektiv grund, bland annat utifrån sjukdomens allmänna karaktär, för att sjukdomen riskerar att medföra omfattande korta sjukperioder eller en eller flera längre. Att läkaren uppger att en risk för framtida sjukperioder föreligger är i sig inte tillräckligt. Svara "Ja" om det enligt din bedömning av ärendet framgår att den försäkrade har ett väl dokumenterat sjukdomstillstånd där man utifrån objektiva grunder kan bedöma risken för framtida sjukperioder. Svara annars "Nej".
16.	Bedömer du att det har vidtagits onödiga utredningsåtgärder i ärendet?	1. Ja, utredning med den försäkrade. 2. Ja, komplettering av medicinska underlag. 3. Ja, FMR-konsultation. 4. Ja, annat. 5. Nej.	Flervalsfråga där flera svarsalternativ är möjliga förutom om svarsalternativet "Nej" väljs.
17.	Vilket beslut har fattats i ärendet?	1. Beviljande av särskilt högriskskydd för ett större antal sjukperioder. 2. Beviljande av särskilt högriskskydd för en eller flera längre sjukperioder. 3. Avslag på ansökan om särskilt högriskskydd.	Med ett större antal sjukperioder menas minst tio sjukperioder under en tolv månaders period. Med längre sjukperioder menas sjukperiod på mer än 28 dagar i följd under en tolv månaders period.

Nr	Fråga	Svarsalternativ	Kommentar
18.	För hur lång tidsperiod gäller beslutet?	1. Mellan 1 och 12 månader. 2. Mellan 13 och 24 månader. 3. Mellan 25 och 36 månader. 4. Längre tidsbegränsad period än 36 månader. 5. Tills vidare.	Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Beviljande av särskilt högriskskydd för ett större antal sjukperioder" eller "Beviljande av särskilt högriskskydd för en eller flera längre sjukperioder"
19.	Vilka skäl har handläggaren ansett utgör särskilda skäl för att bevilja särskilt högriskskydd tills vidare?	Fritext.	Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Tills vidare".
20.	Skulle du ha fattat samma beslut som handläggaren?	1. Ja. 2. Nej.	Besvaras endast om fråga 12 besvarats med "Ja". Svara "Ja" om du både hade fattat samma beslut det vill säga bifall eller avslag och för korta eller långa perioder samt vid beviljande för samma period. Svara annars "Nej".
21.	Vilket annat beslut skulle du ha fattat?	1. Bifall för korta sjukperioder. 2. Bifall för långa sjukperioder. 3. Avslag. 4. Annan period.	Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Nej".
22.	För vilken annan period skulle du ha beviljat särskilt högriskskydd?	1. Kortare period. 2. Längre period. 3. Tills vidare.	Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Annan period".
23.	Varför skulle du ha fattat ett annat beslut?	Fritext.	Besvaras endast om fråga 20 besvarats med "Nej".
24.	Håller beslutsbrevet om särskilt högriskskydd god kvalitet?	1. Ja. 2. Nej, brister i beslutsmotiveringen. 3. Nej, brister i beskrivning av ärendet.	Besvaras endast om fråga 17 besvarats med "Avslag på ansökan om särskilt högriskskydd". Flervalsfråga där flera svarsalternativ är möjliga utom om svarsalternativet "Ja" väljs. I beslutsbrevet ska du titta på beskrivningen av ärendet samt beslutsmotiveringen. Utgå från Försäkringskassans riktlinjer 2005:14. Du ska bedöma beslutsmotiveringen på sina egna grunder. Du ska i denna fråga inte ta ställning till om beslutet är rätt eller fel. Svara "Ja" om handläggaren på ett lättläst och begripligt sätt har förklarat varför den försäkrade inte uppfyller villkoren för särskilt högriskskydd. Svara annars "Nej".

Nr	Fråga	Svarsalternativ	Kommentar
25.	På vilket sätt är motiveringen bristfällig?	<ol style="list-style-type: none">1. Inte individuellt anpassad.2. Felaktig laghänvisning.3. Otydlig.4. Onödig text.5. Språkliga brister.6. Annat.	<p>Besvaras endast om föregående fråga besvarats med "Nej, brister i beslutsmotiveringen".</p> <p>Flervalsfråga där flera svarsalternativ är möjliga.</p>

I serien Rättslig uppföljning/Rättslig kvalitetsuppföljning har följande skrifter publicerats sedan år 2016:

- 2016:1 Aktivitetsstöd vid sjukfrånvaro från ett arbetsmarknadspolitiskt program. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:2 Rehabiliteringsersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:3 Sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:4 Etableringstillägg och bostadsersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:5 Omprövning av sjukpenningbeslut. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:6 Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2017:1 Förvaltningsrättslig kvalitet inom fyra förmåner. Sjukpenning, bilstöd, bostadsbidrag samt bostadsersättning inom etableringsersättningen. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2017:2 Graviditetspenning på grund av fysiskt ansträngande arbete. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2017:3 Sjukersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2017:4 Assistansersättning. Omprövning enligt 51 kap. 12 § socialförsäkringsbalken. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2017:5 Sjukpenning. Den första sjukpenningrättsbedömningen och tillämpningen av rehabiliteringskedjan. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2017:6 Arbetsskador. Bedömningen av arbetsskada vid annan skadlig inverkan i arbetet. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2018:1 Förutsättningar för utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning i långa sjukfall. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2018:2 Återkrav. Utredning och bedömning av återbetalningsskyldighet och eftergift
- 2018:3 Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång
- 2018:4 Särskilt högriskskydd