

Lagrådsremiss

Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 30 augusti 2018

Annika Strandhäll

Lars Hedengran
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås att det införs en ny lag med skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller inträda i arbetslivet. Insatserna ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Landstingets ansvar ska inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Koordineringsinsatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med denne. Det föreslås vidare att landstingen, om patienten samtycker till det, ska informera Försäkringskassan om en sjukskriven patient kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken.

Ett landstings ansvar för koordineringsinsatser föreslås omfatta de patienter som landstinget är skyldigt att ge hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Ett landsting ska dock få erbjuda koordineringsinsatser till den som omfattas av ett annat landstings ansvar om landstingen kommer överens om det. Ett landsting föreslås också få sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt den föreslagna lagen.

Patientsäkerhetslagen (2010:659), patientdatalagen (2008:355) och patientskadelagen (1996:799) föreslås bli tillämpliga på koordineringsinsatser.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 2 januari 2019.

Innehållsförteckning

1	Beslut	4
2	Lagförslag	5
2.1	Förslag till lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.....	5
2.2	Förslag till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799)	6
2.3	Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)	7
2.4	Förslag till lag om ändring i lagen (2018:1127) om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	11
2.5	Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	12
3	Ärendet och dess beredning	13
4	Bakgrund	13
4.1	Åtgärder för stöd till individen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	13
4.2	Rehabiliteringskoordinatorer inom hälso- och sjukvården	15
4.2.1	Utvecklingen av koordineringsfunktionen.....	15
4.2.2	Rehabiliteringskoordinatorer i dag	15
4.2.3	Utvärderingar och erfarenheter av koordineringsfunktionen	17
4.3	Olika aktörers ansvar för stöd och rehabilitering till sjukskrivna	19
4.3.1	Vad menas med rehabilitering?.....	19
4.3.2	Försäkringskassans ansvar för rehabilitering	20
4.3.3	Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.....	21
4.3.4	Landstings och kommuners ansvar för hälso- och sjukvård och rehabilitering	22
4.3.5	Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering	27
4.3.6	Kommunens ansvar för olika insatser riktade till den som är sjukskriven.....	27
4.3.7	Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet	29
5	Koordineringsinsatser – en ny skyldighet för landstingen.....	30
5.1	Landstingen ska enligt lag vara skyldiga att erbjuda sjukskrivna patienter individuellt stöd för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet	30
5.2	Koordineringsinsatser för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet.....	39
5.3	Samtycke och delaktighet.....	44
5.4	Landstinget ska informera Försäkringskassan	46

5.5	Kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatser bör inte regleras i lag	49
5.6	Vilket landsting ska ansvara för koordineringsinsatserna?	51
5.7	Patientsäkerhetslagens och patientskadelagens tillämplighet	52
5.8	De nya skyldigheterna bör följas upp och utvärderas.....	55
6	Dataskydd och sekretess.....	55
6.1	Patientdatalagen ska tillämpas på koordineringsinsatser	55
6.2	Personuppgiftshandling och dataskydd hos andra aktörer	64
6.3	Sekretessreglering för koordineringsinsatserna.....	66
7	Ikraftträdande	68
8	Konsekvenser	68
8.1	Allmänt om konsekvenserna av förslagen.....	68
8.2	Konsekvenser för staten, kommuner och landsting	69
8.2.1	Landstingen och kommunerna	69
8.2.2	Den kommunala självstyrelsen.....	70
8.2.3	Staten och myndigheter.....	70
8.3	Konsekvenser för patienter.....	71
8.4	Konsekvenser för arbetsgivare	71
8.5	Konsekvenser för företag och andra privata vårdgivare.....	72
8.6	Övriga konsekvenser.....	72
8.7	Konsekvenser för den personliga integriteten.....	74
8.8	Konsekvenser för Sveriges internationella åtaganden.....	74
8.9	Kostnadsmässiga konsekvenser	74
9	Författningskommentar	79
9.1	Förslaget till lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter	79
9.2	Förslaget till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799)	83
9.3	Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)	83
9.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (2018:1127) om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	85
9.5	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	86
Bilaga 1	Huvudsakligt innehåll i Ds 2018:5 Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården	87
Bilaga 2	Departementspromemorians lagförslag	90
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanser.....	92

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter,
2. lag om ändring i patientskadelagen (1996:799),
3. lag om ändring i patientdatalagen (2008:355),
4. lag om ändring i lagen (2018:1127) om ändring i patientdatalagen (2008:355),
5. lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Landstinget ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter som har ett särskilt behov av individuell stöd för att kunna återgå till eller inträda i 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 och samverkan med andra aktörer för att främja den enskilda patientens återgång till eller inträde i arbetslivet. Landstingets ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och ska 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 § Ett landstings ansvar enligt denna lag omfattar patienter som ges hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Ett landsting får erbjuda koordineringsinsatser till den som omfattas av ett annat landstings ansvar enligt första stycket, om landstingen kommer överens om det.

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

5 § Av patientskadelagen (1996:799), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att dessa lagar gäller vid tillämpningen av denna lag.

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

2.2 Förslag till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799)

Härigenom föreskrivs att 5 § patientskadelagen (1996:799) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt SFS 2018:746

Föreslagen lydelse

5 §

I denna lag avses med hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar *eller* lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, 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),

vårdgivare: statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

I denna lag avses med hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar *eller lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 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),

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

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

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 §, 3 kap. 3 § och 6 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt SFS 2018:747

1 kap.

3 §

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

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 (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

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 (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, <i>lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter</i> samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

3 kap.3 §¹

Skyldig att föra en patientjournal är

1. den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke,

2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, *och*

3. den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården.

2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare,

3. den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården, *och*

4. den som utför insatser enligt lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.

6 kap.3 §²

För att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare gjort tillgängliga i systemet med sammanhållen journalföring enligt 2 § femte stycket krävs att

1. uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med,

2. uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, och

2. uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, *eller för att bedöma behovet av eller utföra insatser enligt lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter, och*

3. patienten samtycker till det.

Vårdgivaren får även behandla sådana uppgifter om

1. uppgifterna rör en patient som det finns eller har funnits en patientrelation med,

2. uppgifterna kan antas ha

¹ Senaste lydelse 2010:677.

² Senaste lydelse 2014:829.

betydelse för att utfärda sådant in- betydelse för att utfärda *ett* sådant
tyg som avses i 3 kap. 16 §, och intyg som avses i 3 kap. 16 §, och
3. patienten samtycker till det.

För att en vårdgivare ska få behandla sådana uppgifter som en vårdnadshavare inte har rätt att spärra enligt 2 § fjärde stycket andra meningen krävs att förutsättningarna enligt första stycket 1 och 2 eller andra stycket 1 och 2 är uppfyllda.

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

2.4 Förslag till lag om ändring i lagen (2018:1127) om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) i stället för lydelsen enligt lagen (2018:1127) om ändring i den lagen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

3 §

Skyldig att föra en patientjournal är

1. den som enligt 4 kap. patient-säkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke,

2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, *och*

3. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför samma slags arbetsuppgifter inom den allmänna hälso- och sjukvården som en hälso- och sjukvårdscurator.

1. den som enligt 4 kap. patient-säkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke,

2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare,

3. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför samma slags arbetsuppgifter inom den allmänna hälso- och sjukvården som en hälso- och sjukvårdscurator, *och*

4. den som utför insatser enligt lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.

2.5 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt SFS 2018:748

Föreslagen lydelse

1 kap.

2 §

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, *lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter* samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

3 Ärendet och dess beredning

Socialdepartementet beslutade den 14 februari 2017 att en arbetsgrupp inom departementet skulle utreda formerna för en obligatorisk rehabiliteringskoordinatorfunktion inom hälso- och sjukvården (dnr S2017/00946/SF). Enligt uppdragsbeskrivningen skulle arbetsgruppen bl.a. analysera vilka delar av vården som bör ha tillgång till en rehabiliteringskoordinatorfunktion, lämplig omfattning på funktionen, koordinatorernas roll och uppdrag i relation till andra aktörer, behovet av en gemensam arbetsbeskrivning, hur det kan säkerställas att de patienter som får vård av privata vårdgivare med offentlig finansiering får samma tillgång till rehabiliteringskoordinatorfunktionen, behovet av att närmare precisera patientgrupper och behovet av enhetliga kompetenskrav och vidareutbildningar. Arbetsgruppen skulle i sina förslag beakta vikten av att ha en öppen arbetsmarknad mot övriga EU. Arbetsgruppen skulle också analysera behovet av sekretess- och tillsynsbestämmelser och beräkna kostnader och föreslå eventuell finansiering. Arbetsgruppen skulle också lämna förslag till de författningsändringar som behövs. Resultatet av arbetet redovisades i promemorian Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården (Ds 2018:5). En sammanfattning av promemorian finns i *bilaga 1* och promemorians lagförslag finns i *bilaga 2*. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. Remissyttrandena finns tillgängliga i Socialdepartementet (dnr S2018/01188/SF).

Synpunkter har inhämtats under hand från Inspektionen för vård och omsorg i fråga om förslagen till ändringar i patientskadelagen (1996:799) och patientsäkerhetslagen (2010:659) och från Datainspektionen i fråga om förslaget till ändringar i 3 kap. 3 § och 6 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355).

4 Bakgrund

4.1 Åtgärder för stöd till individen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro

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 (dnr S2015/06106/SF). Programmet består av sju olika områden, och målet är att sjukpenningtalet ska uppgå till högst 9,0 dagar i december 2020. (Med sjukpenningtal avses antalet utbetalda dagar sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad i ålderna 16–64 år, exklusive försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning, omräknade till nettodagar.) I åtgärdsprogrammet görs det tydligt att Försäkringskassan är en av de viktigaste aktörerna för att komma till rätta med utvecklingen,

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 budgetpropositionen för 2018 lyfter regeringen fram hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering som viktiga åtgärder (prop. 2017/18:1 utgiftsområde 10, s. 38 f.). Regeringen anför i januari 2018 i en utveckling av åtgärdsprogrammet att den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron som pågått sedan 2010 har vänt, att målet är friskare arbetsplatser och en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro och att arbetet därför behöver inriktas på två utvecklingsområden där det behövs ytterligare insatser, nämligen att öka stödet till individen och att stärka myndigheternas samverkan (dnr S2015/06106/SF). I programmet nämns ett antal olika åtgärder som redan har genomförts av regeringen, bl.a. ett uppdrag till Försäkringskassan att inom sitt lagstadgade samordningsansvar förstärka arbetet med att ge stöd till individers återgång i arbete, en ny skyldighet för arbetsgivaren att ta fram en rehabiliteringsplan och ett gemensamt uppdrag till Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att utveckla sitt samarbete. Regeringen har också tillsatt en nationell samordnare som har i uppdrag att, med individens och samhällets bästa i fokus, främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen (dir. 2018:27). En annan åtgärd som nämns i åtgärdsprogrammet är en permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

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 från december 2016, 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 att utveckla en funktion för koordinering. Övriga insatsområden är kompetenssatsning på försäkringsmedicin, insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta, utökat elektroniskt informationsutbyte och utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning. I samtliga villkor ingår att landstingen ska arbeta med jämställdhet och våld i nära relationer som en del i kvalitetsarbetet med sjukskrivning och rehabilitering.

Enligt överenskommelsen är syftet med en funktion för koordinering dels att patienter ska få ett tidigt, individuellt stöd i hälso- och sjukvården, vilket underlättar för dem att 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. I överenskommelsen anges att landstingen senast vid utgången av 2018 ska säkerställa att en sådan funktion för koordinering finns i alla delar av primärvården där sjukskrivning förekommer. Landstingen skulle under 2017 också analysera behovet av funktionen inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården

där sjukskrivning är vanligt förekommande. Under 2018 ska landstingen ha börjat införa funktionen i berörda verksamheter.

En koordineringsfunktion ska enligt överenskommelsen ha till uppgift att ge individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna, att säkerställa 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, och att verka för kontakter med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen. Det är frivilligt för landstingen att följa överenskommelsens villkor, och medel betalas bara ut till de landsting som uppfyllt villkoret för respektive år. År 2017 uppfyllde samtliga landsting villkoret.

4.2 Rehabiliteringskoordinatorer inom hälso- och sjukvården

4.2.1 Utvecklingen av koordineringsfunktionen

Samtliga landsting har någon form av koordineringsfunktion i syfte att ge individuellt stöd till patienter för återgång i arbete och för att förkorta omotiverat långa sjukskrivningstider. De första formerna av koordineringsfunktionen utvecklades i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Jönköpings läns landsting var bland de första, och där inrättades koordineringstjänster med finansiering från statliga medel. De som arbetade med koordineringsfunktionen kom att kallas rehabiliteringskoordinatorer. I början av 2000-talet påbörjades liknande pilotprojekt i flera landsting. Rehabiliteringskoordinatorer med något olika uppdrag tillsattes på hälsocentraler för att utveckla internt teamarbete kring sjukskrivna och för att 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. En av de viktigaste uppgifterna för de första rehabiliteringskoordinatorerna var att fungera som kontaktperson för sjukskrivna patienter, internt för vårdpersonal och för externa aktörer. De arbetade också med att utveckla den försäkringsmedicinska kompetensen i vården.

Erfarenheterna från pilotprojekten var positiva. År 2006 träffade regeringen och SKL en första överenskommelse om statliga stimulansmedel på sjukskrivningsområdet, den s.k. Sjukskrivningsmiljarden. Enligt den överenskommelsen tilldelades landstingen medel för att utveckla sjukskrivningsprocessen. I och med att det tillfördes statliga medel infördes rehabiliteringskoordinatorer snabbt inom fler och fler landsting.

4.2.2 Rehabiliteringskoordinatorer i dag

De flesta rehabiliteringskoordinatorerna finns inom primärvården, men fler och fler anställs även inom specialistvården. Några koordinatorer arbetar enbart inom koordineringsfunktionen, medan andra kombinerar koordineringsuppdraget med andra arbetsuppgifter inom vården. Vissa

koordinatörer arbetar vid en särskild vårdcentral, medan andra koordinatörer utför uppdraget åt flera vårdcentraler. I något landsting är alla rehabiliteringskoordinatörer anställda centralt och bevakar och tillgodoser behovet av koordineringsinsatser på samtliga vårdcentraler, även hos de privata vårdgivarna.

De flesta rehabiliteringskoordinatörerna har en vårdutbildning. Många är arbetsterapeuter, fysioterapeuter eller sjuksköterskor. Det finns också undersköterskor, kuratorer med socionomutbildning och de med helt annan utbildning och erfarenhet, t.ex. tidigare handläggare från Försäkringskassan. Många landsting ger rehabiliteringskoordinatörerna en intern grundläggande försäkringsmedicinsk utbildning och erbjuder även uppdragsutbildning på högskolenivå (uppdragsutbildning är enligt 2 § förordningen [2002:760] om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor en utbildning som anordnas mot avgift från någon annan än en fysisk person för den som uppdragsgivaren utser). För närvarande finns uppdragsutbildningar för rehabiliteringskoordinatörer vid bl.a. Lunds universitet och Karolinska institutet. Rehabiliteringskoordinatörernas arbete styrs och utvecklas av processledare som finns centralt i varje landsting.

