Stockholms läns landsting

8

Yttrande över remiss om ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

HSN 2018-0437

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Rehabilitering-Habilitering-Hjälpmedel
Anne-Marie Norén

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-04-26

HSN 2018-0437

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över remiss om ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har begärt att Stockholms läns landsting (SLL) ska yttra sig över remiss om ny lag för koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården (Ds 2018:5).

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Yttrande, bilaga 1 Remiss- ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården (Ds 2018:5), bilaga 2

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i programberedningen för äldre och multisjuka.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till Socialdepartementet överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande avseende remiss om ny lag för koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården som nämnden yttrande

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Sammanfattning
SLL är positiv till förslaget att införa en ny lag om koordineringsinsatser i hälso- och sjukvården för att främja återgång till arbetslivet genom att erbjuda patienter individuellt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliterings-processen. SLL håller även med utredningen i stora delar av förslaget.

SLL anser dock att utredningen har gjort en alltför snäv tolkning av koordineringsuppdraget och att begränsningen av uppdraget inte kommer att ge önskad effekt för individens återgång i arbete. Invändningarna gäller framförallt två viktiga delar i koordineringsuppdraget; den individuella kartläggningen av patientens situation och behov samt rehabiliterings-koordinatorns roll i den externa samverkan.

SLL menar att det krävs flera kompletteringar i lagstiftningen. Bland annat bör bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och patientskadelagen kompletteras.

Ändringar behövs även i patientdatalagen (PDL) dels vad det gäller ändamålet med journalföring då koordinatorernas arbete inte kan definieras som administration, dels för att det möjliggör sammanhållen journalföring. Enligt den nya lagen är koordineringsinsatser inte hälso- och sjukvård men SLL:s bedömning är att det behöver göras ändringar i PDL som tar höjd för detta.

SLL menar att utredningens snäva tolkning av uppdraget har lett till en för låg finansiering av funktionen.

Bakgrund
Sedan 2014 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppdragit vårdgivare i primärvården och delar av specialistvården om en koordinatorfunktion för att effektivisera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det har skett som en försöksverksamhet enligt kraven i de statliga *Överenskommelserna om sjukskrivning och rehabilitering,* som huvudsakligen har finansierat funktionen. Försöksverksamheten föregicks och anpassades successivt till de resultat som framkom i projektet *Utvärdering och utveckling av koordinatorfunktion för effektiv rehabilitering inom Stockholms läns landsting* 2012–2017. Utvärderingen visade att välstrukturerade modeller med rehabkoordinator har positiv effekt på sjukskrivning och livskvalitet med oförändrad omfattning på vårdkonsumtion. Modellen förordar bland annat särskild kompetens, noggrann identifiering av patienter, internt och externt samarbete samt tät uppföljning av individens och funktionens process för vidare utveckling.

Överväganden
Den samlade erfarenheten av rehabiliteringskoordinatorernas arbete i hälso- och sjukvården är positiv hos såväl patienter som läkare och andra hälsoprofessioner. Det finns rapporter som visar på minskad sjukskrivning för de patienter som får stöd av en rehabiliteringskoordinator.

SLL delar utredningens bedömning att när någon ges koordinerande insatser för att främja en snabbare återgång i arbete ska hen inte ges förtur till

medicinsk behandling och rehabilitering utan hälso- och sjukvårdens prioriteringsordning ska gälla.

Det är viktigt att Försäkringskassan har kvar sitt samordningsansvar, som omfattar kartläggning av individens rehabiliteringsbehov och samordning av olika aktörers insatser samt kontakt med den försäkrade. Men mycket talar för att en tidig kartläggning från hälso- och sjukvårdens sida, innan Försäkringskassan blivit aktiv, har betydelse för återgång i arbete. Att svara på frågor om sjukskrivningsprocessen och vad uppdraget att utfärda intyg i hälso- och sjukvården innebär samt hur uppdraget förhåller sig till Försäkringskassans och andra aktörers ansvar är viktiga delar i rehabkoordinatorns arbete.

Koordinatorskontakter med andra aktörer, även om de inte har pågående insatser för patienten, ger dem information så de kan agera och en samverkan kan inledas. Via koordinatorn kan andra aktörer kontakta hälso- och sjukvården för att samverka runt patienten. Koordinerings-sinsatsen är en viktig komponent i hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag och bör ha en aktiv roll i kunskapsförmedlingen.

Koordineringsinsatserna är kvalificerade insatser, som kräver en legitimerad hälsoprofession eller motsvarande, en gedigen erfarenhet av rehabilitering samt särskild utbildning i rehabkoordinering.

Även Försäkringskassan ska få i uppdrag att säkerställa att hälso- och sjukvårdens lämnade information om behov av samordning tas emot och behandlas på lämpligt sätt inom myndigheten.

Ekonomiska konsekvenser
Enligt utredningen ska landstingen kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen med 361 miljoner kronor årligen för att tillgodose behovet av koordineringsinsatser. Med utgångspunkten att funktionen behöver vara bredare än utredningen beskriver för att vara ändamålsenlig och att den behöver utvecklas, ligger kostnaden högre. Bedömningen är att den skulle ligga på minst den nivå som *Överenskommelsen om sjukskrivning och rehabilitering* har uppgått till, cirka 500 miljoner kronor, med en justering uppåt för utvecklingskostnader.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Koordinatorsinsatserna ges inom flera riskområden för skada, som kommunikation, informationsöverföring, samverkan och kontinuitet, varför SLL menar att deras insatser ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och därför bör patientsäkerhetslagen och patientskadelagen gälla.

Rehabiliteringskoordinatorerna bör hänföras till kategorin "hälso- och sjukvårdspersonal" i patientsäkerhetslagen.

Rehabiliteringsplan och andra åtgärder som koordineringen omfattar ska dokumenteras i journalen. Patientdatalagens bestämmelser om personuppgiftsbehandling, inre sekretess och elektronisk åtkomst, utlämnande av uppgifter och handlingar och kvalitetsregister bör tillämpas på koordineringsverksamhet. När det gäller den rättsliga grunden för personuppgiftsbehandlingen anser SLL att PDL:s bestämmelse om för vilka ändamål som personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården bör utökas. Patientdatalagen ska omfatta även koordinering, men behöver kompletteras ytterligare. Lagreglerade sekretessbestämmelser bör gälla koordineringen.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Lagförslaget bedöms få oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Lagförslaget bedöms få oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Landstingens regionala ansvar att följa upp och utveckla funktionen kommer att öka. De ovan nämnda krav som ställs på dokumentation/ administration hör till koordineringsinsatserna som finansieras via staten till landstingen.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Socialdepartementet
Akten

Godkänd av Barbro Naroskyin, 2018-04-26

Närsjukvård
Rehab- Habilitering och Hjälpmedel

YTTRANDE
2018-03-21

Diarienummer
HSN 2018–0437

Handläggare Anne-Marie Norén
Jens Bengtner
Telefon 08-123 134 76
E-post anne-marie.noren@sll.se

Yttrande över ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

Socialdepartementet har begärt att Stockholms läns landsting (SLL) ska yttra sig över remiss om ny lag för koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården (Ds 2018:5).

Sammanfattning

SLL är positiv till förslaget att införa en ny lag om koordineringsinsatser i hälso- och sjukvården för att främja återgång till arbetslivet genom att erbjuda patienter individuellt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. SLL håller även med utredningen i stora delar av förslaget.

SLL anser dock att utredningen har gjort en alltför snäv tolkning av koordineringsuppdraget och att begränsningen av uppdraget inte kommer att ge önskad effekt för individens återgång i arbete. SLL:s invändningar gäller framförallt två viktiga delar i koordineringsuppdraget; den individuella kartläggningen av patientens situation och behov samt rehabiliteringskoordinatorns roll i den externa samverkan.

SLL menar att det krävs flera kompletteringar i lagstiftningen. Bland annat bör bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och patientskadelagen omfatta verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser, då koordinatorernas insatser ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Rehabiliteringskoordinatorerna bör även hänföras till kategorin "hälso- och sjukvårdspersonal" i patientsäkerhetslagen.

Ändringar behövs även i patientdatalagen, PDL. Dels vad det gäller ändamålet med journalföring då koordinatorernas arbete inte kan

definieras som administration, även om uppgifterna inte är medicinska i alla delar. Dels för att det möjliggör sammanhållen journalföring, som tillåter att vårdgivare under vissa förutsättningar får ha direktåtkomst till annan vårdgivares uppgifter i vårdsyfte eller för administration. Enligt den nya lagen är koordineringsinsatser inte hälso- och sjukvård men SLL:s bedömning är att det behöver göras ändringar i PDL som tar höjd för detta för att ta hänsyn till kommande utveckling av viktiga IT-verktyg för rehabiliteringskoordinatorerna, såsom Rehabstöd.

SLL menar att utredningens snäva tolkning av uppdraget och kompetensen har lett till en för låg finansiering av funktionen. Den behöver finansieras med ytterligare medel än de nivåer som Överenskommelsen om rehabilitering och sjukskrivning har uppgått till på senare år.

Socialdepartementets förslag

3.1 En permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL tillstyrker utredningens förslag att genom lagreglering införa en permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd till patienter som har ett särskilt behov av stöd för att kunna återgå i arbetslivet. Den samlade erfarenheten av rehabiliteringskoordinatorernas arbete i hälso- och sjukvården är positiv hos såväl patienter som läkare och andra hälsoprofessioner. Det finns rapporter som visar på minskad sjukskrivning för de patienter som får stöd av en rehabiliteringskoordinator.

3.2 Koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet

SLL: s förslag till ställningstagande

SLL är positiv till att patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd får koordineringsinsatser för att underlätta återgång i arbete. Koordineringsinsatser ska i första hand ges till patienter med diagnoser där sjukskrivning är vanligt förekommande, oberoende av om de behandlas i primärvården eller i specialiserade vården. En studie från Stockholm läns

landsting visar att en grupp patienter återgår i arbete utan stöd av rehabiliteringskoordinator, stödet ska därför riktas till de patienter som har ett särskilt behov.
SLL delar bedömningen att landstingen inte ska ha en skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser i förebyggande syfte, för att undvika sjukskrivning. Att däremot bevaka patienter som haft en tidigare sjukskrivning är sannolikt av värde för att tidigt se behovet av koordineringsinsatser.
SLL delar utredningens bedömning att när någon ges koordinerande insatser för att främja en snabbare återgång i arbete ska hen inte ges förtur till medicinsk behandling och rehabilitering utan hälso- och sjukvårdens prioriteringsordning ska gälla. SLL anser att detta också bör framgå av den föreslagna lagen och föreslår därför att lagen kompletteras med en bestämmelse som erinrar landstingen om kravet i 3 kap. 1 § 2 st. HSL. Bestämmelsen kan lämpligen föras in mellan 1 och 2 §§ i en egen paragraf och med följande lydelse:

> *Av 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.*

SLL anser att utredningen har en för snäv tolkning av koordineringsuppdraget och inte tar hänsyn till erfarenheter och studier som har genomförts. Erfarenheterna i SLL efter att ha uppdragit vårdgivarna i flera år om en koordinatorfunktion enligt *Överenskommelserna om sjukskrivning och rehabilitering* är att uppdraget behöver vara bredare för att ha den avsedda effekten om minskad sjukskrivning. SLL:s bedömning är att följande delar ska ingå i koordineringsuppdraget för att ha effekt på återgång i arbete.

Individuellt stöd

Kartläggning av patientens situation och behov

SLL håller med om att Försäkringskassan ska ha kvar sitt samordningsansvar, som omfattar kartläggning av individens rehabiliteringsbehov och samordning av olika aktörers insatser samt kontakt med den försäkrade. Däremot ser SLL ingen motsättning mellan Försäkringskassans uppdrag och att hälso- och sjukvården gör en kartläggning och motiverar patienten att kontakta arbetsgivare eller andra aktörer. Mycket talar för att denna tidiga kartläggning från hälso- och sjukvårdens sida, innan Försäkringskassan blivit aktiv, har betydelse för återgång i arbete.

Det är särskilt värdefullt att hälso- och sjukvården tillsammans med patienten ser över dennes sociala och arbetssituation, motivation till sjukvårdande insatser och återgång i arbete, samt tar reda på andra planerade insatser. I kartläggningen ska därför samtalsstöd ingå, för att motivera patienten att genomföra behandlingar och rehabilitering och för att motivera patienten till att kontakta arbetsgivare eller andra aktörer.

SLL håller med om att personer med aktivitetsersättning bör ingå i uppdraget om koordineringsinsatser.

Kontaktperson för patienten
Koordineringen ska omfatta att vara kontaktperson för sjukskrivna patienter som har ett särskilt behov. Det innefattar att vara tillgänglig för att svara på frågor om sjukskrivningsprocessen och vad uppdraget att utfärda intyg i hälso- och sjukvården innebär samt hur uppdraget förhåller sig till Försäkringskassans och andra aktörers ansvar.
Hälso- och sjukvården kontaktar arbetsgivare vid behov, med patientens samtycke. Hälso- och sjukvården har en unik möjlighet att träffa alla patienter i ett tidigt skede. Kontakterna med arbetsgivare och andra aktörer kan därför ske betydligt tidigare i processen än vad Försäkringskassan har möjlighet till. Det är av stort värde att den medicinska behandlingen och rehabiliteringen kan pågå samtidigt som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Intern samordning
SLL delar bedömningen att intern samordning ska omfatta att tillsammans med läkare och övriga hälsoprofessioner ta fram en gemensam sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan samt att fortlöpande följa upp denna. Samordningen omfattar också att guida och motivera patienten att delta i och fullfölja planerade medicinska rehabinsatser. Planen ska ha fokus på återgång i arbete med en helhetssyn på patienten.

SLL menar vidare att det även bör ingå i uppdraget intern samordning att medverka till att utveckla rutiner för och använda digitalt stöd för identifiering och prioritering av patienter. Webbapplikationen Rehabstöd har utvecklats genom överenskommelser mellan staten och SKL och är ett viktigt redskap och en informationskälla i arbetet med rehabiliteringskoordinering. Då koordineringsinsatser är ett nytt lagkrav på landstingen ska finansieringen av ett sådant IT-stöd ske genom statliga medel.

Extern samverkan
SLL tillstyrker förslaget om att koordineringsfunktionen ska omfatta obligatorisk samverkan och kommunikation med andra aktörer. Samverkan med arbetsgivare är särskilt viktigt för att bidra till ökad återgång i arbete.

SLL håller inte med om att andra aktörer ska ha pågående insatser för att kunna samverka. Koordinatorskontakterna ger däremot andra aktörer information så de kan agera och en samverkan kan inledas. SLL anser även att arbetsgivare och andra organisationer ska kunna kontakta hälso- och sjukvården för att samverka runt patienten, förutsatt att hen ger sitt samtycke. Koordinatorskontakterna ger möjligheter för sjukvården, på ett sätt som inte har funnits tidigare, att medverka till arbetsåtergång i ett tidigt skede. Dessa externa kontakter behöver utvecklas, särskilt med arbetsgivaren, där olika modeller beforskas. Denna utveckling behöver en finansiering.

Ledning och styrning av koordineringsinsatser
Verksamhetschefer får ett nytt ansvarsområde i och med att funktion för koordinering införs i hälso- och sjukvården. Chefen är också ansvarig för att säkerställa kompetensutveckling, utveckling och kvalitetssäkring av uppdraget.

Försäkringsmedicinsk kunskapsförmedling
SLL kan till viss del hålla med utredningens tveksamhet om att det breda försäkringsmedicinska uppdraget bör ingå i koordineringen och att det istället bör vara hälso- och sjukvårdens uppdrag. Respektive sjukvårdshuvudman bör själv få avgöra vem eller vilka som har det försäkringsmedicinska uppdraget.

Koordineringssinsatsen bör dock omfatta medverkan i Hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag och ha en aktiv roll i kunskapsförmedlingen. Det bör ingå i koordineringen att vara informationsbärare av förändringar inom det försäkringsmedicinska området, ta fram och analysera enhetens statistik, samt vara ett stöd för chefen i dessa frågor. Denna del av koordinatorns uppdrag är viktig för att kunna utveckla en bred kompetens och förståelse för koordineringens betydelse och roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och ska också ingå i finansieringen

Utformning av koordineringsinsatser
Respektive sjukvårdshuvudman ska själva utforma vad koordineringsinatser bör innebära, för att ge bästa stöd till att underlätta

återgång till arbetslivet för enskilda patienter. SLL håller med om att Försäkringskassan ska ha samordningsansvaret och att ansvaret inte ska ändras för arbetsgivare och andra berörda myndigheter.

Kompetens
SLL håller med utredningen om att det krävs en person som har kunskaper om hälso- och sjukvårdsprocesserna, om försäkringsmedicin och om övriga aktörers ansvarsområden för att utföra koordineringsinsatserna. Det bör vara respektive sjukvårdshuvudman som avgör vilken kompetens som krävs för uppgiften koordinering och vilken eventuell examen som är lämplig för uppdraget. SLL menar att koordineringsinsatserna är kvalificerade insatser, som kräver legitimerad hälsoprofession eller motsvarande, en gedigen erfarenhet av rehabilitering samt särskild utbildning i rehabkoordinering.

Landstingen ska därför kompenseras ekonomiskt för att säkerställa att medarbetare har den kompetens som behövs för uppdraget då högskolor och universitet enbart erbjuder uppdragsutbildningar. Utöver utbildningar behövs ett kontinuerligt stöd och handledning för att utveckla arbetet då uppdraget är nytt och komplext.

3.3 Information till Försäkringskassan

SLL:s förslag till ställningstagande
SLL håller med om att hälso- och sjukvården ska få ett uppdrag att informera Försäkringskassan om det finns behov av samordnad rehabilitering för att underlätta för patienten att återgå i arbete, eftersom Försäkringskassan har en viktig roll att samordna rehabiliteringen. Detta kräver dock att hälso- och sjukvården har gjort en bredare kartläggning av patienten än vad utredningen föreslår, för att man ska kunna bedöma om samordning behövs.

SLL anser att även Försäkringskassan ska få i uppdrag att säkerställa att hälso- och sjukvårdens lämnade information om behov av samordning tas emot och behandlas på lämpligt sätt inom myndigheten, en gemensam struktur för informationsöverföring behövs. Hälso- och sjukvårdens kan redan idag göra Försäkringskassan uppmärksam på att det finns behov av samordning och att kontakt önskas med handläggare till exempel via läkarintyget för sjukpenning. Läkare uppger dock att de sällan blir kontaktade av Försäkringskassan. Det är viktigt att säkerställa att informationsutbytet fungerar åt båda håll för att patienten ska få de samordningsinsatser som hen har rätt till, för att främja återgång i arbete.

Benämningen landstinget bör bytas ut mot hälso- och sjukvården för att omfatta både offentliga och privata utförare.

3.4 Andra aktörers ansvar för rehabilitering

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL tillstyrker utredningens förslag att respektive aktörs ansvar för rehabilitering kvarstår.

3.5 Vilket landsting ansvarar för koordineringsinsatserna?

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL tillstyrker utredningens förslag. SLL ser dock att ansvaret för koordineringsuppdraget ska ligga kvar i hemmalandstinget, även om patienten söker vård i annat landsting, för att få en kontinuitet för patienten och underlätta samarbetet med berörda myndigheter. I undantagsfall bör de berörda landstingen kunna ingå en överenskommelse om att koordineringsinsatserna istället ska erbjudas av vårdlandstinget.

För att vara säker på att en sådan överenskommelse inte skulle strida mot kommunalrättsliga principer (lokaliseringsprincipen) bedömer SLL att det behövs ett lagstöd för detta. Det kan förtydligas genom att använda 8 kap. 5 § p. 1 HSL (om landstings möjligheter att erbjuda hälso- och sjukvård till patienter som är bosatta i andra landsting) som förebild, och lägga till ett andra stycke i den föreslagna 4 § lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet, med följande lydelse:

> *Ett landsting får erbjuda koordineringsinsatser till den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård, om landstingen kommer överens om det.*

3.6 Patientsäkerhetslagens och patientskadelagens tillämplighet

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL delar inte utredningens uppfattning utan anser att bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och patientskadelagen bör omfatta verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser. Utredningen anför till stöd för sin

bedömning att rehabiliteringskoordinatorerna inte bedriver hälso- och sjukvård och att det inte finns någon nämnvärd risk för vårdskador. Koordinatorsinsatserna ges dock inom flera riskområden för skada, som kommunikation, informationsöverföring, samverkan och kontinuitet, varför SLL menar att deras insatser ges *inom* hälso- och sjukvårdsverksamheten (se 2 § i den föreslagna lagen) och följaktligen bör bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och patientskadelagen gälla. Det kan enligt SLL:s mening, inte heller uteslutas att vissa arbetsuppgifter som koordinatorerna utför är hälso- och sjukvård eftersom de i SLL är legitimerade yrkesutövare, exempelvis fysioterapeuter eller sjuksköterskor. Det blir förvirrande i vilken roll en sådan yrkesutövare har ansvar eller som rehabiliteringskoordinator icke har ansvar.

SLL anser därför att rehabiliteringskoordinatorerna bör hänföras till kategorin "hälso- och sjukvårdspersonal" i patientsäkerhetslagen. För att det inte ska råda någon tvekan om att de ska betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal och således stå under IVO:s tillsyn, bör 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen, som reglerar vilka personer som räknas som hälso- och sjukvårdspersonal, kompletteras med en punkt som förslagsvis kan lyda enligt följande:

> *"rehabiliteringskoordinatorer vid sjukhus och andra sjukvårdsinrättningar."*

I konsekvens med detta anser SLL att övriga bestämmelser i patientsäkerhetslagen och patientskadelagen bör gälla för rehabiliteringskoordinatorernas arbete. En sådan ordning stämmer med utredningens förslag att rehabiliteringskoordinatorerna bland annat ska föra journal m.m. Journal förs av medicinska skäl och patientsäkerhetsskäl.

3.7 Journalföring

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL tillstyrker förslaget att rehabiliteringsplan och andra åtgärder som koordineringen omfattar ska dokumenteras i journalen.

SLL:s uppfattning är att det bör göras en ändring i 3 kap. 3 § PDL så att den som utför koordineringsinsatser alltid omfattas av skyldigheten att föra patientjournal, förslagsvis genom en fjärde punkt som anger att skyldig att föra patientjournal är

”den som utför insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet”.

3.8 Personuppgiftshantering och dataskydd inom koordineringsverksamheten

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL delar utredningens bedömning att patientdatalagens bestämmelser om personuppgiftsbehandling, inre sekretess och elektronisk åtkomst, utlämnande av uppgifter och handlingar och kvalitetsregister bör tillämpas på koordineringsverksamhet. När det gäller den rättsliga grunden för personuppgiftsbehandlingen anser dock SLL att PDL:s bestämmelse om för vilka ändamål som personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården – 2 kap. 4 § - bör utökas med ändamålet ”att bedöma och dokumentera insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet". SLL delar inte utredningens bedömning att sådan personuppgiftsbehandling som koordineringsverksamheten ska utföra faller inom det ändamål som anges i andra strecksatsen i 2 kap. 4 §, d.v.s. behandling som behövs för ”administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall”. Det arbete som koordinatorerna utför kan, enligt SLL, knappast definieras som administration även om uppgifterna inte är medicinska i alla delar. SLL:s slutsats är därför att det behövs en ny ändamålsbestämmelse enligt ovan i 2 kap. 4 § PDL.

Genom en sådan ändring blir det även möjligt för landstingen att, utan föregående samtycke från den enskilde, använda sig av ett IT-stöd i detta fall Rehabstöd, i syfte att bedöma behovet av koordinering. Detta är en grundförutsättning i arbetet med att identifiera patienter i behov av koordineringsinsatser.

Vårdgivare har emellertid behov av att också kunna titta i *andra* vårdgivares journaler för att kunna utföra insatser enligt den föreslagna lagen. När det gäller IT-stödet, i detta fall Rehabstöd, är planen att införa funktionalitet för sammanhållen journalföring. Nuvarande reglering om sammanhållen journalföring i 6 kap. PDL tillåter att vårdgivare under vissa förutsättningar får ha direktåtkomst till annan vårdgivares uppgifter i vårdsyfte eller för administration som föranleds av vården. Om insatser

enligt den nu föreslagna lagen om koordineringsinsatser inte är hälso- och sjukvård bedömer SLL att det behöver göras ändringar i PDL som tar höjd för detta. Förslagsvis kan detta åstadkommas genom att dels 6 kap. 1 § PDL utökas med en hänvisning även till det nya ändamålet i 2 kap. 4 § enligt SLL:s förslag i stycket ovan, och dels genom ett tillägg i 6 kap. 3 § p. 2 PDL med följande lydelse (kursiv text är nytt):

> uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården *eller för att bedöma insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång i arbetslivet*".

3.9 Patientdatalagen ska omfatta även koordinering

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL tillstyrker förslaget att patientdatalagen ska omfatta även koordinering. SLL anser emellertid att det inte är tillräckligt att endast ändra 1 kap. 3 § PDL så att definitionen av hälso- och sjukvård omfattar verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser. Enligt SLL bör även 2 kap. 4 § PDL (se SLL:s ställningstagande i denna del ovan under avsnitt 3.8) och 3 kap. 3 § PDL ändras.

I 3 kap. 3 § PDL regleras vilka som är skyldiga att föra patientjournal. Det gäller framförallt den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke inom hälso- och sjukvården, den som utan att ha legitimation utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av vissa särskilt uppräknade hälso- och sjukvårdsyrken och den som är kurator i den allmänna hälso- och sjukvården.

Utredningen har funnit att för det fall att koordinering utförs av någon som inte ingår i någon av dessa grupper så räcker det med att det ”bör åligga verksamhetschefen att säkerställa att skyldigheten att föra patientjournal utförs i enlighet med PDL”. SLL delar inte utredningens bedömning i denna del utan anser att det av bl.a. patientsäkerhetsskäl bör göras en ändring i 3 kap. 3 § PDL så att den som utför koordineringsinsatser alltid omfattas av skyldigheten att föra patientjournal, förslagsvis genom en fjärde punkt som anger att skyldig att föra patientjournal är

> *”den som utför insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet*”.

3.10 Personuppgiftshantering och dataskydd hos andra aktörer

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL har ingen uppfattning om behov av dataskydd hos andra aktörer. SLL anser dock att kontakt mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan ska kunna ske innan det finns ett aktuellt ärende, exempelvis i de fall en patient haft upprepande sjukskrivningar och där hälso- och sjukvården utfärdar intyg vid dag sju.

3.11 Sekretess

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL gör samma bedömning som utredningen.

3.12 Ikraftträdande

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL tillstyrker förslaget om att lagen kan träda i kraft 1 januari 2019. Detta förutsatt att omfattningen av uppdraget och tillhörande finansiering är i linje med SLL:s och övriga landstings synpunkter.

