KOMMUNSTYRELSEN
RVII

DNR: 001-1805/2010
DATUM: 2010-08-06

Remitteringsmapp

Ärende: Remiss av Gränslandet mellan sjukdom och arbete (SOU 2009:89)

Inkom till KF/KS kansli den

Behandling i övrigt:

För yttrande senast:

Stadsdelsnämnderna
Hässelby-Vällingby
Norrmalm
Farsta

Facknämnderna
Socialtjänst- och arbetsmarknadsnämnden

Övriga
SLK
Kommunstyrelsens handikappråd

KOMMUNSTYRELSEN
RVII

DNR: 001-1805/2010
DATUM: 2010-08-06

Till berörd remissinstans

ANGÅENDE REMISSEN OM REMISS AV GRÄNSLANDET MELLAN SJUKDOM OCH ARBETE (SOU 2009:89)

Detta gäller remissvar på "Remiss av Gränslandet mellan sjukdom och arbete (SOU 2009:89)"
Dnr: 001-1805/2010

Remisstiden sträcker sig till den 27 september 2010, vilket vi ber er respektera. Om det av några skäl inte är möjligt för er att inkomma med svar inom utsatt tid måste en kontakt tas med den för ärendet ansvariga personen på roteln.

Ansvarig handläggare/borgarrådssekreterare på RVII är Carolina Bringborn, tfn 08-508 29 324.

Remissvar skickas till:

- RVII i **digital form (word/excel)**. Ange KS:s diarienummer som namn på ärenderubrik. Ex: KS 314-331-2004
- KF/KS kansli i **pappersform**.

Adresserna är följande:

Rotelns e-post: RVII-remissvar@stadshuset.stockholm.se (GroupWise) eller RVII-remissvar@stadshuset.stockholm.se

KF/KS kansli, Stadshuset, 105 35 STOCKHOLM

Med vänliga hälsningar

RVII

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2010-07-15 S2009/8444/SF

Socialdepartementet

Socialförsäkringsenheten
Leif Westerlind
Telefon 08 405 10 24

Gränslandet mellan sjukdom och arbete (SOU 2009:89)

Remissinstanser:

1. Kammarrätten i Stockholm
2. Kammarrätten i Jönköping
3. Förvaltningsrätten i Karlstad
4. Förvaltningsrätten i Härnösand
5. Justitiekanslern
6. Skatteverket
7. Kronofogdemyndigheten
8. Försäkringskassan
9. Socialstyrelsen
10. Statens beredning för medicinsk utvärdering
11. Centrala studiestödsnämnden
12. Diskrimineringsombudsmannen
13. Ekonomistyrningsverket
14. Konjunkturinstitutet
15. Arbetsgivarverket
16. Myndigheten för handikappolitisk samordning
17. Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen
18. Inspektionen för socialförsäkringen
19. Kammarkollegiet
20. Umeå universitet
21. Linköping universitet
22. Karolinska institutet
23. Statskontoret
24. Länsstyrelsen i Kalmar
25. Länsstyrelsen i Västerbotten
26. Arbetsförmedlingen
27. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
28. Svenska ILO kommittén
29. Sociala Rådet
30. Samhall AB

Postadress 103 33 Stockholm
Besöksadress Fredsgatan 8
Telefonväxel 08-405 10 00
Telefax 08-723 11 91
E-post: registrator@social.ministry.se

31. Stockholms stad
32. Göteborgs stad
33. Malmö stad
34. Mölndals kommun
35. Eslövs kommun
36. Solna kommun
37. Nacka kommun
38. Gävle kommun
39. Skellefteå kommun
40. Kalmar kommun
41. Västerås kommun
42. Jönköpings kommun
43. Norrköpings kommun
44. Karlstads kommun
45. Ystads kommun
46. Gagnefs kommun
47. Sigtuna kommun
48. Motala kommun
49. Arvika kommun
50. Bergs kommun
51. Åmåls kommun
52. Ludvika kommun
53. Ånge kommun
54. Stenungsunds kommun
55. Österåkers kommun
56. Karlshamns kommun
57. Piteå kommun
58. Hedemora kommun
59. Falköpings kommun
60. Trelleborgs kommun
61. Karlskoga kommun
62. Söderhamns kommun
63. Oskarshamns kommun
64. Katrineholms kommun
65. Region Skåne
66. Stockholms läns landsting
67. Landstinget i Västernorrland
68. Landstinget i Örebro
69. Handikappförbundens samarbetsorgan
70. De Handikappades Riksförbund
71. Synskadades Riksförbund
72. Sveriges kommuner och landsting
73. Föreningen Svenskt Näringsliv
74. Företagarförbundet
75. Arbetsgivaralliansen
76. Arbetsgivareföreningen KFO
77. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle
78. Företagarna