En stor del av rehabiliteringskoordinatörernas arbete handlar om individuellt stöd till enskilda patienter. I vissa landsting lägger koordinatörerna mycket tid på det personliga mötet med patienterna och stöttar och motiverar dem att hitta lösningar på det som hindrar patienten att återgå till arbete. I andra landsting har rehabiliteringskoordinatören en överordnad roll och inriktar arbetet på att urskilja vilka patienter som ska erbjudas särskilt stöd och att verka för att all vårdpersonal arbetar på samma sätt för att främja arbetsåtergång för enskilda patienter. Det är vanligt att rehabiliteringskoordinatören inleder arbetet med en bred kartläggning av patientens livssituation, vårdhistorik och olika förhållanden som förutom vårdbehoven kan påverka arbetsförmågan. Det handlar om behov som ska tillgodoses av vården, men också av arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen, kommunen eller någon annan. Rehabiliteringskoordinatören verkar för att patienten får kontakt med rätt aktör och att nödvändiga insatser kommer till stånd. Det är också vanligt att koordinatören ger vägledning i sjukskrivnings- och sjukförsäkringsfrågor och informerar om processen.

Rehabiliteringskoordinatörerna arbetar också med intern samverkan inom hälso- och sjukvården. Ibland är de med i planering och styrning av arbetet med sjukskrivning och rehabilitering på vårdheten, och i många landsting ingår koordinatörerna i multidisciplinära team med flera olika specialiteter representerade, vilket ska bidra till en helhetssyn på patienten. Intern samverkan inom koordineringsfunktionen skiljer sig från andra samordningsfunktioner inom vården genom inriktningen på återgång i arbete eller annan sysselsättning.

I de flesta landsting ingår det i rehabiliteringskoordinatörernas uppdrag att ha kontakter med arbetsgivare och andra aktörer. Vissa koordinatörer förutsätter att patienten själv ska ta nödvändiga kontakter, medan andra koordinatörer har en ombudsliknande roll för patienten och tar de kontakter som behövs för patientens räkning, när denne inte klarar det på egen hand. Rehabiliteringskoordinatörerna fungerar också som kontaktpersoner 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.

I rehabiliteringskoordinatorernas uppgifter ingår ofta arbete med sjukskrivningsstatistik och utveckling av interna rutiner kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet. Koordinatorerna bidrar också med kunskaper i försäkringsmedicin på vårdenheten och fungerar som stöd till läkare och annan vårdpersonal i sjukskrivningsfrågor. Det förekommer att koordinatorena ägnar en stor del av arbetstiden åt internt stödarbete som inte är kopplat till en viss patient.

Landstingen har olika principer för vilka patienter som ges stöd av en rehabiliteringskoordinator, men det är alltid patientens behov som styr. I några landsting inriktas insatserna på patienter med komplicerad och lång sjukskrivning, medan andra koncentrerar sig på ett tidigt och förebyggande arbete eller på patienter där det finns komplicerande faktorer som kan kräva en aktiv planering på flera områden.

4.2.3 Utvärderingar och erfarenheter av koordineringsfunktionen

Några studier och utvärderingar

I delrapporten *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator från (Stockholms läns landsting och Health Navigator AB [2017])* framgår att patienter som fick stöd av en rehabiliteringskoordinator hade en lägre genomsnittlig sjukskrivningsgrad över tid jämfört med en kontrollgrupp. Gruppen som fick stöd lämnade sjukskrivningen snabbare, och det var vanligare att de lämnade sjukskrivningen helt efter första sjukskrivningen och hade färre återsjukskrivningar jämfört med kontrollgruppen. Koordineringsfunktionen hade enligt studien bäst effekt för patienter med tidigare sjukskrivning och diagnoser inom lätt eller medelsvår psykisk ohälsa, och även vid diagnoser med risk för långvarig smärta. Stödet hade begränsad effekt på sjukskrivningen för patienter som tidigare hade varit sjukskrivna i stor omfattning och som hade haft en hög vårdkonsumtion, för patienter som hade diagnos inom både psykisk ohälsa och långvarig smärta och för patienter som tidigare inte hade varit sjukskrivna och som hade haft låg vårdkonsumtion eller de som hade en låg sjukskrivningsgrad. Utvärderingen visar endast på små skillnader i vårdkonsumtion för patienter som fått stöd från en rehabiliteringskoordinator jämfört med kontrollgruppen. I rapporten redovisas också att patienterna var nöjda med stödet och att de upplevde en förbättrad livskvalitet, och de uppgav att de framförallt fick hjälp med kunskaper om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, hjälp med kontakter och stöd med att sätta upp mål och planera för återgång i arbete. Vidare framgår att läkarna såg koordinatorm som en resurs och kompetensförstärkning, och att läkarna ansåg att patienter med en rehabiliteringskoordinator följde ordinerad vård och rehabilitering bättre. Sammantaget anför det i rapporten att välstrukturerade modeller med rehabiliteringskoordinatorer har god effekt på sjukskrivning och livskvalitet men att koordinatorns insatser inte förändrar vårdkonsumtionen, och att vissa patientgrupper

sannolikt behöver mer omfattande koordineringsinsatser och även insatser från andra huvudmän.

I rapporten ReKoord-projektet, nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet från 2013 (Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå universitet och Mittuniversitetet) konstaterades bl.a. att funktionen har många positiva effekter för patienterna, för övrig vårdpersonal och för samverkan med externa aktörer. Patienterna beskrev att rehabiliteringskoordinatorer fungerar som stöd och ger praktisk hjälp. Vårdpersonal generellt värdesatte koordinators kunskaper i försäkringsmedicin och koordinators arbete med struktur och nätverk, och läkare ansåg att koordinatorena underlättade för dem bl.a. genom att diskutera behovet av sjukskrivning med patienten. Läkarna blev också avlastade och kunde därmed ta emot fler patienter. Externa aktörer uttryckte att rehabiliteringskoordinatorerna förmedlar information och bidrar till tidigare rehabilitering. I rapporten beskrevs bl.a. vårdens kunskaper om försäkringsmedicin som en viktig framgångsfaktor för koordineringsarbetet. Enligt rapporten ger koordinatorens arbete en effektivare sjukskrivningsprocess, vilket i regel innebär att sjukskrivningstiderna kortas. Koordineringsfunktionen bedömdes fungera som bäst när den omfattar organisationsuppgifter och statistikhantering, stöd och samordning för läkare och annan vårdpersonal i försäkringsmedicinska frågor och när koordinator är kontaktperson och coach för patienten och deltar i bedömningar och rehabiliteringsplanering.

SKL presenterade 2015 en litteraturstudie (Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen) som beskriver det vetenskapliga stödet för hälso- och sjukvårdens koordineringsfunktion, och enligt den är det inte troligt att funktionen har någon motsvarighet i andra länder. De flesta internationella studier om koordinatörer handlar om koordinatörer inom arbetslivsriktad rehabilitering. Enligt studien gynnas patientens återgång till arbete av att koordinatörer inom olika organisationer samarbetar med varandra, och enligt studien är hälso- och sjukvården en viktig part i den samverkan som krävs för återgång i arbete.

Erfarenheter från några landsting

Enligt promemorian har flera landsting anfört att patienter får stöd från rehabiliteringskoordinatorerna, att läkares och annan vårdpersonals arbete med sjukskrivning och rehabilitering underlättas och att externa aktörer får en kontaktväg in i vården genom koordineringsfunktionen. Några landsting ser ett samband mellan kontakter med arbetsgivare och lägre sjukskrivningsgrad, och att antalet sjukskrivna patienter minskar på vårdcentraler som har rehabiliteringskoordinatorer. Landstingen menar överlag att arbetsgivare är intresserade av att ha kontakt och vill samarbeta. Vidare har flera landsting sett att rehabiliteringskoordinatorernas arbete bidrar till trygghet för patienterna. Enligt landstingen har koordineringsfunktionen inte någon större effekt om det är för begränsat i tid eller om rehabiliteringskoordinator bara fungerar som kontaktperson. Många landsting är av uppfattningen att Försäkringskassans arbete med samordningsinsatser för sjukskrivna patienter har minskat i takt med utveck-

lingen av koordineringsfunktionen. Rehabiliteringskoordinatorerna har ofta sett att patienterna inte får stöd från Försäkringskassan och koordinatörerna har därför själva utvecklat och tillhandahållit det stödet. Deras aktiva arbete med bred kartläggning och samordning av olika aktörers insatser har medfört att patienternas behov tillgodoses utan att Försäkringskassan behöver agera. Det innebär dock enligt landstingen att de i praktiken utför uppgifter som egentligen är Försäkringskassans.

4.3 Olika aktörers ansvar för stöd och rehabilitering till sjukskrivna

4.3.1 Vad menas med rehabilitering?

De insatser som i dag tillhandahålls i landstingen utförs av så kallade rehabiliteringskoordinatorer. Rehabilitering är ett begrepp som ofta används i samband med sjukskrivningsprocessen och återgången i 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 och för personer med funktionsnedsättning. Man brukar framförallt prata om medicinsk rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering och social rehabilitering.

I författningar som är relevanta i denna lagrådsremiss regleras rehabilitering, med något olika innebörd, i bl.a. socialförsäkringsbalken, förkortad SFB, hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, arbetsmiljölagen (1977:1160), förkortad AML, och förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken

Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken 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 socialförsäkringsbalken (5 kap. 9 § 7 och 6 kap. 6 § 4 SFB). Som huvudregel anses en person vara bosatt i Sverige om han eller hon har sitt egentliga hemvist här i landet, och med arbete i Sverige avses som huvudregel förvärvsarbete i verksamhet i Sverige (5 kap. 2 § och 6 kap. 2 § SFB). 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.

En försäkrad har rätt att få olika typer av rehabiliteringsåtgärder, men vilka åtgärder denna rätt omfattar får bedömas i varje enskilt fall (prop. 2008/09:200 s. 453). Rätten till rehabiliteringsåtgärder i 30 kap. 2 § SFB avser rehabilitering enligt 30 kap. SFB och inte rehabilitering enligt andra föreskrifter.

Rehabilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen

Bestämmelser om rehabilitering infördes i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen 1993 och regleras numera 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 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 (prop. 1992/93:159 s. 200).

4.3.2 Försäkringskassans ansvar för rehabilitering

Försäkringskassan ansvarar för att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt socialförsäkringsbalken (30 kap. 8 § 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. 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 ett generellt ansvar för 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 vid behov ska se till att erforderliga utredningar och undersökningar görs, under hänsynstagande till andra rehabiliteringsansvarigas åligganden. Myndigheten får hjälp bl.a. av de signaler som kan finnas i medicinska utlåtanden om den försäkrades arbetsförmåga. Enligt förarbetena är det vidare av vikt att Försäkringskassan i varje sjukskrivningsärende 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 hos 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. Det kräver att myndigheten följer rehabiliteringsärendena kontinuerligt för att undvika att någon hamnar utanför verksamheten. Försäkringskassans rehabiliteringsarbete gäller alla olika åtgärder som är lämpliga i rehabiliteringssyfte i långa sjukdomsfall (prop. 1990/91:141 s. 90 f.).

År 1992 förtydligades Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar. Försäkringskassan gavs en initiativroll och ett samordningsansvar för rehabiliteringen av den försäkrade. Det anges i propositionen till ändringarna att initiativ- och samordningsansvaret bör utgå från den för-

säkrade och inriktas på att rehabiliteringsbehov upptäcks tidigt och att initiativ till behövliga rehabiliteringsinsatser tas. I rehabiliteringsprocessen ska väsentliga inslag 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. Rehabiliteringsprocessen kan påbörjas så tidigt som det anses lämpligt och möjligt, oberoende av tidsgränser för utredningar (prop. 1990/91:141 s. 49 f.) I propositionen anges att Försäkringskassan ska ha en sammanhållande funktion i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan skulle få en mer aktiv och offensiv roll genom ett mer aktivt rehabiliteringsarbete med arbetsplatsen som bas och med rehabiliteringsersättningen som verksamt hjälpmedel. Det uttalas 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 (s. 37).

4.3.3 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Enligt 30 kap. 6 § första stycket SFB ska arbetsgivaren upprätta en plan för återgång i arbete för arbetstagare som varit frånvarande på grund av sjukdom i 30 dagar. Skyldigheten gäller om det kan antas att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar. Enligt andra stycket i samma paragraf behöver en plan inte upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. Om hälsotillståndet senare förbättras ska dock en plan omgående upprättas. Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Arbetsgivaren ska enligt paragrafens tredje stycke fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den. Vidare ska arbetsgivaren enligt 30 kap. 6 a § SFB 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 vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering.

Enligt 2 kap. 1 § 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 § AML). Genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ska arbetsgivaren också 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 arbets- anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för att fullgöra uppgifterna

enligt AML och enligt 30 kap. SFB. 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 identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Företagshälsovården ska vara arbetsgivarens oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering.

Arbetsgivaren hade 1992–2007 ett förstahandsansvar för att genomföra rehabiliteringsutredningar, samtidigt som Försäkringskassan hade samordnings- och tillsynsansvar som omfattade klarläggande av den enskildes rehabiliteringsbehov (numera upphävda 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring). Tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen skulle finnas inom arbetslivet, eftersom det ansågs att 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 (prop. 1990/91:141 s. 36). Arbetsgivarens utredningsansvar omfattade förutom åtgärder på arbetsplatsen också bedömning av orsakerna till arbetsoförmågan och utredning av behovet av åtgärder även om dessa stod att finna utanför arbetsplatsen. Dock skulle arbetsgivaren inte göra omfattande utredningar av förhållanden utanför arbetsplatsen. Arbetsgivaren skulle inte heller se till att rehabiliteringsåtgärder kom till stånd om orsakerna till arbetsoförmågan fanns utanför arbetsplatsen. Det skulle i stället vara en uppgift för Försäkringskassan (samma prop. s. 45 f.).

År 2007 avskaffades arbetsgivarens skyldighet att genomföra rehabiliteringsutredningar. Regeringen ansåg att reglerna om att Försäkringskassan snarast i samråd med den försäkrade ska se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs var tillräckliga. 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 lämpad för. Regeringen ansåg därför att reglerna om att arbetsgivaren ska göra en rehabiliteringsutredning inte var ändamålsenliga, och att arbetsgivare oftast saknar den kompetens som behövs för att ta ställning till vad som bör göras i olika fall. Mot bakgrund av det ansåg regeringen att bestämmelserna om arbetsgivarnas ansvar att göra rehabiliteringsutredningar skulle avskaffas, vilket också skedde (prop. 2006/07:59 s. 20).

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

Hälso- och sjukvård är primärt ett ansvar för landsting och kommuner. Ansvaret regleras huvudsakligen i hälso- och sjukvårdslagen som i sin nuvarande form trädde i kraft den 1 april 2017.