3.13 Utvärdering av de nya koordineringsinsatserna

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL är positiv till att det genomförs en utvärdering för att följa utfall och effekter. SLL anser att det är en stor förändring av hanteringen av sjukförsäkringen och anser då att det ingår i utvärderingen att se över både Försäkringskassans samordningsansvar som arbetsgivarens erfarenheter och inte minst hur patienterna uppfattar förändringarna. Det behöver skapas möjlighet att systematiskt följa upp arbetet inom koordinering för utveckling och kvalitetssäkring av funktionen och koordineringsinsatserna. Finansiering av medel behövs också för att möjliggöra forskning om koordinering i förebyggande syfte kan påverka sjukfrånvaron.

Med föreliggande förslag om lagreglering, finns risk är att den blir så svag att koordineringsinsatserna kommer att variera alltför mycket mellan landstingen, att en utvärdering försvåras.

Konsekvenser av den nya lagen

Utredningen gör en snävare bedömning av koordineringsuppdraget än SLL. SLL anser att denna snävare bedömning av uppdraget inte kommer att bidra till ökad återgång i arbete för patienterna. Framförallt gäller det om det inte ingår i koordinatorns roll att kartlägga annat än det som sker i hälso- och sjukvården och att endast motivera patienten att delta i sjukvårdens insatser. Vidare anser SLL att de lägre kompetenskraven ytterligare skulle minska resultaten av koordineringsinsatserna. Likaså behöver det ingå i koordineringsuppdraget att med hjälp av IT-stöd noggrant identifiera vilka patienter som har behov av koordineringsinsatserna. Att hantera enhetens sjukskrivningsstatistik och informera om förändringar inom sjukförsäkringen bör också ligga i uppdraget, då det påverkar såväl stödet till individen som stöd till övriga hälsoprofessioners kontakter med individen.

I utredningen framgår att koordineringen avlastar för annan vårdpersonal. SLL håller till viss del med om detta, men samtidigt har efterfrågan på sjukvården ökat, från bland annat Försäkringskassan, vilket inneburit totalt sett ett ökat arbete för hälso- och sjukvården.

Alla ovanstående delar förordas också i den utvecklingsstudie som uppdragits av SLL, *Utvärdering och utveckling av koordinatorfunktion för effektiv rehabilitering inom Stockholms läns landsting* 2012–2017. Utvärderingen visade att välstrukturerade modeller med rehabkoordinator har positiv effekt på sjukskrivning och livskvalitet med oförändrad omfattning på vårdkonsumtion. Modellen förordar bl.a. särskild kompetens, noggrann identifiering av patienter, internt och externt samarbete samt tät uppföljning av individens och funktionens process för vidare utveckling.

Konsekvenser för Försäkringskassan

SLL ser positivt på att Försäkringskassan ska ha samordningsansvaret då såväl hälso- och sjukvården som arbetsgivare de senaste åren vid flertal tillfällen uttryckt att det skett en försämring på den punkten. Försäkringskassan bör därför uppfylla sitt uppdrag i högre grad än vad som sker idag. Utredningen anger att koordineringsfunktionen inte får konsekvenser för Försäkringskassan.

SLL anser dock att koordineringsfunktionen får konsekvenser för Försäkringskassan då myndigheten enligt förslaget förväntas ta ansvar för sitt samordningsuppdrag. En risk som har uppmärksammats i sammanhanget är att Försäkringskassan felaktigt förväntar sig att rehabkoordinator tar på sig en del en del av detta ansvar och att hen i en del fall gör det. Samordningsansvaret kan behöva förtydligas för Försäkringskassan.

Vid en fullödig koordinatorfunktion kommer ekonomiska konsekvenser i form av minskade sjukfallkostnader för Försäkringskassan sannolikt att uppstå.

Konsekvenser för arbetsgivare

SLL instämmer i att ett införande av koordineringsinsatser kan komma att underlätta för arbetsgivare att kommunicera med vården. Mer tillgängliga och tydligare kontaktvägar ger bättre förutsättningar för en effektiv och rätt riktad rehabilitering på arbetsplatsen. Men det är av avgörande betydelse att Försäkringskassans förmåga att samordna rehabiliteringsinsatser förbättras, annars kvarstår den problematik som råder i nuläget och effekterna ett införande av koordineringsinsatser riskerar att utebli eller inte nå full potential.

Konsekvenser för Hälso- och sjukvården

Landstingens regionala ansvar att följa upp, kvalitetssäkra och utveckla funktionen kommer att öka. Initialt kommer ett arbete att behövas med att utreda hur beställning och organisation i ordinarie drift ska ske på sikt. Ett utökat ansvar för chefer inom hälso- och sjukvården sker i enlighet med 3.2 och 3.9 ovan.

4.15 Ekonomiska konsekvenser

SLL:s förslag till ställningstagande

SLL anser att den ekonomiska kalkylen varken är heltäckande eller rättvisande då antagandet bygger på ett arbete som befinner sig i en utvecklingsfas. Om finansieringen för funktionen minskar kommer landstingen inte att kunna utveckla funktionen, t.ex. arbetsgivarkontakten och samverkan med externa kontakter, som är en förutsättning för att nå goda effekter av koordineringen. SLL anser att delar istället behöver tillföras funktionen, och finansieras för att den ska ha en önskad effekt.

Ersättning för följande inom områden saknas:

- Landstingens regionala ansvar för uppföljning, kvalitetssäkring och utveckling
- Chefens ansvar för utveckling och kvalitetssäkring av uppdraget
- Utbildnings- och handledningsinsatser
- Fortsatt utveckling av uppdraget enligt lagen
- Drift och förvaltning av digitalt stöd
- Nationellt stöd för gemensam utveckling

Ersättningen är för lågt räknad för:

- Genomsnittlig lönekostnad för en kvalificerad funktion
- Kartläggning av patienten och samverkan med externa aktörer
- Överbyggnad i form av t.ex. processledare
- Utvärdering

Ett av Försäkringskassans verktyg för att samordna rehabiliteringsåtgärder är avstämningsmötet. Idag ersätts hälso- och sjukvården när läkare deltar vid avstämningsmöten, men i de fall andra kompetenser från hälso- och sjukvården deltar saknas finansiering. Detta bör ses över om medverkan vid avstämningsmöte ska ingå i koordineringen eftersom det inte är finansierat i förslaget.

En utgångspunkt för koordineringsfunktionen är nuvarande ersättning till landstingen inom *Överenskommelsen för rehabilitering och sjukskrivning*. Med ovanstående kompletteringar för en ändamålsenlig funktion bedöms finansieringen ligga minst tjugo procent högre. Då funktionen är i sin utveckling kan inte alla kostnader för landstinget överblickas i nuläget. SLL hänvisar därför också till de kostnadsbedömningar som Sveriges kommuner och landsting har gjort, då de har en större överblick av det totala kostnadsläget för rehabkoordinering.

LS 2018-0389

Ds 2018:5

Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24767-9
ISSN 0284-6012

Förord

Denna promemoria har utarbetats av en arbetsgrupp inom Socialdepartementet som har haft i uppdrag att utreda formerna för en obligatorisk rehabiliteringskoordinatorfunktion inom hälso- och sjukvården och ta fram förslag till behövliga lag- och förordningsändringar. Promemorian innehåller förslag till en ny lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet.

Under arbetet med promemorian har arbetsgruppen i enlighet med uppdraget samrått och haft dialog med berörda departement och med ett stort antal myndigheter och organisationer. Arbetsgruppen har också besökt ett antal landsting och träffat rehabiliteringskoordinatorer och andra företrädare för landstingen.

Stockholm februari 2018

Therese Karlberg

Innehåll

1 Lagförslag 7

1.1 Förslag till lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet 7

1.2 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) 9

2 Bakgrund 11

2.1 Åtgärder angående sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen 11
- 2.1.1 Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro 11
- 2.1.2 Överenskommelsen mellan staten och SKL 12

2.2 Rehabiliteringskoordineringsfunktionen 14
- 2.2.1 Utvecklingen av koordineringsfunktionen 14
- 2.2.2 Rehabiliteringskoordineringsfunktionen i dag 15

2.3 Utvärderingar och erfarenheter 21
- 2.3.1 Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator, Stockholms läns landsting 21
- 2.3.2 Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting 23
- 2.3.3 En litteraturstudie, Sveriges Kommuner och Landsting 24
- 2.3.4 Erfarenheter från några landsting 25

2.4 Olika aktörers ansvar för rehabilitering av sjukskrivna 27

2.4.1 Rehabilitering 27
2.4.2 Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken 27
2.4.3 Försäkringskassans ansvar för rehabilitering 28
2.4.4 Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering..... 30
2.4.5 Rehabilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen.... 33
2.4.6 Landstings och kommuners ansvar för hälso- och sjukvård och rehabilitering..... 34
2.4.7 Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering 39
2.4.8 Kommunens ansvar för olika insatser till den som är sjukskriven..... 40
2.4.9 Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet..... 43

2.5 Samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvården 44

3 Förslag 47

3.1 En permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet..... 47

3.2 Koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet..... 51
3.2.1 Vad är koordineringsinsatser? 53
3.2.2 Gränsdragning mot Försäkringskassans ansvar och andra åtgärder för stöd till individen 59
3.2.3 Samtycke och delaktighet..... 60
3.2.4 Försäkringsmedicinsk kunskapsförmedling och utveckling av arbetsrutiner bör inte regleras..... 61
3.2.5 Kompetens för att utföra koordineringsinsatser..... 62
3.2.6 En ny lag om koordineringsinsatser 63

3.3 Information till Försäkringskassan 65

3.4 Andra aktörers ansvar för rehabilitering..... 66

3.5 Vilket landsting ansvarar för koordineringsinsatserna? 68

3.6 Patientsäkerhetslagens och patientskadelagens tillämplighet..... 70

3.7 Journalföring..... 71

3.8 Personuppgiftshantering och dataskydd inom koordineringsverksamheten ... 73
3.9 Patientdatalagen ska omfatta även koordinering ... 79
3.10 Personuppgiftshantering och dataskydd hos andra aktörer ... 81
3.11 Sekretess ... 83
3.12 Ikraftträdande ... 86
3.13 Utvärdering av de nya koordineringsinsatserna ... 87

4 Konsekvenser ... 89
4.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 89
4.2 Konsekvenser för patienter i hälso- och sjukvården ... 89
4.3 Konsekvenser för landstingen ... 90
4.4 Konsekvenser för arbetsgivare ... 91
4.5 Konsekvenser för Försäkringskassan ... 92
4.6 Konsekvenser för Arbetsförmedlingen ... 92
4.7 Konsekvenser för kommunerna ... 93
4.8 Konsekvenser för företag ... 93
4.9 Konsekvenser för jämställdhet ... 93
4.10 Konsekvenser för de integrationspolitiska målen ... 95
4.11 Konsekvenser för brottsligheten ... 95
4.12 Konsekvenser för barn ... 95
4.13 Konsekvenser för miljön ... 96
4.14 Konsekvenser för sjukfrånvaron och sjukförsäkringen ... 96
4.15 Ekonomiska konsekvenser ... 96

5 Författningskommentar 101

5.1 Förslaget till lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet 101

5.2 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) 106

1 Lagförslag

1.1 Förslag till lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Landstinget ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

Det som sägs om landsting i denna lag gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

2 § Koordineringsinsatser ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Landstingets ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

3 § Om en patient som erbjuds koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska landstinget informera Försäkringskassan om det. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.

4 § Landstingets ansvar enligt denna lag omfattar patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för.

5 § När uppgifter enligt denna lag utförs ska patientdatalagen (2008:355) vara tillämplig.

6 § Den som arbetar eller har arbetat med att utföra uppgifter enligt denna lag inom enskilt bedriven verksamhet omfattas av bestämmelserna om tystnadsplikt m.m. i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

1.2 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

1 kap.

3 §[1]

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

Nuvarande lydelse

Uttryck	Betydelse
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.

Föreslagen lydelse

Uttryck	Betydelse
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen

[1] Senaste lydelse 2017:60.

(2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., *lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet* samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

2 Bakgrund

2.1 Åtgärder angående sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

2.1.1 Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron ökade kraftigt mellan 2010 och 2016 och utgifterna för sjukpenning fördubblades under den tiden. Ökningen berodde både på att fler personer blev sjukskrivna och att personer blev sjukskrivna under längre perioder. Den kraftiga ökningstakten mattades av under hösten 2016, och sjukfrånvaron minskar för tillfället. Nivåerna är dock fortfarande höga jämfört med 2010. Sjukfrånvaron är högst och har ökat mest bland kvinnor. Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro, både bland kvinnor och bland män.

Att bryta utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron har varit och är en prioriterad fråga för regeringen. Regeringen beslutade 2015 om ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.[2] Programmet består av sju olika områden, och målet är att sjukpenningtalet ska uppgå till högst 9,0 i december 2020.[3] I åtgärdsprogrammet görs det tydligt att Försäkringskassan är en av de viktigaste aktörerna för att komma till rätta med utvecklingen i fråga om sjukfrånvaro, men att också vården har en central roll. Enligt åtgärdsprogrammet ska primärvårdens förutsättningar att erbjuda adekvat vård och behandling främjas så att individerna så snart som möjligt ska återfå hälsa och återgå i arbete. Även i

[2] S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF

[3] Sjukpenningtalet anger antalet utbetalda dagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64 år (exklusive försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning). Alla dagar är omräknade till nettodagar, det vill säga två dagar med halv ersättning räknas som en dag.

budgetpropositionen för 2018 lyfter regeringen fram hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering som viktiga åtgärder.[4] I januari 2018 har regeringen i en utveckling av åtgärdsprogrammet konstaterat att man med hjälp av ett flertal andra aktörer har lyckats vända den negativa utveckling som pågått sedan 2010 när det gäller sjukfrånvaron.[5] Regeringen anför att målet är friskare arbetsplatser och en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro och att åtgärdsprogrammet därför behöver utvecklas. Det behöver inriktas på insatser för en sjukförsäkring som ger såväl trygghet som stöd. I det fortsatta arbetet har regeringen identifierat två utvecklingsområden där det behövs ytterligare insatser. Det handlar om att stödet till individen behöver öka och att samverkan mellan myndigheter behöver stärkas. I programmet finns bl.a. en punkt som gäller ett regeringsuppdrag till Försäkringskassan att inom ramen för sitt lagstadgade samordningsansvar förstärka arbetet med att ge stöd till individers återgång i arbete. En annan punkt handlar om en permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården.

2.1.2 Överenskommelsen mellan staten och SKL

Sedan 2006 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffat överenskommelser för att stimulera landstingen att ge sjukskrivningsfrågan en högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen. I den senaste överenskommelsen, som ingicks i december 2016 och som gäller för 2017 och 2018, enades regeringen och SKL om medel för fem insatsområden för att bidra till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Ett av insatsområdena är en utveckling av en funktion för koordinering.[6] Syftet med villkoret om en sådan funktion är dels att patienter ska få ett tidigt, individuellt stöd i hälso- och sjukvården, vilket underlättar för dem att

[4] Prop. 2017/18:1 utgiftsområde. 10, s. 38ff.
[5] Dnr S2015/06106/SF
[6] I det villkoret ingår, på samma sätt som för övriga fyra insatsområden, landstingens arbete med jämställdhet och våld i nära relationer som en del i kvalitetsarbetet med sjukskrivning och rehabilitering. Övriga insatsområden är kompetenssatsning i försäkringsmedicin, insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta, utökat elektroniskt informationsutbyte och utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning.

återgå i arbete eller vara kvar i arbete, dels att möjliggöra en god samverkan kring patienten mellan olika delar av vården och externa aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen. Enligt överenskommelsen ska landstingen senast vid utgången av 2018 säkerställa att en sådan funktion för koordinering finns i alla delar av primärvården där sjukskrivning förekommer. Landstingen skulle under 2017 också analysera behovet av att funktionen finns inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården där sjukskrivning är vanligt förekommande, och under 2018 ska landstingen ha påbörjat införandet av funktionen i berörda verksamheter.

En koordineringsfunktion ska enligt överenskommelsen ha följande uppdrag:

- Individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna.
- Intern samverkan på vårdenheter och med övriga verksamheter inom hälso- och sjukvården, vilket inkluderar en individuell kartläggning av patientens rehabiliteringsbehov och uppföljning av statistik om sjukskrivningsmönster.
- Kontakt med arbetsgivare, om patienten ger sitt samtycke till det, för att uppmärksamma arbetsgivaren på eventuella behov av anpassningar och arbetslivsinriktad rehabilitering. Om patienten är arbetslös kan motsvarande kontakt tas med Arbetsförmedlingen. Funktionen bör också samarbeta med Försäkringskassan och kommunen.

Det är frivilligt för landstingen att följa överenskommelsens villkor och därmed att få del av de medel som utbetalas om villkoren uppfylls. Enligt överenskommelsen ska SKL vidareutveckla stöd och insatser så att funktionen för koordinering kan utvecklas i samtliga landsting. I överenskommelsen uttalas också att regeringen avser att se över förutsättningarna för att införa en permanent funktion för rehabiliteringskoordinering.

2.2 Rehabiliteringskoordineringsfunktionen

2.2.1 Utvecklingen av koordineringsfunktionen

De första formerna av koordineringsfunktionen utvecklades i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet i några landsting. I Landstinget i Jönköpings län, som var bland de första att arbeta med funktionen, inrättades koordinatorstjänster kring slutet av 1990-talet med finansiering från medel i Dagmaröverenskommelsen. I början av 2000-talet började liknande pilotprojekt i flera landsting. Koordinatorer med något olika uppdrag tillsattes på hälsocentraler för att utveckla internt teamarbete kring sjukskrivna och förbättra samarbetet med externa aktörer. Exempelvis började så kallade sjukskrivningscoacher arbeta inom vården i Västra Götalands läns landsting kring 2006, som en följd av att olika yrkesgrupper sett ett behov av att samordna åtgärder för sjukskrivna patienter. De första koordinatorerna arbetade också med att utveckla den försäkringsmedicinska kompetensen inom vården. En av de viktigaste uppgifterna var att fungera som kontaktperson för sjukskrivna patienter, för vårdpersonal internt och för externa aktörer.[7]

Erfarenheterna från pilotprojekten var positiva. År 2006 träffade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en första överenskommelse om statliga stimulansmedel på sjukskrivningsområdet (Sjukskrivningsmiljarden), och enligt den överenskommelsen tilldelades landstingen medel för att utveckla sjukskrivningsprocessen. I och med att det tillfördes statliga medel infördes koordineringsfunktionen snabbt på fler och fler ställen.[8] Funktionen har fått något varierande innehåll i olika delar av landet, men det övergripande gemensamma syftet är att ge individuellt stöd och arbeta med en helhetssyn på patientens behov för att stödja återgång i arbete, förkorta sjukskrivningstiderna och motverka omotiverat långa sjukskrivningar.

[7] ReKoord-projektet Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet 2013-09-02

[8] Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, Sveriges Kommuner och Landsting, juni 2015, s. 5.

2.2.2 Rehabiliteringskoordineringsfunktionen i dag

I dag finns någon form av koordineringsfunktion inom samtliga landsting. De som arbetar med koordineringen brukar kallas rehabiliteringskoordinatorer. De flesta koordinatorerna finns inom primärvården, men de förekommer också inom specialistvården och utvecklingen går mot allt fler även där. Några landsting har rehabiliteringskoordinatorer som är anställda för att enbart arbeta med koordinering, men många kombinerar koordineringsuppdraget med andra arbetsuppgifter inom vården. På en del håll är koordinatorerna anställda på en viss vårdcentral, medan de på andra ställen utför uppdraget åt flera vårdcentraler. I något landsting är alla rehabiliteringskoordinatorer anställda centralt och bevakar och tillgodoser behovet av koordinering på samtliga vårdcentraler, även hos de privata vårdgivarna.

De flesta som arbetar som rehabiliteringskoordinatorer har en vårdutbildning med legitimation, och det vanligaste är att man är arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Det finns också undersköterskor, kuratorer med socionomutbildning och de med helt annan utbildning och erfarenhet, t.ex. tidigare handläggare från Försäkringskassan, som arbetar som koordinatorer. Centralt inom varje landsting finns processledare för koordineringsarbetet. Även en del av processledarna är legitimerad vårdpersonal.

Många landsting har en intern grundläggande försäkringsmedicinsk utbildning för rehabiliteringskoordinatorerna och erbjuder även en koordinatorsutbildning på högskolenivå. Sådana utbildningar finns för närvarande som uppdragsutbildningar på några lärosäten.[9]

Arbetssättet är likartat i alla landsting, men det finns skillnader. För att få del av medel från överenskommelsen mellan staten och SKL krävs, som beskrivits ovan i avsnitt 2.1.2, att funktionen omfattar individuellt stöd till patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna, samverkan internt inom vården, kartläggning av individens rehabiliteringsbehov, uppföljning av statistik om sjukskrivningsmönster och kontakter med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen vid behov och efter pati-

[9] För närvarande finns uppdragsutbildningar vid bl.a. Lunds universitet och Karolinska institutet.

entens samtycke. I stort sett alla landsting uppfyller kriterierna, men det sker på olika sätt.

SKL har gett ut en metodbok för koordinering med praktisk vägledning för hur koordinatorsuppdraget bör se ut i landstingen och hur koordineringen bör gå till.[10] Enligt metodboken innefattar koordineringsuppdraget tre huvudområden: Intern samverkan och samordning, individuellt stöd till patienter samt extern samverkan. Den interna samordningen och samverkan beskrivs som att stödja verksamhetschefen i arbetet med att utveckla rutiner och arbetssätt för sjukskrivningsprocessen, att koordinera och utveckla arbetet inom vårdenheten och gentemot andra vårdenheter, att verka för en jämställd sjukskrivningsprocess, att se riskfaktorer och identifiera patienter som behöver koordineringsinsatser och att arbeta med kompetensutveckling inom försäkringsmedicin. Individuellt stöd till patienter handlar enligt metodboken om att kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, att i dialog med patienten, vårdpersonal och externa aktörer bidra till en rehabiliteringsplan upprättas, att vara kontaktperson till patienten och att stödja patienten i kontakten med arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen. Den externa samverkan innebär att vara en samarbetspartner och kontaktperson för externa aktörer och bidra till utvecklingen av samverkan.[11] I metodboken finns en nivågradering, en stege, som visar olika avancerade nivåer för en rehabiliteringskoordinators arbete. Enligt den lägsta nivån arbetar koordinatorn enbart som tidbokare för patienten och enligt den högsta nivån fungerar koordinatorn som organisatör, teamledare, rådgivare till läkare och annan vårdpersonal och utbildningsansvarig inom vårdenheten. Däremellan beskrivs ett antal olika mellannivåer i fråga om hur pass avancerat koordinatorns arbete är, och strävan bör enligt metodboken var att koordinatorn ska ha den mest avancerade nivån i sitt uppdrag.[12]

Nedan följer en sammanfattande beskrivning av rehabiliteringskoordinatorernas arbete i dag. [13]

[10] Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården, Sveriges Kommuner och Landsting 2016.
[11] A. a. s. 39.
[12] A. a. s. 90 ff.
[13] Enligt information som lämnats till arbetsgruppen vid studiebesök och möten med rehabiliteringskoordinatorer och företrädare för några landsting under våren 2017.

Individuellt stöd och kartläggning

Individuellt stöd till enskilda patienter utgör en stor del av rehabiliteringskoordinatorernas arbete. Det finns dock skillnader i hur det stödet ges, och i vilken omfattning koordinatorerna har direktkontakt med patienterna. I vissa landsting läggs mycket tid på det personliga mötet där koordinatorn träffar patienten och stöttar och motiverar denne att hitta lösningar på de svårigheter som upptäcks som hindrar patienten att återgå till arbete. På andra håll har koordinatorn en mer överordnad roll, där arbetet inriktas på att urskilja vilka patienter som ska erbjudas särskilt stöd, och att genom teamarbete verka för att all vårdpersonal runt en patient arbetar på samma sätt för att främja arbetsåtergång. Rehabiliteringskoordinatorns roll kan i de fallen beskrivas mer som en internt rådgivande funktion, och koordinatorn utför sitt uppdrag mindre i patientmöten och mer genom stöd till den personal som har direktkontakten med patienterna.

Det är vanligt att rehabiliteringskoordinatorn i de fall där det behövs inleder arbetet med en bred kartläggning av patientens livssituation och vårdhistorik för att utreda möjligheter och hinder för arbetsåtergång. Vid kartläggningen undersöks alla förhållanden kring patienten som kan påverka arbetsförmågan. Det kan förutom vårdbehoven handla om arbetsförhållandena, ekonomi, livsstil, familjesituation och social situation i övrigt och annat som kan var av betydelse. Koordinatorn brukar bedöma risken för långtidssjukskrivning och analysera individens arbetsförmåga i förhållande till kraven på arbetsplatsen. Koordinatorn uppmärksammar frågor om stress och oro och hjälper patienten att ta initiativ och hitta motivation till att genomföra olika åtgärder, både medicinska och andra. Det kan handla om behov som ska tillgodoses av Arbetsförmedlingen eller kommunen, där rehabiliteringskoordinatorn initierar och driver kontakter för att få i gång olika insatser. Inte sällan kan det handla om ekonomiska svårigheter eller familjeproblem som påverkar patientens mående, eller en allmän otrivsel på grund av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatsen.

Inom vissa landsting ger koordinatorn råd och vägledning i sjukskrivnings- och sjukförsäkringsfrågor och informerar om processen hos andra aktörer. Patienten får hjälp att förstå innebörden av Försäkringskassans beslut, konsekvenserna av sjukskrivningen

och olika steg i rehabiliteringskedjan. Det förekommer också att det ligger inom koordinatorernas ansvar att hålla kontakt med patienten efter att sjukskrivningen är avslutad, för att följa upp hur denne mår och förebygga att patienten insjuknar på nytt.

Koordinatorerna arbetar inte med terapi eller medicinska bedömningar och insatser inom sitt uppdrag som rehabiliteringskoordinator. Vissa har en utbildning och tjänst som psykolog eller psykoterapeut och kan i den rollen arbeta med terapi, men det individuella stödet inom koordineringen handlar i stället om att fungera mer som en kontaktperson eller en coach.

Intern samverkan inom vården

En annan del av koordinatorernas arbete är den interna samverkan inom hälso- och sjukvården. Det arbetet handlar om att koordinatorerna verkar för att alla inom vården ska arbeta mot samma mål för den enskilde patienten. Koordinatorn är på vissa håll med i planeringen av arbetet på vårdenheten och leder teamarbeten kring sjukskrivning och rehabilitering. I många landsting ingår koordinatorerna i multidisciplinära team med flera olika specialiteter representerade, vilket ska bidra till en helhetssyn på patienten. Koordinatorns arbete beskrivs på vissa håll som en aktiv medverkan i framtagandet av en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan och en analys av om åtgärderna faktiskt leder till målet att patienten återgår till arbete.