79. Lantbrukarnas Riksförbund
80. Näringslivets nämnd för regelgranskning
81. Landsorganisationen i Sverige
82. Tjänstemännens centralorganisation
83. Fackförbundet ST
84. Privattjänstemannakartellen
85. Sveriges akademikers centralorganisation
86. Akademikerförbundet SSR
87. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
88. Sveriges Psykologförbund
89. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA
90. Sveriges Läkarförbund
91. Svenska Läkaresällskapet
92. Föreningen Svensk Företagshälsovård
93. PRIMA
94. Samordningsförbundet Delta Hisingen
95. Samordningsförbundet Sörmland
96. Samordningsförbundet Norra Västmanland
97. Samordningsförbundet Umeå

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 25 oktober 2010. Svaren bör lämnas både på papper och per e-post.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För andra remissinstanser innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens publikation om att svara på remisser. Publikationen kan beställas från Regeringskansliet, Information Rosenbad, 103 33 Stockholm eller hämtas från nätet: www.regeringen.se

Mihail Stoican

GRÄNSLANDET MELLAN SJUKDOM OCH ARBETE

Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga

Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen

Stockholm 2009

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2009:89

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
http://www.regeringen.se/remiss

Omslag: Typisk Form designbyrå

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2009

ISBN 978-91-38-23307-8
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Cristina Husmark Pehrsson

Vid sammanträde den 31 januari 2008 beslutade regeringen om direktiv (dir. 2008:11) som gav en särskild utredare i uppdrag att utreda begreppet arbetsförmåga. Utredningen har antagit namnet Arbetsförmågeutredningen. Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Cristina Husmark Pehrsson generaldirektören Anna Hedborg att från den 1 februari vara särskild utredare i utredningen.

Vid sammanträde 16 april 2009 beslutade regeringen att förlänga tiden för utredningsuppdraget för att utredningen tillsammans med Försäkringskassan skulle kunna påbörja ett utvecklingsarbete av ett instrument för bedömning av arbetsförmåga. Utredaren skulle i stället redovisa hela uppdraget senast den 31 oktober 2009.

Som huvudsekreterare i utredningen har sedan den 1 februari 2008 tjänstgjort utredaren Petter Odmark. Som sekreterare i utredningen har tjänstgjort civilekonomen Ole Settergren (18 februari 2008–30 april 2008), kanslirådet Patrik Andersson (24 april 2008–30 juni 2008), utredningssekreterare Ulf Öfverberg (1 september–1 november 2008) jur. kand. Marie Olsson (1 november 2008–30 april 2009) samt sedan 1 september 2008 jur. kand. Bodil Ljunghall.

Den 18 februari 2008 förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen professorn Kristina Alexandersson, överläkaren, MD, Sören Brage, chefsläkaren Lars Englund, professorn Sven-Ove Hansson, professorn Claes Hultling, sakkunnige Jan Lidhard, kanslirådet Anna Santesson och ämnesrådet Leif Westerlind. Till att som experter ingå i utredningen förordnades avdelningschefen Jan-Olof Dahlgren, verksamhetsutvecklaren Kristina Hylén Bengtsson och utredaren samt biträdande enhetschefen Jan Larsson.

Arbetsförmågeutredningen överlämnar härmed sitt slutbetänkande *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga* (SOU 2009: 89).

Stockholm i november 2009

Anna Hedborg

/ Petter Odmark
Bodil Ljunghall

Innehåll

Sammanfattning

Arbetsförmågeutredningens uppdrag var inledningsvis att göra en inventering av olika metoder som finns i Sverige och andra länder för att bedöma funktion och arbetsförmåga. Denna del av uppdraget redovisades i delbetänkandet *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsinstrument i Sverige och andra länder* SOU 2008:66.

Detta slutbetänkande innehåller, mot bakgrund av en diskussion om viktiga principer för en välfärdsstat av svenskt slag, förslag på tre områden av stor betydelse för de sjukförsäkrade och för sjukförsäkringen; hur *sjukdomsbegreppet* ska tolkas, hur *arbetsförmåga* ska förstås och bedömas i olika lägen och hur ett *särskilt arbetsmarknadsprogram* som knyts till beslutstillfällena i sjukförsäkringen i högre grad kan stärka individens egna resurser att hitta sin väg tillbaka till egen försörjning.