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador utom tandvård). Även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna räknas som hälso- och sjukvård. 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 (prop. 1981/82:97 s. 17). Hälso- och sjukvården ska enligt 3 kap. 2 § HSL även arbeta för att förebygga ohälsa. Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget och den som är kvarskrivnen enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget (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 rehabiliteringsansvaret 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. Bland annat avses arbetsgivarens och Försäkringskassans ansvar för rehabilitering (prop. 1992/93:159 s. 202). 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 2 kap. 1 § HSL som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Definitionen infördes i den förra hälso- och sjukvårdslagen från 1982. I propositionen till den lagen konstaterades att sjukvård länge varit en obligatorisk uppgift för landstingen, och att sjukvård beskrivits som ”en såväl öppen som sluten vård för sjukdom, kroppsfel och barns börd” i sjukvårdslagen (sjukvårdslagen [1962:242]) 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 (prop. 1981/82:97 s. 111). 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 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 (bet. 1981/82: SoU51 s. 10).

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 (prop. 1981/82:97 s. 18 och 110 f.). 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 (s. 41). Bland annat 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 (s. 45).

I prop. 1996/97:60 (s. 7) 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. 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 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 att 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. Målet om en god hälsa för hela befolkningen lagreglerades genom den förra hälso- och sjukvårdslagen. I förarbetena uttalades att större uppmärksamhet borde ges åt sådana kvaliteter som frånvaro av stress i arbetslivet, meningsfull fritid och allmänt fysiskt och psykiskt välbefinnande, och att en sådan vidare

innebörd av hälsobegreppet är en viktig utgångspunkt för bedömningarna av befolkningens behov och hälso- och sjukvårdsverksamhetens inriktning (prop. 1981/82:97 s. 112 f.). Att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen förutsätter också, enligt förarbetena, allmänt förebyggande insatser, och samtidigt betonas den enskilde individens eget ansvar för sin hälsa, behovet av insatser från andra samhällsorgan, och vårdens samverkan med dessa (s. 27). Regeringen konstaterar i prop. 1996/97:60 (s. 16 f.) att en helhetssyn 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.

Krav på en god hälso- och sjukvård

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, att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Enligt förarbetena är det därutöver angeläget att en helhetssyn anläggs på patientens förhållanden, såsom den sociala situationen och arbetsförhållandena. En sådan helhetssyn på patienten bör påverka såväl personalens handlande som verksamhetsorganisationen (prop. 1981/82:97 s. 56 f., prop. 2016/17:43 s. 94 och 132).

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. 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 funktioner 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 (prop. 2013/14:106 s. 99).

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 sjukvårds-personalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också vara en mer administrativ funktion som samordnar patientens vård. En fast vårdkontakt bör enligt förarbetena kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, 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 (prop. 2013/14:106 s. 99).

En fast vårdkontakt kan i praktiken ha olika benämningar i olika lands-ting och inom olika specialitetsområden. 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 om 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 behandlingsåtgärdersom vidtas (prop. 2013/14:106 s. 100).

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 individuell plan ska upprättas gemensamt mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten när en patient har behov av insatser från båda (16 kap. 4 § HSL, 6 kap. 4 § patientlagen och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen [2001:453], förkortad SoL). I en sådan plan ska även behov av insatser från andra aktörer tas in.

Flera samordningsinsatser som inte är författningsreglerade har utvecklats i praktiken inom hälso- och sjukvården eller genom överenskommelser mellan staten och SKL. Genom den överenskommelse som kallas Patientmiljarden ska landstingen stimuleras att erbjuda patientkontrakt, i första hand till patienter med omfattande och komplexa vårdbehov (dnr S2017/07321/FS). 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. Genom en annan överenskommelse har det som kallas Min vårdplan utvecklats inom cancervården. Det ska vara ett verktyg för att förverkliga den nationella cancerstrategin.

4.3.5 Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering

Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering framgår av förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. Arbetslivsriktad rehabilitering och verksamhet för unga med funktionshinder är olika former av arbetsmarknadspolitisk verksamhet enligt 5 § i förordningen. Enligt 11 § innebär arbetslivsriktad 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 förvärsarbete 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 4.3.7).

4.3.6 Kommunens ansvar för olika insatser riktade till den som är sjukskriven

Socialtjänstens biståndsinsatser ska ge en skälig levnadsnivå

Kommunen har enligt 2 kap. 1 § SoL 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 § SoL 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 levnadsnivå. 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. Bland annat ska kommunen enligt 5 kap. 12 § SoL lämna budget- och skuldrådgivning till skuldsatta personer.

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan få ett 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 per-

sonligt 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 bedrivas 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. Verksamheten ska också ge den enskilde bättre möjligheter att leva ett mer självständigt liv och få en förbättrad livssituation och ge den enskilde 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.

Av en rapport från Socialstyrelsen från 2014 (Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning – Uppföljning av verksamheten med personligt ombud) framgår att verksamheten är väl fungerande 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. Den samhälls-ekonomiska 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.

4.3.7 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 hälso- och sjukvårdslagen (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 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 förvärsarbete (2 § samma lag). 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 (prop. 2002/03:132 s. 49).

Den finansiella samordningen är en frivillig form av lokal samverkan mellan de parter som nämns ovan. Enligt Försäkringskassans uppföljning av samordningsförbundens insatser (Försäkringskassans dnr 013742-2017) fanns det vid slutet av 2016 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. Enligt uppföljningen finansierade samordningsförbunden under 2016 totalt 1 133 olika insatser, varav 54 procent var individinriktade och 46 procent var strukturövergripande. Deltagarna i de insatser som finansierades av samordningsförbund hade generellt sett en låg utbildningsnivå och komplex problembild samt hade behövt olika former av offentlig försörjning under mer eller mindre lång tid före insatsstart. Resultatet av Försäkringskassans uppföljning av verksamheterna talar för att insatserna leder till en positiv utveckling för deltagarna.

5 Koordineringsinsatser – en ny skyldighet för landstingen

5.1 Landstingen ska enligt lag vara skyldiga att erbjuda sjukskrivna patienter individuellt stöd för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet

Regeringens förslag: Det ska införas en skyldighet i lag för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller inträda i arbetslivet. Koordineringsinsatserna ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Landstingens skyldigheter ska regleras i en särskild lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.

Regeringens bedömning: Andra aktörers ansvar för insatser till sjukskrivna bör inte ändras.

Promemorians förslag och bedömning: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens. Det framgår inte av lagtexten i promemorians förslag att insatserna ska erbjudas sjukskrivna patienter, och inte heller att insatserna ska främja inträde i arbetslivet.

Remissinstanserna: De allra flesta remissinstanserna, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och samtliga landsting och regioner och patientorganisationer som yttrat sig, tillstyrker eller ställer sig i huvudsak positiva till förslaget. Många remissinstanser framhåller att det arbete som rehabiliteringskoordinatorerna utför i dag fyller en viktig funktion för patienterna och vissa betonar koordinatorernas betydelse för övrig vårdpersonal och som kontaktpersoner för arbetsgivare.

Statskontoret avstyrker förslaget och anför att hälso- och sjukvården visserligen har en viktig roll i att främja återgång i arbete, men att det finns risker för bristande enhetlighet och för ökad otydlighet i ansvarsförhållandena mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Statskontoret anser också att förändringar som påverkar rehabiliteringssamordningen inte bör genomföras utan att Försäkringskassans arbete med samordningsansvaret samtidigt analyseras. Även *Mittuniversitetet* anför att det bör förtydligas vilka roller som respektive instans ska ha. *Svenska läkaresällskapet (SLS)* avstyrker förslaget och menar att det saknas evidens för att koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården är effektiva åtgärder, att det finns oklarheter kring tillsynen av verksamheten och hur förslaget förhåller sig till pågående utredningar. Ytterligare några remissinstanser anför att forskningsläget är oklart, bl.a. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)* och *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)*. *Vårdanalys*, *Karolinska institutet (KI)*, *SLS* och *Sveriges neurologförening* anser att förslaget kan strida mot prioriteringsordningen och behovsprincipen inom hälso- och sjukvården och ge upphov till undanträngningseffekter. *SKL* och några lands-

ting och regioner menar att det bör framgå av en särskild bestämmelse i den nya lagen att prioriteringsordningen ska gälla även när någon ges koordineringsinsatser. *Forte* anser att lagstiftning kan begränsa landstingens lokala utvecklingsarbete i samverkan med andra aktörer. *Sveriges Företagshälsor* och *Svenska Företagsläkarföreningen* avstyrker förslaget bl.a. av det skälet att företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsprocessen har förbisetts och kan påverkas negativt av förslaget genom att samarbetet med arbetsgivarna kan förändras och föreslår i stället ett utökat ansvar för företagshälsovården och en ytterligare betoning av Försäkringskassans samordningsansvar eftersom det skulle vara mer effektiva åtgärder. *Sveriges läkarförbund* och *Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)* anför att koordinatörer visserligen fyller ett behov men att det är ett uttryck för att sjukskrivningsprocessen inte fungerar och att det behövs en omfattande översyn av systemet. SFAM avstyrker förslaget.

Några remissinstanser instämmer i bedömningen att koordineringsinsatserna inte utgör hälso- och sjukvård enligt definitionen i hälso- och sjukvårdslagen medan *Västra Götalandsregionen*, *Värmlands läns landsting*, *KI* och *Akademikerförbundet SSR* anser att insatserna är hälso- och sjukvård. *Socialstyrelsen* menar att bedömningen att insatserna inte är hälso- och sjukvård inte är självklar och kan leda till gränsdragningsproblem när det gäller tillämpligt regelverk. Socialstyrelsen ställer sig också frågande till hur bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation ska kunna omfatta även koordineringsinsatserna utan en särskild reglering om det. *Mittuniversitetet* anser att lagförslaget är bra men ifrågasätter om landstingen ska ansvara för en verksamhet som har som målsättning att återföra människor till arbetslivet, eftersom det i huvudsak inte är en medicinsk insats.

Försäkringskassan, *Arbetsgivarverket*, *KI*, *Svenskt Näringsliv* och *Funktionsrätt Sverige* anser att koordineringsinsatser även ska ges i förebyggande syfte innan en patient har blivit sjukskriven. *Försäkringskassan* och *KI* menar att förslaget utesluter patienter som på grund av sjukdom eller skada ännu inte kommit in i arbetslivet

Bland andra *KI*, *Svenska Företagsläkarföreningen*, *Lunds universitet* och *Mittuniversitetet* anför att förslaget är otydligt i vissa delar. Det som nämns är bl.a. otydlighet i fråga om vilka som ska få koordineringsinsatser, vem som ska göra den bedömningen, hur insatserna ska utföras och vem som kan initiera insatserna. *Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF)* efterfrågar en beskrivning av hur ungas särskilda behov ska beaktas.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Behov av åtgärder för att öka stödet till individen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Regeringen har i olika sammanhang uppmärksammat behovet av stöd till individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I utvecklingen av åtgärdsprogrammet för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro konstaterar regeringen att åtgärder framförallt behöver inriktas på att öka

stödet till individen och att stärka samverkan mellan myndigheter. Ett antal åtgärder har vidtagits på de områdena (se avsnitt 4.1).

En åtgärd för att öka stödet till individen som nämns i regeringens åtgärdsprogram är en permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i vad som redovisas i promemorian kan regeringen konstatera att många sjukskrivna patienter utöver medicinsk vård och behandling också behöver stöd och vägledning genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom hälso- och sjukvården. Det handlar om att få stöd och motivation till att se sin egen förmåga, till att genomgå sådan vård och behandling som främjar deltagande i arbetslivet, att vårdens insatser för den enskilde samordnas internt och att vården samverkar med andra aktörer kring den enskilda sjukskrivna patienten. Det har visat sig att rehabiliteringskoordinatorer inom vården kan tillgodose dessa behov. Som framgår i bakgrundsavsnittet är koordinatorernas insatser uppskattade av patienter och övrig vårdpersonal på flera sätt, och insatserna tycks även vara effektiva för många patienters återgång i arbete. Den positiva bilden av koordinatorernas arbete har också bekräftats av ett stort antal remissinstanser. Regeringen anser därför att stödinsatser som består av personligt stöd, intern samordning och extern samverkan ska göras permanenta. Inom hälso- och sjukvården finns visserligen redan ett antal stöd- och samordningsfunktioner (se avsnitt 4.3.4). Det ingår dock inte i någon av landstingens obligatoriska uppgifter att ge stöd och samordna insatser till individen för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet eller att i det syftet samverka med externa aktörer.

Mittuniversitetet ifrågasätter om landstingen ska vara ansvariga för en verksamhet som har som mål att återföra människor till arbetslivet, med hänvisning till att det i huvudsak inte är en medicinsk insats. Regeringen menar att även om främjande av sjukskrivna patienters deltagande i arbetslivet i formell mening är en ny uppgift för landstingen, så är det inte frågor som är nya eller främmande för hälso- och sjukvården. I avsnitt 4.3.4 beskrivs att god hälsa och god vård är begrepp som ska ges en vidare innebörd än att bara avse rent medicinska aspekter, och att hälso- och sjukvården ska arbeta utifrån en helhetssyn på patienten. Att det handlar om verksamhet med mål att återföra människor till arbetslivet bör därför inte hindra att landstingen ska vara ansvariga för uppgifterna. Regeringen föreslår därför att det ska bli obligatoriskt för alla landsting att erbjuda sådana insatser. Insatserna ska kunna organiseras och erbjudas inom befintliga samordningsstrukturer inom hälso- och sjukvårdens verksamheter om det bedöms lämpligt, men det är landstinget som avgör hur arbetet ska utföras. Koordineringsinsatserna kan således genomföras av eller tillsammans med en vårdsamordnare eller en fast vårdkontakt som utsetts enligt patientlagen (2014:821) eller av någon annan inom vården. Regeringen återkommer nedan till frågan om insatserna ska anses som hälso- och sjukvård eller inte, och i avsnitt 5.2 anges vad insatserna ska innehålla.

Behövs nya stödinsatser inom rehabiliteringsprocessen?

Försäkringskassan har sedan länge ett samordningsansvar för försäkrade som har behov av rehabiliteringsåtgärder för att få tillbaka sin arbetsför-

måga. Förutom att samordna olika aktörers insatser innefattar Försäkringskassans ansvar bl.a. att klarlägga individens behov, att samverka med andra aktörer och att verka för att dessa vidtar sina respektive åtgärder. I samordningsansvaret ingår bl.a. att motivera den försäkrade att delta i rehabiliteringen och att stötta den försäkrade i kontakterna med andra aktörer (prop. 1990/91:141 s. 90 f., se även avsnitt 4.3.2). Försäkringskassan har dock inte något ansvar för att stötta och vägleda individen inom hälso- och sjukvården eller för att samordna insatser inom vården. Försäkringskassan kan inte heller föra den medicinska direktdialog om den enskilda individen som bör finnas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren och andra aktörer som har ansvar för olika åtgärder. Regeringen anser därför, även med beaktande av Försäkringskassans samordningsansvar, att det finns ett behov av koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Bland annat *Statskontoret* och *Mittuniversitetet* påtalar risk för ökad otydlighet i ansvarsförhållandena mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Regeringens avsikt är att den lag som föreslås ska bidra till en tydligare ansvarsfördelning mellan olika aktörer och till likvärdiga insatser för enskilda. Regeringen återkommer i avsnitt 5.2 till hur detta ska åstadkommas. Regeringen anser således inte att det finns skäl att avstå från att genomföra promemorians förslag av de skäl som Statskontoret och Mittuniversitetet anför.