Koordinatorsfunktionen handlar framförallt om att medverka till att patienten ska kunna lämna sin sjukskrivning och återgå till arbete eller annan sysselsättning, vilket skiljer rollen från andra samordningsfunktioner inom vården. Många anför att det särskilda syftet som koordinatorerna har med sitt arbete innebär att koordinatorerna kan arbeta mer strategiskt och offensivt för att hjälpa patienten att nå det målet.

Det finns landsting där alla patienter tilldelas en fast vårdkontakt, som i sin tur kan förmedla patienten till en rehabiliteringskoordinator om det behövs. På vissa håll förs diskussioner om vilka olika samordningsfunktioner som bör finnas, och om t.ex. koordinatorsuppdraget och verksamheten med fast vårdkontakt kan kombineras i någon form.

Kontakter med arbetsgivare och andra aktörer

Det ingår i rehabiliteringskoordinatorernas uppdrag i de flesta landsting att ha kontakter med arbetsgivare och andra relevanta aktörer när det gäller rehabiliteringen av en patient. Det varierar när det gäller hur utvecklat det arbetet är. På vissa håll har man precis börjat skapa rutiner för hur en sådan kommunikation kan och bör gå till, medan det på andra håll har blivit ett väl inarbetat arbetssätt. I några landsting arbetar man på ett övergripande plan med rutiner för samarbetet med externa aktörer, t.ex. genom att skapa nätverk med arbetsgivarna, Försäkringskassan och andra berörda. Många koordinatorer har som målsättning att patienten själv ska ta nödvändiga kontakter, men på vissa håll kan koordinatorerna ha en ombudsliknande roll för patienten och ta de kontakter som behövs för patientens räkning. Det kan handla om att initiera insatser hos Arbetsförmedlingen och följa upp att åtgärder vidtas. Det förkommer också att koordinatorerna följer med patienten till arbetsplatsen för att undersöka arbetsmiljön och förutsättningarna för anpassningar eller för att fungera som stödperson i mötet med arbetsgivaren.

På vissa håll menar man att samverkan med arbetsgivaren är avgörande för ett effektivt koordineringsarbete som ska leda till en snabbare arbetsåtergång. Det kan handla om att koordinatorn förmedlar information till arbetsgivaren om vad som behöver anpassas på arbetsplatsen, men också om att arbetsgivaren har behov av att diskutera t.ex. när och hur det är lämpligt att ta de första kontakterna med en sjukskriven arbetstagare och vad diagnosen och den nedsatta arbetsförmågan betyder i praktiken.

Rehabiliteringskoordinatorn fungerar också som kontaktperson för arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och andra aktörer som söker kontakt med vården i enskilda ärenden. En sådan direktingång gör att myndigheternas handläggare och andra snabbt kan få underlag för sina planer och beslut. Koordinatorns roll beskrivs i många fall som en funktion som samordnar de olika aktörernas insatser, ger dem råd kring rehabiliteringsåtgärder och skapar struktur i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering för enskilda patienter. En ”spindel i nätet” i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Uppföljning av statistik om sjukskrivningsmönster och annat internt verksamhetsstöd i sjukskrivningsarbetet

I koordinatorernas arbete kan också ingå att följa upp statistik om sjukskrivningar och sjukskrivningsmönster, förbättra och utveckla interna rutiner och strukturer kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att bidra med kunskaper i försäkringsmedicin på vårdenheten. Koordinatorerna ger information om förändringar kopplade till försäkringsmedicin, hjälper till att ha överblick och att navigera i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och den så kallade rehabkedjan som Försäkringskassan ska tillämpa enligt socialförsäkringsbalken. Koordinatorerna fungerar många gånger som stöd till läkare, annan vårdpersonal och olika vårdaktörer i sjukskrivningsfrågor och intygsskrivning. Det förekommer att hälften av arbetstiden läggs på sådant internt stödarbete som inte är direkt kopplat till en viss patient.

Patienter som får del av koordineringen

Inte i något landsting erbjuds koordineringsinsatser till alla sjukskrivna patienter. Landstingen har olika principer för vilka patienter som får stöd av en rehabiliteringskoordinator. Det är alltid patientens behov som styr, men i några fall inriktas insatserna på patienter med komplicerad och lång sjukskrivning, medan andra landsting koncentrerar sig på ett tidigt och förebyggande arbete. På vissa håll försöker man identifiera de patienter som inte har en enkel, linjär plan för återgång i arbete, där det finns behov av kontakter med arbetsgivaren eller komplicerande faktorer i andra delar av patientens livssituation och där det därför kan behövas en aktiv planering på flera områden. I bland utgår man från en tumregel om en viss tids sjukskrivning i vissa patientgrupper för att avgöra vilka patienter rehabiliteringskoordinatorerna ska arbeta med. Andra gånger görs mer individuella bedömningar av om det räcker med de medicinska insatserna eller om det måste till något annat för att hjälpa patienten tillbaka till arbete. Bedömningarna görs i samråd mellan läkaren och rehabiliteringskoordinatorn. Något landsting har tagit fram särskilda riskfaktorer för lång sjukskrivning och urskiljer patienter i behov av rehabiliteringskoordinering utifrån dessa.

2.3 Utvärderingar och erfarenheter

2.3.1 Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator, Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting genomför i samarbete med Health Navigator AB sedan januari 2013 en utvärdering av koordinatorfunktionen inom landstinget. Syftet är att utvärdera effekterna av rehabiliteringskoordinering och utarbeta en evidensbaserad modell för koordineringen. Arbetet sker genom en randomiserad kontrollerad studie där effekter av den strukturerade modellen med rehabiliteringskoordinator utvärderas med avseende på sjukskrivning, vårdkonsumtion och livskvalitet. I mars 2016 lämnades en delrapport, och i september 2017 en andra delrapport. En slutrapport ska vara klar 2018. I delrapporten från 2016 redovisas att en minskning i sjukskrivning observerades i högre grad hos de som får en rehabiliteringskoordinator än hos kontrollgruppen.[14] Det handlade om 32 % minskning, eller 53 dagar. Den grupp som fick en rehabiliteringskoordinator hade en större minskning av den totala sjukskrivningsgraden, och för individer som avslutade sin sjukskrivning observerades en snabbare återgång till arbete och lägre ersättning från Försäkringskassan för de som haft hjälp av en rehabiliteringskoordinator. Det fanns en viss skillnad i effekten mellan olika sjukdomsgrupper. Vidare framgår av delrapporten att patienter med rehabiliteringskoordinator hade en något högre öppenvårdskonsumtion, de förbättrade sin livskvalitet och hade enligt läkarna en ökad följsamhet till behandling och en minskning av administrativ belastning. Både patienter och läkare uppskattade stödet. I rapporten anförs följande som viktiga komponenter i koordineringsarbetet. Rehabiliteringskoordinatorn bör vara särskilt utbildad. Det krävs en tidig identifiering av patienter med risk för längre sjukskrivning och stödet bör anpassas individuellt efter patientens förutsättningar. Vidare bör fokus genomgående vara på arbetsförmåga, och det bör finnas ett nära samarbete med övrig vårdpersonal för att finna orsakerna till sjukskrivningen och lämplig plan för återgång i arbete. Försäkringskassan, arbetsgivare och andra aktörer kring patienten bör involveras tidigt. Rehabilite-

[14] Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator, 2016

ringskoordineringen bör innehålla noggrann, patientnära ledning med daglig uppföljning och ledningsstöd.

I delrapporten som lämnades i september 2017 redovisas följande.[15] De patienter som erhåller stöd av en rehabiliteringskoordinator har en lägre genomsnittlig sjukskrivningsgrad över tid än kontrollgruppen. De lämnar sjukskrivningen snabbare, lämnar sjukskrivningen helt efter första sjukskrivningen och har färre återsjukskrivningar jämfört med kontrollgruppen. Effekten av stödet från koordinatorn skiljer sig mellan olika diagnosgrupper och olika omfattning på historisk sjukskrivning och vårdkonsumtion. Koordinatorsstödet har bäst effekt för patienter med historisk sjukskrivning och diagnoser inom lätt eller medelsvår psykisk ohälsa, och även vid diagnoser med risk för långvarig smärta. Koordinatorsinsatsen har begränsad effekt på sjukskrivningen för de patienter som har en stor omfattning av historisk sjukskrivning och hög vårdkonsumtion och ingen effekt på sjukskrivning för patienter som har diagnos inom både psykisk ohälsa och långvarig smärta. I delrapporten redovisas att det inte heller syns någon effekt på sjukskrivning för patienter som tidigare inte har någon sjukskrivning och har låg vårdkonsumtion eller för de som har en låg sjukskrivningsgrad. Bedömningen är att den gruppen klarar sin arbetsåtergång utan extra stöd av en rehabiliteringskoordinator. Utvärderingen visar endast små skillnader i vårdkonsumtion för patienter med koordinator jämfört med kontrollgruppen. I rapporten redovisas också att patienterna är nöjda med stödet och att de rapporterar en förbättrad livskvalitet och uppger att de framförallt får hjälp med kunskaper om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, stöd med att sätta upp mål, en plan för återgång och hjälp med kontakter. Vidare framgår att läkarna är nöjda och uppger att koordinatorn är en uppskattad resurs och kompetensförstärkning på vårdcentralen, att de ser en förbättrad följsamhet till vård och rehabilitering för patienter med rehabiliteringskoordinator. Sammantaget anförs det i rapporten att utvärderingen visar att välstrukturerade modeller med rehabiliteringskoordinatorer har god effekt på sjukskrivning och livskvalitet men oförändrad omfattning på vård-

[15] Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator, Utvärdering av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting, Delrapport 2, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017.

konsumtion. Det sammanfattas vidare att utvärderingen visar att koordinatorerna inte har effekt på alla sjukskrivningar och att stödet endast bör erbjudas de med behov av en koordinator. För vissa patientgrupper behövs sannolikt mer omfattande koordinering av insatser i teamarbete och insatser även från andra huvudmän, och för ett effektfullt införande av koordinatorer inom sjukvården blir utformning av organisation, ersättningsmodell till framtida utförare och uppföljning avgörande, anförs det i rapporten.

2.3.2 Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting

År 2013 lämnade Västerbottens läns landsting en rapport[16] över en nationell utvärdering av koordinatorfunktionen. I rapporten konstaterades bl.a. att funktionen har många positiva effekter för patienterna, för övrig vårdpersonal och för samverkan med externa aktörer. Patienterna beskrev rehabiliteringskoordinatorn som någon som visar engagemang, respekt och förståelse och som fungerar som stöd och praktisk hjälp. Vårdpersonal värdesatte koordinatorns kunskaper i försäkringsmedicin och arbete med struktur och nätverk. Dessutom upplevdes arbetsmiljön bli bättre. Läkare berättade att koordinatorerna underlättar för dem bl.a. genom att diskutera behovet av sjukskrivning med patienten, och resonera om i fall det är det bästa eller om det finns alternativ som gör det möjligt för patienten att kunna arbeta. Läkarna blev också avlastade och kunde därmed ta emot fler patienter, både personer i arbetsför ålder och andra kanske högre prioriterade patienter. Externa aktörer uttryckte att koordinatorerna förmedlar information och bidrar till att möjliggöra tidigare rehabilitering. I rapporten beskrevs vårdens kunskaper om och implementering av försäkringsmedicin som en viktig framgångsfaktor för koordineringsarbetet, liksom en utveckling av samarbetet med externa aktörer. Koordinatorernas arbete ger en effektivare och mer kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess, vilket i regel innebär att sjukskrivningstiderna kan kortas.

[16] ReKoord-projektet, Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå universitet och Mittuniversitetet, 2013

För att koordinatorerna ska kunna utföra sitt uppdrag är det enligt rapporten viktigt att det bl.a. finns stöd och ett tydligt uppdrag från ledningen, tillräckligt med tid för uppdraget och fungerande teamarbete och samverkan. Vidare krävs en genomtänkt prioritering av vilka patienter som ska erbjudas koordinering. Koordineringsfunktionen fungerar som bäst när den omfattar organisationsuppgifter och statistikhantering, när den fungerar som stöd och samordnare för läkare och annan vårdpersonal i försäkringsmedicinska frågor och när koordinatorn får vara kontaktperson och coach för patienten och deltar i bedömningar och rehabiliteringsplanering för den enskilde. Därutöver behöver koordinatorn samarbeta med externa aktörer. Den som ska arbeta med koordinatorsuppdraget bör enligt samma rapport bl.a. ha försäkringsmedicinsk kompetens, kunskaper om författningar, organisation och arbetssätt, medicinsk kompetens och erfarenhet av arbete inom hälso- och sjukvården. Koordinatorn bör också ha kunskaper om patientkommunikation, motivation och teamarbete och ha lämpliga personliga egenskaper.

2.3.3 En litteraturstudie, Sveriges Kommuner och Landsting

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) färdigställde i maj 2015 en litteraturstudie[17] för att beskriva det vetenskapliga stödet för hälso- och sjukvårdens koordinatorfunktion och undersöka effekterna av koordinatorernas insatser. SKL anförde i studien att det är troligt att systemet med koordinering kring patienter inte har någon motsvarighet i andra länder. De flesta internationella studier om koordinatorer handlar om koordinatorer inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Vidare anfördes i studien att behovet av koordinerande funktioner i olika stadier av patientens process tillbaka till arbetslivet verifieras, likaså att processen behöver starta i flera stadier samtidigt och pågå parallellt. Koordinatorer inom olika organisationer som samarbetar med varandra gynnar patientens rehabilitering till arbete. SKL menade vidare att resultaten visar att det krävs omfattande kunskaper och lämpliga personliga egen-

[17] Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, En litteraturstudie, Sveriges Kommuner och Landsting, 2015

skaper för att klara arbetet som rehabiliteringskoordinator. Effekterna av en koordineringsfunktion beskrevs mycket positivt, bl.a. för patienter, medarbetare, på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete. Det anfördes i studien att hälso- och sjukvården är en viktig part i den samverkan som krävs för återgång i arbete. Vården har behov av någon som fungerar som personlig kontakt och stöd till individen, som koordinerar vårdens insatser och har kontakt med arbetsgivare och andra organisationer. Vidare beskrevs att det finns behov av koordinerande funktioner i den arbetsrelaterade delen av rehabiliteringen, hos arbetsgivare och arbetsförmedling. Koordinatorn inom hälso- och sjukvården har tre viktiga funktioner: stöd till individen, koordinerande funktion inom hälso- och sjukvården och kontakt- och samarbetsperson till externa aktörer.

2.3.4 Erfarenheter från några landsting

Många landsting har redogjort för[18] att patienter upplever stöd från rehabiliteringskoordinatorerna, att läkare och annan vårdpersonal får stöd i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering vilket underlättar för dem, och att externa aktörer har en välfungerande kontaktväg in i vården. Några har också anfört att de ser ett samband mellan kontakter med arbetsgivare och lägre sjukskrivningsgrad, och att antalet sjukskrivna minskar på vårdcentraler med rehabiliteringskoordinering. Landstingen menar överlag att kontakterna med arbetsgivare fungerar väl. Arbetsgivarna är intresserade av att ha kontakt och vill samarbeta kring individen och dennes behov. Det är få arbetsgivare som är avvisande till kontakter med rehabiliteringskoordinatorn. Däremot förekommer det att patienter inte vill att koordinatorn tar kontakt med arbetsgivaren, vilket enligt landstingen kan ha flera orsaker. Oftast rör det sig om ett integritetsbehov hos patienten och i många fall bottnar sjukskrivningsorsaken i problem i arbetsmiljön i de fallen.

Vidare har man sett att koordineringsarbetet bidrar till trygghet för patienterna, och i det sammanhanget beskrivs teamarbetet som

[18] Enligt information som lämnats till arbetsgruppen vid studiebesök och möten med rehabiliteringskoordinatorer och företrädare för några landsting under våren 2017.

viktigt. Andra erfarenheter är en ökad medvetenhet om jämställdhetsfrågor i sjukskrivningsprocessen, t.ex. hur missbruk och våld i nära relationer kan påverka.

Det har framförts att det krävs att koordinatorerna har tillräckligt med tid för att planera och strukturera insatser för patienterna, och även för övergripande utvecklingsarbete, för att arbetet ska ha positiva effekter. Om koordineringsuppdraget är för begränsat tidsmässigt och dessutom bara innefattar en kontaktpersonsroll har det inte någon större effekt. För att arbetet ska fungera krävs också stöd från chef och ledning och ett tydligt uppdrag till rehabiliteringskoordinatorn. Det anses vidare vara av väsentlig betydelse att läkarnas kunskaper i försäkringsmedicin förstärks för att koordineringsinsatserna ska fungera.

Något som har beskrivits av flera som arbetar med rehabiliteringskoordinering är att Försäkringskassan inte prioriterar samordningsansvaret för enskilda patienter, särskilt inte tidigt i en process. Uppfattningen inom många landsting är att Försäkringskassans arbete med samordningsinsatser dessutom har minskat allt mer i takt med utvecklingen av rehabiliteringskoordinatorsfunktionen. Koordinatorerna har ofta kunnat se att patienterna inte får det stöd de har rätt till från Försäkringskassan och därför har de själva utvecklat och tillhandahållit det stödet. Deras aktiva arbete med bred kartläggning och samordning av olika aktörers insatser har medfört att behovet för patienterna tillgodoses utan att Försäkringskassan behöver ingripa. Det innebär dock i praktiken att koordinatorerna inom landstinget utför uppgifter som egentligen vilar på Försäkringskassan, vilket många tycker är olyckligt.

Andra erfarenheter som har framkommit är t.ex. att koordineringsarbetet kompliceras av att många olika läkare (så kallade stafett- eller hyrläkare) arbetar på vårdcentralerna, vilket påverkar kontinuiteten och bedömningarna av rehabiliteringsbehoven för patienterna, och dessutom att IT-systemen är dåligt anpassade för arbetet. Flera landsting har framfört att det finns behov av en särskild utbildning för dem som ska arbeta med rehabiliteringskoordinering.

2.4 Olika aktörers ansvar för rehabilitering av sjukskrivna

2.4.1 Rehabilitering

De koordineringsinsatser som tillhandahålls i landstingen i dag utförs av så kallade rehabiliteringskoordinatorer. Rehabilitering är ett begrepp som ofta används i samband med sjukskrivningsprocessen och återgång till arbete. Ordet har olika betydelse i olika sammanhang, beroende på vilken aktör man talar om och vilket ansvar denne har. Rehabilitering syftar oftast på återanpassning till ett normalt liv för sjuka eller för personer med funktionsnedsättning. Det kan i andra sammanhang handla om rehabilitering av kriminellt belastade personer. Man brukar framförallt prata om medicinsk rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering och social rehabilitering.

I författningar som är av relevans i denna departementspromemoria regleras rehabilitering, med något olika innebörd, i bl.a. socialförsäkringsbalken (SFB), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, arbetsmiljölagen (1977:1160) och förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. Nedan följer en redovisning av vad som avses med rehabilitering i olika författningar, och vilket ansvar olika aktörer har.

2.4.2 Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken

Rehabilitering i SFB syftar enligt 29 kap. 2 § SFB till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (arbetslivsinriktad rehabilitering). Den som är bosatt i Sverige eller arbetar här är försäkrad för förmånen rehabilitering enligt SFB.[19] En försäkrad har rätt till rehabiliteringsåtgärder (30 kap. 2 § SFB). Åtgärderna ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov. Den försäkrade ska lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga

[19] 6 kap. 9 § 7 och 7 kap. 6 § 4 SFB. Som huvudregel anses en person vara bosatt i Sverige om han eller hon har sitt egentliga hemvist här i landet. Med arbete i Sverige avses som huvudregel förvärvsarbete i verksamhet i Sverige (6 kap. 2 § och 7 kap. 2 § SFB).

behovet av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen (30 kap. 3 och 7 §§).

När socialförsäkringsbalken infördes 2011 ändrades bestämmelsen om rehabilitering från att den försäkrade har möjligheter till rehabilitering till att den försäkrade har rätt till rehabiliteringsåtgärder. Detta motiverades med att uttrycket ”möjligheter till rehabilitering” tyder på att en person kan bli rehabiliterad, vilket det inte kan ges någon absolut garanti för. Däremot har en försäkrad rätt att få olika typer av rehabiliteringsåtgärder. Vilka åtgärder denna rätt omfattar får bedömas i varje enskilt fall.[20]

Rätten till rehabiliteringsåtgärder i 30 kap. 2 § SFB avser rehabilitering enligt 30 kap. SFB och inte rehabilitering enligt andra föreskrifter.[21] Försäkringskassan och arbetsgivaren svarar för olika rehabiliteringsåtgärder enligt SFB (se följande avsnitt).

2.4.3 Försäkringskassans ansvar för rehabilitering

Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt SFB. Myndigheten ska i samråd med den försäkrade se till att rehabiliteringsbehovet snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering (30 kap. 8 och 9 §§ SFB). Om den försäkrade medger det ska Försäkringskassan samverka med arbetsgivaren och arbetstagarorganisationer, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade. Försäkringskassan ska verka för att myndigheterna och organisationerna vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Vidare ska Försäkringskassan se till att åtgärderna påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl (30 kap. 10 och 11 §§ SFB).

Försäkringskassan har alltså ett generellt ansvar att se till att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Av förarbetena till bestämmelserna följer att Försäkringskassan, under hänsynstagande till andra rehabiliteringsansvarigas åligganden, vid behov

[20] Prop. 2008/09:200 s. 453.
[21] Se nedan i avsnitt 2.4.4–2.4.8 om annan rehabilitering som arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och kommunen ansvarar för.

ska se till att erforderliga utredningar och undersökningar görs. Myndigheten får hjälp bl.a. av de signaler som kan finnas i utlåtanden om den försäkrades arbetsoförmåga. Enligt förarbetena är det vidare av vikt att Försäkringskassan i varje sjukärende uppmärksammar frågan om en eventuell rehabilitering, och verkar för att de åtgärder som behövs snarast vidtas. Den administrativa samordningsfunktionen kommer till uttryck bl.a. genom att olika utredningar samlas på Försäkringskassan, som ska ta initiativ till att följa upp olika åtgärder under processen. Försäkringskassan ska också se till att insatserna påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt, vilket kräver att myndigheten kontinuerligt följer rehabiliteringsärendena för att undvika att någon hamnar utanför verksamheten och att ingenting görs. Rehabiliteringsarbetet som Försäkringskassan ska utföra gäller alla olika åtgärder som är lämpliga i rehabiliteringssyfte i långa sjukdomsfall.[22]

År 1992 förtydligades bestämmelserna om det samordnings- och tillsynsansvar som Försäkringskassan redan hade. De ändringar som gjordes då gäller fortfarande. Avsikten med ändringarna var att Försäkringskassan ska ha en initiativroll och ett samordningsansvar för rehabiliteringen av den försäkrade. Det anges i propositionen att initiativ- och samordningsansvaret bör utgå från den försäkrade med inriktning på att rehabiliteringsbehov upptäcks tidigt och att initiativ till behövliga rehabiliteringsinsatser tas. Väsentliga inslag i rehabiliteringsprocessen ska vara att försäkrade med behov av rehabilitering uppmärksammas, att behoven av åtgärder klarläggs och att den försäkrade motiveras att delta i rehabiliteringen. I vissa fall (när den försäkrade har rätt till rehabiliteringsersättning) ska även en rehabiliteringsplan upprättas. Försäkringskassan ska följa upp planen och se till att nödvändiga anpassningar görs vid behov. I propositionen anges att det också ingår i samordningsansvaret att stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och att verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan har vidare enligt propositionen goda möjligheter att med utgångspunkt i frånvarouppgifter, läkarutlåtanden och annan information tidigt kontakta den försäkrade och dennes arbetsgivare för att diskutera rehabiliteringsbehov.

[22] Prop. 1990/91:141 s. 90 f.

Rehabiliteringsprocessen kan påbörjas så tidigt som det anses lämpligt och möjligt, oberoende av tidsgränser för utredningar.[23]

I propositionen talades det också om att Försäkringskassan ska ha en sammanhållande funktion i rehabiliteringsprocessen. Tanken var att Försäkringskassan skulle få en mer aktiv och offensiv roll genom det utvidgade ansvaret. Det skulle ske genom ett aktivare rehabiliteringsarbete med arbetsplatsen som bas och med rehabiliteringsersättningen som verksamt hjälpmedel. Det uttalades att myndigheten därigenom kunde återta uppgiften som ombud för den försäkrade. Försäkringskassan ska, enligt samma proposition, genom nära kontakter med olika funktioner på arbetsplatsen medverka till att arbetsplatsens resurser mobiliseras och sätts in i arbetet för att minska sjukfrånvaron.[24]

2.4.4 Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering

Enligt 30 kap. 6 § SFB ska arbetsgivaren efter samråd med arbetstagaren lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att behovet av rehabilitering ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Enligt 2 kap. 1 § arbetsmiljölagen (1977:1160), förkortad AML, ska arbetsgivaren anpassa arbetsförhållandena till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall (3 kap. 2 §), och genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ska arbetsgivaren ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet (3 kap. 3 § AML).

Enligt 3 kap. 2 a § AML ska arbetsgivaren se till att det finns arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av uppgifterna enligt AML och enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken. Arbetsgivaren ska vidare se till att det finns företagshälsovård i den utsträckning som arbetsförhållandena kräver (3 kap. 2 c § AML). Företagshälsovården ska bl.a. ha kompetens att identi-

[23] A. prop. s. 49 f.
[24] A. prop. s. 37.

fiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Företagshälsovården är avsedd att vara arbetsgivarens oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering.