Välfärdspolitiken vilar på arbetslinjen, dvs. principen att den som kan också ska försörja sig själv. Vi har själva ansvar för våra liv, men välfärdspolitiken finns där för att utjämna förutsättningarna för förmågan att ta ansvar. Det vi ska ta ansvar för är det vi kan ta ansvar för. Ju mera förutsättningar och ju större stöd som ges oss, desto större blir också vår förmåga och därmed det egna ansvaret. Socialförsäkringarna finns slutligen där för dem som drabbas av omständigheter utanför den egna kontrollen som gör att det i vissa situationer inte är rimligt att det av individen ska krävas egen försörjning.

Den som drabbas av sjukdom eller skada så att arbetsförmågan förloras har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Hur begreppen sjukdom och arbetsförmåga ska förstås blir därmed av avgörande betydelse för vem som ska avkrävas försök att försörja sig själv och vem som får rätt till ersättning.

Det moderna sjukdomsbegreppet är vagt, undflyende och i många sammanhang gränslöst. Diagnoser finns för symtom som inte direkt går att knyta till olika kroppsfunktioner, men som ändå

är påtagliga och påverkar individen. Att det är sjukdom som ligger i botten är det rekvisit som ger tillträde till sjukförsäkringen som, liksom i de flesta välfärdsstater, ger generösare ersättning än andra socialförsäkringar för den aktiva befolkningen eftersom de svårast drabbade ofta ska leva många år med ersättningen.

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

Svensk hälso- och sjukvårds kunskapsunderlag, diagnoser och behandlingsprogram är och bör vara en del av den internationella utvecklingen. Sjukdom och diagnoser utan kända orsakssammanhang existerar och försäkringen bör inte förutsätta att det föreligger vissa typer av undersökningsfynd. När orsaken till sjukdomssymtomen är okända är det emellertid särskilt viktigt att det sista ledet i DFA-kedjan, aktivitetsbegränsningen, blir noggrant bedömd och rimligt kopplad till diagnosen.

Arbetsoförmåga kan ha många orsaker. Sociala skäl och allmänna livsproblem ger inte rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Sjukdom som uppstår till följd av eller förvärras av t.ex. missbruk, sorg eller graviditet kan däremot medföra rätt till ersättning. Sociala problem är inte sjukdom men kan bidra till att sjukdom utvecklas.

Arbetsförmåga uppstår när en *bestämd individ utför specifika arbetsuppgifter* i en *specifik miljö*. Arbetsförmåga är alltså relationellt och situationsberoende. Så gott som alla människor har någon arbetsförmåga, om de har turen att finna exakt den kombination av uppgifter och miljö som passar dem, men sannolikheten att hitta den kan vara större eller mindre.

Vi föreslår att begreppet arbetsförmåga i sjukförsäkringen ska förbehållas dem som *har* ett arbete. I deras fall är det meningsfullt att bedöma aktivitetsbegränsningarna i DFA-kedjan i förhållande

till kraven i arbetet. Om individen på grund av sjukdom av terapeutiska skäl inte bör arbeta eller inte kan arbeta i sitt vanliga arbete, eller i något annat konkret arbete hos arbetsgivaren, saknas arbetsförmåga och finns rätt till ersättning. Läkarna och sjukvården har en nyckelroll i bedömningen.

När bedömningen efter 180 dagar i den s.k. rehabiliteringskedjan inte längre ska göras mot ett specifikt arbete, utan mot den reguljära arbetsmarknaden, blir bedömningssituationen radikalt annorlunda. Aktivitetsbegränsningarna på grund av sjukdom ska nu allmänt värderas mot vad arbetsmarknaden kräver. Det är då inte längre fråga om att kunna eller inte kunna, utan om hur *sannolikt* det är att individen kommer att kunna försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden och *vilka krav på omställning och ansträngning* som lagstiftaren har ansett ska gälla enligt försäkringsvillkoren. Vi föreslår att *medicinska förutsättningar för arbete* blir det begrepp som i sjukförsäkringen används för den situation när sjukdomens aktivitetsbegränsningar ska bedömas mot den reguljära arbetsmarknaden.