Flera remissinstanser understryker att arbetsgivaren och företagshälsovården fyller en mycket viktig funktion i rehabiliteringsprocessen, och regeringen har ingen annan uppfattning. *Sveriges Företagshälsor* och *SFLF* avstyrker förslaget bl.a. med motiveringen att företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsprocessen inte analyserats och att den verksamheten kan påverkas negativt av förslaget. Regeringen anser att arbetsgivaren har ett grundläggande och avgörande ansvar inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och företagshälsovården är en viktig expertresurs för de arbetsgivare som inte själva har de kunskaper som krävs för att ta detta ansvar. Företagshälsovården arbetar både förebyggande på organisations- och individnivå och deltar i anpassningsplanering och rehabilitering för den arbetstagare som har blivit eller riskerar att bli sjuk. Regeringen vill betona att arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering kvarstår oförändrat även med landstingens föreslagna nya skyldigheter. Arbetsgivares behov av företagshälsovård kommer således inte heller att förändras med anledning av förslaget.

Statskontoret anser att förändringar som påverkar rehabiliteringssamordningen inte bör genomföras utan att Försäkringskassans arbete med samordningsansvaret samtidigt analyseras. Ett antal remissinstanser, bl.a. *Sveriges läkarförbund*, *KI*, *SLS*, *SFLF* och *Sveriges företagshälsor*, anför också att insatserna i stället bör riktas till andra aktörer, exempelvis arbetsgivaren eller företagshälsovården, att det behövs en större översyn av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att andra statliga utredningar som rör dessa och närliggande frågor bör inväntas. Regeringen instämmer i att det är av avgörande betydelse för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess att samtliga aktörer gör det de har ansvar för att göra. Individuellt stöd i form av koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården är en av många åtgärder som behövs för att stärka stödet till individen inom sjukskrivnings- och rehabiliterings-

processen. Som nämns ovan har regeringen av den anledningen redan genomfört ett antal åtgärder som rör andra aktörer i processen, och behov av ytterligare åtgärder undersöks i olika utredningar. Regeringen menar att förslagen i denna lagrådsremiss ska ses som en del av detta arbete, närmare bestämt den del som riktar sig till landstingen och hälso- och sjukvårdsverksamheten. Analyser och insatser som rör Försäkringskassans samordnings- och tillsynsarbete och utveckling av andra aktörers insatser bör enligt regeringens mening kunna ske parallellt med de förslag som nu lämnas. Regeringen bedömer dock att det inte finns anledning att ändra någon annan aktörs ansvar med anledning av de förslag som lämnas i denna lagrådsremiss.

Finns det evidens för att koordineringsinsatserna är effektiva?

Ett antal remissinstanser invänder att det saknas tillräcklig evidens för att insatser av det slag som föreslås är effektiva. Regeringen ifrågasätter inte att forskningsläget är oklart. Det huvudsakliga syftet med förslaget är emellertid att den sjukskrivna patienten ska ges stöd i och genom processen, och regeringen anser att erfarenheterna tillräckligt tydligt visar att rehabiliteringskoordinatorens insatser ger patienter sådant stöd. Regeringen menar också att det är rimligt att anta att förslaget kan leda till minskad sjukfrånvaro även om det inte är fastslaget genom forskning. Regeringen anser därför att det finns skäl för att koordineringsinsatser även fortsättningsvis ska utföras av landstingen.

Är det nödvändigt att lagstifta?

Koordineringsfunktionen har varit frivillig för landstingen under ett antal år. Att fortsätta att ge landstingen incitament att upprätthålla koordineringsverksamheten på frivillig väg genom överenskommelser är dock inte lämpligt av flera skäl. Ett skäl är att regeringen bedömer att det kommer att finnas ett kontinuerligt behov av individuellt stöd i sjukskrivningsprocessen för vissa patienter för att främja arbetsförmågan och deltagande i arbetslivet. Det bör därför säkerställas att sådant stöd ges i alla landsting. Om verksamheten är frivillig och bara hanteras genom överenskommelser försvåras den långsiktiga planeringen av koordineringsverksamheten och det skulle inte heller finnas några garantier för att landstingen fortsätter att erbjuda sådant stöd. Samma sak skulle gälla om uppgiften skulle göras permanent på annat sätt än genom obligatorisk lagstiftning, t.ex. genom att reglera en möjlighet för landstingen att ansöka om statsbidrag för verksamheten enligt villkor i en förordning. Utan lagstiftning skulle det också kunna finnas oklarheter kring den lagliga grunden för verksamheten och för personuppgiftshandlingen samt kring hur funktionen ska organiseras och förhålla sig till hälso- och sjukvårdens verksamheter i övrigt och till andra aktörers ansvar. Regeringen bedömer därför att landstingen genom lag bör bli skyldiga att tillhandahålla koordineringsinsatser. Genom lagregleringen kommer samma krav gälla för alla landsting, vilket skapar förutsebarhet och främjar en jämlik behandling av enskilda. Härigenom kommer bl.a. sekretesskydd och rättslig grund för personuppgiftshandling tydligt regleras i lag.

Behöver skyldigheten att tillhandahålla koordineringsinsatser regleras i en ny lag?

Hälso- och sjukvård innebär enligt hälso- och sjukvårdslagens definition att medicinskt förebygga, utreda och behandla patientens sjukdomar och skador, och då även erbjuda medicinsk rehabilitering. Begreppet hälso- och sjukvård bör i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens. Med medicinskt utbildad personal avses även personal vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering (prop. 1981/82:97 s. 44). Koordineringsinsatserna omfattar varken medicinsk behandling eller medicinska utredningar eller bedömningar. Det krävs inte heller någon medicinsk utbildning för att kunna utföra insatserna. Enligt regeringens mening ska avgränsningen mot hälso- och sjukvårdsinsatser inte heller göras utifrån vem som utför tjänsten utan i stället utifrån vad som är det primära syftet med åtgärden. Regeringen anser därför i likhet med promemorian att koordineringsinsatserna inte är hälso- och sjukvårdsinsatser enligt definitionen i hälso- och sjukvårdslagen, och att det i många fall kan vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som tillhandahåller insatserna föranleder ingen annan bedömning. *Västra Götalandsregionen, Värmlands läns landsting, KI och Akademikerförbundet SSR* gör en annan bedömning. *Socialstyrelsen* menar att bedömningen inte är självklar och att det kan leda till gränsdragningsproblem när det gäller vilket regelverk som är tillämpligt. Att olika lagar blir tillämpliga på olika insatser som tillhandahålls av landstingen skulle naturligtvis i vissa situationer kunna leda till gränsdragningsproblem. Regeringen konstaterar dock att det redan i dag finns situationer då olika lagar reglerar landstingens verksamhet. Förutom hälso- och sjukvårdslagen gäller exempelvis lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar och smittskyddslagen (2004:168). Hälso- och sjukvårdens personal är således van vid att arbeta utifrån olika men närliggande författningar, och förslaget torde därför inte försvåra verksamheten.

Hälso- och sjukvårdslagen 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. Även om koordineringsinsatserna inte är hälso- och sjukvård bör de dock ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och 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 hälso- och sjukvårdslagen även om de inte rymms inom definitionen av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Avsikten är dock att hälso- och sjukvårdslagen ska vara en målinriktad ramlag. Regeringen anser därför att det inte är lämpligt att i hälso- och sjukvårdslagen reglera en särskild skyldighet att till vissa patientgrupper erbjuda individuellt stöd som inte är hälso- och sjukvårdsinsatser. Det finns inte heller någon

annan lag där skyldigheten lämpligen bör regleras. Regeringen föreslår därför att det införs en ny lag som reglerar skyldigheten för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för sjukskrivna patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller inträda i arbetslivet.

I promemorian anförs att de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som rör hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation även ska tillämpas i fråga om de föreslagna koordineringsinsatserna som verksamhet. *Socialstyrelsen* ifrågasätter om det kan ske utan en särskild bestämmelse om det. Regeringen föreslår som nämns ovan att koordineringsinsatser ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Insatserna kommer därmed ingå i den organisatoriska hälso- och sjukvårdsverksamheten och de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som avser hälso- och sjukvården som organisation kommer således även omfatta koordineringsinsatserna.

Vilka patienter ska erbjudas insatserna?

I promemorian föreslås att koordineringsinsatser ska erbjudas patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Det anges inte uttryckligen i lagtext att förslaget avser sjukskrivna patienter, men det klargörs i promemorians motivtexter. Tanken med lagstiftningen är att den ska gälla just för sjukskrivna, och regeringen anser därför att det bör framgå av lagtexten. Målgruppen är patienter som på grund av skada eller sjukdom i någon utsträckning är förhindrade att delta i arbetslivet, och som läkare inom vården utfärdat intyg för, dvs. sjukskrivna patienter. Patienterna kan vara sjukskrivna från ett arbete med t.ex. sjuklön eller sjukpenning, eller vara arbetsökande, ha aktivitetsstöd eller aktivitetsersättning eller annan försörjning. En förutsättning för att en patient ska erbjudas insatsen är att den sjukskrivna patienten förväntas kunna delta i arbetslivet men att en funktionsnedsättning, sjukdom eller skada begränsar förmågan att arbeta och försörja sig själv. Regeringen understryker att avsikten med förslaget är att patienter ska få stöd som underlättar för dem att lämna en sjukskrivning, oavsett vad patienten är sjukskriven från och oavsett vilken ersättning, förmån eller annan försörjningsform som är aktuell. Insatserna ska erbjudas inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet där det normalt förekommer patienter som sjukskrivs, både inom primärvård och inom specialistvård. Insatserna ska erbjudas till kvinnor och män i samma omfattning utifrån behov.

Förslaget innebär vidare att insatserna inte behöver erbjudas alla sjukskrivna patienter utan bara de som bedöms ha ett särskilt behov av individuellt stöd. Patienter som har återkommande sjukskrivningsperioder eller en sjukskrivning som av något skäl kan befaras bli långvarig bör kunna anses ha ett särskilt behov av stöd, men det måste bedömas i det enskilda fallet med utgångspunkt i erfarenheter och utvärderingar av för vilka patienter särskilda stödinsatser har positiv effekt. Ett skäl att befara lång sjukskrivning kan t.ex. vara att en patient som sjukskrivs har eller har haft återkommande problem med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta. Det avgörande är dock inte vilken diagnos patienten har eller inom vilken disciplin denne vårdas,

utan vilka möjligheter den enskilda patienten bedöms ha att återgå till arbetslivet och hur möjligheterna kan påverkas av ett individuellt stöd. De allra flesta sjukskrivna återfår sin arbetsförmåga och kan utan några särskilda stödinsatser återgå till arbete eller annan sysselsättning efter en sjukskrivning (se avsnitt 4.2.3). Dessa patienter behöver inte erbjudas koordineringsinsatser. Enligt förslaget handlar det om särskilt behov av ett individuellt stöd. Med detta avses att koordineringsinsatser ska utgöra stöd till patienter i enskilda fall, och inte enbart handla om förbättrade arbetsrutiner generellt på sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Bland annat *KI* anför att det är otydligt hur urvalet av vilka som ska erbjudas koordineringsinsatser ska gå till och *Statskontoret* ser en risk i att tillämpningen inte blir enhetlig. Regeringen anser dock att det varken är möjligt eller önskvärt att uttryckligen i författning närmare ange vilka patientgrupper som ska erbjudas insatser eller hur urvalet ska göras. En sådan uppräknig skulle riskera att utesluta patientgrupper som i dag inte kan förutses ha behov av koordineringsinsatser. Samtidigt skulle patienter inom en viss patientgrupp kunna få insatser utan att ha behov av det. Regeringen menar att det utöver de ramar som anges här är nödvändigt att lämna till landstingen att avgöra vilka patienter som ska anses ha ett särskilt behov av insatser.

Det är sannolikt ofta svårt att på 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 insatserna därför erbjudas i ett skede där man med viss säkerhet kan anta att insatserna kan vara meningsfulla. Dock ska beaktas att insatserna sannolikt blir mer effektiva ju tidigare de sätts in. När så kan bli fallet varierar från fall till fall beroende på bl.a. diagnos och vårdpersonalens möjligheter att bedöma patientens förutsättningar. Enligt promemorian bör det därför inte införas någon skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser i förebyggande syfte, dvs. innan sjukskrivningen är ett faktum. *Försäkringskassan*, *Arbetsgivarverket*, *KI*, *Svenskt Näringsliv* och *Funktionsrätt Sverige* menar att landstingen bör erbjuda koordineringsinsatser även i förebyggande syfte. Regeringen anser dock att landstingen inte ska vara skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser innan en patient har blivit sjukskriven. Detta med tanke på svårigheterna att tidigt bedöma vilka patienter som faktiskt har behov av koordineringsinsatser och att skyldigheter för landstingen inte ska gå längre än vad som är nödvändigt och motiverat

Försäkringskassan och *KI* anser att promemorians förslag att koordineringsinsatser endast ska erbjudas patienter för att dessa ska kunna ”återgå” till arbetslivet utesluter patienter som är sjukskrivna men som av olika skäl inte kommit in i arbetslivet. Promemorians motivtexter utesluter inte patienter som ännu inte kommit in i arbetslivet, och regeringen anser att det bör klargöras att även des patienter som visserligen är redo för arbetslivet men som inte hunnit bli arbetstagare eller arbetssökande innan de blivit sjukskrivna ska omfattas av förslaget. För att det ska framgå av den föreslagna lagen bör det därför uttryckligen anges i författningstexten att koordineringsinsatserna ska omfatta också de sjukskrivna patienter som behöver stöd för att inträda i arbetslivet.