Den 1 juli 2018 träder en lagändring i socialförsäkringsbalken kraft som innebär att arbetsgivaren, om det kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer att vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar, ska ha upprättat en plan för återgång i arbete senast den dag när arbetsförmågan har varit nedsatt under 30 dagar.[25]

Arbetsgivarens rehabiliteringsutredningsansvar 1992–2007

Försäkringskassan har länge haft ett samordningsansvar för rehabiliteringsåtgärder. För att tydliggöra och förstärka det ansvaret genomfördes 1991 ett antal ändringar i fråga om olika aktörers ansvar för rehabiliteringen. Då infördes ett förstahandsansvar för arbetsgivaren att genomföra rehabiliteringsutredningar. Ansvaret innebar bl.a. en skyldighet för arbetsgivaren att svara för att klarlägga den enskilde arbetstagarens behov av rehabilitering.[26] I förarbetena till lagändringen uttalades att tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen skulle förskjutas mot arbetslivet, eftersom sjukfrånvaron ofta berodde på brister i arbetsmiljö eller arbetsorganisation, och då det i regel var på arbetsplatsen som man först kunde uppmärksamma sjukfrånvaron och behovet av rehabilitering.[27] Arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredningen gällde oavsett hur behovet hade uppstått. Utredningen skulle beskriva de åtgärder som ansågs nödvändiga för att den anställde skulle kunna återgå i arbete. Arbetsgivarens utredningsansvar begränsades inte till att omfatta åtgärder på arbetsplatsen. Det ingick också i arbetsgivarens ansvar att göra en bedömning av orsakerna till arbetsoförmågan och utreda behovet av åtgärder även om dessa stod att finna utanför arbetsplatsen. Dock skulle mer omfattande utredningar av förhållanden utanför arbetsplatsen inte vara en uppgift för arbetsgivaren, inte minst av integritetsskäl, och det skulle inte heller vara

[25] Prop. 2017/18:1 UO10.
[26] Numera upphävda 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.
[27] Prop. 1990/91:141 s. 36.

arbetsgivarens uppgift att se till att rehabiliteringsåtgärder kom till stånd om orsakerna till arbetsoförmågan fanns utanför arbetsplatsen. Det skulle i stället vara en uppgift för Försäkringskassan. I arbetsgivarens utredningsansvar ingick att klara ut vem eller vilka som skulle svara för olika åtgärder, men arbetsgivaren skulle bara utföra åtgärder på arbetsplatsen. Som stöd i utredningsarbetet skulle arbetsgivaren i första hand använda sig av företagshälsovården, men även Försäkringskassan skulle undantagsvis kunna hjälpa till. Försäkringskassan skulle i vissa fall ta över hela utredningen. [28]

Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning skulle genomföras i nära samråd med den anställde, och samtycke krävdes från denne för att få tillgång till sjukdomsdiagnos och andra orsaker till sjukfrånvaron. Rehabiliteringsutredningen skulle påbörjas när den anställde varit frånvarande från sitt arbete under mer än fyra veckor eller när arbetet ofta hade avbrutits av kortare sjukperioder. En utredning skulle också påbörjas om den anställde begärde det. Utredningen skulle ges in till Försäkringskassan.

År 2003 infördes en skyldighet för arbetsgivaren att göra en rehabiliteringsutredning i samtliga fall, och inte bara i de fall där det inte ansågs obehövligt. Skälet till det var en bedömning att det gjordes för få utredningar. Rehabiliteringsutredningens omfattning skulle dock kunna anpassas i det enskilda fallet, och om det inte fanns något rehabiliteringsbehov skulle utredningen kunna göras i en förenklad form.[29]

År 2007 avskaffades skyldigheten för arbetsgivaren att genomföra rehabiliteringsutredningar. Det konstaterades i förarbetena att möjligheten att komma tillbaka till arbetslivet måste öka genom aktiva och snabba insatser, och att det därför är av största vikt att se till att de som är i behov av sådant stöd får tillgång till det. För att det ska kunna komma till stånd krävs enligt propositionen ett klarläggande av vilka insatser som den enskilde individen är i behov av, och det måste göras av någon som har tillräcklig kompetens för att kunna bedöma en inte sällan komplex problembild. Samtidigt anfördes i propositionen att det är viktigt att varje aktör som utgör en del av rehabiliteringsprocessen gör det som denne är bäst

[28] Prop. 1990/91:141 s. 45 f.
[29] Prop. 2002/03:89

lämpad för. Regeringen ansåg därför att reglerna om att arbetsgivaren skall göra en rehabiliteringsutredning inte var ändamålsenliga. Arbetsgivaren har i många fall inte tillgång till den medicinska information som oftast behövs för att kunna bedöma om och när det är lämpligt att vidta rehabiliteringsåtgärder. Det är ofta sammansatta faktorer som ligger bakom långa sjukskrivningar. Det kan handla om förhållanden på arbetsplatsen men många gånger också sådant som har med den försäkrades livssituation i stort att göra. Inte minst gäller det vid exempelvis utmattningsdepressioner och andra psykiska besvär som blivit allt mer frekventa vid långvariga sjukskrivningar. Arbetsgivare saknar oftast den kompetens som behövs för att ta ställning till vad som bör göras i dessa fall. Mot bakgrund av ovanstående ansåg regeringen att bestämmelserna om arbetsgivarnas ansvar att göra rehabiliteringsutredningar skulle avskaffas. Regeringen ansåg samtidigt att reglerna om att Försäkringskassan snarast i samråd med den försäkrade ska se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs var tillräckliga.[30]

2.4.5 Rehabilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen

Bestämmelser om rehabilitering infördes i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen 1993 och regleras nu i 8 kap. 7 § första stycket HSL. Enligt förarbetena till den ursprungliga bestämmelsen hörde rehabilitering redan tidigare samman med hälso- och sjukvården, men för att undanröja varje osäkerhet om det fastslogs ansvaret i lagen. Med rehabilitering avses enligt propositionen att vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada eller sjukdom genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. Rehabilitering, liksom habilitering, beskrivs som målinriktade processer som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras.[31]

Enligt Socialstyrelsens termbank bör rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funk-

[30] Prop. 2006/07:59 s. 20 ff.
[31] Prop. 1992/93:159 s. 200.

tionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

2.4.6 Landstings och kommuners ansvar för hälso- och sjukvård och rehabilitering

Hälso- och sjukvård är primärt ett ansvar för landsting och kommuner och regleras huvudsakligen i HSL som trädde i kraft den 1 april 2017. Lagen ersätter den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den nya lagen innehåller inga stora ändringar i sak i förhållande till den tidigare, utan syftar framförallt till att göra regelverket tydligare och mer överskådligt och lättillgängligt. Tanken är också att lagen ska vara mer i enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag.[32]

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (utom tandvård).[33] Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Dessa mål utgör riktlinjer för utvecklingen av hälso- och sjukvården.[34] Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § HSL). Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget och den som är kvarskriven enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget (se 8 kap. 1 § HSL).

Enligt 8 kap. 7 § första stycket HSL ska landstinget erbjuda bl.a. rehabilitering till den som enligt 1 § i samma kapitel ska erbjudas en god hälso- och sjukvård. Kommunen ska enligt 12 kap. 5 § första stycket HSL erbjuda rehabilitering i samband med hälso- och sjukvård till den som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt 8 kap. 7 § andra stycket samma lag innebär rehabili-

[32] Prop. 2016/17:43 s. 78 ff.
[33] Även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna räknas som hälso- och sjukvård.
[34] Se prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.; s. 17.

teringsansvaret inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Härigenom klargörs att hälso- och sjukvårdens ansvar för rehabilitering inte på något sätt undantar arbetsgivare eller andra från det ansvar de kan ha på dessa områden. Bl.a. avses arbetsgivarens och Försäkringskassans ansvar för rehabilitering.[35] Primärvården svarar för rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL).

Landstinget ska enligt 8 kap. 7 § sista stycket HSL i samverkan med patienten upprätta en individuell plan för planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser. Även vid kommunal rehabilitering ska en individuell plan upprättas (12 kap. 5 § andra stycket).

Begreppet hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.[36] Definitionen infördes i den förra hälso- och sjukvårdslagen från 1982. I propositionen till den lagen konstaterades i specialmotivering till definitionen att sjukvård länge varit en obligatorisk uppgift för landstingen, och att sjukvård beskrivits som ”en såväl öppen som sluten vård för sjukdom, kroppsfel och barnsbörd” i sjukvårdslagen[37] som föregick hälso- och sjukvårdslagarna. Innebörden av det som i propositionen beskrevs som renodlad sjukvård ansågs ha en enhetlig betydelse i praxis och skulle inte förändras.[38] Socialutskottet betonade vid sin behandling av propositionen att ordet medicinskt inte är avsett att begränsa omfattningen av begreppet hälso- och sjukvård utan har tillkommit i lagtexten för att undvika en alltför vid tolkning av begreppet. Utskottet anförde att hälso- och sjukvård ska omfatta sådan verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med viss annan personal. Det behövdes därför inget förtydligande i lagen för att undvika att faktorer utanför det

[35] Prop. 1992/93:159 s. 202.
[36] Definitionen finns i 2 kap. 1 § HSL, där det även anges att sjuktransporter och omhändertagande av avlidna omfattas av begreppet hälso- och sjukvård.
[37] Sjukvårdslagen (1962:242)
[38] Prop. 1981/82:97 s. 111.

medicinska området som kan påverka hälsan inte skulle uppmärksammas. Utskottet yttrade vidare att det måste förutsättas att insatser företas av många andra samhällsorgan som kan medverka till ett bättre hälsotillstånd hos befolkningen, och det framhölls att hälso- och sjukvården bör främja människors hälsa i samverkan med dessa andra organ.[39]

I den tidigare hälso- och sjukvårdslagen tillfördes ett nytt begrepp vid sidan av sjukvård, nämligen hälsovård. I propositionen betonades vikten av att hälso- och sjukvården inte enbart ska arbeta med sjukvård, dvs. att medicinskt ta hand om sjukdomar och skador, utan också använda sina kunskaper för hälsovårdande uppgifter.[40] Hälsovård handlar till stor del om förebyggande åtgärder och en helhetssyn på den enskilde individen. Behovet av samverkan mellan landstingen och företagshälsovården framhölls i förarbetena, men samtidigt betonades svårigheterna med att dra gränser mellan hälsovårdens förebyggande arbete och andra verksamheters ansvar.[41] Bl.a. nämndes företagshälsovårdens uppgifter som ett område där det kan vara svårt att dra gränser för respektive verksamhets ansvar. I propositionen angavs skillnaderna mellan yrkesmedicin och företagshälsovård som vägledande för gränsdragningen i det fallet. Yrkesmedicinen skulle inte ersätta företagshälsovården, utan komplettera den med medicinskt kunnande på hälso- och sjukvårdsområdet. En av yrkesmedicinens uppgifter angavs vara att fungera som stöd och kvalificerat komplement till företagshälsovården.[42]

I prop. 1996/97:60 där regeringen bl.a. redovisade sina bedömningar i fråga om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården anfördes angående avgränsningen av hälso- och sjukvårdens ansvar bl.a. följande.[43] Det är angeläget att hälso- och sjukvården är lättillgänglig för den enskilda människan som inte känner sig frisk eller befarar sjukdom, men det är inte ovanligt att sjukvården blir en yttersta hjälpstation för människor som lider av problem som

[39] Bet. 1981/82: SoU51 s. 10.
[40] Prop. 1981/82:97 s. 18 och 110f.
[41] Prop. 1981/82:97 s. 41.
[42] Prop. 1981/82:97 s. 45. Den medicinska specialiteten yrkesmedicin har utvecklats till en specialistkompetens som numera benämns arbets- och miljömedicin, där även företagshälsovård ingår, se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.
[43] Prop. 1996/97:60 s. 7 ff.

varken kan eller bör lösas med medicinsk vård eller behandling. Hälso- och sjukvårdens ansvar bör enligt propositionen avgränsas till sådana åtgärder som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens, vilket inte innebär en strikt avgränsning av ansvarsområdet. Det betonades att det länge varit naturligt inom delar av vården att arbeta i team med bl.a. socionomer och psykologer, och det vidgade sjukdomsbegreppet har medfört behov av att kunna erbjuda en kombinerad medicinsk och psykosocial behandling. Det anfördes att det också bör ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar att hänvisa till det organ som har kompetens och resurser att ge rätt stöd. Därför behövde samarbetet utvecklas, i synnerhet mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och försäkringskassa.

Målet för hälso- och sjukvården

Målet för hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 § HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vad som avses med en god hälsa är inte definierat i lagtexten. I förarbetena till lagen sägs att målet för hälso- och sjukvården är väl inarbetat och att någon ändring av innebörden inte är avsedd. Det uttalas vidare att hälso- och sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målet, vilket förutsätter bl.a. god ledning, planering och samverkan samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt utvecklas och säkras. Regeringen pekade även på vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen ges goda förutsättningar att bidra till en vård enligt målbilden.[44]

Målet om en god hälsa för hela befolkningen lagreglerades genom den förra hälso- och sjukvårdslagen. I förarbetena sades bl.a. följande om vad som avses med en god hälsa.[45] God hälsa i fysiskt, psykiskt och socialt avseende är en av de faktorer som ger uttryck för goda levnadsförhållanden och god livskvalitet. Däri värderas människans totala situation. Större uppmärksamhet bör i det sammanhanget ges åt sådana kvaliteter som frånvaro av stress i arbetslivet, meningsfull fritid och allmänt fysiskt och psykiskt väl-

[44] Prop. 2016/17:43 s. 92 f.
[45] Prop. 1981/82:97 s. 112 ff.

befinnande, och en sådan vidare innebörd av hälsobegreppet är en viktig utgångspunkt för bedömningarna av befolkningens behov och hälso- och sjukvårdsverksamhetens inriktning. Genom att anknytningen till den allmänna välfärdspolitiken uppmärksammas blir hälsa något som kan förknippas med situationen inom befolkningen som helhet. God hälsa är ett relativt begrepp.

En god hälsa för hela befolkningen förutsätter vidare enligt förarbetena till den tidigare hälso- och sjukvårdslagen åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen. Det förutsätter också allmänt förebyggande insatser för att så långt som möjligt begränsa riskerna i livsmiljön. Samtidigt betonas den enskilde individens eget ansvar för sin hälsa, och behovet av insatser från andra samhällsorgan, och vårdens samverkan med dessa.[46] I utredningen som låg till grund för propositionen uttalades att grunden för om en människa anses sjuk många gånger är en kombination av olika bedömningar, där hänsyn också tas till den sociala situationen och till individens arbets- och funktionsförmåga. Utredningen varnade dock för att göra en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet och att göra alla problem till medicinska problem. Bedömningen borde enligt utredningen i de allra flesta fall kunna grundas på en medicinskt påvisbar sjukdom, eller på en kombination av medicinska och andra bedömningar.[47] Ett liknande resonemang om ohälsa och sjukdom förs av regeringen i prop. 1996/97:60.[48] Där konstateras att helhetssynen på sjukdom kommit att bli den alltmer dominerande, från att tidigare ha varit begränsat till ett medicinskt synsätt. Ohälsa konstateras sedan vara ett vidare begrepp än sjukdom, och utgångspunkten för regeringens överväganden (när det gäller prioriteringar inom hälso- och sjukvården) är att hälsobegreppet inrymmer inte bara medicinska utan också sociala, psykologiska och andra faktorer.

[46] prop. 1981/82:97 s. 27.
[47] Prop. 1981/82:97 s. 22.
[48] Prop. 1996/97:60 s. 16 ff.

Krav på hälso- och sjukvården

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Enligt förarbetena är det därutöver också angeläget för en god vård att en helhetssyn anläggs på patientens förhållanden, även om det inte är reglerat i lag. Det som avses är sådana förhållanden som den sociala situationen, arbetsförhållanden osv. Det räcker ofta inte att bara ställa en diagnos och behandla ett visst symptom. För att nå ett varaktigt resultat och för att förebygga att sjukdom eller skada inträffar på nytt är det inte så sällan avgörande att personalen får en uppfattning om varför patienten har ett visst problem och varför en sjukdom eller skada har drabbat patienten. En sådan helhetssyn på patienten bör påverka såväl personalens handlande som verksamhetsorganisationen, vilket också följer av ansvaret för att förebygga ohälsa.[49]

I prop. 1984/85:181 utvecklades resonemanget om kvalitet och god vård beträffande vissa grupper, bl.a. för patienter inom psykiatrin. Där uttalades att helhetssynen på patienten är utgångspunkten för hur man ska betrakta individens totala situation och omgivning, och att helhetssynen sätter in psykiatrin i ett sammanhang tillsammans med övriga samhällsinsatser som t.ex. övrig hälso- och sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling, försäkringskassa m.fl. Arbetslöshet nämndes som en faktor som påverkar den psykiska hälsan. Det nämndes vidare att psykiatrin måste utgå från människans totala situation i såväl behandling som rehabilitering, och i samspel söka påverka de faktorer i omgivningen som orsakar de psykiska problemen.[50]

2.4.7 Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering

Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering framgår av förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. Arbetslivsinriktad rehabilitering och verksamhet för unga med

[49] Prop. 1981/82:97 s. 56f, prop. 2016/17:43 s. 94 och 132
[50] Prop. 1984/85:181 s. 72 f. och 83 ff

funktionshinder är olika former av arbetsmarknadspolitisk verksamhet enligt 5 § i förordningen.[51] Enligt 11 § innebär arbetslivsinriktad rehabilitering att den som är i behov av särskilt stöd erbjuds utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. I enlighet med 12 § andra stycket i förordningen samverkar Arbetsförmedlingen med Försäkringskassan för att öka möjligheterna till egen försörjning genom förvärvsarbete för den som får aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken. Av 14 § förordningen (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen framgår att Arbetsförmedlingen särskilt ska samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Arbetsförmedlingen ska i samma syfte samverka med Försäkringskassan, kommun och landsting enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (se avsnitt 2.4.9).

2.4.8 Kommunens ansvar för olika insatser till den som är sjukskriven

Socialtjänsten

Kommunen har enligt 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den som inte kan försörja sig men som kan arbeta har rätt till försörjningsstöd om han eller hon står till arbetsmarknadens förfogande. Om det finns godtagbara skäl har den enskilde rätt till försörjningsstöd även om han eller hon inte står till arbetsmarknadens förfogande. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnads-

[51] Övriga former av arbetsmarknadspolitisk verksamhet är platsförmedling, vägledning, arbetsmarknadspolitiska program och arbetsplatsintroduktion. Verksamheten omfattar också frågor om vissa anställningsfrämjande åtgärder, arbetstillstånd och arbetslöshetsförsäkringen.

nivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Kommunen ansvarar också för andra insatser än försörjningsstöd och övrigt bistånd. Bl.a. ska kommunen enligt 5 kap. 12 § socialtjänstlagen lämna budget- och skuldrådgivning till skuldsatta personer.

Personligt ombud

Verksamhet med personligt ombud har funnits sedan år 2000. Verksamheten är en frivillig insats som kommuner kan tillhandahålla inom sin socialtjänstverksamhet. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna fördela statsbidrag till kommuner enligt förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar. I uppdraget ingår också att tillsammans med länsstyrelserna följa upp, stödja och utveckla verksamheterna. Socialstyrelsen lämnar årligen en lägesrapport till regeringen om verksamheten med personligt ombud. För att få statsbidrag ska verksamheten rikta sig till personer som är 18 år eller äldre som har psykiska funktionsnedsättningar och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden. De enskilda som kan få stöd av personligt ombud ska ha sammansatta och omfattande behov av vård, stöd och service, rehabilitering och sysselsättning och ha behov av långvariga kontakter med socialtjänsten, primärvården och den specialiserade psykiatrin och andra myndigheter. Statsbidrag lämnas för verksamhet med personligt ombud som syftar till att enskilda ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktiga i samhället, ha möjligheter att leva ett mer självständigt liv och få en förbättrad livssituation och ges möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor. Den enskilde kan också få rättshjälp, rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov. Verksamheten syftar även till att få myndigheter, kommuner och landsting att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov och ge underlag till åtgärder som kan förebygga brister i fråga om att den enskilde kan få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service. Verksamheten ska be-

drivas så att samverkan mellan berörda huvudmän för vård- och omsorgsinsatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kommer till stånd utifrån den enskildes behov. Verksamheten bör bedrivas så att samverkan även omfattar organisationer som företräder patienter, brukare och anhöriga. Det ska finnas en ledningsgrupp för verksamhet med personligt ombud. Ledningsgruppen ska ha representanter för kommunen, landstingets primärvård och psykiatri, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Patient-, brukar- och anhörigorganisationer ska erbjudas att delta i ledningsgruppen.

Ett personligt ombud arbetar på den enskildes uppdrag. Verksamheten med personligt ombud syftar till att den enskilde ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället, ha möjligheter att leva ett mer självständigt liv och få en förbättrad livssituation och ges möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor samt rättshjälp, rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov.

I Socialstyrelsens lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2016 framgick att 240 kommuner hade verksamhet med personligt ombud under 2016. Antalet klienter var 8 986, varav 5 124 kvinnor och 3 862 män.

I Socialstyrelsens uppföljning av verksamheten med personligt ombud (2014) framgår att verksamheten är välfungerande och till stor nytta för klienterna genom att deras livssituation förbättras. Enligt rapporten ser många kommuner verksamheten som en etablerad del av vad som förväntas finnas i en kommun, även om det inte är obligatoriskt. De enskilda som har fått hjälp av personligt ombud har uppgett att de främst behöver stöd i kontakter med myndigheter och hälso- och sjukvården samt i frågor om ekonomi.[52] Den samhällsekonomiska analys som Socialstyrelsen gjorde i samband med uppföljningen visade att kommunala insatser som boendestöd och hemtjänst ökade medan sjukvårdens kostnader vare sig ökade eller minskade efter kontakt med personligt ombud.

[52] Socialstyrelsens rapport Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning – Uppföljning av verksamheten med personligt ombud, 2014

2.4.9 Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet

Landstinget får enligt 7 kap. 9 § första stycket HSL träffa överenskommelser med kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt HSL (inklusive rehabilitering) samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget får också enligt samma paragraf delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Finansiell samordning får enligt 1 § lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser bedrivas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och landsting för att uppnå en effektiv resursanvändning. Insatserna ska avse individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och syfta till att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete (2 §). Verksamheten bedrivs av särskilda samordningsförbund där de samverkande parterna är medlemmar (4 §). I förarbetena till lagen gjordes bedömningen att nära 5 procent av befolkningen i arbetsför ålder kunde vara i behov av omfattande stöd från flera aktörer för att kunna arbeta, och således utgöra målgrupp för insatser enligt lagen.[53]

Den finansiella samordningen är en frivillig form av lokal samverkan mellan de parter som nämns ovan. Vid slutet av 2016 fanns det 82 samordningsförbund som innefattade 247 av Sveriges 290 kommuner. Samordningsförbunden finansierar både individinriktade och strukturövergripande insatser. De individinriktade insatserna syftar till att hjälpa personer med komplex problematik att återgå till eller komma in på arbetsmarknaden. De strukturövergripande insatserna vänder sig främst till myndighetspersonal och arbetsgivare för att utbilda kring olika målgruppers behov och för att främja och utveckla samverkan. Under 2016 finansierade samordningsförbunden totalt 1 133 olika insatser, 54 procent var individinriktade och 46 procent var strukturövergripande. Deltagarna i de finsamfinansierade insatserna har generellt sett en låg utbildningsnivå och komplex problembild samt har behövt olika former av offentlig försörjning under mer eller mindre lång tid före insats-

[53] Prop. 2002/03:132 s.49.

start. Resultatet av Försäkringskassans uppföljning av verksamheterna talar för att insatserna leder till en positiv utveckling för deltagarna.[54]

2.5 Samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården delas in i primärvård och specialistvård. Primärvård är öppen vård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, och primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Inom hälso- och sjukvården finns ett antal funktioner och uppgifter som har till syfte att samordna insatser, bl.a. fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och individuell plan. Dessa möjligheter är enligt förarbetena till patientlagen (2014:821) viktiga för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[55]

Enligt 6 kap. 1 § patientlagen ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Patienten ska enligt förarbetena få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Syftet med bestämmelsen är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet. Patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten ska tillgodoses så långt det är möjligt. Beroende på vilka medicinska och övriga behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. En fast vårdkontakt bör enligt förarbetena kunna

[54] Uppföljning av samordningsförbundens insatser. Redovisning enligt Försäkringskassans regleringsbrev 2016.
[55] Prop. 2013/14:106 s. 99.

bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan. Funktionen är tänkt att fungera som en intern samordnare av vårdens insatser för patienten, men också som ett stöd för patienten i externa kontakter.[56]

En fast vårdkontakt kan ha olika benämningar i praktiken i olika landsting och inom olika specialistområden. På vissa håll kallas de vårdsamordnare, i andra fall kontaktsjuksköterska eller något annat. En fast vårdkontakt har ofta hand om detaljerade medicinska behov inom en viss specialitet, t.ex. på en vårdcentral med att diskutera eventuella biverkningar av läkemedel, stämma av bokade tider med läkare och hjälpa till med vårdplaneringen. Inom cancervården finns kontaktsjuksköterskor med särskilda kunskaper inom cancerbehandling

Enligt 6 kap. 3 § patientlagen ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska enligt förarbetena svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.[57]

Det finns flera bestämmelser om planer för patienten. För en patient som erbjuds rehabilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen ska en individuell plan upprättas, där planerade och beslutade insatser ska framgå. En annan form av individuell plan ska upprättas gemensamt mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten när en patient har behov av insatser från båda (16 kap. 4 § HSL och 6 kap. 4 § patientlagen och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen [2001:453]). I en sådan plan ska även behov av insatser från andra aktörer tas in. Inom cancervården finns det som kallas Min vårdplan. Det är inte

[56] A. st.
[57] A. prop. s. 100.

författningsreglerat men har utvecklats som ett verktyg för att förverkliga den nationella cancerstrategin.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i december 2017 träffat en överenskommelse för 2018, Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården.[58] Överenskommelsen ska bidra till utvecklingen av tillgängligheten till primärvården och samordningen av patienternas vårdinsatser. Satsningen ska främja dels en förstärkt vårdgaranti och dels införandet av patientkontrakt. Med patientkontrakt avses en sammanhållen plan över en patients samtliga vårdkontakter och vårdplaner, i syfte att ge överblick över planerade insatser och bidra till mer effektiva arbetssätt. Tanken är att landstingen ska stimuleras att erbjuda patientkontrakt i första hand till patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Kontrakten ska bidra till ökad trygghet för patienten och säkerställa att alla får den vård de har behov av inom rimlig tid, oavsett förmåga att själva ta kontakt med och samordna vårdinsatser.

[58] S2017/07321/FS.

3 Förslag

3.1 En permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet

Bedömning: Det bör införas en permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet.