För att rättssäkert och enhetligt kunna bedöma medicinska förutsättningar för arbete föreslår vi att ett *instrument* utvecklas, dvs. ett protokoll som beskriver vilka aktivitetsbegränsningar individen drabbats av och vilka gränser som ska gälla för att en person inte ska anses ha förutsättningar att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden. Arbetsförmågeutredningen fick sitt utredningsuppdrag förlängt för att påbörja ett utvecklingsarbete kring ett instrument tillsammans med Försäkringskassan (bilaga 2). Ett förprojekt för en försöksverksamhet för att dels formulera frågeställningar om aktivitetsbegränsningar och utforma bedömningsprocessen, dels vetenskapligt utvärdera validitet och reliabilitet, pågår i Försäkringskassans regi.

Våra förslag till begrepp och deras innebörd är i och för sig inte beroende av det särskilda instrumentet, men det är vår uppfattning att en enhetlig och rättssäker bedömning avsevärt underlättas av att den tydligt uttalade tolkning av lagstiftningen som ligger i ett instrument blir verklighet.

Utredningen förordar att Försäkringskassan i utvecklingsarbetet av processen för att hantera prövningen av medicinska förutsättningar för arbete också prövar frågan att *medicinska team inklusive försäkringskompetens* inom myndighetens organisation genomför 180-dagarsprovningen. Teamen ska dels värdera det medicinska underlaget i ärendet och genom DFA-kedjan säkerställa att sjuk-

dom är grunden för sjukskrivningen, dels möta individen och klarlägga vilka aktivitetsbegränsningar som föreligger. Att klarlägga smärta, orörlighet, brist på koncentration och minnesförlust som exempel på aktivitetsbegränsningar kräver medicinsk kompetens, liksom att göra bedömningen att aktivitetsförlusten har ett rimligt samband med sjukdom. Det är önskvärt att Försäkringskassan inom sig har specialister på medicinskt betingade aktivitetsbegränsningar som tillsammans kan säkerställa och utveckla enhetliga och rättssäkra metoder. Det är också rimligt att de försäkrade som eventuellt ska få beskedet att de måste söka ett annat arbete på den reguljära arbetsmarknaden själva får möta de beslutsfattare som de upplever har deras öde i sina händer.

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

Sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp har under lång tid kommit att bli allt mera medicinskt renodlat. Trots att lagstiftningen alltid har krävt att prövning så småningom skulle ske mot arbetsmarknaden och inte enbart mot eget arbete har sällan krav på omställning från eget arbete ställts. När sjukfrånvaron och förtidspensioneringarna ökat har regering och riksdag successivt skärpt kraven ytterligare så att nu tidsgränsen för att prövas mot den reguljära arbetsmarknaden är absolut (så när som på relativt begränsade särskilda skäl) och den medicinska renodlingen total.

Prövning sker ännu inte mot den reguljära arbetsmarknaden i den utsträckning som lagstiftaren har avsett. I takt med att det sker, och än mera om ett instrument kommer att etableras, kommer innebörden av en total medicinsk renodling att framgå. Den inbyggda hänsyn till vad som i försäkringssammanhang brukar kallas "befintligt skick", att bedömningen utgår från vem den enskilda personen är, som automatiskt finns så länge en bestämd persons arbetsförmåga bedöms mot ett specifikt arbete, är då borta.

180-dagarsprövningen är en standardiserad prövning där alla förutsätts lida samma skada av en viss aktivitetsbegränsning.

Vem man är, vilken utbildning, erfarenhet och övriga resurser man har för att kompensera för en aktivitetsbegränsning spelar emellertid roll. Vi föreslår därför att *försörjningsförmågan* ska bedömas hos de fortsatt sjukskrivna inför beslut om förlängd sjukpenning efter dag 365. Medicinska förutsättningar för arbete bestämmer fortfarande gränsen för tillräckliga aktivitetsbegränsningar på grund av sjukdom för att komma ifråga för förlängd sjukpenning. Därutöver ska hänsyn främst tas till *i första hand ålder, men också utbildning, erfarenheter och förmåga att lära nytt.* Genom en andra bedömning, som medför att de som har särskilda förutsättningar att försörja sig trots betydande aktivitetsbegränsningar också får särskilda skyldigheter att försöka, blir det mera logiskt att vid en så tidig bedömning som vid 180 dagar kräva omställning till annat arbete bara för dem som med *stor sannolikhet* har förmåga att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden. Den som drabbats av exempelvis blindhet eller en svår fysisk funktionsförlust kan få ytterligare tid att lära sig hantera sin situation och den framtida skyldigheten att försörja sig blir också beroende på övriga individuella förutsättningar.