Vårdanalys, *KI* och *SLS* bedömer att förslaget kan strida mot prioriteringsordningen och behovsprincipen inom hälso- och sjukvården

och ge upphov till undanträngningseffekter. Prioriteringsordningen, som regleras i 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, innebär bl.a. att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Koordineringsinsatserna är enligt regeringens bedömning inte hälso- och sjukvård (se nedan). Det innebär att bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen inte kommer att bli tillämplig på koordineringsinsatser. När det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser till patienter som samtidigt får koordineringsinsatser gäller behovsprincipen för denna patientgrupp på samma sätt som för övriga patienter och koordineringsinsatserna ska inte ge någon förtur till vård och behandling för dessa patienter. Regeringen anser därför inte att det behöver införas någon upplysningsbestämmelse i den nya lagen om att prioriteringsordningen ska gälla även när någon ges koordineringsinsatser, så som föreslås av SKL och några landsting. Att behovsprincipen och prioriteringsordningen gäller för alla hälso- och sjukvårdsinsatser följer av hälso- och sjukvårdslagen som sedan länge tillämpas inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten måste vara att alla bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen fortsätter gälla på samma sätt som tidigare även med den nya lagen. En upplysningsbestämmelse skulle snarare, enligt regeringens mening, kunna leda till tveksamhet om hur övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen ska tillämpas i fråga om koordineringsinsatser. Regeringen har förståelse för de farhågor som remissinstanserna ger uttryck för, särskilt med tanke på svårigheter på vissa håll att rekrytera personal till hälso- och sjukvården. Regeringens avsikt är att förslaget ska belasta hälso- och sjukvårdsverksamheternas resurser i så liten utsträckning som möjligt, framförallt genom finansiering och genom att ge landstingen möjlighet att i viss utsträckning utforma insatserna utifrån sina egna förutsättningar. Regeringen föreslår inte heller att koordineringsinsatserna endast ska utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

SLS har efterfrågar en djupare analys av hur det säkerställs att de grupper som inte ska erbjudas koordineringsinsatserna inte kommer att diskrimineras. Regeringen kan konstatera att koordineringsinsatser inte är relevanta åtgärder för alla patienter utan bara för vissa sjukskrivna. De patienter som inte är aktuella för arbetslivet diskrimineras inte genom att inte erbjudas koordinering för återgång till arbetslivet. Dessa patienters behov av samordningsinsatser ska i stället tillgodoses av exempelvis en fast vårdkontakt. Det finns redan exempel på insatser som uttryckligen bara ska erbjudas vissa berörda grupper, t.ex. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för döva och hörselskadade (8 kap. 7 § HSL), och en grundprincip för alla insatser inom hälso- och sjukvården är att vård och behandling bara ska ges till den som behöver det. Regeringen anser således inte att förslaget kommer att leda till diskriminering eller annat åsidosättande av några grupper. *MUCF* efterfrågar en beskrivning av hur ungas särskilda behov ska beaktas. Regeringen anser att unga människor som sjukskrivs är en grupp som kan ha särskilt behov av koordineringsinsatser, om det finns indikationer på att det är en sjukskrivning som kan bli långvarig om inte särskilda insatser ges. Att unga människor fastnar i onödigt långa sjukskrivningar bör många gånger kunna undvikas genom att koordineringsinsatser sätts in. I avsnitt 5.3

föreslås att insatserna ska utformas tillsammans med patienten, vilket kan vara särskilt viktigt när det gäller unga människor.

5.2 Koordineringsinsatser för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet

Regeringens förslag: Koordineringsinsatserna ska bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer för att främja den enskilda patientens återgång till eller inträde i arbetslivet. Landstingets ansvar för koordineringsinsatserna ska inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Promemorians förslag: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens. Enligt promemorians förslag ska insatserna även bestå av liknande insatser.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är delade i sin uppfattning om ifall förslaget främjar förutsebarhet och jämlikhet för patienter i olika delar av landet eller om det medför risk för bristande enhetlighet för patienter beroende på var de bor. *Region Västmanland* och *Region Örebro* anför att landstingen måste ges utrymme att utforma insatserna själva och *Forte* anför att samverkan behöver utformas utifrån lokala förutsättningar och de enskilda patienternas behov. Flera remissinstanser efterfrågar en mer detaljerad reglering av insatserna, bl.a. *KI, Mittuniversitetet, Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin* och *Sveriges Arbetsterapeuter*. *Statskontoret* anför däremot att förslaget avviker från de grundläggande principerna för styrningen av hälso- och sjukvården genom att vara relativt detaljerat.

Det finns olika uppfattningar bland remissinstanserna i fråga om huruvida förslaget tydliggör olika aktörers ansvar. Bland andra *Försäkringskassan* och *Statskontoret* anser att förslaget kan medföra ökad otydlighet i ansvarsförhållandena mellan hälso- och sjukvården och *Försäkringskassan*, men *Arbetsgivarverket* menar att förslaget tydliggör funktionen i förhållande till övriga aktörer i sjukskrivningsprocessen. *Arbetsgivarverket, Region Västmanland, Södermanlands läns landsting* och *Region Örebro* instämmer i promemorians förslag att koordineringsinsatserna bara bör omfatta det som hälso- och sjukvården har ansvar för och inte behov som är andra aktörers ansvar att hantera. *SKL, Blekinge läns landsting, Region Jönköping, Region Skåne, Region Uppsala, Värmlands läns landsting* och *Dalarnas läns landsting* och *Tjänstemännens centralorganisation (TCO)* ser dock ingen motsättning i att både *Försäkringskassan* och hälso- och sjukvården har ansvar för att ge liknande stöd till den enskilde. *TCO* menar att det blir en onaturlig uppdelning om landstingen ska hänvisa till *Försäkringskassan* när olika behov upptäcks.

Region Västmanland och *Region Örebro* instämmer i förslaget när det gäller vad koordineringsinsatserna ska innehålla. *SKL*, ett flertal landsting och regioner samt *Forte* anser dock att koordineringsinsatserna även ska omfatta en kartläggning av patientens sociala situation och motivationsinsatser och utredning av insatser från aktörer eftersom koordineringen annars inte kommer att bidra effektivt till återgång till arbets-

livet. *SKL* och några landsting och regioner anser att koordineringen också ska omfatta vägledning i sjukskrivningsprocessen, utveckling av rutiner, försäkringsmedicinska frågor, statistik samt stöd till chefer. *Arbetsförmedlingen* anser att samverkansskyldigheten kan bli problematisk i förhållande till aktörer som inte har samma skyldighet. *Statskontoret* menar att Parlamentariska socialförsäkringsutredningens tidigare förslag (SOU 2015:21 Mer trygghet och bättre försäkring, Del 1 s. 629) om ett generellt krav på hälso- och sjukvården att samverka med övriga aktörer kan vara en mer adekvat lösning som inkluderar fler grupper.

Värmlands läns landsting menar att ordet rehabiliteringskoordinatorer bör användas i stället för koordineringsinsatser. *Region Skåne* förordar att namnet för funktionen ska vara koordinator för samordning inom hälso- och sjukvården.

Skälen för regeringens förslag

Landstingens ansvar ska inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för

Det är av grundläggande betydelse för ett välfungerande rehabiliteringsarbete att det är tydligt vilket ansvar olika aktörer har i processen. Otydliga ansvarsområden eller överlappande ansvar riskerar att leda till oklarhet kring vem som ska genomföra insatser eller till att liknande åtgärder vidtas av olika huvudmän. Det ger inte förutsättningar för ett effektivt arbete, individen vet inte vem denne ska vända sig till, och det kan innebära risk för att enskilda hamnar mellan stolarna. Regeringen menar därför att ansvarsgränserna ska vara tydliga och avskilda från varandra. I promemorian föreslås att landstingets ansvar för koordineringsinsatser inte ska omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter, utan bara behov som hälso- och sjukvården ansvarar för. Regeringen instämmer i det förslaget, och anser således inte att Försäkringskassan och landstingen ska ha ansvar för samma eller liknande stödinsatser till den enskilde, vilket *SKL*, några landsting och regioner och *TCO* inte ser något hinder för. Flera remissinstanser, bl.a. *Statskontoret*, påtalar en risk för otydlighet när det gäller olika aktörers ansvarsområden. Regeringen föreslår därför att skyldigheten för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser inte ska avse sådana insatser som andra aktörer ansvarar för. Koordineringsinsatserna ska bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av landstingen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och inte avse insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. En närmare beskrivning av vad landstingets ansvar för koordineringsinsatser ska omfatta följer nedan.

Koordineringsinsatserna ska omfatta personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer

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 förutsättningar och behov. I promemorian föreslås med detta som utgångspunkt att de obligatoriska

insatserna bör bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar återgång till arbetslivet eftersom det är sådana behov som identifierats för sjukskrivna patienter inom vården. Några remissinstanser, bl.a. *Arbetsgivarverket*, *KI* och *Mittuniversitetet* anser att det krävs en mer detaljerad reglering av insatserna, bl.a. för att främja nationell enhetlighet. Även *Statskontoret* anser att det finns en risk för bristande enhetlighet i tillämpningen, men menar samtidigt att detaljeringsgraden i promemorians förslag avviker från grundprincipen för styrning av hälso- och sjukvården. Andra instanser, bl.a. *Region Örebro*, *Region Västmanland* och *Forte*, betonar vikten av att landstingen ges utrymme att utforma insatserna utifrån lokala förutsättningar. Regeringen anser att förslaget i promemorian är proportionerligt utifrån kraven i 14 kap. 3 § regeringsformen om den kommunala självstyrelsen i och med att det sätter ramar för landstingens skyldighet i form av en beskrivning av vilka insatser som ska erbjudas och i vilket syfte, samtidigt som det lämnar utrymme för landstingen att utforma insatserna utifrån egna förutsättningar. Regeringen anser också att den föreslagna regleringen balanserar behovet av nationell enhetlighet mot behovet av att anpassa insatserna till lokala förutsättningar. Regeringen instämmer således i promemorians förslag, med det undantaget att det inte finns anledning att ålägga landstingen att erbjuda andra liknande insatser utöver personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Enligt regeringens mening är de tre åtgärderna tillräckliga, och det är svårt att se vilka andra liknande åtgärder det skulle kunna handla om, vilket inte heller har utvecklats i promemorian.

Med personligt stöd avses samtalsstöd och andra insatser för att motivera den sjukskrivna patienten att vara delaktig i den vård som krävs för att få eller återfå arbetsförmåga. Det personliga stödet ska även underlätta för patienten att hitta lösningar och att på egen hand klara att genomföra vårdinsatser så att han eller hon inte drabbas av en längre sjukskrivning än nödvändigt. Det personliga stödet bör även innebära att den sjukskrivna patienten får en kontaktperson att vända sig till i fråga om rehabiliteringsplaneringen och sjukskrivningsprocessen inom vården och förhållandet till andra aktörers ansvar. Kontaktpersonen ska dock inte ha rollen som ombud för patienten. *Forte*, *SKL* och många landsting och regioner anser att koordineringsinsatsernas personliga stöd bör omfatta en bredare kartläggning av patientens livssituation, behov och insatser som även andra aktörer har ansvar för. *Region Jönköping* och *TCO* anser att sådana insatser behövs för vård och behandling. Regeringens förslag innebär att landstingen endast har ansvar för sådant personligt stöd som krävs för patientens vård och behandling. Om det krävs viss kartläggning av patientens behov eller av andra aktörers insatser för att vården ska bli effektiv ska det naturligtvis ingå i koordineringsinsatserna. Däremot ska inte alla behov av insatser för återgång i arbete som upptäcks av landstingen inom ramen för koordineringsinsatserna också tillgodoses av landstingen. De uppgifter som omfattas av Försäkringskassans ansvar inom samordning och tillsyn ska inte vara en skyldighet för landstingen att utföra. Det är som huvudregel Försäkringskassans och inte landstingens ansvar att klarlägga behov av rehabilitering på arbetsplatsen, på det sociala området eller i andra delar och att verka för att behoven tas om hand av rätt aktör. Det är också Försäkringskassans

ansvar att tillgodose patientens behov av motivation och stöd när det gäller sådana insatser (se vidare i avsnitt 4.3.2). Regeringen föreslår i avsnitt 5.4 att landstinget ska informera Försäkringskassan när man inom ramen för koordineringsinsatserna ser att det kan finnas ett behov av en bredare kartläggning och av samordningsinsatser som inte ligger inom landstingets ansvar. Försäkringskassan ska vidare som alla myndigheter motivera sina beslut och informera och vägleda individen i fråga om innebörden av besluten och i de sakfrågor som myndigheten ansvarar för, dvs. sjukförsäkringsfrågor i detta fall. *Statskontoret, Försäkringskassan* och ytterligare några remissinstanser anför att det finns risk för otydlighet när det gäller gränsen mellan Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens ansvar. Regeringen understryker därför att de koordineringsinsatser som landstingen föreslås bli skyldiga att erbjuda avgränsas till landstingens ansvar i rehabiliteringsprocessen, dvs. koordineringsinsatser för vård och behandling. *TCO* anser att det blir en onaturlig uppdelning om landstingen ska hänvisa till Försäkringskassan när olika behov upptäcks. Regeringen menar dock att det inte är ovanligt att olika myndigheter har olika ansvar för enskilda individer, och att myndigheterna i praktiken behöver hitta lämpliga lösningar och övergångar så att respektive aktör kan genomföra sina insatser utan att det blir svårt att förstå för individen.

Den samordning, breda kartläggning och stödfunktion som många rehabiliteringskoordinatorer i dag erbjuder, men som inte föreslås bli någon obligatorisk uppgift för landstingen, omfattas i många fall av Försäkringskassans samordningsansvar. Regeringen har gett Försäkringskassan i uppdrag att förstärka sitt arbete när det gäller samordning och stöd till individen (se avsnitt 4.1), vilket tillsammans med förslaget om informationsöverlämning från landstingen till Försäkringskassan bör ge goda förutsättningar för att enskildas behov blir omhändertagna. För övrigt vill regeringen poängtera att förslaget avser vilka skyldigheter landstingen ska ha, och det står i övrigt enskilda landsting fritt att själva avgöra vad de anser att de kan och bör erbjuda enskilda patienter.

I promemorian anges att om patienten vid sidan av koordineringsinsatserna har fått en fast vårdkontakt bör berörd vårdpersonal komma överens om vem som i första hand ska vara patientens kontaktperson när det gäller information om vården. Enligt *Sveriges läkarförbund* bör det klargöras vilken aktör som har ansvar för den interna samordningen, eftersom patienten annars kan hamna mellan stolarna. Regeringen menar att eftersom en fast vårdkontakts ansvar omfattar patientens vård och behandling generellt, och de koordineringsinsatser som nu föreslås endast avser insatser för inträde i arbetslivet eller återgång i arbete, torde ansvarsområdena inte överlappa varandra. Däremot instämmer regeringen i att olika funktioner inom vården bör samverka med varandra för att det inte ska bli otydligt vem patienten ska vända sig till.

Utöver personligt stöd ska koordineringsinsatserna omfatta intern samordning inom hälso- och sjukvården. Det som avses är samordning av olika åtgärder inom hälso- och sjukvården som kan ha betydelse för en sjukskriven patients möjlighet att återgå till eller inträda i arbetslivet. Intern samordning ska på samma sätt som personligt stöd vara individuellt utformad och inriktad på den enskilda patienten och dennes särskilda behov. Samordningen bör framförallt handla om att främja en

samsyn kring patienten och om att stämma av att alla som behandlar patienten arbetar mot samma mål och enligt samma plan när det gäller patientens arbetsförmåga och arbetsåtergång. Tillsammans med läkare och vårdteam bör den som utför koordineringsinsatserna diskutera sjukskrivningen, behov av insatser och uppföljning av åtgärder. SKL och några landsting och regioner anser att koordineringen också ska omfatta utveckling av interna rutiner, information om förändringar inom det försäkringsmedicinska området, statistikhantering samt stöd till chefer i dessa frågor. Av promemorian framgår att många rehabiliteringskoordinatorer arbetar med sådana frågor i dag och att den delen av arbetet är värdefull och uppskattad. Regeringen bedömer att sådana insatser är viktiga, men delar promemorians bedömning att sådan kompetens- och verksamhetsutveckling ingår i landstingens övergripande ansvar för verksamheten och en god hälso- och sjukvård. Regeringen anser därför att det inte bör regleras i lag hur det arbetet ska organiseras.