En permanent koordineringsfunktion bör lagregleras.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Det finns i dag många aktörer som ansvarar för insatser för att motverka sjukfrånvaro och vidta åtgärder för att en enskild som drabbats av nedsatt arbetsförmåga till följd av en sjukdom eller skada ska kunna återgå till arbetslivet. Det handlar framförallt om Försäkringskassan som har det övergripande samordningsansvaret, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen, kommunen och hälso- och sjukvården.[59]

Hälso- och sjukvårdens ansvarar för att erbjuda vård, dvs. att medicinskt förebygga, utreda och behandla patientens sjukdomar och skador, och därvid även erbjuda medicinsk rehabilitering. Den vanligaste sjukdomen som orsakar sjukfrånvaro är psykisk ohälsa. Det är också den största anledningen till den kraftiga ökning av sjukfrånvaron som man kunde se fram till 2016. En annan vanlig orsak till sjukfrånvaro är smärtdiagnoser. Även om patienterna får adekvat vård och behandling för dessa och andra sjukdomar kan sjukfrånvaron bli lång och steget tillbaka till arbetslivet är ibland stort. I flera studier som har gjorts av hälso- och sjukvårdsverksamheter som ger ett särskilt individuellt stöd till sjukskrivna pati-

[59] Angående olika aktörers ansvar för rehabilitering, se avsnitt 2.4.

enter har det framkommit att många patienter utöver medicinsk vård och behandling också har behov av någon som stöttar och vägleder dem genom processen tillbaka till arbete. De behov som kan ses hos dessa patienter är bl.a. att få hjälp med att samordna olika insatser, att få stöd och motivation till att se sin egen förmåga och att genomföra åtgärder. Det handlar också om ett behov av stöd för att ta de kontakter som behövs och att någon bistår med att bevaka att olika aktörer samordnar sina insatser och planer. Dessa behov hos patienterna har lett till en utveckling av en koordineringsfunktion inom landstingen. Alla landsting har i dag infört någon form av koordineringsinsatser, framförallt inom primärvården. Insatserna initierades från början i den praktiska hälso- och sjukvårdsverksamheten utifrån de behov man såg, men utvecklingen tog verklig fart först när stimulansmedel tillfördes från staten genom de överenskommelser kring sjukskrivningsprocessen som har ingåtts mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).[60]

Den samlade erfarenheten av rehabiliteringskoordinatorernas arbete är positiv. I ett par utvärderingar syns en minskning av antalet sjukskrivningsdagar för vissa patientgrupper som en effekt av insatser från en rehabiliteringskoordinator.[61] I flera rapporter med redovisning av kvalitativa undersökningar av koordineringsverksamheter[62] framkommer därutöver att patienter många gånger anser att de genom koordineringsinsatser får ett sådant adekvat stöd genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som de behöver. Patienterna har bl.a. uppgett att de har fått hjälp av någon med kunskaper om sjukskrivningsprocessen, stöd i att sätta upp mål och i att planera vårdkontakter och att ta kontakt med arbetsgivaren samt motivation till att hitta lösningar för att påbörja en arbetsåtergång. De har också fått hjälp att ta egna initiativ och se lösningar för att stärka sin hälsa och arbetsförmåga. Patienterna har uppskattat att funktionen inte är kopplad till arbetsgivaren eller till Försäkringskassan och att rehabiliteringskoordinatorn jämfört med

[60] Se vidare i avsnitt 2.1–2.2.
[61] Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017; jfr även forskning ang. den liknande funktionen Vårdsamordnare för psykisk ohälsa, professor Cecilia Björkelund, Göteborgs universitet 2017.
[62] Se närmare i avsnitt 2.3.

annan vård många gånger är mer tillgänglig, har särskilda kunskaper och erfarenheter kring rehabilitering och kan bidra med en lugnande och stöttande dialog. Även övrig vårdpersonal (framförallt läkare) är enligt undersökningarna positiv till koordineringsfunktionen och uppger att den underlättar arbetet för dem genom att t.ex. patientbesök och möten förbereds. Koordinatorerna vet vem som ska kontaktas hos andra aktörer, vilket upplevs spara tid för läkaren. Läkarnas tid utnyttjas mer effektivt och läkarna får bättre underlag för att kunna ta beslut om eventuell vård, rehabilitering och sjukskrivning. På de enheter där koordinatorn har ett mer omfattande uppdrag upplever läkare att de får kunskapsstöd och avlastning.[63] Koordinatorernas arbetssätt lyfts fram som något värdefullt. De arbetar ofta utifrån en helhetssyn på patienten, många gånger i så kallade multidisciplinära team, vilket ger infallsvinklar från olika medicinska specialiteter och ett nytänkande kring patienter med långvarig eller oklar sjukdomsbild. Erfarenheterna från landstingens koordineringsverksamheter visar också att andra aktörer ser rehabiliteringskoordinatorn som en väl fungerande kontaktväg in till hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av dessa utvärderingar och erfarenheter drar arbetsgruppen slutsatsen att rehabiliteringskoordinatorerna genom sitt arbete fyller en viktig funktion för patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Försäkringskassan har sedan länge ett samordningsansvar för försäkrade som har behov av rehabiliteringsåtgärder för att få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själva genom förvärvsarbete. Förutom att samordna olika aktörers insatser innefattar ansvaret bl.a. att klarlägga individens behov, att samverka med andra aktörer och verka för att de utför sina respektive åtgärder. I förarbetena beskrivs att det i samordningsansvaret bl.a. ingår att motivera den försäkrade att delta i rehabiliteringen och att stötta den försäkrade i kontakterna med andra aktörer.[64] Det kan således diskuteras om det finns behov av en koordineringsfunktion vid sidan av Försäkringskassans samordningsansvar. Försäkringskassan har emellertid inte ansvar för att stötta och vägleda individen inom hälso- och sjukvården eller att samordna insatser internt

[63]ReKoord-projektet, Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013
[64] Se avsnitt 2.4.3.

inom vården. Vidare har Försäkringskassan visserligen till uppgift att verka för att bl.a. arbetsgivaren genomför de åtgärder som behövs men kan inte föra den medicinska dialog om den enskilda individen som bör finnas direkt mellan arbetsgivaren och hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen anser därför att det, även med beaktande av Försäkringskassans samordningsansvar, finns ett behov av koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården.

Inom hälso- och sjukvården finns förvisso redan ett antal stöd- och samordningsfunktioner.[65] Ingen av dessa rymmer dock uppgiften att ge stöd till individen genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för att främja återgång till arbetslivet eller att samverka med externa aktörer. Mot bakgrund av det och av vad som har beskrivits i övrigt om erfarenheterna av rehabiliteringskoordinatorernas arbete bedömer arbetsgruppen att det finns ett behov för patienter att få individuellt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för att kunna återgå till arbetslivet, och att ingen aktör i dag har ett formellt ansvar för att tillgodose det behovet. Ett sådant ansvar bör därför införas permanent för landstingen.[66]

Koordineringsfunktionen har varit frivillig för landstingen under ett antal år, och statliga medel i form av stimulansmedel har tilldelats landstingen när de har inrättat funktionen. Att fortsätta att ge landstingen incitament att upprätthålla koordineringsverksamheten på frivillig väg genom överenskommelser är dock inte lämpligt av flera skäl. För det första har arbetsgruppen gjort bedömningen att det finns ett behov av individuellt stöd i sjukskrivningsprocessen för vissa patienter, dvs. ett behov av samordning av insatser och av att få stöd i form av motivationsåtgärder för att kunna se sina egna möjligheter till att återgå till arbete. Det bör därför säkerställas att sådant stöd ges i alla landsting. Om verksamheten är frivillig och bara hanteras genom överenskommelser finns det inga garantier för att landstingen fortsätter att erbjuda sådant stöd. Dessutom försvåras planeringen för landstingen och för dem som arbetar med koordinering om förutsättningarna för funktionen fastställs i överenskommelser som ingås med några års

[65] Se avsnitt 2.5.

[66] Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen föreslog i sitt slutbetänkande 2015 att det riktade statsbidraget för en koordinatorsfunktion inom hälso- och sjukvården skulle permanentas (SOU 2015:21 s. 632 f). Förslaget har inte genomförts.

mellanrum. Samma sak skulle gälla om uppgiften skulle permanentas utan att den görs obligatorisk, t.ex. genom att reglera en möjlighet för landstingen att ansöka om statsbidrag för verksamheten enligt villkor i en förordning. Det kan också finnas oklarheter kring den lagliga grunden för verksamheten och för personuppgiftshanteringen, samt hur funktionen ska organiseras och förhålla sig till hälso- och sjukvårdens verksamheter i övrigt och till andra aktörers ansvar. Genom att göra stödinsatserna obligatoriska blir de legala förutsättningarna fastställda, och vissa minimikrav kommer bli gemensamma för hela landet vilket förutom att skapa förutsebarhet också främjar en jämlik behandling av alla medborgare. För att insatserna ska bli obligatoriska krävs att en ny skyldighet för landstingen avseende detta införs genom en lag.

3.2 Koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet

Förslag: Det ska införas en ny lag om att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Insatserna ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Landstingets ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Skälen för arbetsgruppens förslag

Mot bakgrund av den bedömning som arbetsgruppen gör i avsnitt 3.1 bör det införas en lagfäst skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

Vilka patienter ska erbjudas insatserna?

De patienter som avses är de som är sjukskrivna från ett arbete med t.ex. sjuklön eller sjukpenning, men också t.ex. patienter som är arbetslösa och har aktivitetsstöd eller som har aktivitetsersättning eller annan försörjning och som förväntas kunna arbeta på sikt, men där en funktionsnedsättning, sjukdom eller skada begränsar förmågan att arbeta.

De utvärderingar och erfarenheter som har redovisats i avsnitt 2.3 visar att alla patienter inte blir hjälpta av koordineringsinsatser. De allra flesta återfår sin arbetsförmåga och kan återgå till arbete eller annan sysselsättning efter en sjukskrivning utan några särskilda stödinsatser. Dessa patientgrupper har inte behov av särskilt stöd, och behöver inte erbjudas koordineringsinsatser. Bedömningen av vem som ska erbjudas koordineringsinsatser bör göras med utgångspunkt i utvärderingar och erfarenheter av för vilka patienter särskilda insatser har positiv effekt. De patienter det handlar om är framförallt de som har återkommande sjukskrivningsperioder eller en mer komplicerad sjukskrivning som av andra skäl kan befaras bli långvarig. Sannolikt handlar det till stor del om patienter med antingen lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta,[67] men även patienter inom andra specialiteter såsom cancervård och ortopedi. Det avgörande är inte vilken diagnos patienten har eller inom vilken disciplin denne vårdas, utan hur behovet av stöd för att komma tillbaka till arbetslivet ser ut för den enskilde patienten. Landstingen ska därför erbjuda koordineringsinsatser inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet där det normalt förekommer patienter som sjukskrivs, både inom primärvård och inom specialistvård.

Det är sannolikt ofta svårt att i ett tidigt stadium av en sjukdom bedöma om en patient kan ha behov och nytta av ett särskilt stöd. För att resurserna ska kunna användas effektivt bör därför insatserna erbjudas i ett skede där man med viss säkerhet kan ta ställning till om de kan vara meningsfulla, dock med beaktande av att insatserna sannolikt blir mer effektiva ju tidigare de sätts in. När det infaller varierar från fall till fall beroende på bl.a. diagnos och

[67] Se delrapporten Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017

möjligheter för vårdpersonalen att identifiera patientens förutsättningar. Landstingen bör därför inte ha någon skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser i förebyggande syfte redan innan sjukskrivning är ett faktum. När det gäller patienter med återkommande korta eller långa sjukskrivningar bör det dock vara lätt för landstingen att tidigt se behovet och erbjuda koordineringsinsatser.

3.2.1 Vad är koordineringsinsatser?

Ordet koordinering betyder samordning. Insatserna handlar till stor del om samordning av insatser kring patienten för att främja återgång till arbetslivet. Insatserna omfattar dock mer än samordning, framförallt ett personligt utformat stöd med motivationsåtgärder. Det skulle tala för att insatserna borde kallas något annat än koordinering. Rehabiliteringskoordinator, funktion för koordinering och koordineringsinsatser har emellertid blivit etablerade uttryck för det arbete som redan förekommer inom landstingen. Arbetsgruppen väljer därför att använda det inarbetade ordet koordineringsinsatser för att beskriva uppgiften, även om det inte är helt och hållet rättvisande för vad uppgiften omfattar.

Även ordet rehabilitering förekommer ofta i samband med detta arbete inom landstingen, t.ex. kallas de som arbetar med uppgifterna för rehabiliteringskoordinatorer och det arbete de utför beskrivs som koordinering inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Som redovisats i avsnitt 2.4 används ordet rehabilitering med något olika innebörd inom olika delar av sjukskrivningsprocessen. Koordinatorerna arbetar i ett gränsland mellan sjukvård och behandling, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. Att beskriva arbetet som rehabiliteringskoordinering skulle därför kunna bli missvisande och antyda att insatserna ska ges i ett senare skede av sjukskrivningen när övrig vård och behandling är avslutad, eller begränsas till en uppgift inom landstingens rehabiliteringsverksamhet. Eftersom detta inte är avsikten väljer arbetsgruppen att kalla landstingets nya obligatoriska uppgift för enbart koordineringsinsatser, även om arbetet till stor del handlar om insatser inom rehabilitering.

Landstingen bör ha möjlighet att till stor del själva utforma koordineringsinsatserna på det sätt som de anser ger bäst stöd för

att underlätta återgång till arbetslivet för enskilda patienter. Det är därför inte lämpligt och inte heller möjligt att ge en exakt definition av vad koordineringsinsatser ska vara. Insatserna bör dock i vart fall bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. De obligatoriska koordineringsinsatserna ska bara avse det som hälso- och sjukvården ansvarar för och inte behov som ska tillgodoses av andra aktörer. Koordineringsinsatserna utgör inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition (se avsnitt 3.2.6), och de omfattas därför inte av prioriteringsordningsbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Att någon ges koordineringsinsatser som ska främja en snabbare återgång till arbetslivet innebär inte att denne ska ges förtur till medicinsk vård och behandling i förhållande till andra patienter. De medicinska insatserna omfattas precis som för alla andra patienter av prioriteringsordningen som gäller inom hälso- och sjukvården. Nedan följer en närmare genomgång av vad arbetsgruppen anser att koordineringsinsatserna ska omfatta.

Personligt stöd

Personligt stöd ska vara en del av koordineringsinsatserna. Det handlar till stor del om motiverande insatser till patienten. Koordinatorn ger samtalsstöd och uppmuntrar patienten till att vara aktiv i fråga om sin egen vård och behandling. Det sker genom att patienten får hjälp att fokusera på sina starka sidor och förmågor och på så sätt kunna se möjligheter till att komma ur en sjukskrivning och återgå i arbete. Genom stödet får patienten hjälp att hitta lösningar och öka tilltron till sin egen förmåga att på egen hand klara att genomföra olika insatser. Koordinatorn bör också fungera som kontaktperson för sjukskrivna patienter och vara tillgänglig för att svara på frågor om vård och behandling, om sjukskrivningsprocessen inom vården och om vilket ansvar sjukvården har i förhållande till Försäkringskassan och andra aktörer så att patienten ges möjlighet att vända sig till rätt aktör. Om patienten vid sidan av koordineringen har fått en fast vårdkontakt utsedd får denne och koordinatorn komma överens om vem som i första hand ska vara patientens kontaktperson när det gäller information om vården. Ofta krävs en inledande kartläggning för att analysera vilka behov den

enskilde patienten har, vilka insatser som ska erbjudas just den patienten och vilka behov som ska omhändertas av andra aktörer.

Stöd från en koordinator omfattar inte psykoterapi och annan psykologisk eller medicinsk behandling. Sådana insatser ska ges enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om vård och behandling. Det personliga stödet inom koordineringsinsatserna avser bara de behov som hälso- och sjukvården ansvarar för som huvudman. Kartläggning av patientens rehabiliteringsbehov i ett bredare perspektiv samt stöd och motivation att ta kontakt med och söka hjälp från andra aktörer är uppgifter som enligt gällande rätt vilar på Försäkringskassan och inte på landstingen. Även att ge vägledning och information om sjukförsäkringsprocessen i stort (utanför sjukskrivingsarbetet inom hälso- och sjukvården) och de olika bedömningssteg som regleras i socialförsäkringsbalken är Försäkringskassans ansvar. Dessa uppgifter ingår i Försäkringskassans lagreglerade samordningsuppdrag, och avsikten med förslagen i denna promemoria är inte att ändra ansvarsgränserna eller föra över någon del av uppgifterna till landstingen. När sådana behov identifieras för en patient som ges koordineringsinsatser ska information om det lämnas till Försäkringskassan så att patienten får hjälp från rätt aktör (se avsnitt 3.3).

Det personliga stödet handlar sammanfattningsvis om att verka för att patienten motiveras att vara delaktig och underlätta för patienten på olika sätt att hitta lösningar så att han eller hon inte drabbas av en längre sjukskrivning än nödvändigt, utan i stället kan bli frisk och återgå till arbetslivet.

Intern samordning

Koordineringsinsatserna ska också omfatta intern samordning av olika åtgärder inom hälso- och sjukvården. Samordningen bör framförallt handla om att främja en samsyn kring patienten, att stämma av att alla som behandlar patienten arbetar mot samma mål om återgång i arbete. Det handlar framförallt om att bidra till en gemensam rehabiliteringsplan med fokus på återgång i arbete. Koordinatorn kan bidra med nya infallsvinklar och främja en helhetssyn på patienten. I sitt arbete bör koordinatorn föra en dialog med patienten, sjukskrivande läkare och övriga vårdteamet för

att bidra till att en plan för återgång i arbete upprättas, dokumenteras och hålls aktuell (angående dokumentationskrav, se avsnitt 3.7). Tillsammans med läkarna kan koordinatorerna diskutera hur sjukskrivningen kan anpassas och vilka eventuella insatser som behövs inom hälso- och sjukvården och även göra utvärderingar av den uppsatta rehabiliteringsplanen. I det arbetet kan vårdteamet som en del av den interna samordningen analysera hur patienten följer planen och om behandlingarna fungerar som det är tänkt. Ett eventuellt behov av koordineringsinsatser bör uppmärksammas i ett tidigt skede, ofta redan i telefonrådgivningen. Den interna samordningen bör därför kunna inkludera ett samarbete med de sjuksköterskor som ger telefonrådgivning för att på så sätt få tidig kontakt med patienter som har behov av koordineringsstöd, bl.a. i de fall där det kan finnas behov av kontakt med arbetsgivaren.

Det finns ett antal bestämmelser om samordning och flera samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvården redan i dag, både lagreglerade och frivilliga.[68] Exempelvis har en fast vårdkontakt, en fast läkarkontakt och en kontaktsjuksköterska sina särskilda uppdrag. Avsikten är inte att införa ytterligare en samordnare för patienten att hålla reda på. Tanken är att olika funktioner ska kunna finnas jämsides och även komplettera varandra utifrån sina respektive uppgifter. Uppgiften vid koordineringsinsatser enligt den nya lagen ska vara att främja återgång till arbetslivet med ett aktivt och drivande arbetssätt, vilket inte åligger någon annan funktion inom vården. Insatserna kan organiseras och erbjudas inom befintliga samordningsstrukturer om det bedöms lämpligt, men de kan också vara en helt egen verksamhet beroende på hur landstinget väljer att ordna stödet. Koordineringen kan således genomföras av eller tillsammans med en kontaktsjuksköterska, en vårdsamordnare eller fast vårdkontakt som utsetts enligt patientlagen eller av någon annan inom vården.

Samordningsskyldigheten inom koordineringsinsatserna handlar inte om att utveckla rutiner och arbetssätt generellt på vårdenheten, eller att förmedla information om förändringar inom försäkringsmedicin (se avsnitt 3.2.4). Samordning i det här sammanhanget ska på samma sätt som det personliga stödet vara individu-

[68] Se vidare avsnitt 2.5.

ellt utformad och inriktad på den enskilda patienten och dennes särskilda behov.

Samverkan med andra aktörer

I avsnitt 2.2.2 redovisas att rehabiliteringskoordinatorernas arbete till en inte obetydlig del handlar om kontakter och kommunikation med externa aktörer, i synnerhet med patientens arbetsgivare. Det finns inte sällan en osäkerhet hos just arbetsgivaren kring vilka kontakter som kan och bör tas med en sjukskriven arbetstagare utan risk för att hälsan försämras. Detta gäller inte minst vid sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa. Arbetsgivaren kan ha ett behov av att diskutera förutsättningarna för anpassningar i det individuella fallet direkt med någon inom hälso- och sjukvården som känner till den enskilda individen. Även vården kan ha behov av att få information från arbetsgivaren som är värdefull för behandlingen. Ofta tas också kontakter med andra aktörer som har ansvar för insatser inom rehabiliteringsprocessen, framförallt Försäkringskassan, kommunen och Arbetsförmedlingen.

Arbetsgruppen anser att koordineringsfunktionen behöver omfatta en obligatorisk samverkan och kommunikation med andra aktörer för att bli effektiv. Det är av stor vikt att ingen enskild faller mellan stolarna, vilket är en reell risk när många aktörer har ansvar för olika delar i en process. Arbetsgruppen föreslår därför att en samverkansskyldighet införs som en del av koordineringsinsatserna, när det behövs för vården av en enskild patient. Samverkan handlar bl.a. om att hälso- och sjukvården ska koordinera sina planer och insatser i tiden med arbetsgivare och andra aktörer. I praktiken innebär det t.ex. att koordinatorn kan kontakta arbetsgivaren för att resonera om dennes planer för arbetstagarens arbetsåtergång eller Arbetsförmedlingen för att höra om myndigheten arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering för den enskilde patienten. Det kan också vara den andra myndigheten som tar initiativ till samverkan, t.ex. kommunens socialtjänst som har ett ärende som rör rehabilitering tillbaka till arbete för en enskild. Om den andra aktören inte har några pågående insatser för personen i fråga blir det inte relevant för koordinatorerna att samverka med dem. Samverkan handlar inte om att koordinatorerna begär ut upp-

gifter eller kräver eller föreslår insatser från övriga aktörer, utan det ska bara vara ett samarbete kring när och hur respektive aktör kommer genomföra insatser i enskilda fall, utifrån deras pågående ärenden för individen, och i syfte att underlätta för den enskilde. Utan sådan samverkan skulle åtgärder som genomförs utan hänsynstagande till andra insatser kunna försvåra för patienten.

I de flesta fall är det värdefullt att patienten själv tar kontakt med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och andra aktörer för att rätt insatser ska komma till stånd. Stöd till patienten att ta sådana kontakter omfattas dock inte av samverkansskyldigheten inom koordineringsinsatserna, som är en skyldighet som riktas till hälso- och sjukvården i förhållande till andra myndigheter. Den enskilde patientens behov stöd och motivation till att ta sådana egna kontakter ska tillgodose av Försäkringskassan inom samordningsansvaret (se avsnitt 2.4.3). Försäkringskassan har fått ett särskilt regeringsuppdrag att förstärka sitt arbete på det området.[69]

En annan del av samverkansskyldigheten är att det ska finnas en kontaktväg till hälso- och sjukvården för andra aktörer som har behov av att få kontakt med vården. Det gäller bl.a. Försäkringskassan som ska klarlägga den enskildes rehabiliteringsbehov och Arbetsförmedlingen och kommunen som kan behöva stämma av insatser med hälso- och sjukvården. Som nämndes inledningsvis i detta avsnitt kan arbetsgivaren många gånger behöva diskutera förutsättningarna för en viss patient. Arbetsgivare förväntas dock även fortsättningsvis ha kunskaper om sina anpassningsskyldigheter och anpassningsmöjligheter och om arbetsmiljöns påverkan på arbetstagarnas hälsa. Samverkansskyldigheten är inte till för sådan kunskapsförmedling. Dessa kunskaper kan arbetsgivaren få tillgång till på olika sätt, exempelvis genom företagshälsovård. Företagshälsovården har emellertid inget annat ansvar än att fungera som resurs åt arbetsgivaren. Företagshälsovårdens uppgift är inte att ge vård och behandling till arbetstagare eller att informera om medicinska behov annat än ur ett arbetsanpassningsperspektiv.

Det är viktigt att skilja på samverkan och samordning. Den samverkansskyldighet som föreslås för landstingen är inte en samordningsskyldighet. Försäkringskassan har ansvaret för att sam-

[69] S2018/00529/SF Uppdrag till Försäkringskassan angående förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

ordna olika aktörers insatser. Det kan dock inte krävas att Försäkringskassan inom sitt samordningsuppdrag organiserar alla kontakter mellan olika aktörer. Dessa ska kunna ha en direktkontakt om en enskild patient i vissa frågor utan att involvera Försäkringskassan som samordnare.

Samverkan i enskilda fall och kontakt med arbetsgivare och andra aktörer ska bara utföras i patientens intresse, och det ska inte ske mot patientens vilja. På samma sätt som med övriga delar av koordineringsinsatserna ska de bara utföras om patienten samtycker till det, se vidare i avsnitt 3.2.3.

3.2.2 Gränsdragning mot Försäkringskassans ansvar och andra åtgärder för stöd till individen

Rehabiliteringsåtgärder som rör kartläggning och analys av behov av insatser från andra aktörer, initiering och samordning av åtgärder hos externa aktörer eller vägledning i sjukförsäkringsfrågor är Försäkringskassans ansvar genom samordnings- och tillsynsansvaret som regleras i socialförsäkringsbalken.[70] Arbetsgruppen anser inte att det finns anledning att ändra Försäkringskassans uppgifter och föreslår därför att skyldigheten för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser enbart ska avse sådana stödinsatser som hälso- och sjukvården ansvarar för. Koordineringsinsatserna ska således bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av landstingen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Det innebär att behov som patienten har i form av motivations- och stödinsatser för att kontakta arbetsgivare och andra aktörer, att klarlägga behov av anpassningar på arbetsplatsen eller på det sociala området eller i andra delar och att verka för att de tas om hand av rätt myndighet är uppgifter för Försäkringskassan och inte för landstingen genom koordineringsinsatserna. Det är också Försäkringskassan och inte koordinatorerna som har det lagstadgade ansvaret att förklara beslut om t.ex. sjukpenning eller aktivitetsersättning, informera och vägleda individen i sjukförsäkringsfrågor och guida genom sjukförsäkringens olika steg. Det finns i dag många

[70] Se avsnitt 2.4.3.

landsting som genom sina koordinatorer utför dessa uppgifter på ett mycket uppskattat sätt. Arbetsgruppen menar dock att det är viktigt att ansvarsgränserna är tydliga och inte överlappar varandra. Som redan nämnts har Försäkringskassan fått i uppdrag att förstärka sitt arbete på detta området, och ansvarsgränserna betonas än mer genom den informationsskyldighet som föreslås i avsnitt 3.3.

Individuellt stöd i form av koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården är bara en av många åtgärder som behövs för att stärka stödet till individen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Regeringen har i budgetpropositionen för 2018 påtalat att stödet till individen behöver öka och fört fram ett antal olika åtgärder på det området.[71] Regeringen har också tagit fram ett nytt åtgärdsprogram med insatser som utöver uppdraget till Försäkringskassan om att stärka arbetet kring samordningsansvaret, innehåller fler insatser som syftar till ett bättre stöd till individen och förbättrad samverkan mellan olika aktörer.[72] Arbetsgruppen menar att förslagen i denna promemoria ska ses som en del av hela arbetet med förbättrat stöd till individen, den del som riktar sig till hälso- och sjukvården. Den samordning som i dag utförs av många rehabiliteringskoordinatorer, men som inte föreslås vara en obligatorisk uppgift för landstingen bör därför kunna tas om hand av andra aktörer genom de parallella åtgärder som pågår.

3.2.3 Samtycke och delaktighet

Koordineringsinsatserna enligt den föreslagna lagen ska bara ges i den enskilde patientens intresse. Insatserna ska inte ges utan att patienten fått information om vad insatserna handlar om och vad de innebär i olika avseenden och därefter lämnat sitt samtycke. Detta är särskilt viktigt med tanke på samverkan med andra aktörer. För att sådan ska kunna genomföras utan hinder av sekretess krävs patientens samtycke. Det bör således framgå av lagen att insatserna bara ska ges om patienten samtycker till det.