Prövningen av medicinska förutsättningar för arbete kan (men måste inte) bli något mindre skarp jämfört med gällande teoretiskt mycket skarpa krav. I gengäld kan krav på omställning ställas högre vid bedömningen av försörjningsförmåga när hänsyn också kan tas till individens eventuellt kompenserande resurser. Att tillföra begreppet försörjningsförmåga kan förutsättas leda till att krav på omställning i högre grad kommer att riktas mot yngre och i lägre grad mot äldre med lägre utbildning, som haft ett fysiskt yrke och drabbats av stora fysiska aktivitetsbegränsningar.

För att ge reella förutsättningar för omorientering till annat arbete så tidigt som möjligt föreslår vi att den plan för samverkan som finns mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen omvandlas till ett *särskilt arbetsmarknadsprogram.* Dels bör de som efter dag 180 bedöms kunna försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden få rätt till vägledning och stöd så snart som de som arbetslösa ställer sig till arbetsmarknadens förfogande. Dels bör också den som är fortsatt sjukskriven efter dag 180 få stöd att upprätta en resursprofil som dels ska (i vissa delar) fungera som underlag vid bedömningen av försörjningsförmåga, dels ge individen möjligheter att efter förmåga, lust och nödvändighet

omorientera sig mot ett arbete som är förenligt med långsiktiga effekter av sjukdomen.

Utan formella förslag i frågan understryker vi att själva sjukskrivningsprocessen bör utvecklas så att individernas medverkan i och överblick över vad som sker stärks. Att individen känner sig ha kontroll över skeendet torde medverka till egen strävan att hitta vägar tillbaka till arbete. Långvarig sjukdom innehåller dessutom alltid risker för passivisering, varför det är särskilt viktigt att just sjukskrivningsprocessen stärker snarare än försvagar individens förutsättningar att ta makten över sin tillvaro.

I *kapitel ett* beskrivs spänningen mellan arbetslinjens olika krav och möjligheter. Det är när balans råder mellan individens rättigheter och skyldigheter som arbetslinjen kan upplevas på ett positivt sätt utgöra grunden för välfärdspolitiken. Detta stämmer också väl överens med den moderna välfärdsfilosofiska diskussionen om det personliga ansvaret, val och omständigheter. Vårt eget ansvar och våra valmöjligheter skapas i skärningspunkten mellan externa omständigheter och vår egen personlighet. Allt bär vi inte eget ansvar för, men en del. Vårt ansvar växer när välfärdssamhället erbjuder möjligheter, också när det gäller att försöka försörja sig själv.

Kapitel två beskriver den relativa karaktären hos arbetsförmågebegreppet. Gränser för när krav ska ställas på att människor bör försöka försörja sig själva behövs, t.ex. inom sjukförsäkringen. Men gränserna kan inte lyftas ur det system, den kultur och den tradition i vilka de ska verka. Det betyder att gränser mellan förmåga och oförmåga måste dras med respekt för deras provisoriska och ofullkomliga natur.

I *kapitel tre* presenteras en översikt över de begrepp vi föreslår för att bedöma arbetsförmåga vid de bedömningstillfällen som rehabiliteringskedjan innehåller. Grundläggande är DFA-kedjan, som ska säkerställa att sjukdom föreligger och beskriva vilka aktivitetsbegränsningar den lett till. Begreppet *arbetsförmåga* används enbart för den som har ett arbete, i rehabiliteringskedjan fram till dag 180. Vid prövningen som då ska göras mot den reguljära arbetsmarknaden introduceras begreppet *medicinska förutsättningar för arbete.* Vid prövningen av förlängd sjukpenning efter dag 365 läggs ytterligare ett antal kriterier till för att bedöma *försörjningsförmåga.*

Kapitel fyra ger en översikt av utvecklingen av det moderna samhällets sjukdomsbegrepp. Sverige kan inte ha en egen definition

utan är hänvisad till de internationellt vedertagna ofta vaga diagnoskriterierna. Vi föreslår inga formella förändringar av sjukdomsbegreppet; däremot pekar vi på hur viktig DFA-kedjan därför är för sjukförsäkringen och föreslår några lagändringar som ska bidra till att sjukförsäkringen som en försäkring mot inkomstbortfall på grund av *sjukdom* blir mer renodlad.

Vi föreslår att *särskild närståendepenning* ska kunna utges under högst tio arbetsdagar i anslutning till maka/makes/partners eller barns död.

Vi föreslår vidare att rätten till ersättning i form av sjuklön och sjukpenning vid *plastikkirurgiska operationer* endast ska omfatta rekonstruktiv kirurgi orsakad av medfödda deformiteter, utvecklingsrubbningar, trauma, infektion eller sjukdom. Detta måste då framgå av läkarintyget.