Den tredje delen av koordineringsinsatser ska enligt regeringens förslag vara samverkan med andra aktörer. Arbetsgivare behöver inte sällan diskutera frågor kring en arbetstagare med någon inom hälso- och sjukvården. Det gäller exempelvis i fråga om vilka kontakter arbetsgivaren kan och bör ta när arbetstagaren är sjukskriven på grund av psykisk ohälsa. En sådan kontakt kan vara avgörande för att arbetsgivaren ska kunna göra rätt anpassningar. Även vården kan ha behov av information från arbetsgivaren om arbetstagarens arbetssituation och arbetsuppgifter för att kunna ge rätt vård och behandling. Det är enligt regeringens mening viktigt att olika aktörer kring en enskild sjukskriven person samverkar med varandra. Det som avses är att vara en samarbetspartner och kontaktperson för arbetsgivaren, Försäkringskassan och andra externa aktörer och att bidra till att samverkan fungerar väl i det enskilda fallet. Det handlar också om att ta kontakt med exempelvis arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen när det behövs för att vårdens planer och insatser för individen ska kunna utföras så effektivt som möjligt. Arbetsgivaren förväntas dock även fortsättningsvis ha kunskap om sina anpassningskyldigheter och anpassningsmöjligheter och om arbetsmiljöns påverkan på arbetstagarnas hälsa. Samverkansskyldigheten är inte avsedd för sådan information.

Samverkansskyldigheten är inte ett samordningsansvar. Försäkringskassan har samordningsansvaret för insatser inom rehabiliteringsprocessen, vilket bl.a. handlar om att se till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering och att verka för att aktörerna, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar dessa åtgärder. Det kan dock inte krävas att Försäkringskassan inom sitt samordningsuppdrag organiserar alla kontakter mellan olika aktörer. Dessa bör kunna ha en direktkontakt och en samverkan om en enskild patient utan att involvera Försäkringskassan som samordnare.

Samverkan ska ske med alla de aktörer som behöver ha kontakt med vården i ett rehabiliteringsärende, och de som det finns ett behov av för vården att kontakta. *Arbetsförmedlingen* menar att det kan bli problematiskt om övriga aktörer inte har samma skyldighet att samverka. Regeringen instämmer i att det oftast är lämpligt med ömsesidiga skyldigheter. Regeringen utgår dock från att berörda myndigheter och aktörer, utifrån sina respektive ansvarsområden, kommer att medverka utan lag-

stadgad samverkansskyldighet om de blir kontaktade inom ramen för koordineringsarbetet.

Statskontoret menar att ett generellt krav på hälso- och sjukvården att samverka med övriga aktörer kan vara en mer adekvat lösning eftersom det inkluderar fler grupper. Regeringen instämmer i att det är angeläget att alla myndigheter samverkar i alla de frågor där det finns behov av det, men i denna lagrådsremiss begränsas skyldigheterna och regleringen till de behov som sjukskrivna patienter har i sjukskrivningsprocessen.

Vad ska insatserna kallas?

Ordet koordinering betyder samordning. De insatser som lagförslagen omfattar handlar till en del om samordning av insatser kring patienten, men omfattar även personligt stöd med motivationsåtgärder och samverkan med externa aktörer. Som påpekas i promemorian talar detta för att insatserna borde kallas något annat än koordinering. Uttryck som rehabiliteringskoordinator, funktion för koordinering och koordineringsinsatser har dock blivit etablerade som beskrivning av landstingens arbete med dessa uppgifter. I promemorian föreslås därför att insatserna ska kallas koordineringsinsatser. Även ordet rehabilitering förekommer ofta i dessa sammanhang. Till exempel kallas de som arbetar med uppgifterna för rehabiliteringskoordinatorer, och det arbete de utför beskrivs ibland som koordinering inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Ordet rehabilitering används med något olika innebörd inom olika delar av sjukskrivningsprocessen (se avsnitt 4.4). Koordinatorerna arbetar i ett gränsland mellan sjukvård och behandling, medicinsk rehabilitering och arbetslivsriktad rehabilitering. I promemorians lagförslag används ordet koordineringsinsatser. Skälet för det är att termen rehabilitering skulle 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 ett landstings särskilda rehabiliteringsverksamhet. Eftersom detta inte är avsikten väljer regeringen att kalla landstingets nya obligatoriska uppgift för koordineringsinsatser. *Värmlands Läns Landsting* menar att ordet rehabiliteringskoordinatorer bör användas i stället för koordineringsinsatser. *Region Skåne* förordar att namnet ska vara koordinator för samordning inom hälso- och sjukvården. Regeringen anser att det väsentliga är att landstingen får en lagreglerad skyldighet att erbjuda vissa insatser till patienter som behöver det. Vad den som utför insatserna ska kallas är inte något som regeringen har för avsikt att styra. Genom att använda begreppet koordineringsinsatser i lagtexten tydliggörs att det inte är fråga om en viss obligatorisk organisationsform utan just om vissa åtgärder.

5.3 Samtycke och delaktighet

<p>Regeringens förslag: Koordineringsinsatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med denne.</p>

Remissinstanserna: De flesta remissinstanserna tillstyrker eller kommenterar inte förslaget. *Arbetsgivarverket*, som har förståelse för förslaget ur sekretessperspektiv, anser att det finns en risk för att arbetsgivaren inte får möjlighet till samarbete med vården om patientens samtycke krävs, och lyfter fram vikten av den anställdes eget ansvar i rehabiliteringsprocessen. Även *Arbetsgivarverket*, *TCO*, *Lunds universitet* och *KI* efterfrågar ett tydliggörande av konsekvenserna av att patienten inte samtycker, särskilt mot bakgrund av bestämmelserna i socialförsäkringsbalken om att den enskilde har en skyldighet att medverka till sin egen behandling och rehabilitering. *KI* ifrågasätter också hur läkaren ska agera om Försäkringskassan ställer frågor om koordinering i de fall en patient inte medgivit att information ges till Försäkringskassan och om det ingår i Försäkringskassans samordningsuppdrag att ta initiativ till koordineringsinsatser. *Sveriges läkarförbund* anser att det är en demokratisk rättighet att kunna få överprövning, vilket även bör gälla koordinering.

Skälen för regeringens förslag: I promemorian föreslås att koordineringsinsatser bara ska ges om patienten samtycker till det. Koordineringsinsatserna är avsedda att ge ett stöd till individen i sjukskrivningsprocessen och ska bara erbjudas i den enskilde patientens intresse. Regeringen instämmer därför i promemorians förslag. För att patienten ska kunna ta ställning till ett erbjudande om koordineringsinsatser bör det lämnas information om vad insatserna handlar om och vilka olika åtgärder som ingår. Ett samtycke krävs också för att uppgifter ska kunna lämnas till andra aktörer utan hinder av sekretess. Att uppgifter lämnas mellan exempelvis vården och arbetsgivaren är ofta en förutsättning för att samverkan ska kunna ske. Om patienten inte samtycker till att uppgifter lämnas ut får koordineringsinsatserna anpassas utifrån det, och eventuellt begränsas till momenten personligt stöd och intern samordning. *Arbetsgivarverket* menar att samverkan kan försvåras i de fall en enskild väljer att inte ge sitt medgivande. Detta stämmer naturligtvis men regeringen anser att informationsöverlämning och utbyte av sekretessbelagda uppgifter utan den enskildes samtycke inte hör hemma i denna typ av insatser som syftar till ett ge stöd till den enskilde.

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 utan att patienten har tillfrågats. Det är bara själva koordineringsinsatserna 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. Regeringen anser att även koordineringsinsatserna bör utformas i dialog med patienten så att denne inkluderas och görs delaktig i hur insatserna ska genomföras, och föreslår att det ska framgå av den föreslagna lagen.

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 till deras förutsättningar och behov.

I 110 kap. SFB finns ett antal bestämmelser med skyldigheter för den försäkrade som kan påverka rätten till ersättning. Enligt 110 kap. 54 § SFB får ersättning enligt socialförsäkringsbalken dras in eller sättas ned om den som är berättigad till ersättningen vägrar att följa läkares föreskrifter. Enligt 110 kap. 57 § SFB får ersättning dras in eller sättas ned om den försäkrade utan giltig anledning vägrar att medverka till viss behandling eller rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken. Flera remissinstanser, bl.a. *Arbetsgivarverket* och *TCO*, lyfter frågan om konsekvenser för en patient som inte samtycker till koordineringsinsatser, särskilt mot bakgrund av dessa bestämmelser. Koordineringsinsatserna i den föreslagna lagen är dock en frivillig stödsats för patienten, och inte vård och behandling som läkare föreskriver om.

Avsikten inte att det ska gå att överklaga en bedömning att en patient inte ska erbjudas koordineringsinsatser. *Sveriges läkarförbund* anför att det är en demokratisk rättighet att kunna få överprövning. Den föreslagna lagen är dock på samma sätt som hälso- och sjukvårdslagen och annan hälso- och sjukvårdslagstiftning utformad som en skyldighetslag och inte en rättighetslag. Det innebär att koordineringsinsatser är en skyldighet för landstinget att erbjuda och inte en rättighet som den enskilde kan utkräva på juridisk väg (jfr. prop. 2016/17:43 s. 71).

5.4 Landstinget ska informera Försäkringskassan

Regeringens förslag: Om en sjukskriven patient kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska landstinget informera Försäkringskassan om det. Informationen ska dock bara lämnas om patienten samtycker till det.

Promemorians förslag: Överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: *Jönköpings kommun*, *Malmö kommun* och *Östersunds kommun* anser att förslaget är bra och att det bör ge Försäkringskassan möjlighet att bedöma samordningsbehovet tidigare. *SKL* och ett antal landsting och regioner är positiva till förslaget men menar att det kräver att hälso- och sjukvården gör en bredare kartläggning av patientens situation. Hälso- och sjukvården kan enligt *SKL* och landstingen redan i dag via läkarintyg uppmärksamma Försäkringskassan på att det finns behov av samordning. Både *SKL* och *Försäkringskassan* menar att det är viktigt med en gemensam struktur för informationsöverföring. Försäkringskassan anför vidare att myndigheten inte har något samordningsansvar om det inte finns något ärende enligt 30 kap. SFB, och att det inte heller kan garanteras att socialförsäkringssekretess kommer gälla. *Arbetsgivarverket* och *Svenskt Näringsliv* anser att förslaget även ska omfatta information till arbetsgivaren. *Landsorganisationen i Sverige (LO)* och *Seko* påpekar i fråga om informationsskyldigheten att patienten oftast är i en beroendesituation vilket komplicerar frågan om samtycke. *SKL* och flera landsting påpekar att termen vårdgivare bör användas i

stället för landsting så att kravet att lämna information även ska omfatta privata vårdgivare.

Skälen för regeringens förslag

Landstingen ska informera Försäkringskassan

Hälso- och sjukvården har ofta en tidig och nära kontakt med patienter som sjukskrivs. Genom den kartläggning av patientens behov inom hälso- och sjukvården som i många fall kommer genomföras inom koordineringsinsatserna, kan även andra behov som ska tillgodose av andra aktörer komma att upptäckas. I avsnitt 5.2 beskriver och föreslår regeringen att koordineringsinsatserna inte ska omfatta någon skyldighet att tillgodose alla sådana behov som upptäcks. Regeringen anser dock att det är viktigt att Försäkringskassan får vetskap om att enskilda individer kan ha sådana behov som andra aktörer än landstingen ansvarar för, eftersom det ingår i Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar att verka för att alla nödvändiga åtgärder för en effektiv rehabilitering vidtas. Kunskapen om att det kan finnas sådana behov för en patient bör inte stanna hos landstinget, utan landstingen bör informera Försäkringskassan när man ser att det kan finnas sådana behov hos en patient. I förarbetena till bestämmelserna i socialförsäkringsbalken om Försäkringskassans samordningsansvar framgår att avsikten varit att myndigheten ska vara beredd att ta emot sådana signaler från hälso- och sjukvården (prop. 1990/91:141 s. 90). Där anges att Försäkringskassan ska ha ett generellt ansvar att se till att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering, och att Försäkringskassan i det arbetet bl.a. får hjälp av de signaler som kan finnas i utlåtanden om den försäkrades arbetsförmåga. Det anges också att det är av vikt att Försäkringskassan i varje sjukärende uppmärksammar frågan om en eventuell rehabilitering. Regeringen anser att det finns skäl att utveckla den informationsöverföring som förutsattes och föreslår därför att det införs en informationsskyldighet för landstingen i koordineringsärenden.

SKL och ett antal landsting och regioner menar att det krävs en omfattande kartläggning för att ta reda på om samordning behövs innan information om det lämnas till Försäkringskassan. Regeringens förslag innebär dock att information bara ska lämnas i de fall då man under arbetet med koordineringsinsatser ser att patienten har ett behov av andra insatser än de som landstinget ska tillgodose, ett behov som i stället kan behöva tas om hand av Försäkringskassan. Arbetet är inte avsett att vara mer omfattande än det är i dag när sådan information lämnas till Försäkringskassan i läkarutlåtanden. Skyldigheten omfattar således inte krav på nya efterforskningar eller utredningar för att undersöka om det finns ett behov av samordningsinsatser. Det är inte landstinget som avgör om en enskild ska få samordningsinsatser från Försäkringskassan, utan 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.

Arbetsgivarverket och *Svenskt Näringsliv* anser att information även bör lämnas till arbetsgivare. Regeringen instämmer i att det är viktigt att alla berörda aktörer får information som är nödvändig för deras arbete.

Den skyldighet som föreslås i denna lagrådsremiss är dock tänkt att säkerställa att samordningsinsatser för den enskilde kommer till stånd, och det är därför informationen ska lämnas till Försäkringskassan. Information kan naturligtvis lämnas även till andra aktörer om den enskilda patienten medger det, men regeringen föreslår ingen skyldighet för landstingen i det avseendet.

SKL och flera landsting menar att termen vårdgivare bör användas i stället för landsting så att kravet på att informera även omfattar privata vårdgivare. Av lagförslaget framgår dock att samtliga skyldigheter enligt lagen riktas till landstingen som också ansvarar för att de uppfylls. I avsnitt 5.6 föreslås dock att landstingen ska kunna sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt den föreslagna lagen. Genom den bestämmelsen säkerställs att skyldigheterna enligt lagen, även informationskyldigheten, kan uppfyllas när privata vårdgivare utför koordineringsinsatserna. Det är dock landstingens ansvar att se till att sådana avtal kommer till stånd.