[71] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s 39f.
[72] Dnr S2015/06106/SF, se vidare avsnitt 2.1.1.

Även om samtycke krävs för att insatserna ska ges kan personal inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, även de som arbetar med koordineringen, naturligtvis diskutera och göra en bedömning av om koordineringsinsatser ska erbjudas en viss patient eller inte innan patienten har tillfrågats. Det är bara själva insatserna som ska kräva samtycke.

I 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821) anges att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Även koordineringsinsatserna bör utformas i dialog med patienten så att denne inkluderas och görs delaktig i hur insatserna ska genomföras.

Det är inte ovanligt att patienter med längre eller återkommande sjukskrivningsperioder har någon form av funktionsnedsättning. Exempelvis kan personer med syn- eller hörselnedsättningar eller med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som inte får sin arbetsplats tillräckligt anpassad drabbas av smärt- och stressjukdomar. Det är i de fallen särskilt viktigt att patienten ges rätt möjligheter att kommunicera och vara delaktig i utformningen av koordineringsinsatserna. Även när det handlar om insatser till unga människor måste informationen ges på ett sätt som är anpassat för deras förutsättningar och behov.

3.2.4 Försäkringsmedicinsk kunskapsförmedling och utveckling av arbetsrutiner bör inte regleras

Många rehabiliteringskoordinatorer arbetar i dag med att bistå vårdenheten med försäkringsmedicinsk kunskap och uppdatering kring nyheter på det området. Koordinatorn fungerar ofta som en expert på området, även om det sällan handlar om intern utbildning. För koordinatorernas del handlar det mer om att samordna utbildningsinsatser på enheten än att ansvara för dem. Vidareutbildning och kompetensutveckling sker framförallt via landstingen centralt och inte genom koordinatorerna. En annan uppgift som ofta ingår i en koordinators arbete är att se över interna arbetssätt och den interna samordningen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet och bidra till att utveckla dessa rutiner. Koordinatorerna arbetar också i viss utsträckning med att ta fram och analysera statistik kring sjukskrivningar. I några av de utvärderingar som gjorts av rehabiliteringskoordinatorernas arbete har det fram-

kommit att den delen av arbetet är värdefull och uppskattad. I överenskommelsen mellan staten och SKL (se avsnitt 2.1.2) ingår sådana villkor vid sidan av koordineringsfunktionen, och landstingen får del av stimulansmedel om de utvecklar arbetet med sådana uppgifter. Enligt överenskommelsen krävs det dock inte att just rehabiliteringskoordinatorerna utför uppgifterna.

Kompetens- och verksamhetsutveckling ingår i landstingens övergripande ansvar för en god hälso- och sjukvård. Vad som krävs i dessa avseenden skiljer sig mellan olika landsting, och det bör som huvudregel inte lagregleras. Koordinatorernas utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården kan sannolikt även fortsättningsvis ha ett stort värde, men landstingen bör själva bedöma vilken förstärkning och utveckling som behövs och på vilket sätt det ska organiseras. Arbetsgruppen föreslår därför inte att koordineringsinsatserna enligt lag ska omfatta sådana uppgifter.

3.2.5 Kompetens för att utföra koordineringsinsatser

EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv[73] styr möjligheterna att reglera kompetens för ett visst yrke. Ett reglerat yrke är enligt direktivet en eller flera former av yrkesverksamhet där det genom lagar och andra författningar direkt eller indirekt krävs bestämda yrkeskvalifikationer för tillträde till eller utövande av verksamheten eller någon form av denna eller att använda en viss yrkestitel. Den övergripande inriktningen är att minska antalet reglerade yrken. Särskilda krav för att utöva yrkesverksamhet ska endast ställas när det finns angelägna skäl för det, som t.ex. patientsäkerhet, konsumentskydd och säkerhet för allmänheten. Sverige har ett antal reglerade yrken inom hälso- och sjukvården. Enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) finns 21 legitimationsyrken som ger särskilda s.k. skyddade yrkestitlar, bl.a. legitimerade läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.[74] För att få legitimation för de reglerade yrkena krävs som regel viss i lag angiven utbildning. Dessa yrken har reglerats efter en intresseavvägning.

[73] Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer

[74] I lagrådsremissen Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer föreslår regeringen ett nytt legitimationsyrke inom hälso- och sjukvården i syfte att öka patientsäkerheten.

För fem av yrkena är legitimationen knuten till en ensamrätt att utöva yrket och det finns arbetsuppgifter som enligt lag eller annan föreskrift enbart får utföras av vissa yrkesgrupper. Som huvudregel regleras dock inte vem som ska utföra olika uppgifter inom hälso- och sjukvården. Av 5 kap. 2 § HSL framgår dock att det där det bedrivs hälso- och sjukvård ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges, och det blir därigenom en fråga för landstingen att säkerställa rätt kompetens.

Arbetsgruppen anser inte att det finns skäl utifrån kraven i EU-direktivet att föreslå vissa kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatserna eller någon annan reglering av yrket. Insatserna ska erbjudas inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och det blir därmed en fråga för respektive arbetsgivare inom vården att avgöra vilken kompetens som krävs för uppgiften. För att kunna utföra uppdraget bedömer arbetsgruppen att det sannolikt krävs en person som har kunskaper om hälso- och sjukvårdsprocesserna, om försäkringsmedicin och om övriga aktörers ansvarsområden.

I dag finns kurser och utbildningar vid vissa universitet och högskolor med relevans för dem som ska arbeta med koordineringsinsatser. Universitet och högskolor har en långtgående frihet att styra över utbildningsutbudet och ansvarar i huvudsak själva för vilka utbildningar som de väljer att ge. Beslut om utbildningsutbud, inriktningar och ämneskombinationer samt dimensionering ska fattas utifrån studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov på nationell nivå. Lärosäten kan inom ramen för sina examenstillstånd erbjuda kurser eller utbildningar som leder till examen. Härigenom har universitet och högskolor möjlighet att erbjuda utbildningar och kurser som det finns ett behov av. Arbetsgruppen anser därför inte att det bör föreslås någon särskild examen för rehabiliteringskoordinatorer.

3.2.6 En ny lag om koordineringsinsatser

För att koordineringsinsatserna till vissa patienter ska bli en obligatorisk uppgift för landstingen krävs att en ny skyldighet för landstingen avseende detta införs i lag. Stödet ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, reglerar landstingens allmänna skyldigheter på hälso-

och sjukvårdsområdet. Lagen innehåller bestämmelser både om insatser som enligt 2 kap. 1 § 1 HSL definieras som hälso- och sjukvård, dvs. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, och om hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation. Koordineringsinsatserna omfattar inte medicinsk behandling eller medicinska utredningar eller bedömningar. Det krävs inte medicinsk utbildning för att utföra insatserna. Arbetsgruppen finner därför att koordineringsinsatserna inte är hälso- och sjukvårdsinsatser enligt definitionen i HSL.

Även om insatserna inte utgör hälso- och sjukvård bör de vara en del av den verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården som organisation. Insatserna är nära förknippade med hälso- och sjukvårdsinsatser och utförs till stor del av eller tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen. Nya uppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamheten skulle kunna regleras i HSL även om de inte ryms inom definitionen av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Avsikten är dock att HSL ska vara en målinriktad ramlag. Arbetsgruppen anser därför inte att det är lämpligt att i HSL reglera en särskild skyldighet att erbjuda individuellt stöd som inte är hälso- och sjukvårdsinsatser till vissa patientgrupper. Det finns inte heller någon annan lämplig lag där skyldigheten kan regleras. Arbetsgruppen föreslår därför att det införs en ny lag som reglerar en skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

Även om skyldigheten att erbjuda koordineringsinsatser regleras i en egen lag och insatserna inte bedöms utgöra hälso- och sjukvård, bör de bestämmelser i HSL som rör hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation omfatta även koordineringsinsatserna som verksamhet.

Den lag som föreslås ska syfta till att ge patienter inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen stöd och möjligheter till att fullfölja den vård och behandling som behövs för att främja återgång till arbetslivet. Lagreglerade skyldigheter för landstingen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet. Det bör därför i så stor utsträckning som möjligt lämnas till landstingen att utforma insatserna utifrån sina förhållanden och behov, så länge insatserna omfattar personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra

aktörer och andra insatser som främjar patientens återgång till arbetslivet.

Ingen rättighetslag

Den föreslagna lagen föreskriver skyldigheter för landstingen att erbjuda insatser till vissa patienter. Det föreslås inte att insatserna ska vara en rättighet för en patient, och avsikten är inte att en bedömning att en patient inte ska erbjudas koordineringsinsatser ska gå att överklaga.

3.3 Information till Försäkringskassan

Förslag: Om en patient kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska landstinget informera Försäkringskassan om det. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.

Skälen för arbetsgruppens förslag: De koordineringsinsatser som landstinget ska tillhandahålla enligt den nya lagen omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. I avsnitt 3.2.2 anges att insatserna inte ska omfatta en skyldighet att utreda och samordna behov som ska tillgodoses av andra aktörer, och inte heller motivationsåtgärder till patienten när det gäller insatser från andra aktörer. Det är i stället en del av Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar enligt socialförsäkringsbalken att klarlägga den försäkrades behov på olika områden och att samordna och driva på insatser hos andra aktörer. I ansvaret ingår också att ge stöd till individen genom sjukskrivningsprocessen.[75] En orsak till att koordinatorer i flera landsting i dag utför sådana uppgifter är sannolikt att det kan vara svårt för Försäkringskassan att identifiera försäkrade som har ett behov av samordning och stöd, och att dessa personer därför inte får det stöd de behöver och har rätt till. Hälso- och sjukvården har ofta en tidig och nära kontakt med patienterna och ser genom sin kartläggning

[75] Se närmare om Försäkringskassans samordningsansvar i avsnitt 2.4.3.

av behov inom hälso- och sjukvården även andra behov som ska tillgodoses av andra aktörer. För att underlätta för Försäkringskassan att få kännedom om vilka personer som kan ha behov av samordningsinsatser bör det därför åligga landstinget att informera Försäkringskassan om det. I annat fall finns det risk för att den enskilde individen faller mellan stolarna och inte får sitt behov av samordning tillgodosett. Arbetsgruppen föreslår att det införs en sådan informationsskyldighet i lagen.

Informationen från landstinget ska inte kräva någon särskild formalia utan bör kunna ske t.ex. genom direktkontakt med handläggaren i den enskilde personens ärende på Försäkringskassan. Försäkringskassan och landstingen bör dock hitta lämpliga rutiner för informationen.

Informationen ska ses som en signal till Försäkringskassan om att det kan finnas anledning att göra en bedömning av behovet av rehabiliteringsåtgärder i ett visst fall. Det är inte landstinget som avgör om en enskild ska få samordningsinsatser från Försäkringskassan. Försäkringskassan har redan i dag en skyldighet att göra sådana bedömningar, och uppgiften är således inte ny för myndigheten. Genom informationsförfarandet bör arbetet med att bedöma behov av samordningsinsatser förenklas för Försäkringskassan. Det främjar också samarbetet och samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och övergången mellan myndigheterna, vilket motverkar så kallat stuprörstänkande och gynnar individen som behöver stöd.

Information till Försäkringskassan om en patients eventuella behov av samordningsinsatser ska endast förekomma i patientens eget intresse, och det ska inte på något vis användas som påtryckningsmedel eller liknande från hälso- och sjukvården. Det föreslås därför att det ska krävas att patienten samtycker till att information lämnas över. Samtycket måste vara informerat så att patienten förstår vad det innebär, och det är avsett att vara sekretessbrytande så att uppgifter kan lämnas från hälso- och sjukvården.

3.4 Andra aktörers ansvar för rehabilitering

Bedömning: Andra aktörers ansvar för rehabiliteringsåtgärder bör inte ändras.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Arbetsgivaren har en avgörande roll när det gäller rehabilitering av sjuka eller skadade arbetstagare. Arbetsgivaren ska anpassa arbetsförhållandena till människors olika förutsättningar och förebygga att arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall. Arbetsgivaren ska ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet och anpassa arbetsförhållandena utifrån det eller vidta andra lämpliga åtgärder. Arbetsgivaren ska också efter samråd med arbetstagaren lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering. Arbetsgivaren ska också medverka till att klarlägga rehabiliteringsbehovet och svara för att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Den 1 juli 2018 träder nya bestämmelser i kraft som innebär att arbetsgivaren ska upprätta en plan för återgång i arbete.[76]

Det har inte framkommit något behov av att ändra arbetsgivarens ansvar vid rehabilitering. Gränserna för arbetsgivarens ansvar i förhållande till hälso- och sjukvården ska således stå fast.

Försäkringskassan ska samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan ska vidare i samråd med den försäkrade se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Om den försäkrade medger det ska Försäkringskassan samverka med arbetsgivaren och arbetstagarorganisationen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen. Försäkringskassan ska också verka för att organisationerna och myndigheterna vidtar de åtgärder som behövs.[77] Enligt förarbetena innebär samordningsansvaret också ett ansvar för att stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och att verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan kan tidigt kontakta den försäkrade och dennes arbetsgivare för att diskutera rehabiliteringsbehov, och processen kan påbörjas så tidigt som det anses lämpligt.[78]

Som redan har nämnts (se avsnitt 3.2) anser arbetsgruppen inte att Försäkringskassans samordningsansvar ska ändras med anled-

[76] 2 och 3 kap. arbetsmiljölagen (1977:1160) och 30 kap. socialförsäkringsbalken. Se vidare i avsnitt 2.4.4.
[77] 30 kap. 8–11 §§ socialförsäkringsbalken.
[78] 30 kap. socialförsäkringsbalken, prop. 1990/91:141 s. 50 f., se vidare avsnitt 2.4.3.

ning av den nya lag som föreslås här. Koordineringsinsatserna som föreslås ska utgöra ett individuellt stöd inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bl.a. innehålla samverkan med arbetsgivaren och andra aktörer. Försäkringskassan ansvarar för att verka för att detta samarbete fungerar, men det kan inte krävas att Försäkringskassan regelmässigt deltar i den direkta kommunikationen mellan de övriga aktörerna. För det fall de olika aktörerna inte tar sitt respektive ansvar är det dock en fråga för Försäkringskassan att se till att åtgärderna vidtas. Koordineringsinsatserna ska ge individen stöd och motivation till att genomföra den planerade rehabiliteringen inom hälso- och sjukvården med fokus på att återgå i arbete. Stöd och råd i den övergripande processen för att den som är sjukskriven ska kunna återgå i arbete är dock även fortsättningsvis en uppgift för Försäkringskassan.

Inte heller andra aktörers ansvar för rehabiliteringsinsatser utanför hälso- och sjukvårdsverksamheten ska inskränkas till följd av den föreslagna lagen. Förutom Försäkringskassans samordningsansvar och arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön och för anpassningar på arbetsplatsen handlar det framförallt om kommunens ansvar för exempelvis bostad, ekonomiska frågor och fungerande förskola och skolgång samt Arbetsförmedlingens ansvar för den som är arbetslös och inskriven vid myndigheten.[79]

3.5 Vilket landsting ansvarar för koordineringsinsatserna?

Förslag: Landstingets ansvar enligt lagen ska omfatta de patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen.

Det som sägs om landsting i den föreslagna lagen ska också gälla för kommuner som inte ingår i ett landsting.

[79] Se vidare i avsnitt 2.4.7 och 2.4.8.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Enligt den föreslagna lagen är det landstingets ansvar att erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd och att informera Försäkringskassan om vissa behov. Landstinget måste därmed försäkra sig om att dessa uppgifter tillgodoses även för patienter som har valt att få vård från en annan vårdgivare än från landstingets egen hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Koordineringsinsatser enligt den föreslagna lagen ska erbjudas de patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § HSL. Det handlar således om patienter som är bosatta eller kvarskrivna inom landstinget eller som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordning (EG) nr 883/2004,[80] och patienter som ges vård av exempelvis en privat vårdgivare enligt avtal med landstinget. Det innebär att en patient som i enlighet med det fria vårdvalet (se 8 kap. 3 § HSL) väljer att få vård i ett annat landsting än det där han eller hon är bosatt inte måste erbjudas insatserna i vårdlandstinget, även om det finns ett särskilt behov av sådana stödinsatser. För att främja kontinuiteten och hålla ihop insatser till enskilda patienter ska dock de berörda landstingen ha rätt att i sådana enskilda fall komma överens om att koordineringsinsatserna ska erbjudas av det landsting som ger vård och behandling med anledning av sjukskrivningen. I praktiken kan det ske genom att ett landsting som behandlar och sjukskriver en patient från ett annat landsting kontaktar hemlandstinget för att komma överens om ansvaret för koordineringsinsatser.

Landstingen ska även i övrigt få avtala med andra, exempelvis privata vårdgivare, om att utföra uppgifterna enligt lagen. Behovet för patienter hos privata vårdgivare kan säkerställas genom att koordineringsuppgiften tas med vid utformningen av regelböcker och förfrågningsunderlag inför avtalsskrivning med privata vårdgivare. Landstingen bör därvid ta hänsyn till att det finns både små och stora privata vårdgivare som har olika förutsättningar när det gäller att organisera nya insatser. I vissa landsting i dag har insatserna i stället samlats hos landstinget, som tillhandahåller dem även till patienter hos privata vårdgivare, vilket också är ett sätt att säkerställa behovet hos samtliga patienter oavsett vem som till-

[80] Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 24 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen

handahåller vården. Landstinget ska ha även ha möjlighet att ingå avtal med privata vårdgivare om att på motsvarande sätt utföra koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs i landstingets regi, om landstinget tycker att det är en lämplig lösning.

Det som sägs om landsting i lagen ska gälla också för kommuner som inte ingår i ett landsting, för närvarande Gotlands kommun.

3.6 Patientsäkerhetslagens och patientskadelagens tillämplighet

Bedömning: Bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientskadelagen (1996:799) bör inte ändras så att de omfattar verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: I patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, finns bestämmelser som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet (1 kap. 1 § PSL). Av förarbetena till lagen framgår att vad som avses med ”därmed jämförlig verksamhet” bl.a. är provtagning, analys eller annan utredning som utgör ett led i bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling och verksamhet vid enheter för rättspsykiatriska undersökningar.[81] I lagen finns bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, tillsyn, frågor om legitimation och straffbestämmelser m.m. Med hälso- och sjukvård i PSL avses verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125) och ett par andra särskilt uppräknade lagar. Lagen kan enligt arbetsgruppens bedömning inte anses tillämplig för sådan verksamhet som föreslås i den nya lagen om koordineringsinsatser.

De åtgärder som avses med koordineringsinsatser är inte medicinska, och inte av sådan karaktär att det finns någon nämnvärd

[81] Prop. 2009/10:210 s. 188.

risk för vårdskador. De frågor som regleras i PSL är således i huvudsak inte relevanta för koordineringsinsatser. Om PSL skulle tillämpas i fråga om verksamhet med koordineringsinsatser skulle det sannolikt krävas att samtliga vårdgivare som tillhandahåller koordineringsinsatser skulle behöva anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och IVO:s tillsynsområde skulle utökas. Arbetsgruppen anser inte att det merarbete som en sådan ordning skulle medföra dels för dem som utför koordineringsinsatser och dels för IVO skulle uppvägas av fördelarna med tillsynen och en tillämpning av PSL. Arbetsgruppen menar därför att PSL inte bör ändras så att den blir tillämplig för koordineringsinsatserna. Detta innebär visserligen en viss svårighet för landstingen och andra vårdgivare i och med att PSL kommer vara tillämplig i vissa fall men inte andra. Arbetsgruppen, som konstaterar att så redan är fallet i vissa delar, anser att den svårigheten inte ska överdrivas och att den inte borde påverka det praktiska arbetet i verksamheterna.

Patientskadelagen (1996:799) innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). Lagen gäller endast skador som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Med hälso- och sjukvård avses i den lagen sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125) eller lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Arbetsgruppens uppfattning är att patientskadelagen inte gäller koordineringsinsatser enligt den lag som föreslås i denna promemoria. Av de skäl som anförs ovan i fråga om PSL anser arbetsgruppen att patientskadelagens bestämmelser inte behöver vara tillämpliga för koordineringsinsatserna.

3.7 Journalföring

Bedömning: Arbetet med att koordinera vården bör dokumenteras. Dokumentationen bör ske genom journalföring gemensamt med övrig dokumentation inom hälso- och sjukvården.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Koordineringsinsatserna kommer behöva följas löpande av dem som utför koordineringen. Det krävs dels för att säkerställa att patienten får del av de insatser som erbjuds, dels för att följa upp utfallet av olika åtgärder men också av andra skäl, på samma sätt som vård och behandling i övrigt behöver dokumenteras. Den vårdpersonal som ger medicinsk vård och behandling bör också kunna följa upp vilken koordinering som erbjudits patienten och hur denna har ställt sig till erbjudandet, vilka koordineringsinsatser som ges och vad som är planerat för att kunna bidra till den samordning som är avsedd. Patienten själv bör ha möjlighet att ta del av uppgifterna. Arbetsgruppen anser därför att det arbete som utförs inom koordineringsverksamheten bör dokumenteras. Dokumentation som innefattar personuppgifter innebär ett visst intrång i den personliga integriteten. Ett tillåtande av det måste alltid föregås av en avvägning av behovet och om nyttan med dokumentation av personuppgifter uppväger det intrång det medför. Mot bakgrund av redovisningen av behovet och nyttan med att dokumentera uppgifter som innehåller personuppgifter i samband med koordinering anser arbetsgruppen att det är befogat att tillåta sådan hantering, även om det innebär ett visst intrång i den enskilde patientens integritet. Se vidare om personuppgiftsbehandlingen i avsnitt 3.8.

I patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, finns bl.a. bestämmelser om journalföring. Enligt 3 kap. 1 § PDL ska det föras patientjournal vid vård av patienter. Syftet med att föra journal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten (3 kap. 2 § PDL). En patientjournal är också enligt andra stycket i samma paragraf en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning. Patientjournalen ska innehålla uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, och de ska bl.a. innehålla uppgifter om identitet, bakgrund till vården, diagnos och vissa åtgärder, vidtagna och planerade åtgärder, information som lämnats och vissa ställningstaganden som gjorts och uppgift om att en patient avstår från viss vård eller behandling (3 kap. 6 § PDL). Patienten har rätt att ta del av journalhandlingens innehåll enligt 8 kap. 2 § PDL.

Verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser kommer till stor del utföras integrerat med hälso- och sjukvården av eller till-

sammans med hälso- och sjukvårdpersonal. Arbetsgruppen anser därför att det mest rimliga är att dokumentation av koordineringen utförs i patientjournalen som förs av hälso- och sjukvården. Därigenom har både personalen och patienten enbart en journal att förhålla sig till och det finns möjlighet att följa koordineringen och sambandet med övrig vård och behandling. Bestämmelserna i PDL om skyldighet att föra patientjournal och övriga bestämmelser kring journalföringen bör därför tillämpas även för koordineringsverksamheten. I avsnitt 3.8 och 3.9 redovisas förutsättningarna för att tillämpa bestämmelser om personuppgiftsbehandling och PDL i koordineringsverksamheten.

3.8 Personuppgiftshantering och dataskydd inom koordineringsverksamheten

Bedömning: Det finns rättslig grund för personuppgiftsbehandling inom verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet. Det bör säkerställas att det finns tydliga och förutsägbara regler för personuppgiftshanteringen och lämpliga säkerhetsåtgärder för hanteringen av känsliga personuppgifter. Patientdatalagens bestämmelser om personuppgiftsbehandling, inre sekretess och elektronisk åtkomst, utlämnande av uppgifter och handlingar och kvalitetsregister bör tillämpas på koordineringsverksamhet.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: I avsnitt 3.7 har arbetsgruppen gjort bedömningen att koordineringsinsatserna bör dokumenteras i patientjournalen och att det kommer innebära behandling av personuppgifter. Insatser för att koordinera vården för en patient handlar till stor del om patientkontakt, samordning av olika insatser inom vården och samverkan med externa aktörer kring en enskild patient. Inom koordineringsverksamhet kommer således personuppgifter behöva hanteras dels för journalföringen och dels för annan administration kring insatserna, såsom vid dialogen med andra aktörer. De uppgifter som kommer behöva hanteras är bl.a. grundläggande identifikationsuppgifter såsom namn, personnummer och kontaktuppgifter till patienten, men också uppgifter om patientens hälsa såsom diagnos, arbetsförmåga,

orsaker till sjukskrivning, sjukskrivningstid samt genomförda och planerade insatser. Även andra uppgifter om sjukskrivningen och den enskilde patientens enskilda förhållanden kan behöva hanteras för att koordineringsinsatserna ska kunna utföras.

För att personuppgiftshanteringen, som innebär ett intrång i den personliga integriteten, ska vara tillåten måste den uppfylla de krav som finns i dataskydds- och personuppgiftsregelverket. När den lag som reglerar koordineringsverksamheten träder i kraft kommer EU:s dataskyddsförordning[82] vara den primära styrande lagstiftningen för personuppgiftsbehandlingen. Dataskyddsförordningen kommer vara direkt tillämplig i Sverige. Som komplettering till förordningen kommer även en ny nationell dataskyddslag gälla för verksamheten, om det inte finns annan särreglering för personuppgiftsbehandlingen i fråga. Landstinget och andra vårdgivare som landstinget har avtalat med om att utföra uppgifter kommer vara personuppgiftsansvariga för personuppgiftsbehandlingen och kommer i den egenskapen behöva bevaka att den behandling som utförs är laglig och korrekt utifrån bestämmelserna i förordningen och i nationell lag.

Enligt dataskyddsförordningen krävs att all personuppgiftsbehandling omfattas av någon av de specifikt angivna rättsliga grunder som anges i förordningen (artikel 6). En av de rättsliga grunderna är att personuppgiftsbehandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e). Grunden för behandlingen ska vara fastställd i enlighet med nationell rätt eller i unionsrätten (artikel 6.3). Regeringen bedömer i propositionen Ny dataskyddslag[83] att alla uppgifter som riksdag eller regering gett i uppdrag åt statliga myndigheter att utföra är att anse som allmänt intresse. Regeringen anför därvid att om uppgifterna inte vore av allmänt intresse skulle myndigheterna inte ha ålagts att utföra dem. På motsvarande sätt menar regeringen i propositionen att även de obligatoriska uppgifter som ålagts kommuner och landsting att utföra är av allmänt intresse i dataskyddsförordningens mening, eftersom det är upp till varje medlemsstat att fastställa de uppgifter som är av allmänt intresse. Vidare menar regeringen att det inte

[82] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.
[83] Prop. 2017/18:105 s. 51–52.

spelar någon roll om den personuppgiftsansvarige är en offentlig eller en privat aktör. Om den uppgift som den personuppgiftsansvarige utför är av allmänt intresse och denna uppgift är fastställd i enlighet med unionsrätten eller den nationella rätten finns en rättslig grund för nödvändig behandling enligt artikel 6.1 e. Det saknar då betydelse om en privat aktör utför verksamheten på direkt uppdrag av en myndighet eller på eget initiativ.