Vi föreslår också att en gravid kvinna som på grund av graviditeten anser sig behöva vara ledig från sitt arbete bör få rätt till *graviditetspenning* under 30 dagar. Ersättningsperioden kan påbörjas tidigast 30 dagar före beräknad förlossning och får inte tas ut efter förlossning. För att motverka nackdelen med statistisk diskriminering av unga kvinnor skulle en tredje s.k. pappamånad kunna införas, vilket i praktiken under överskådlig tid dessutom skulle göra att kostnaderna för graviditetspenningen ryms inom nuvarande kostnader.

Kapitlen fem, sex och sju fördjupar diskussionen om begreppen *arbetsförmåga, medicinska förutsättningar för arbete* respektive *försörjningsförmåga.*

I *kapitel 8* föreslås, för att i tiden flytta fram och garantera insatser vid det nya tidigare bedömningstillfälle som följer av rehabiliteringskedjan, att Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans samverkansprogram omvandlas till en permanent verksamhet i form av ett särskilt arbetsmarknadsprogram, som ger rätt till stöd efter prövning av *medicinska förutsättningar för arbete.*

I *kapitel nio* beskrivs *sjukskrivningsprocessen.* Under sjukdomens första tid är framför allt hälso- och sjukvården av avgörande betydelse, medan de mer långvariga tillstånden alltmer blir en försäkringsfråga.

Såväl inom hälso- och sjukvården som inom sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken är bemötandet av den sjuke avgörande och vi betonar att utan systematiska utbildningsinsatser och en professionell förmåga att genomföra goda möten finns risk att intentionerna med andra förslag uteblir. Utgångspunkten måste var

att den sjuke möts med respekt och får kontroll och översikt över processen.

I det *tionde kapitlet* diskuteras mera översiktligt och utan skarpa förslag vilka ytterligare insatser som skulle kunna underlätta omställning till annat arbete för den som efter avslutad sjukskrivning inte kan gå tillbaka till sin tidigare arbetsgivare.

Ett område som berörs är *partiell sjukskrivning*. Den utredning av försörjningsförmågan som ska göras inför ställningstagandet till ersättning från dag 365 bör också omfatta eventuell partiell försörjningsförmåga. Vi förordar en ny form av partiell sjukersättning som kompenserar arbetsgivaren för nedsatt produktivitet och den anställde för den lägre lönen.

Ytterligare ett förslag som bör övervägas är om den som på grund av sjukdom tvingas ta ett sämre betalt arbete ska kunna få en *utfyllnad* motsvarande skillnaden mellan sjukersättning baserad på lönen i det tidigare arbetet och den nya lönen.

Studier på högskolenivå är allt oftare en förutsättning för en ny inriktning i arbetslivet och i kapitlet betonas vikten av att frågan om hur vuxenstudier ska finansieras blir utredd.

I betänkandet beskrivs de särskilda arbetsmarknadsinsatser som kommer att behövas för att ta fram en resursprofil och ge stöd för att finna nya vägar i arbetslivet. Kunskap behöver utvecklas kring hur stöd till sjuka med olika kvarvarande problem bör utformas. Det kan övervägas om dessa insatser bäst erbjuds genom en *särskild myndighet* som får i uppdrag att upphandla och successivt utveckla upphandlingskriterier.

Merparten av sjukfall bland arbetslösa är kortare än 14 dagar. Om de *första 14 dagarna* i ett sjukfall *ersattes inom arbetslöshetsförsäkringen* skulle flera vinster göras. Den sökande skulle slippa glapp i utbetalningen, Försäkringskassan skulle inte behöva beräkna den sjukpenninggrundande inkomsten, vilket skulle innebära en administrativ besparing, och sjukperiodens längd skulle beräknas på samma sätt som för den som är anställd och inledningsvis har sjuklön.

Slutligen pekas på att risk finns att den som dag 180 lämnar sjukförsäkringen för att söka arbete på den reguljära arbetsmarknaden kan drabbas av ekonomiska försämringar. Med hänsyn till att den som på grund av sjukdom inte längre kan klara sitt gamla arbete har lidit "skada" kan en utfyllnad till nivån på rehabiliteringspenningen övervägas under några månader. Om ersättningen under dessa månader utformas som medfinansiering från arbets-

givaren, som den slipper som gjort vad "som skäligen kan krävas" ökar drivkrafterna för omställning och anpassning på den gamla arbetsplatsen.