Samtycke och integritet

Landstinget ska endast informera Försäkringskassan när patienten har ett intresse av att samordningsinsatser kommer till stånd. Regeringen föreslår därför att det ska krävas att patienten samtycker till att information lämnas över. Patienten måste få tillräckligt med information om vad det innebär att information lämnas till Försäkringskassan, innan samtycket kan lämnas. *LO* och *Seko* påtalar härvid att patienten oftast är i en beroendesituation och ett underläge, och att samtycke och integritetsfrågor därför inte är okomplicerade. Regeringen delar denna uppfattning och anser att det är viktigt att koordineringsinsatserna ges och genomförs i nära dialog med patienten så att denne inser att insatserna sker helt på patientens villkor och utifrån dennes verkliga önskemål.

Försäkringskassan anför att myndigheten inte har något samordningsansvar om det inte finns något ärende som kan kopplas till 30 kap. SFB, vilket innebär att informationen som lämnas från landstingen inte alltid kan kopplas till ett pågående socialförsäkringsärende. Försäkringskassan menar att det i sin tur betyder att myndigheten inte kan garantera att den information som lämnas i alla situationer kommer att omfattas av socialförsäkringssekretess enligt 28 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Sekretess gäller enligt den bestämmelsen hos Försäkringskassan för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs och uppgiften förekommer i ärende bl.a. enligt lagstiftningen om allmän försäkring, arbetskadeförsäkring eller annan ekonomisk förmån för enskild. Regeringens bedömning är att koordineringsinsatser i den övervägande majoriteten av fall kommer ges till patienter som kan anses ha ett sådant ärende, och att den information som med den enskildes samtycke överlämnas till Försäkringskassan därmed kommer att omfattas av sekretess. Om Försäkringskassan i något fall finner att uppgifter inte kan anses förekomma i ett ärende kommer uppgifterna i vart fall alltid omfattas av sekretess enligt 21 kap. 1 § OSL, även om det är en svagare sekretess än enligt 28 kap. OSL. Enligt 21 kap. 1 § OSL gäller sekretess för uppgift som rör

en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, missbruk, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

Formalia och rutiner för uppgiftslämnande

Enligt promemorians förslag ska det inte krävas någon särskild formalia för landstingets informationsöverlämnande till Försäkringskassan. SKL och några landsting anför att det redan i dag förekommer att Försäkringskassan via läkarintyg uppmärksammas på att det finns behov av samordning, men de menar att det är viktigt att utarbeta en gemensam struktur. Försäkringskassan menar att det är helt avgörande för att deras verksamhet inte ska drabbas negativt att det ställs krav på innehåll och formalia för överlämnandet. Regeringen instämmer i att det krävs rutiner för att informationsöverlämnandet ska fungera på ett bra sätt, men anser inte att det är något som bör lagregleras. Som SKL och landstingen påpekar förekommer sådant informationslämnande redan i dag genom läkarintyg, och det finns också ett pågående projekt med elektronisk informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan som utvecklas och finansieras inom ramen för regeringens överenskommelse med SKL om En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018. Det systemet skulle kunna vara användbart även för detta ändamål. Det finns således redan vissa rutiner och lösningar som landstingen och Försäkringskassan kan utgå ifrån i det fortsatta arbetet, men regeringen anser att frågan om hur informationsöverlämningen ska organiseras på bästa sätt i ett längre perspektiv kan behöva ses över vidare.

5.5 Kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatser bör inte regleras i lag

Regeringens bedömning: Kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatser bör inte lagregleras.

Promemorians bedömning: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Region Örebro, Region Skåne, Region Västmanland, Blekinge läns landsting och Riksorganisationen för idéburen välfärd (Famna) instämmer i att varje arbetsgivare själv bör avgöra vilken kompetens som krävs för koordineringsinsatserna. Flera landsting och regioner, bl.a. Region Skåne och Värmlands läns landsting menar att landstingen ska kompenseras ekonomiskt för uppdragsutbildningar. Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting, Region Uppsala, Värmlands läns landsting och Region Gotland anser att det krävs ett legitimationsyrke inom vården eller hälso- och sjukvårdsutbildning för koordineringsuppdraget och Region Uppsala förordar att rehabiliteringskoordinatorm får en yrkestitel. Akademikerförbundet SSR anser att det ska krävas högskoleutbildning och att hälso- och sjukvårdens kuratorer har

den kompetens som krävs. Även *KI* anser att det torde krävas t.ex. legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer.

Skälen för regeringens bedömning: Möjligheterna att reglera kompetens för ett visst yrke styrs av EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv (Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer). 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. Från och med den 1 juli 2019 kommer även legitimerad hälso- och sjukvårdskurator vara ett reglerat yrke med skyddad yrkestitel. För att få legitimation för de reglerade yrkena krävs som regel viss i lag angiven utbildning. Dessa yrken har reglerats efter en intresseavvägning. För ett antal 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 vilka yrkesgrupper som ska utföra vilka uppgifter inom hälso- och sjukvården. Av 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen framgår dock att det där det bedrivs hälso- och sjukvård ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Det blir därigenom en fråga för landstingen att säkerställa rätt kompetens.

Flera regioner och landsting anser att det krävs ett legitimationsyrke inom vården eller hälso- och sjukvårdsutbildning för koordineringsuppdraget. Regeringen anser dock i enlighet med promemorian att det inte utifrån kraven i EU-direktivet finns skäl att föreslå vissa kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatserna eller skäl för att föreslå någon annan reglering av koordinatorens verksamhet. Eftersom insatserna ska erbjudas inom hälso- och sjukvårdsverksamheten blir det en fråga för respektive arbetsgivare att avgöra vilken kompetens som krävs för uppgiften.

Några landsting anför att landstingen bör kompenseras ekonomiskt för att kunna beställa uppdragsutbildningar för koordineringsuppdraget från universitet och högskolor. I dag finns dock kurser och utbildningar vid vissa universitet och högskolor med relevans för dem som ska arbeta med koordineringsinsatser. Flera remissinstanser, bl.a. Akademikerförbundet SSR, menar att socionomutbildningen täcker den största delen av det som krävs för att utföra sådana koordineringsinsatser som föreslås. Universitet och högskolor har också 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. Regeringen anser därför inte heller att det bör föreslås någon särskild examen för rehabiliteringskoordinatorer.

5.6 Vilket landsting ska ansvara för koordineringsinsatserna?

Regeringens förslag: Landstingets ansvar för koordineringsinsatser enligt den föreslagna lagen ska omfatta de patienter som landstinget ska ge vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Ett landsting ska dock få erbjuda koordineringsinsatser till den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård, om landstingen kommer överens om det.

Ett landsting får även sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt den föreslagna lagen.

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

Promemorians förslag: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens förslag. I promemorian föreslås inte någon uttrycklig reglering om rätten för landsting att komma överens om ansvaret.

Remissinstanserna: SKL anser att det krävs lagstöd för att landstingen ska kunna överens om att koordineringsinsatserna ska erbjudas i ett annat landsting än landstinget där patienten är bosatt. *Region Gotland* och *Värmlands läns landsting* anser att huvudregeln bör vara att det är det landsting som ger vård till patienten som ska erbjuda koordineringsinsatser.

Skälen för regeringens förslag: I promemorian föreslås att landstingets ansvar ska omfatta de patienter som landstinget ska ge vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § HSL, vilket bl.a. omfattar de som är bosatta i landstinget. *Region Gotland* och *Värmlands läns landsting* anser dock att koordineringsinsatserna i första hand ska erbjudas av det landsting där patienten får sin vård även om det är utanför hemmalandstinget. Regeringen ser att det finns fördelar och nackdelar med båda alternativen men anser att det förslag som förespråkas i promemorian är enklast att tillämpa i praktiken, framförallt med tanke på möjligheterna att planera och samverka lokalt med andra aktörer. Regeringen föreslår därför i enlighet med promemorian att landstingets skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser som utgångspunkt endast ska gälla gentemot de patienter som landstinget ska ge vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § HSL. Det innebär att skyldigheten gäller dem som är bosatta eller kvarskrivna (från och med den 1 januari 2019 avses den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen [1991:481] i stället för den som är kvarskrivna) inom landstinget eller som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 24 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och patienter som ges vård av exempel-

vis en privat vårdgivare enligt avtal med landstinget. Det medför att vårdlandstinget inte är skyldigt att erbjuda koordineringsinsatser till en patient som i enlighet med det fria vårdvalet (8 kap. 3 § HSL) väljer att få vård i ett annat landsting än det där han eller hon är bosatt, även om patienten skulle ha ett särskilt behov av sådana. I promemorian föreslås att ett landsting ska få sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för. Det anges att avtal kan ingås både med andra landsting och med privata aktörer. Regeringen anser att det är viktigt att främja kontinuitet och att ge möjlighet till att hålla ihop insatser till enskilda patienter. Regeringen föreslår därför i likhet med promemorian att berörda landsting ska ha rätt att i enskilda fall komma överens om att koordineringsinsatserna ska erbjudas av det landsting som ger vård och behandling med anledning av sjukskrivningen. För att säkerställa att en sådan ordning inte står i strid med 2 kap. 1 och 2 §§ kommunallagen (2017:725) behöver rätten att ingå sådana överenskommelser regleras i den föreslagna lagen, vilket påtalas av SKL. Regeringen föreslår därför att bestämmelsen får ett sådant tillägg.

Landstingen bör även i övrigt få avtala med andra, exempelvis privata vårdgivare, om att utföra uppgifterna enligt lagen. Patientbehoven hos privata vårdgivare bör således säkerställas genom att koordineringsuppgiften tas med vid utformningen av regelböcker och förfrågningsunderlag inför avtalskrivning med privata vårdgivare. Landstingen måste 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 tillhandahåller 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.

Bestämmelserna om landstingens möjligheter att ingå avtal med andra om att utföra uppgifter har i de delar som är relevanta här utformats på samma sätt som motsvarande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (8 kap. 5 § och 15 kap. 1 § HSL).

Regeringen föreslår också att det som sägs om landsting i lagen ska gälla också för kommuner som inte ingår i ett landsting, vilket för närvarande endast är Gotlands kommun.

5.7 Patientsäkerhetslagens och patientskadelagens tillämplighet

Regeringens förslag: Patientsäkerhetslagen och patientskadelagen ska tillämpas även i fråga om koordineringsinsatser. En bestämmelse som upplyser om detta ska föras in i den nya lagen.

Promemorians bedömning: Överensstämmer inte med regeringens förslag. Promemorians bedömning är att varken patientsäkerhetslagen

(2010:659), förkortad PSL, eller patientskadelagen (1996:799) ska tillämpas på koordineringsinsatser.

Remissinstanserna: *Västmanlands läns landsting* och *Region Örebro* instämmer i promemorians bedömning med hänvisning till att koordineringsinsatserna inte är medicinska insatser och inte heller utgör hälso- och sjukvård enligt definitionen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). *Socialstyrelsen* anför däremot att det kan uppstå gränsdragningsproblem om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar som koordinatörer och anser att även om koordinatören inte är legitimerad bör denne ändå omfattas av ett yrkesansvar. Socialstyrelsen anser vidare att det inte kan uteslutas att vårdskador kan inträffa i samband med koordineringsinsatser. Socialstyrelsen ifrågasätter också om det är lämpligt att vissa lagar på hälso- och sjukvårdsområdet är tillämpliga medan andra inte är det. *Inspektionen för socialförsäkringen* är tveksam till om patienternas skyddsbehov tillgodoses och anför att det kan innebära oklarheter för personalen om koordinering betraktas som vård enligt patientdatalagen (2008:355) men inte enligt andra hälso- och sjukvårdslagar. *KI* anför att en rehabiliteringskoordinators agerande allvarligt kan skada en patient, t.ex. genom olämplig kommunikation med patientens arbetsgivare, myndigheter och andra organisationer eller genom ett bemötande av patienten som leder till att patientens hälsa försämras. *SKL* och ett antal landsting och regioner, bl.a. *Stockholms läns landsting*, *Blekinge läns landsting* och *Region Norrbotten* anser att patientsäkerhetslagen och patientskadelagen bör gälla för koordineringsinsatserna och anför att en sådan ordning stämmer med journalföringskravet, eftersom journal förs av medicinska skäl och patientsäkerhetsskäl. Även om koordinatorena inte bedriver hälso- och sjukvård per definition finns det enligt SKL och landstingen skäl att låta koordinatorena omfattas av ett yrkesansvar. Rehabiliteringskoordinatorena bör därför enligt bl.a. SKL och *Region Kronoberg* hänföras till kategorin hälso- och sjukvårdspersonal i patientsäkerhetslagen och stå under tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). *Stockholms läns landsting* och *Region Gotland* menar att insatserna kan medföra skada inom områdena motivation, kommunikation, informationsöverföring och samverkan. *Sveriges läkarförbund* ser risker med förslaget att patientsäkerhetslagen och patientskadelagen inte ska omfatta denna verksamhet och menar att ansvaret bör likna det för övriga yrkesgrupper inom vården. *SLS* anser att frågan om patientsäkerhetslagens tillämplighet och risken för patientskador inom koordineringsarbetet måste ses över och att insatserna skulle kunna medföra lidande och psykisk skada. Flertalet klagomål som inkommer till kliniker och patientnämnder är enligt SLS hänförliga till kommunikationsbrister och bemötandeproblem, och den typen av fel kan få allvarliga konsekvenser.

IVO har avstått från att yttra sig över promemorians förslag och bedömningar. *IVO* har vid kontakter under hand anført att myndigheten inte har någon erinran mot regeringens förslag eller några synpunkter på regeringens skäl för förslaget.

Skälen för regeringens förslag: I patientsäkerhetslagen 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 med ”därmed jämförlig verksamhet” avses bl.a. provtagning, analys eller annan utredning som utgör ett led i

bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling och verksamhet vid enheter för rättspsykiatriska undersökningar (prop. 2009/10:210 s. 188). I lagen finns bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, tillsyn och bestämmelser om legitimation och straffbestämmelser m.m. Med hälso- och sjukvård avses i patientsäkerhetslagen verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen (1985:125) och ett antal andra särskilt uppräknade lagar (1 kap. 2 § PSL). Patientsäkerhetslagen kan enligt regeringens bedömning i sin nuvarande lydelse inte anses vara tillämplig på sådan verksamhet som föreslås i den nya lagen om koordineringsinsatser.

Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). Om verksamheten bedrivs av privat vårdgivare efter avtal med offentlig vårdgivare, är det dock den offentlige vårdgivaren som ska ha försäkringen. Med hälso- och sjukvård avses i patientskadelagen sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen (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 personal som utövas av personal som omfattas av 1 kap. PSL, vilket följer av 1 kap. 3 § patientdatalagen. Från och med den 1 januari 2019 omfattas även verksamhet enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar. Patientskadeersättning kan lämnas för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av bl.a. undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Regeringens uppfattning är att inte heller patientskadelagen som den nu är formulerad omfattar koordineringsinsatser enligt den lag som föreslås.