Förslaget till lag om koordineringsinsatser till vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet innehåller obligatoriska uppgifter för landstingen. Arbetsgruppen har i avsnitt 3.1 och 3.2 redovisat skälen till varför det är angeläget att införa sådana obligatoriska uppgifter. Regleringen har bedömts vara proportionell för att nå målet som eftersträvas (se avsnitt 3.1). Bedömningen är därför att uppgiften att tillhandahålla koordineringsinsatser är av allmänt intresse i den mening som avses i dataskyddsförordningen. Det allmänna intresset fastställs genom den nya lagen. Landstingen och de privata aktörer som utför koordineringsinsatser kommer därigenom ha en rättslig grund för att behandla personuppgifter vid koordineringsinsatserna. För att personuppgiftsbehandlingen ska vara tillåten krävs därutöver att landstingen och andra utförare tillämpar dataskyddsförordningens allmänna bestämmelser om personuppgiftshantering. Det handlar bl.a. om principerna i artikel 5. Principerna innebär bl.a. att uppgifterna ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt i förhållande till den registrerade, att uppgifterna ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål, att uppgifterna ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas och att de ska vara korrekta och om nödvändigt uppdaterade. Vidare krävs bl.a. att uppgifterna behandlas med integritet och konfidentialitet.

Som redogjorts för ovan kommer personuppgifter om människors hälsa behöva hanteras inom verksamhet med koordineringsinsatser. När det gäller behandling av uppgifter om en persons hälsa är huvudregeln att sådan behandling är förbjuden (artikel 9.1 dataskyddsförordningen), även om det finns en rättslig grund enligt artikel 6. Det finns dock en rad undantag från förbudet, som möjliggör behandling av uppgifter om hälsa och andra sådana så kallade känsliga personuppgifter. Enligt ett av undantagen (artikel 9.2 h) får behandling av känsliga personuppgifter ske om behand-

lingen är nödvändig av skäl som hör samman med bl.a. förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin, tillhandahållande av hälso- och sjukvård och behandling på grundval av unionsrätten eller den nationella rätten, eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. Undantaget gäller under förutsättning att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare som omfattas av tystnadsplikt. Det krävs enligt dataskyddsförordningen att behandlingen av känsliga personuppgifter är nödvändig. Med nödvändig avses inte att uppgiften inte går att utföra utan personuppgiftshanteringen, utan behandlingen kan anses nödvändig om den leder till effektivitetsvinster. Regeringen har uttalat att det i dagsläget mer eller mindre regelmässigt anses vara nödvändigt att använda tekniska hjälpmedel och därmed behandla personuppgifter på automatisk väg, eftersom en manuell informationshantering inte utgör ett realistiskt alternativ för vare sig myndigheter eller företag.[84] Arbetsgruppen bedömer att personuppgiftsbehandling av koordineringsinsatserna ryms inom undantaget i artikel 9.2 h eftersom insatserna kommer utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och den personuppgiftsbehandling som kommer behövas kommer vara nödvändig av skäl som hör samman med hälso- och sjukvård och även yrkesmedicin.

För att känsliga personuppgifter ska få hanteras inom hälso- och sjukvårdsverksamhet krävs också enligt dataskyddsförordningen att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en person som omfattas av tystnadsplikt enligt gällande rätt. Bestämmelser om tystnadsplikt för personer verksamma inom hälso- och sjukvården finns när det gäller landstinget i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Arbetsgruppen bedömer i avsnitt 3.11 att 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen omfattar även verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser. Det innebär att tystnadsplikt kommer gälla för dem som arbetar med koordineringsinsatserna inom landstingens hälso- och sjukvård. När det gäller privata vårdgivare regleras tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Arbetsgruppen föreslår i avsnitt 3.11 att dessa bestämmelser om tystnadsplikt ska gälla även för personal som arbetar med koordineringsinsatser inom enskilt bedriven verksamhet. Den

[84] Prop. 2017/18:105 s. 47.

tystnadsplikt som enligt dataskyddsförordningen krävs för behandling av känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvård kommer därmed att vara reglerad för alla som arbetar med koordineringsinsatserna.

Dataskyddsförordningen är som tidigare nämnts direkt tillämplig i Sverige, och enligt de bedömningar som gjorts ovan kommer den personuppgiftshantering som krävs inom koordineringsinsatserna vara tillåten. Förordningen ställer inte krav på att de särskilda ändamålen för personuppgiftshantering eller förutsättningar i övrigt fastställs i nationell rätt, men det finns inte heller något som hindrar att detta görs om bestämmelserna uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionellt mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket). I skäl 41 till dataskyddförordningen anges att den rättsliga grunden bör vara tydlig och precis och dess tillämpning förutsägbar för personer som omfattas av den. I PDL regleras vårdgivares personuppgiftshantering inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Regeringen har i lagrådsremissen Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde - en anpassning till EU:s dataskyddsförordning bedömt att registerförfattningar och ändamålsbestämmelser på Socialdepartementets område bör finnas kvar och komplettera dataskyddsförordningen när den träder i kraft. Vårdgivare kommer således att behöva tillämpa både dataskyddsförordningen och kompletterande bestämmelser i PDL och dataskyddslagen. Arbetsgruppen anser att bestämmelserna om personuppgiftsbehandling i PDL bör omfatta koordineringsinsatser och andra uppgifter enligt den nya lagen. Därigenom blir det tydligt och förutsebart både för dem som ska utföra uppgifterna och för registrerade vilken behandling av personuppgifter som är tillåten. Det innebär visserligen att koordineringsinsatser ska anses vara vård i PDL:s mening, men inte i hälso- och sjukvårdslagens, patientsäkerhetslagens eller patientskadelagens mening, vilket kan innebära vissa oklarheter för vårdpersonalen. Alternativet är dock att föreslås en egen registerlag för koordineringsinsatserna, eller enbart låta dataskyddsförordningen och dataskyddslagen vara tillämpliga för personuppgiftsbehandling inom koordineringen. Arbetsgruppens bedömning är att det skulle vara ännu mer otydligt för tillämpare inom hälso- och sjukvården att ha olika regelverk att förhålla sig till när det gäller personuppgiftsbehandlingen.

PDL innehåller bestämmelser om att alla personuppgifter, även känsliga, får behandlas under vissa förutsättningar. Personuppgifter får enligt 2 kap. 4 § PDL behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för

- att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. patientdatalagen och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter,
- administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall,
- att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning,
- att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten,
- administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten, eller
- att framställa statistik om hälso- och sjukvården.

Arbetsgruppen har i avsnitt 3.7 bedömt att koordineringsverksamheten bör journalföras. Personuppgiftshantering för att föra journal är ett tillåtet ändamål enligt PDL. Övriga åtgärder inom koordineringsverksamheten som kommer kräva personuppgiftsbehandling är att ge stöd till patienten, att samordna insatser internt, att samverka externt med andra aktörer och att ge information till Försäkringskassan om en enskild patients behov av rehabiliteringsåtgärder enligt socialförsäkringsbalken. Under förutsättning att koordineringsverksamheten ska anses utgöra vård i PDL:s mening ryms sådan personuppgiftshantering inom ändamålet som anges i andra strecksatsen i 2 kap. 4 § PDL, nämligen behandling som behövs för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall. Administration ska enligt arbetsgruppens bedömning i det här sammanhanget inte förstås i alltför snäv betydelse utan bör omfatta olika göromål som krävs för vården av en patient. Ändamålsbestämmelsen i PDL fyller således enligt arbetsgruppens bedömning de behov som finns i fråga om att tillåta personuppgiftsbehandling i samband med koordineringsinsatser och behöver

inte ändras. Se vidare i avsnitt 3.9 om att göra PDL tillämplig på koordineringsverksamheten.

Sökbegränsningar, andra skyddsåtgärder samt nationella kvalitetsregister

Vid all behandling av känsliga personuppgifter är det särskilt viktigt att reglera och begränsa hanteringen för att minska integritetsintrånget och risker för skador. I 2 kap. 8 § PDL finns begränsningar i fråga om känsliga personuppgifter som sökbegrepp. I PDL finns också grundläggande bestämmelser om inre sekretess och elektronisk åtkomst. Begränsningarna utgör enligt arbetsgruppens mening lämpliga skyddsåtgärder för behandlingen av känsliga personuppgifter även inom koordineringsverksamheten. Även bestämmelserna om kvalitetsregister bör gälla för koordineringsverksamheten på samma sätt som för övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

3.9 Patientdatalagen ska omfatta även koordinering

Förslag: Patientdatalagen ändras så att definitionen av hälso- och sjukvård i den lagen ska omfatta även verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser till vissa patienter, så att patientdatalagen blir tillämplig i sin helhet. I lagen om koordineringsinsatser ska det anges att patientdatalagen är tillämplig vid utförande av uppgifter enligt lagen.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Arbetsgruppen har i avsnitt 3.7 och 3.8 bedömt att bestämmelser om journalföring, om personuppgiftshantering och patientdata i övrigt i patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, bör tillämpas på verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser till vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet. Enligt 1 kap. 1 § PDL ska lagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samt i tillämpliga delar även uppgifter om avlidna personer. Hälso- och sjukvård definieras i 1 kap. 3 § PDL som verksamhet enligt vissa lagar. Genom att ändra definitionen så att även lagen om koordineringsinsatser nämns blir PDL tillämplig för

koordineringsverksamheten. Arbetsgruppen föreslår en sådan ändring.

I 3 kap. 3 § PDL regleras vilka som är skyldiga att föra patientjournal. Det gäller framförallt den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke inom hälso- och sjukvården, den som utan att ha legitimation utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av vissa särskilt uppräknade hälso- och sjukvårdsyrken och den som är kurator i den allmänna hälso- och sjukvården. Den personal som ska arbeta med koordinering kommer inte nödvändigtvis ingå i någon av dessa grupper. För det fall koordineringen utförs av någon annan bör det åligga verksamhetschefen att säkerställa att skyldigheten att föra patientjournal utförs i enlighet med PDL. Arbetsgruppen ser därför inte att det finns skäl att ändra i bestämmelsen i PDL så att den som utför koordineringsinsatser i det enskilda fallet omfattas av skyldigheten att föra patientjournal, om inte denne redan ingår i någon av kategorierna.

I 6 kap. PDL finns bestämmelser om sammanhållen journalföring och enligt 1 § i kapitlet får en vårdgivare under vissa förutsättningar ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare. Patienten har enligt 2 § inflytande över vilka uppgifter som får göras tillgängliga för andra vårdgivare. Koordineringsverksamhet kommer bl.a. innebära samordning av olika insatser till patienten. Patienten kan få vård från olika vårdgivare, och det är därför betydelsefullt att en vårdgivare kan ta del av vilka koordineringsinsatser en patient får eller har erbjudits. Bestämmelser om sammanhållen journalföring bör därför gälla även för koordineringsverksamheten. Patientens rättigheter när det gäller att begränsa tillgången till uppgifter i journalen bör gälla även denna verksamhet.

En journalhandling ska bevaras minst tio år enligt 3 kap. 17 § PDL. Detta bör gälla även för uppgifter i journalen om koordinering. Även övriga skyddsbestämmelser är det gäller journalföring i PDL, såsom regler om omhändertagande och återlämnande av patientjournal i 9 kap. och om överklagande i 10 kap. bör omfatta koordineringsinsatserna. Det finns ingen anledning att särskilja koordinering från annan verksamhet inom hälso- och sjukvården i dessa avseenden, utan en gemensam reglering gör tillämpningen mer förutsägbar både för patienten och för vården.

3.10 Personuppgiftshantering och dataskydd hos andra aktörer

Bedömning: Det finns inte behov av ändring i andra registerförfattningar än patientdatalagen.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Även andra aktörer kan behöva hantera personuppgifter, även känsliga sådana, med anledning av den samverkansskyldighet som föreslås i avsnitt 3.2.1 och informationsskyldigheten i avsnitt 3.3. Dessa aktörer måste på samma sätt som hälso- och sjukvården ha laglig rätt att hantera uppgifterna. Arbetsgruppen har i avsnitt 3.7 beskrivit den dataskyddsreglering som kommer gälla när lagen om koordineringsinsatser träder i kraft och vilken laglig grund för behandling av personuppgifter som myndigheter bedöms ha.

Regeringen har föreslagit en ny lag om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen). I 1 kap. 6 § i den föreslagna dataskyddslagen anges att om en annan lag eller en förordning innehåller någon bestämmelse som avviker från den lagen, tillämpas den bestämmelsen.[85] Det innebär att om det inte finns bestämmelser som avviker från dataskyddslagen, så ska dataskyddslagen tillämpas. Sådan personuppgiftshantering som inte kan förutses, till exempel då en myndighet tar emot personuppgifter men inte har något pågående ärende, regleras normalt inte i särskilda registerförfattningar. Det innebär att dataskyddslagen ska tillämpas i de situationerna. Enligt 3 kap. 3 § 1 i den föreslagna dataskyddslagen får känsliga personuppgifter behandlas av en myndighet med stöd av artikel 9.2 g i EU:s dataskyddsförordning om uppgifterna har lämnats till myndigheten och behandlingen krävs enligt lag. Vid behandling som sker enbart med stöd av den paragrafen är det förbjudet att utföra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter. Arbetsgruppens bedömning är att det därigenom finns laglig grund för myndigheter att hantera personuppgifter som lämnas till dem från hälso- och sjukvården även i de fall myndigheten inte har något pågående ärende.

[85] Prop. 2017/18:105

När det gäller koordinatorernas samverkan med andra aktörer inom ramen för pågående ärenden hos den aktören kommer hanteringen av personuppgifter ofta ske med stöd av sektorsspecifika bestämmelser. Övriga aktörers ansvar för insatser ändras inte genom förslagen i denna promemoria. När det gäller t.ex. samverkan med Arbetsförmedlingen, så är avsikten att den ska ske inom ramen för Arbetsförmedlingens arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering enligt 11 § förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten., och i fråga om kommunerna ska samverkan framförallt ske inom deras socialtjänstärenden. Arbetsförmedlingen har redan i dag laglig grund för att behandla personuppgifter inom sina rehabiliteringsärenden och kommunen har rätt att hantera personuppgifter bl.a. enligt lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. I och med att övriga aktörers ansvarsområden inte ändras bedömer arbetsgruppen att det inte behövs någon ytterligare reglering som fastställer rättslig grund för personuppgiftsbehandlingen hos samverkande myndigheter.

När det gäller Försäkringskassans mottagande av information om en enskild persons behov av rehabiliteringsåtgärder enligt socialförsäkringsbalken (SFB) gör arbetsgruppen följande bedömning. Förutsättningarna för försäkringskassan att behandla personuppgifter automatiserat är reglerade i 114 kap. SFB. När lagen om koordineringsinsatser träder i kraft kommer dessutom EU:s dataskyddsförordning utgöra gällande rätt (se avsnitt 3.8). Enligt 114 kap. 7 § 2 SFB får Försäkringskassan behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades eller annans rättigheter eller skyldigheter i fråga om förmåner och ersättningar som handläggs av Försäkringskassan ska kunna bedömas eller fastställas. Enligt fjärde punkten i samma paragraf får personuppgifter behandlas för att handlägga ärenden. Känsliga personuppgifter får behandlas om uppgifterna lämnats till myndigheten i ett ärende eller är nödvändiga för handläggningen av ett ärende (114 kap. 11 § första stycket). Uppgifter om hälsa får därutöver behandlas om det är nödvändigt för det ändamål som anges i 114 kap. 7 § 2. Rehabiliteringsåtgärder utgör en förmån enligt socialförsäkringsbalken (se avsnitt 2.4.2). De patienter som ska ges koordineringsinsatser enligt den nya lagen och som således kan komma i fråga för

informationsöverlämningen är sjukskrivna i någon form. De torde således som regel ha ett pågående ärende hos Försäkringskassan. Arbetsgruppens bedömning är att redovisade bestämmelser i 114 kap. SFB är tillräckliga för att Försäkringskassan ska ha laglig grund för att ta emot och hantera information om en enskild persons eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder elektroniskt.[86] Sådan behandling är enligt arbetsgruppens bedömning både nödvändig och proportionerlig i förhållande till ändamålet. För det fall information lämnas om en person som inte har ett pågående ärende, eller inte omfattas av något av övriga ändamål i 114 kap. SFB, ska Försäkringskassan tillämpa den föreslagna nya dataskyddslagen på det sättet som redovisas ovan i detta avsnitt.

Arbetsgruppen bedömer sammanfattningsvis att det inte finns behov av ändringar i någon annan registerförfattning än PDL.

3.11 Sekretess

Förslag: Den som arbetar eller har arbetat med koordineringsinsatser inom enskilt bedriven verksamhet ska omfattas av bestämmelserna om tystnadsplikt m.m. i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Bedömning: Sekretessbestämmelserna i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) bör inte ändras.

Skälen för arbetsgruppens förslag och bedömning: Verksamhet med koordineringsinsatser kommer innefatta hantering av uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Det är därför nödvändigt att uppgifterna omfattas av samma sekretess som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheten i övrigt.

Sekretess gäller enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den

[86] Enligt förslag i regeringens lagrådsremiss Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning kommer redovisade bestämmelser inte ändras i sak.

enskilde eller någon närstående till denne lider men. I förarbetena anfördes i fråga om tillämpningsområdet för paragrafen att det centrala området är den slutna och öppna sjukvården. Även den förebyggande medicinska hälsovården, t.ex. den som bedrivs vid mödra- och barnavårdscentralerna och inom den psykiska barn- och ungdomsvården omfattas, liksom tandvården. Med hälso- och sjukvård i paragrafen avses inte bara den som bedrivs i organisatoriskt självständiga former utan också den som utgör inslag i annan förvaltning, t.ex. inom skolväsendet, socialtjänsten, kriminalvården eller försvarsmakten. Av förarbetena följer vidare att den personal för vilken sekretessen gäller i första hand är medicinsk personal, men inom den organisatoriskt självständiga hälso- och sjukvården kommer sekretessen emellertid även att gälla annan personal än sådan som räknas till medicinalpersonal, t.ex. förtroendemän inom sjukvårdsstyrelse eller sjukhusdirektion, ledamöter, som inte är läkare, i nämnd som avses i lagstiftningen om omhändertagande av psykiskt sjuka. Vidare omfattas enligt förarbetena, under förutsättning att de är i allmän tjänst, t.ex. arbetsterapeuter, bandagister, laboratorieingenjörer, logopeder, läkarsekreterare, psykologer, sjukhusfysiker, sjukvårdsbiträden samt skriv- och ambulanspersonal av sekretessen.[87] Regeringsrätten har i ett rättsfall från 1983 ansett att sekretessen omfattade ett ärende som rörde bidrag till sjukvård utomlands.[88] Mot bakgrund av rättsfallet och uttalandena i förarbetena om personal inom den organisatoriskt självständiga hälso- och sjukvården gör arbetsgruppen bedömningen att uttrycket ”inom hälso- och sjukvården” i 25 kap. OSL inte är begränsat till att gälla enbart verksamhet där medicinska insatser ges, utan omfattar även de delar av alla insatser som utförs inom den offentliga hälso- och sjukvårdsverksamheten där insatser som inte är att anse som hälso- och sjukvård utförs. Koordineringsinsatser enligt den nya lagen ska utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och arbetsgruppen bedömer därför att den verksamheten omfattas av sekretessen i 25 kap. OSL. Det behövs därför inte någon ändring i OSL.

Koordineringsinsatser kan även utföras inom enskilt bedriven verksamhet. Det handlar i första hand om privata vårdgivare som

[87] Prop. 1979/80:2 Del A sida 165 ff.
[88] RÅ 1983 2:4.

genom avtal med landstingen tillhandahåller hälso- och sjukvård. I 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) finns bestämmelser om bl.a. tystnadsplikt inom enskild vårdverksamhet. Enligt 12 § får den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Tystnadsplikten gäller även i förhållande till patienten själv, om det med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten. Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får enligt 6 kap. 13 § inte heller obehörigen röja en uppgift från en enskild om någon annan persons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att det finns en risk för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till uppgiftslämnaren utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs. Enligt 16 § i samma kapitel får den som, utan att höra till hälso- och sjukvårdspersonalen, till följd av anställning eller uppdrag eller på annan liknande grund deltar eller har deltagit i enskilt bedriven hälso- och sjukvård inte obehörigen röja vad han eller hon därvid fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Den som arbetar med koordinering av vård till patienter kommer att få del av uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga uppgifter. Arbetsgruppen anser därför att 6 kap. 12, 13 och 16 §§ även ska omfatta den som arbetar eller har arbetat med verksamhet enligt den förslagna lagen om koordineringsinsatser och föreslår därför att det förs in en sådan bestämmelse i lagen. Det finns dock inte anledning att tillämpa bestämmelserna om förbud att röja uppgifter om en viss varas tillverkning eller innehåll i 6 kap. 14 § eller om skyldighet att lämna viss information i 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen för personal som arbetar med koordineringsverksamhet, eftersom de inte kommer hantera sådan information.

Det är av avgörande betydelse att den som arbetar med koordineringsinsatserna har tillgång till journaler och möjlighet att behandla personuppgifter. I förarbetena till 25 kap. 1 § OSL anges att skaderekvisitet medger att en uppgift lämnas från en läkare till en annan eller från en vårdinrättning till en annan, om det behövs i rent vårdsyfte. Vidare anförs det att visst utrymme även finns att

lämna uppgifter till en annan vårdsektor i syfte att bistå en patient (prop. 1979/80:2 Del A s. 168). Uppgifter som omfattas av bestämmelser om sekretess får även lämnas ut om det sker med samtycke av patienten (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL). I förarbetena till patientdatalagen (2008:355) anförde regeringen efter en redovisning av uttalanden i andra förarbeten och utredningsbetänkanden att det inte finns någon sekretessgräns mellan hälso- och sjukvårdsverksamheter som bedrivs inom samma myndighet.[89] Mot bakgrund av ovanstående och med tanke på att koordineringsinsatserna utförs inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och har till syfte att bistå patienten, bör den personal som ska ge stödinsatser enligt den nya lagen kunna ta del av uppgifter om patienten utan hinder av sekretess, under förutsättning att det är befogat i det enskilda fallet och tillåtet enligt patientdatalagen.

3.12 Ikraftträdande

Förslag: Den föreslagna lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet ska träda i kraft den 1 januari 2019. Även den ändring som görs i patientdatalagen ska träda i kraft den 1 januari 2019.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Arbetsgruppen föreslår att den nya lagen och ändringen i patientdatalagen ska träda i kraft den 1 januari 2019. De rehabiliteringskoordinatorer som arbetar i dag finansieras till stor del av stimulansmedel enligt överenskommelsen mellan staten och SKL. Överenskommelsen gäller till och med 2018, och det är därför lämpligt att de obligatoriska skyldigheterna träder i kraft i anslutning till utgången av överenskommelsen.

[89] Prop. 2007/08:126 s. 162 ff.

3.13 Utvärdering av de nya koordineringsinsatserna

Bedömning: En utvärdering bör genomföras en viss tid efter att den nya lagen har trätt i kraft. I utvärderingen bör ingå en granskning och analys av konsekvenser och effekter av de nya koordineringsinsatserna och om det finns behov av att utveckla dem.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Syftet med förslag och bedömningar i denna promemoria är att de nya koordineringsinsatserna ska ge stöd till patienter för att de ska kunna återgå till arbetslivet. Det kan sannolikt bidra till att minska ohälsan och sjukfrånvaron. Rehabiliteringskoordinatorer har redan arbetat i landstingen under en tid, och erfarenheterna har varit positiva i flera avseenden. Påverkan på sjukfrånvaron och återgång i arbete har påvisats i viss omfattning. Ett antagande för införandet av den nya lagen är att insatserna kommer ha allt större effekt på sjukfrånvaron ju mer etablerat och fast förankrat i hälso- och sjukvårdsverksamheten som arbetssättet blir. Detta behöver följas upp och utvärderas inom viss tid. Det handlar bl.a. om att analysera hur patienterna uppfattar insatserna och i vilken utsträckning stödet genom sjukskrivningsprocessen gör att de kan återgå till arbetslivet. Det handlar också om att se hur sjukfrånvaron påverkas av koordineringsinsatserna och hur kostnaderna för landstingen påverkas samt hur kontakterna med andra aktörer utvecklas och vad de leder till. Även den nya informationsskyldigheten till Försäkringskassan bör utvärderas.

4 Konsekvenser

4.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett inskränkningen. Bestämmelsen innebär att det krävs en proportionalitetsprövning vid inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

De nya skyldigheterna att erbjuda koordineringsinsatser och att informera Försäkringskassan i vissa fall som föreslås för landstingen i denna promemoria innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningarna bedöms vara motiverade för att nå syftet med insatserna, dvs. att ge patienten stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för att främja återgång till arbetslivet. Detta syfte bedöms inte kunna uppnås på ett för den kommunala självstyrelsen mindre ingripande sätt (se angående alternativa lösningar i avsnitt 3.1). Arbetsgruppen anser att förslagens inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen.

4.2 Konsekvenser för patienter i hälso- och sjukvården

Förslaget om införande av en ny lag med skyldigheter för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att återgå till arbetslivet medför en ny form av stöd till patienter. Flera undersökningar och utvärderingar av arbetet med rehabiliteringskoordinatorer visar på positiva erfaren-

heter för patienterna av sådant stöd. De känner sig tryggare med en person som stöttar dem genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och en ökad upplevd livskvalitet har kunnat visas i en studie i Stockholms läns landsting[90]. Den nya skyldigheten för landstingen att informera Försäkringskassan om enskilda som kan ha behov av rehabiliteringsåtgärder bör leda till att fler personer får rätt stöd från rätt aktör.

Koordineringsinsatserna utgör inte hälso- och sjukvård enligt definitionen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Insatserna, som ska särskiljas från de medicinska insatserna, ska därför inte omfattas av den prioriteringsordning som gäller för hälso- och sjukvården. Koordineringsinsatserna finansieras fullt ut enligt finansieringsprincipen. Därmed bör undanträngningseffekter kunna undvikas.

4.3 Konsekvenser för landstingen

Landstingen har ansvar för att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård. I förslaget till ny lag som presenteras i avsnitt 3 anges att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till vissa patienter. Däri ingår en skyldighet för landstingen att samverka med andra aktörer i fråga om rehabilitering tillbaka till arbete. Det föreslås också en skyldighet att informera Försäkringskassan om patienter som kan ha behov av rehabiliteringsåtgärder i form av samordning. Dessa förslag innebär nya obligatoriska uppgifter för landstingen. Konsekvenserna av det är bl.a. att landstingen måste utforma och organisera insatserna så att de uppfyller kraven i lagen. Alla landsting har redan i dag koordineringsinsatser i någon form som i stor utsträckning omfattar det som krävs, även samverkan med andra aktörer. De praktiska konsekvenserna är därför mer begränsade än när helt nya funktioner och insatser ska införas. Det som är helt nytt för landstingen är skyldigheten att informera Försäkringskassan. Det krävs att landstingen hittar lämpliga former för informationsgivningen, och det föreslås inga regler för hur det ska gå till.

[90] Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017

Rehabiliteringskoordinatorer deltar för närvarande i arbetet med att ta fram och utveckla rutiner i frågor som rör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Koordinatorerna bistår med försäkringsmedicinsk kunskap och medverkar till att organisera och samordna kompetensutvecklande insatser. De har även uppgifter som handlar om statistikuppföljning på vårdenheten. Syftet med förslagen i denna departementspromemoria är inte att främja det arbetet inom hälso- och sjukvården. Dessa uppgifter omfattas därför inte av de obligatoriska kraven på koordineringsinsatserna. Landstingen har ansvar för att organisera sin verksamhet och se till att det finns den kompetens som krävs på vårdenheterna. Konsekvensen av förslaget i det avseendet blir därför att varje landsting måste ta ställning till i vilken utsträckning det behövs utveckling av sjukskrivnings- och rehabiliteringsrutiner, kompetensutveckling inom försäkringsmedicin och statistikuppföljning och hur de uppgifterna ska utföras. Det är sannolikt även fortsättningsvis en lämplig ordning att koordinatorerna deltar i det arbetet, men det är inte ett krav som ställs i den nya lagen.

Det har i flera studier som redovisats i avsnitt 2.3 framkommit att läkare och annan vårdpersonal avlastas genom det arbete som utförs av rehabiliteringskoordinatorerna. Det gäller inte minst genom kartläggningen av den enskildes behov som även läkaren kan ha nytta av i sin vårdplanering, och det motivationsstärkande arbete som koordinatorn genomför tillsammans med patienten. I och med att koordineringsinsatserna blir obligatoriska för landstingen, bör det innebära en viss permanent avlastning för övrig vårdpersonal.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen redovisas i avsnitt 4.1 och de ekonomiska konsekvenserna för landstingen beskrivs i avsnitt 4.15.

4.4 Konsekvenser för arbetsgivare

Arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetsförhållandena och för rehabiliteringsverksamhet för anställda förändras inte genom förslagen. Arbetsgruppen bedömer dock att koordineringsinsatserna inom hälso- och sjukvårdsverksamheten medför en förenkling för arbetsgivaren såtillvida att det finns en kontaktväg in till vården

när det gäller enskilda arbetstagare som är sjukskrivna. Arbetsgivaren ges också bättre möjlighet att diskutera de medicinska förutsättningarna för anpassningar i det enskilda fallet om patienten medger det. Det bör kunna bidra till tidigare och mer exakta anpassningar.

Det kan antas att koordineringsinsatserna leder till minskad sjukfrånvaro ju mer etablerad funktionen blir. Det innebär att arbetsgivare på sikt har färre sjukskrivna arbetstagare.

4.5 Konsekvenser för Försäkringskassan

Förslaget i denna departementspromemoria innebär ingen förändring av Försäkringskassans samordningsansvar eller ansvar i övrigt. Samordningsansvaret omfattar bl.a. klarläggande av rehabiliteringsbehov, stöd och initiering av åtgärder hos olika aktörer. Landstinget föreslås få en skyldighet att informera Försäkringskassan om vilka enskilda personer som kan ha sådana behov. Informationsmottagandet kommer knappast vara en betungande uppgift för Försäkringskassan, utan kommer snarare innebära att samordningsuppdraget förenklas genom att de försäkrade som har ett behov av samordningsinsatser lättare kan upptäckas. Vidare är det arbetsgruppens bedömning att Försäkringskassans arbete med att klarlägga och bedöma rehabiliteringsbehoven kommer att underlättas genom att de behov som ska tillgodoses inom hälso- och sjukvården blir tydligt utredda och omhändertagna i och med koordineringsinsatserna. Samordningsansvaret är en uppgift som redan i dag vilar på Försäkringskassan. Det föreslås inte några nya uppgifter utöver mottagandet av information från vården, vilket inte bedöms leda till ekonomiska konsekvenser för myndigheten.

4.6 Konsekvenser för Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingens ansvar för insatser förändras inte genom förslaget. Genom den skyldighet att samverka med andra aktörer som landstingen föreslås få och som utgör en del av koordineringsinsatserna, kommer Arbetsförmedlingen att ha kontakter med vården i fråga om enskilda personer som är sjukskrivna. Detta bör underlätta arbetet med att vidta rätt insatser.

4.7 Konsekvenser för kommunerna

Kommunerna ansvarar för enskildas behov framförallt enligt socialtjänstlagen. Det ansvaret förändras inte genom förslagen i denna departementspromemoria. Kommunerna får genom den samverkansskyldighet som ingår i koordineringsinsatserna en kontaktväg in i vården, för att med patientens medgivande kunna diskutera de behov som finns i fråga om rehabilitering tillbaka till arbete. Detta borde underlätta kommunernas arbete.

4.8 Konsekvenser för företag

Konsekvenserna för företag i egenskap av arbetsgivare har beskrivits ovan i avsnitt 4.4. Förslaget berör också företag som är privata vårdgivare. Enligt den föreslagna lagen ska landstingen erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av det. Det innebär att landstingen måste säkerställa att patienter hos de privata vårdgivarna också får del av koordineringsinsatser. Sannolikt kommer detta ske genom de vårdavtal som landstingen ingår med privata vårdföretag. Privata vårdföretag kan också genom avtal överta landstingets uppgift att utföra koordineringsinsatser.

4.9 Konsekvenser för jämställdhet

Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Utifrån det har regeringen tagit fram sex delmål, bl.a. att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor (jämställd hälsa), att mäns våld mot kvinnor ska upphöra och att kvinnor och män ska ha samma möjligheter att vara ekonomiskt självständiga.

Sjukfrånvaron är högst, och har ökat mest, för kvinnor. Ökningen beror huvudsakligen på psykisk ohälsa. Ett antal studier har indikerat att bakomliggande social problematik kan vara en orsak till nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning, och Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att våld i nära relationer ofta leder till sjukskrivning. Det kan således antas att en viss del av sjukskrivningarna bland män, men framförallt bland kvinnor, orsakas av

våld i nära relationer. För att få mer kunskaper i dessa frågor har Inspektionen för socialförsäkringen fått ett uppdrag från regeringen att analysera förekomsten av social problematik, exempelvis våld i nära relationer och olika former av beroenderelaterade problem, som orsak till nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning.[91]

Mot bakgrund av betydelsen av att väga in jämställdhetsfrågor i allmänhet och frågor om våld i nära relationer i synnerhet som faktorer bakom ohälsa och sjukfrånvaro, ingår dessa frågeställningar som integrerade villkor i samtliga insatsområden i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018. Det gäller således även i villkoret om att utveckla en funktion för koordinering. Syftet med att ha med dessa aspekter i överenskommelsen är att verka för att jämställdhet och frågor om våld i nära relationer ska vara integrerade delar i landstingens kvalitetsarbete med sjukskrivning och rehabilitering.

De koordineringsinsatser som föreslås av arbetsgruppen ska utformas som individuellt stöd till den enskilde patienten. Jämställdhetsaspekterna kommer därför behöva beaktas i varje enskilt fall där det kan vara relevant. Den medvetenhet om frågorna som har främjats genom överenskommelsen bör kunna fortsätta genomsyra koordineringsinsatserna, vilket bidrar till uppfyllelsen av delmålen och det övergripande jämställdhetspolitiska målet.

När det gäller delmålet att kvinnor och män ska ha samma möjligheter att vara ekonomiskt självständiga gör arbetsgruppen följande bedömning. För individen medför sjukskrivning lägre inkomster och ökad risk för att permanent slås ut från arbetsmarknaden med sjukersättning. Att minska sjukskrivning mellan kvinnor och män är således angeläget för att regeringens mål om ekonomisk jämställhet mellan kvinnor och män ska kunna uppnås.

Koordineringsinsatserna bedöms leda till snabbare återgång i arbete och minskad sjukfrånvaro för de patientgrupper som får del av dem. Eftersom kvinnor är sjukskrivna i större omfattning än män är det rimligt att anta att koordinatorfunktionen särskilt gynnar kvinnor.

Sammantaget bedöms koordineringsinsatserna bidra till att skillnaderna i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män minskar. Den

[91] Uppdraget ska redovisas den 3 maj 2018.

nya lagen bedöms därför bidra till ökad ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män.

4.10 Konsekvenser för de integrationspolitiska målen

Målet för integrationspolitiken är lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund.

Koordineringsinsatserna ska erbjudas alla patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd, oavsett etnisk eller kulturell bakgrund. Insatserna ska utformas individuellt och tillsammans med den enskilde patienten, vilket innebär att de ska anpassas till behoven och förutsättningarna hos den enskilde. Syftet är att patienten ska kunna återgå i arbete. Att kunna arbeta är en viktig del i integrationen. Koordineringsinsatserna bör således sammantaget kunna påverka uppfyllelsen av det integrationspolitiska målet i positiv riktning.

4.11 Konsekvenser för brottsligheten

Arbetsgruppen bedömer att förslaget inte har några särskilda konsekvenser för brottsligheten.

4.12 Konsekvenser för barn

De patienter som får del av koordineringsinsatser ska få det för att underlätta återgång i arbete. De personer som är under 18 år och som arbetar omfattas av förslaget och påverkas på samma sätt som övriga patienter (se avsnitt 4.1). Arbetsgruppen bedömer att förslaget inte har några direkta konsekvenser för yngre barn. För yngre barn kan dock förslaget få konsekvenser indirekt genom att deras föräldrar eller andra närstående vuxna får del av koordineringsinsatser som bidrar till att de får en bättre hälsa. Det kan även gälla personal vid förskolor och skolor.

4.13 Konsekvenser för miljön

Arbetsgruppen bedömer att förslaget inte har några särskilda konsekvenser för miljön.

4.14 Konsekvenser för sjukfrånvaron och sjukförsäkringen

Arbetsgruppen bedömer att förslagen i denna departementspromemoria ger bättre förutsättningar för patienter att återgå till arbetslivet vilket kan leda till lägre sjukfrånvaro. Det är därför troligt att det kommer bli en viss effekt på statens utgifter för sjukförsäkringen genom införandet av koordineringsinsatser. Det finns få utvärderingar och analyser av effekterna, och några säkra slutsatser kan ännu inte dras. En effektutvärdering som har gjorts i Stockholms läns landsting visar dock att vissa personer som får stöd av en rehabiliteringskoordinator i sin rehabilitering återgår till arbete tidigare än en kontrollgrupp utan stöd.[92] Koordinatorerna i den studien hade dock ett något bredare uppdrag än vad som föreslås här. Arbetsgruppen kan inte bedöma omfattningen av effekterna på den minskade sjukfrånvaron, och några säkra beräkningar av besparingar kan inte göras.

4.15 Ekonomiska konsekvenser

Förslag: Landstingen ska kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen med 361 miljoner kronor årligen för att tillgodose behovet av koordineringsinsatser.

[92] Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017. Studien avsåg en mer omfattande koordinering än den som föreslås här.

Skälen för arbetsgruppens förslag

Kostnader för landstingen

Koordineringsverksamheten är väl utbyggd inom primärvården i samtliga landsting. Inom specialistvården är koordineringsfunktionen ännu under utveckling. När verksamheten är fullt utbyggd i både primär- och specialistvård beräknas antalet rehabiliteringskoordinatorer och processledare motsvara 656 helårstjänster totalt inom landstingen. Beräkningarna baseras på de uppgifter som 13 landsting redovisade till Försäkringskassan under hösten 2017.[93]

I tabellen nedan redovisas beräkningen av landstingens kostnader för koordineringsfunktionen 2019, dvs. det år då skyldigheten att erbjuda koordineringsinsatser föreslås träda i kraft. Beräkningarna baseras på antagandet att verksamheten är fullt utbyggd i primärvården samtliga landsting.

Det framgår av tabellen att landstingens lönekostnader beräknas till sammanlagt 284 miljoner kr år 2019. I beräkningen av dessa kostnader har utgångspunkten varit den genomsnittliga månadslönen 2016 för de yrkeskategorier som är vanligast vid utförandet av koordineringsinsatser. Dessa yrkesgrupper är arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Den genomsnittliga månadslönen för dessa yrkesgrupper uppgick till ca 33 000 kr 2016 och inkluderar förutom koordineringsarbetet även processledning. Lönenivån stämmer väl överens med uppgifter som inhämtats från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I kostnadsberäkningarna har den genomsnittliga månadslönen skrivits fram med Konjunkturinstitutets prognoser för löneutvecklingen 2017–2019. Inklusive drygt 37 % tillägg för arbetsgivaravgifter och kollektivavtalade försäkringspremier beräknas landstingens totala personalkostnader till 389 miljoner kronor 2019.

Förutom lönekostnader beräknas landstingen ha kostnader för administration, lokaler, mm. för 126 miljoner kronor år 2019. Denna beräkning är grundad på antagandet att samtliga overhead-

[93] Uppgifter från landstingen i Blekinge, Gävleborg, Halland, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Västerbotten och Västmanland var inte tillräckliga för att kunna uppskatta behovet av koordineringsfunktionen. Antalet helårsanställda för dessa landsting antas motsvara de övriga 13 efter att hänsyn tagits till landstingens olika befolkningstäthet.

kostnader för en anställd i genomsnitt är mellan 180 000 och 190 000 kronor.

Totalt beräknas landstingens kostnader för koordineringsfunktionen med nuvarande ambitionsnivå uppgå till 515 miljoner kronor 2019. Primärvården står för ungefär 67 procent av kostnaderna. Motsvarande andel inom specialistvården uppskattas vara 27 procent medan kostnaderna för processledning beräknas till 6 procent.

Tabell 4.1 Landstingens kostnader för koordinering, totalt och per en helårstjänst

	2017	2018	2019
Genomsnittlig månadslön, kr[1]	33 600	34 600	35 700
Helårstjänster, antal	656	656	656
varav processledare, mm.	31	31	31
Lönekostnader, mnkr	267	275	284
Kostnader arbetsgivaravgifter, mnkr	99	102	105
Övriga kostnader, mnkr[2]	121	123	126
Kostnader totalt för landstingen, mnkr	487	501	515

[1] Den framskrivna månadslönen baseras på Riksbankens prognos för kommande löneutveckling (2,7% år 2017, 3,1% år 2018 samt 3,3 % år 2019). Prognosen var den mest aktuella 31/12 2017.
Inkl. processledare blir genomsnittslönen: 2017: 33 900, 2018: 34 900, 2019: 36 100.

[2] Övriga kostnader har skrivits fram med Riksbankens prognos för KPI-utveckling de kommande åren (1,6 % år 2017, 1,7 % år 2018 samt 2,1 % år 2019). Prognosen var den mest aktuella 31/12 2017.

Kostnader för andra än landstingen

Arbetsgruppen bedömer att förslaget inte innebär några ekonomiska konsekvenser för andra än landstingen.

Finansieringsprincipen gäller

Finansieringsprincipen omfattar statligt beslutade obligatoriska åtgärder som direkt tar sikte på kommunal verksamhet. Principens innebörd är att kommuner och landsting inte ska behöva höja skatten eller prioritera om annan verksamhet för att finansiera statliga beslut. Finansieringsprincipen är grundläggande för de ekonomiska relationerna mellan staten och kommunsektorn, och gäller i båda riktningarna. Finansieringsprincipen är inte lagreglerad men är

godkänd av riksdagen (prop. 1993/94:150, bilaga 7) och tillämpas sedan 1993. Principen gäller när riksdag, regering eller myndighet ändrar reglerna för den kommunala verksamheten och när förändringarna direkt tar sikte på kommuner och landsting. Om staten fattar beslut som gör att kommunal verksamhet kan utföras billigare än tidigare, ska de statliga bidragen enligt principen minskas i motsvarande mån.

Finansieringsprincipen ska tillämpas bl.a. när frivilliga uppgifter blir obligatoriska, vilket är fallet med de förslag som lämnas i promemorian. De krav på koordineringsinsatser som föreslås här är emellertid mindre omfattande än det arbete som för närvarande utförs av rehabiliteringskoordinatorerna på frivillig väg. Enligt förslaget krävs inte att koordineringen ska omfatta kartläggningar av patientens behov av åtgärder på andra områden än inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det krävs inte heller att koordineringsinsatserna ska innefatta initiering och uppföljning i fråga om andra aktörers åtgärder, eller motivationsåtgärder när det gäller behov som andra aktörer ansvarar för. Vidare arbetar många koordinatorer i dag med kunskapsförmedling och utveckling av rutiner och arbetssätt när det gäller sjukskrivning och rehabilitering. Detta ingår inte i de nya krav som föreslås för landstingen när det gäller koordineringsinsatser, utan är en uppgift som vilar på landstingen att utföra i någon form redan i dag. Arbetsgruppen anser därför att landstingen bör kompenseras enligt den kommunala finansieringsprincipen med 361 miljoner kronor årligen för att täcka kostnaderna för de obligatoriska uppgifter som koordineringsinsatserna kommer innebära för landstingen, med beaktande av sedvanliga uppräkningar.

5 Författningskommentar

5.1 Förslaget till lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet

1 § Landstinget ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

Det som sägs om landsting i denna lag gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.1, 3.2 och 3.5.

Bestämmelsen i *första stycket* innebär att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Vad som avses med koordineringsinsatser anges i 2 §. Vilka patienter som har ett sådant särskilt behov får avgöras från fall till fall med utgångspunkt i erfarenheter och utvärderingar. Det handlar till stor del om patienter med tidigare sjukskrivningsperioder och patienter med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller smärtproblematik. Det kan också handla om andra sjukdomar och skador, och det är inte diagnosen i sig utan behovet av stöd som är avgörande för om insatser ska erbjudas. De allra flesta patienter återfår sin arbetsförmåga och kan återgå till arbete eller annan sysselsättning utan särskilt individuellt stöd, och dessa behöver inte erbjudas koordineringsinsatser. Att insatserna ska erbjudas patienter som har behov av det innebär att patienter ska omfattas oavsett om sjukskrivning och behandling sker inom primärvård eller specialistvård.

Kravet på att landstinget ska erbjuda insatserna innebär att det är landstingets ansvar att säkerställa att koordineringsinsatser ges

oavsett om patienten får vård av landstinget eller av en privat vårdgivare.

Av paragrafens *andra stycke* framgår att det som sägs om ett landsting även gäller en kommun som inte ingår i ett landsting. För närvarande är det bara Gotlands kommun som inte ingår i något landsting.

2 § Koordineringsinsatser ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Landstingets ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Förslaget behandlas i avsnitt 3.2.

Koordineringsinsatserna ska enligt *första stycket* bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Insatserna kan variera i omfattning beroende på omständigheterna i det enskilda fallet, och det kan krävas en inledande kartläggning av patientens situation och behov. Koordineringsinsatserna ska bara omfatta behov som landstinget ansvarar för att åtgärda och inte behov som ska tillgodoses av andra aktörer. Landstingets ansvar omfattar i första hand hälso- och sjukvård vilket inkluderar bl.a. medicinsk rehabilitering. Andra behov som andra aktörer ansvarar för är t.ex. externa samordnings- och stödåtgärder från Försäkringskassan, arbetsgivarens anpassning av arbetsmiljön, socialt och ekonomiskt stöd från kommunen eller arbetslivsinriktade insatser från Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan ansvarar också för vägledning och stöd genom sjukförsäkringsprocessen och dess olika steg.

Koordineringsinsatserna är inte medicinska åtgärder och utgör definitionsmässigt inte hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening. Insatserna ska dock enligt bestämmelsen utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. De kan organiseras inom befintliga samordningsstrukturer inom hälso- och sjukvårdsverksamheten om det anses lämpligt, men kan också utformas som en helt egen verksamhet eller på annat sätt. Det ställs inte krav på att det utses en särskild koordinator, utan det överlämnas till lands-

tingen att organisera insatserna. För att insatserna ska kunna utgöra ett effektivt individuellt stöd krävs dock sannolikt att den som utför uppgifterna ges förutsättningar att koncentrera sig på uppdraget och erbjuda patienten kontinuitet i insatserna. Det är därvid lämpligt att patienten får ha kontakt med samma person inom koordineringsarbetet.

Koordineringsinsatsen personligt stöd handlar huvudsakligen om motivationsåtgärder för att hjälpa patienten att se sina möjligheter och sin förmåga att kunna återgå till arbete i rätt tid. Terapi eller annan psykologisk eller medicinsk behandling ingår inte.

Insatserna omfattar också intern samordning. Samordningen ska inriktas på att främja den enskilde patientens återgång i arbete, till skillnad från annan samordning inom hälso- och sjukvården. Det kan handla om att all vårdpersonal arbetar på samma sätt i det individuella fallet och mot samma mål, vilket sannolikt kräver kontinuerliga avstämningar med läkare och annan vårdpersonal. I samordningen ingår också uppföljning av upprättade rehabiliteringsplaner.

Koordineringsinsatser består vidare av samverkan med andra aktörer kring den enskilda patienten. Samverkan ska ske med aktörer som har ansvar för insatser som kan ha betydelse för patientens återgång till arbetslivet, och som det finns ett behov av att samverka med för att vården ska bli effektiv. I första hand bör det handla om arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen. Samverkansskyldigheten omfattar inte ett samordningsansvar, det ansvaret vilar på Försäkringskassan. Genom skyldigheten att samverka kan den personal som arbetar med koordinering även fungera som en kontaktväg för andra aktörer som har behov av att kommunicera med hälso- och sjukvården.

Koordineringsinsatserna kan också innehålla andra liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Det ger landstinget en möjlighet att utforma insatserna utifrån de egna omständigheterna och behoven samt utifrån situationen i det enskilda fallet.

Enligt *andra stycket* ska koordineringsinsatser bara ges om patienten samtycker till det. Det innebär bl.a. att kontakter med arbetsgivaren och andra aktörer inte kan tas om inte den enskilde patienten medger det. Samtycket är avsett att vara sekretessbrytande vilket patienten måste informeras om innan samtycket ges. Ett sådant samtycke kan alltid återkallas av patienten. Sam-

tyckeskravet innebär dock inte att personal inte kan diskutera patientens eventuella behov av koordineringsinsatser och förutsättningarna för att erbjuda sådana innan patienten har samtyckt. Insatserna ska, på samma sätt som hälso- och sjukvård enligt 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Insatserna bör vara aktiva från landstingets sida på det sättet att den som utför insatserna fungerar som en drivande kraft tillsammans med patienten i utformningen av stödet. Det ska inte krävas av patienten själv att denne driver arbetet framåt, om han eller hon på grund av sin sjukdom inte har den möjligheten.

3 § Om en patient som erbjuds koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska landstinget informera Försäkringskassan om det. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.3.

I bestämmelsen regleras att landstinget, om det kan antas att en patient kan ha behov av rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan ansvarar för, ska informera Försäkringskassan om det. Rehabiliteringsåtgärder regleras i 30 kap. socialförsäkringsbalken. Försäkringskassan görs genom informationen från landstinget uppmärksam på en enskild persons eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder och gör en sedvanlig bedömning av behovet enligt socialförsäkringsbalken. Att Försäkringskassan informeras och kanske även inleder rehabiliteringsåtgärder enligt socialförsäkringsbalken innebär inte att landstingets ansvar att erbjuda koordineringsinsatser upphör.

Informationsskyldigheten för landstinget är inte avsedd att vara sekretessbrytande. Det krävs samtycke för att informationen ska lämnas till Försäkringskassan, vilket bryter sekretessen. Det är därför av vikt att patienten är införstådd med att samtycket innebär att uppgifter som kan omfattas av sekretess lämnas till Försäkringskassan.

4 § Landstingets ansvar enligt denna lag omfattar patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för.

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.5.

I *första stycket* anges att landstingets ansvar enligt lagen avser patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), dvs. de som är bosatta eller kvarskrivna inom landstinget och de som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordning (EG) nr 883/2004. Hänvisningen till 15 kap. 1 § medför att även patienter som ges vård från privata vårdgivare omfattas. Avgränsningen till nämnda paragrafer innebär att patienter som genom det fria vårdvalet får vård och behandling i ett annat landsting än hemlandstinget och blir sjukskrivna där, inte behöver erbjudas koordineringsinsatser av det landsting där de får vård. Däremot är hemlandstinget även i det fallet ansvarigt för att se till att patienter som har behov av det får koordineringsinsatser.

Av *andra stycket* följer att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. Det innebär att landstingets ansvar för koordineringsinsatser till patienter som väljer en privat vårdgivare kan tillgodoses genom att landstingen lägger in villkor om koordineringsinsatser i avtalen med de privata vårdgivarna. Landstinget har också möjlighet att lägga ut koordineringsinsatser inom verksamhet som bedrivs i egen regi på entreprenad till en eller flera privata vårdgivare. Det innebär också att två landsting kan komma överens om att det landsting som tillhandahåller vården också ska erbjuda koordineringsinsatserna, även om det inte är hemlandstinget.

5 § *När uppgifter enligt denna lag utförs ska patientdatalagen (2008:355) vara tillämplig.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.7–3.9. Enligt paragrafen ska bestämmelserna i patientdatalagen tillämpas för verksamhet enligt denna lag. Det handlar bl.a. om skyldighet att föra patientjournal och om förutsättningarna för att behandla personuppgifter.

6 § *Den som arbetar eller har arbetat med att utföra uppgifter enligt denna lag inom enskilt bedriven verksamhet omfattas av bestämmelserna om tystnadsplikt m.m. i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).*

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.11. Bestämmelsen innebär att personal som arbetar med koordineringsinsatser inom enskilt bedriven verksamhet omfattas av samma tystnadsplikt m.m. som hälso- och sjukvårdspersonalen. Se även förarbetena till bestämmelsen i patientsäkerhetslagen, prop. 2009/10:210 s. 211 ff och hänvisningar där.

5.2 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

1 kap.
3 §

– –

Uttryck	Betydelse
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., *lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet* samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.

– –

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.7–9. Ändringen innebär att patientdatalagen ska tillämpas för verksamhet enligt den nya lagen.

Departementsserien 2018

Kronologisk förteckning

1. Genomförande av 2017 års ändringsdirektiv till EU:s vapendirektiv. Ju.
2. Reglering av mikrosimuleringsmodellen Fasit. Fi.
3. Uppbörd av böter efter EU:s dataskyddsreform. Ju.
4. En ny stödordning för säkerhetshöjande åtgärder inom det civila samhället. Ku.
5. Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. S.

Departementsserien 2018

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Reglering av mikrosimuleringsmodellen Fasit. [2]

Justitiedepartementet

Genomförande av 2017 års ändringsdirektiv till EU:s vapendirektiv. [1]

Uppbörd av böter efter EU:s dataskyddsreform. [3]

Kulturdepartementet

En ny stödordning för säkerhetshöjande åtgärder inom det civila samhället. [4]

Socialdepartementet

Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. [5]