I promemorian görs bedömningen att de åtgärder som avses med koordineringsinsatser inte är medicinska och inte av sådan karaktär att det finns någon nämnvärd risk för vårdskador. Många remissinstanser pekar dock på situationer där det kan finnas risk för att patienten utsätts för lidande och eventuellt psykisk skada genom koordineringsinsatser. Det kan t.ex. handla om motivationssamtal som hålls på ett olämpligt sätt eller kommunikation och samverkan med andra aktörer som inte genomförs korrekt utan drabbar patienten negativt. Regeringen anser att det inte går att bortse från sådana risker även om de är små och även om insatserna inte är medicinska till sin karaktär. Vidare kan regeringen instämma i de principiella ståndpunkter som framförs från flera remissinstanser, att insatser inom hälso- och sjukvårdsverksamheten bör stå under någon form av tillsyn. Regeringen menar därför att både patientsäkerhetslagen och patientskadelagen bör ändras så att de blir tillämpliga på koordineringsinsatserna. Detta föreslås göras genom att det anges i 5 § patientskadelagen att hälso- och sjukvård enligt den lagen även avser verksamhet enligt den föreslagna lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter, och att 1 kap. 3 § PSL ändras så att uttrycket hälso- och sjukvård i den lagen även betyder verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser. I den nya lagen om koordineringsinsatser bör det också av tydlighetsskäl föras in en bestämmelse som

upplyser om att patientsäkerhetslagen och patientskadelagen gäller vid tillämpning av lagen.

Detta innebär visserligen en något utökad administration och fler arbetsuppgifter för vårdgivarna. Av förarbetena till patientsäkerhetslagen framgår dock att det patientsäkerhetsarbete som krävs enligt lagen kan anpassas till omständigheterna och till risknivån inom verksamheten (prop. 2009/10:210 s. 86). I och med att patientsäkerhetslagen ändras så att den omfattar koordineringsinsatser kommer den personal som utför insatserna anses som hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen. Någon ändring som förtydligar det är enligt regeringens mening inte nödvändig.

5.8 De nya skyldigheterna bör följas upp och utvärderas

I promemorian anförs att det finns flera faktorer som behöver följas upp och utvärderas med anledning av införandet av obligatoriska koordineringsinsatser för landstingen. Ett stort antal remissinstanser instämmer i att insatserna bör följas upp och utvärderas, och många har synpunkter på vad ett sådant uppdrag bör innehålla. Regeringen anser att det bör ges ett uppdrag till en lämplig myndighet att följa upp och utvärdera koordineringsinsatserna, och återkommer med när ett sådant uppdrag bör ges och vad det ska omfatta.

6 Dataskydd och sekretess

6.1 Patientdatalagen ska tillämpas på koordineringsinsatser

Regeringens förslag: När koordineringsinsatser utförs ska patientdatalagen vara tillämplig. En bestämmelse som upplyser om detta ska föras in i den nya lagen.

Den som utför koordineringsinsatser ska vara skyldig att föra patientjournal och vårdgivare ska få behandla personuppgifter enligt reglerna om sammanhållen journalföring om uppgifterna kan antas ha betydelse för insatser enligt den föreslagna lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.

Promemorians förslag: Överensstämmer huvudsakligen med regeringens förslag. I promemorian föreslås inte att den som utför koordineringsinsatser ska vara skyldig att föra patientjournal och inte heller att bestämmelsen om sammanhållen journalföring ska ändras.

Remissinstanserna: *Socialstyrelsen* tillstyrker promemorians förslag. *Datainspektionen* har inget att erinra. Vissa remissinstanser, bl.a. *Arbetsgivarverket*, anför att kravet på journalföring kan medföra att den enskilde blir orolig för att uppgifter sprids och tveka om att lämna sam-

tycke till koordineringsinsatser. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* anser att den som utför koordineringsinsatser bör omfattas av skyldigheten att föra patientjournal, att det behövs en ny ändamålsbestämmelse som täcker koordineringsinsatserna och att bestämmelsen om sammanhållen journalföring bör ändras så att den kan användas för koordineringsinsatser. *Stockholms läns landsting, Region Gotland, Region Skåne, Region Kronoberg, Region Uppsala, Dalarnas läns landsting, Region Västernorrland* och *Region Norrbotten* framför liknande synpunkter som SKL.

Datainspektionen har vid kontakter under hand anfört att myndigheten inte har något att erinra mot regeringens förslag om att den som utför koordineringsinsatser ska vara skyldig att föra patientjournal och om att det anges i lagtexten att uppgifter som gjorts tillgängliga inom sammanhållen journalföring ska få användas för koordineringsinsatser. *Datainspektionen* anser dock att bestämmelserna i patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, om åtkomstbegränsningar, om patientens rätt att spärra uppgifter och om förutsättningarna för sammanhållen journalföring bör redovisas utförligt.

Skälen för regeringens förslag

Koordineringsinsatserna ska dokumenteras

I promemorian anförs att koordineringsinsatserna löpande kommer behöva följas upp av dem som utför insatserna. Uppföljning krävs dels för att säkerställa att patienten får del av de insatser som erbjuds, dels för att följa upp utfallet av olika åtgärder. Uppföljning krävs också av andra skäl, på samma sätt som vård och behandling behöver dokumenteras. Den vårdpersonal som ger medicinsk vård och behandling bör också kunna följa upp vilka koordineringsinsatser som patienten erbjudits och hur denne har ställt sig till erbjudandet, vilka koordineringsinsatser som ges och vilka åtgärder som är planerade för att vårdpersonalen ska kunna bidra till den samordning som är avsedd. Patienten bör själv ha möjlighet att ta del av uppgifterna. Regeringen anser därför i likhet med vad som anförs i promemorian att det arbete som utförs inom ramen för koordineringsverksamheten bör dokumenteras.

Dokumentation som innefattar personuppgifter innebär ett visst intrång i den personliga integriteten. För att det ska vara tillåtet att dokumentera måste det först göras en avvägning av ifall behovet och nyttan av dokumentation uppväger det intrång det medför. Mot bakgrund av det beskrivna behovet av att dokumentera uppgifter som innehåller personuppgifter i samband med koordinering anser regeringen att det är befogat att tillåta sådan hantering, även om det innebär ett visst integritetsintrång.

Koordineringsinsatserna bör dokumenteras i patientjournalen

I patientdatalagen 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, för uppfölj-

ning och utveckling av verksamheten, för tillsyn och rättsliga krav, för uppgiftsskyldighet enligt lag och för forskning. Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Den ska bl.a. innehålla uppgifter om identitet, bakgrund till vården, diagnos och anledning till mera betydande åtgärder, vidtagna och planerade åtgärder, om information som lämnats och om vissa ställnings-taganden som gjorts och i förekommande fall 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 att bedrivas integrerat med hälso- och sjukvården, av eller tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal. Regeringen anser därför i enlighet med promemorian att det mest rimliga är att koordineringen dokumenteras i patientjournalen. Därigenom har både personalen och patienten enbart en enda journal att förhålla sig till och det finns möjlighet att följa koordineringen och sambandet mellan koordinering och vård och behandling. Regeringen föreslår därför att patientdatalagens bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal och övriga bestämmelser kring journalföringen ska ändras så att de blir tillämpliga även på koordineringsverksamhet, vilket sker genom att 1 kap. 3 § PDL ändras till att omfatta även koordineringsverksamhet. När det gäller den risk som bl.a. *Arbetsgivarverket* påtalar om att individer kan känna oro för att information sprids, hänvisar regeringen till de skyddsbestämmelser som finns i patientdatalagen när det gäller personuppgifter i patientjournaler. Enligt 4 kap. 2 § PDL ska vårdgivaren begränsa behörighet för åtkomst till uppgifter om patienter, och patienten har enligt 4 kap. 4 § PDL viss rätt att spärra uppgifter i patientjournalen. Dessa bestämmelser kommer att gälla även för uppgifter om koordineringsinsatser, och regeringen anser därmed att det finns tillräckligt skydd för att information inte obehörigen sprids.

Skyldighet att föra patientjournal

I 3 kap. 3 § PDL regleras vilka som är skyldiga att föra patientjournal. Skyldigheten gäller framförallt den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke inom hälso- och sjukvården och den som utan att ha legitimation utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av vissa särskilt uppräknade hälso- och sjukvårdsyrken. Enligt promemorians bedömning är denna bestämmelse tillräcklig för koordineringsinsatsernas journalföring eftersom någon annan än den som utför insatserna kan se till att insatserna journalförs om de inte utförs av någon som är journalföringspliktig. *SKL* och flera landsting anför att detta inte är tillräckligt och att bestämmelsen i patientdatalagen bör ändras så att också den som utför koordineringsinsatser i det enskilda fallet omfattas av skyldigheten att föra patientjournal. Regeringen anser det är angeläget att korrekta uppgifter förs in i patientjournalen. Om den som utför koordineringsinsatserna också är den som är skyldig att föra journal minskar risken för felaktiga uppgifter i journalen. Regeringen föreslår därför en ändring i 3 kap. 3 § PDL som innebär att personal som utför koordineringsinsatser också ska vara skyldig att föra patientjournal.

Sammanhållen journalföring ska kunna tillämpas i koordineringsverksamhet

I 6 kap. PDL finns bestämmelser om sammanhållen journalföring. Enligt 6 kap. 1 § får en vårdgivare, under de förutsättningar som anges i 6 kap. 2 §, ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 i PDL. De ändamål som anges är fullgörande av skyldigheter när det gäller journalföring enligt 3 kap. PDL, att upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter samt administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall. En vårdgivare får således ha direktåtkomst till uppgifter som behandlas av en annan vårdgivare för dessa ändamål. En ytterligare förutsättning för direktåtkomst är att förutsättningarna i 6 kap. 2 § PDL är uppfyllda. Enligt den bestämmelsen gäller följande. En uppgift om att det finns spärrade uppgifter om en patient får göras tillgänglig för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring. Även uppgift om vilken vårdgivare som har spärrat uppgifterna får under vissa förutsättningar göras tillgänglig. Andra uppgifter om patienten får inte göras tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring om patienten motsätter sig det, och uppgifterna ska i så fall spärras. Enligt 6 kap. 2 § tredje stycket PDL ska patienten informeras om vad den sammanhållna journalföringen innebär och om möjligheten att spärra uppgifter innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring. Enligt 6 kap. 2 § femte stycket PDL ska ospärrade uppgifter om patienten göras tillgängliga för de vårdgivare som är anslutna till systemet med sammanhållen journalföring.

I promemorian anges att koordineringsinsatserna bl.a. kommer omfatta samordning av vårdens insatser, och att det är betydelsefullt att den som utför koordineringsinsatser kan ta del av vilka koordineringsinsatser en patient får eller har erbjudits av olika vårdgivare. I promemorian anføres att bestämmelser om sammanhållen journalföring ska gälla även för koordineringsverksamhet och det förslås att hela patientdatalagen ska vara tillämplig på insatserna. Regeringen instämmer i det som anføres i promemorian. Den ändring som föreslås i 1 kap. 3 § PDL innebär att definitionen av hälso- och sjukvård i patientdatalagen utökas till att även omfatta koordineringsinsatser. Därmed kommer uttrycket hälso- och sjukvård i samtliga bestämmelser i patientdatalagen även att avse koordineringsinsatser utan att det behöver anges särskilt i varje paragraf. Enligt 1 kap. 3 § PDL är vårdgivare enligt patientdatalagen en statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare). Samtliga landsting och privata utförare som bedriver koordineringsverksamhet kommer således att anses som vårdgivare enligt patientdatalagen. För att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare gjort tillgängliga genom sammanhållen journalföring krävs enligt 6 kap. 3 § PDL att uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med, att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller be-

handla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården och att patienten samtycker till det. Att utföra koordineringsinsatser är inte att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos en patient. Det krävs därför, utöver ändringen i 1 kap. 3 § PDL att koordineringsinsatser läggs till i 6 kap. 3 § PDL för att vårdgivare (i patientdatalagens mening) ska kunna behandla uppgifter som gjorts tillgängliga genom sammanhållen journalföring för koordineringsinsatserna i enlighet med promemorians förslag, vilket SKL och ett antal landsting anför. Regeringen föreslår därför en sådan ändring av paragrafen.

Alla bestämmelser om journalföring ska gälla för koordineringsinsatser

En journalhandling ska bevaras minst tio år enligt 3 kap. 17 § PDL. Detta bör gälla även för uppgifter om koordineringsinsatser i journalen. Även övriga skyddsbestämmelser i patientdatalagen när det gäller journalföring bör omfatta koordineringsinsatserna, såsom regler om omhändertagande och återlämnande av patientjournal i 9 kap. och om överklagande i 10 kap. Det finns ingen anledning att särskilja koordineringsinsatserna från annan verksamhet inom hälso- och sjukvården i dessa avseenden, utan en gemensam reglering gör tillämpningen mer förutsägbar både för patienten och för vården. Det genomförs genom den ändring i 1 kap. 3 § PDL som föreslås i detta avsnitt.

Förutsättningar för personuppgiftshantering inom koordineringsverksamheten

Regeringen föreslår som framgår ovan att koordineringsinsatserna ska dokumenteras i patientjournalen och att bestämmelser om journalföring ska vara tillämpliga i fråga om koordineringsinsatserna. Att dokumentera och journalföra innebär 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 journalföring, 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 enskilda patientens enskilda förhållanden kan behöva hanteras för att koordineringsinsatserna ska kunna utföras.

För att personuppgiftshandlingen, som innebär ett intrång i den personliga integriteten, ska vara tillåten måste den uppfylla de krav som ställs i dataskyddsregelverket. EU:s dataskyddsförordning (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) är direkt tillämplig och kompletteras i Sverige av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen). Enligt 1 kap. 6 § dataskyddslagen gäller att om en annan lag eller förordning innehåller någon bestämmelse som avviker från

dataskyddslagen, ska den bestämmelsen tillämpas. Landstinget och andra vårdgivare som landstinget har avtalat med om att utföra uppgifter kommer att vara personuppgiftsansvariga för personuppgiftsbehandlingen och kommer i den egenskapen att behöva bevaka att den personuppgiftsbehandling som sker är laglig och korrekt utifrån bestämmelserna i dataskyddsförordningen och i nationell lag.

Rättslig grund enligt dataskyddsförordningen

För att personuppgiftsbehandling ska vara tillåten enligt dataskyddsförordningen krävs att behandlingen omfattas av någon av de 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 prop. 2017/18:105 s. 56–57 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 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 därmed 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 innehåller obligatoriska uppgifter för landstingen. I avsnitt 5.1 redovisas skälen för varför det är angeläget att införa sådana. Regeringen bedömer att regleringen är proportionell för att nå det mål som eftersträvas (se avsnitt 5.1 och 5.2). Regeringen bedömer därför att uppgiften att tillhandahålla koordineringsinsatser är av allmänt intresse i den mening som avses i dataskyddsförordningen. Det allmänna intresset för personuppgiftsbehandling fastställs genom den nya lagen. Landstingen och de privata aktörer som utför koordineringsinsatser kommer därigenom ha en rättslig grund för att behandla personuppgifter i samband med 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 i enlighet med principerna om integritet och konfidentialitet.

Rätten att behandla känsliga personuppgifter

Som redogjorts för ovan kommer personuppgifter om människors hälsa att 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 i 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 behandlingen 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 att 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 något realistiskt alternativ för vare sig myndigheter eller företag (prop. 2017/18:105 s. 47). Regeringen bedömer att personuppgiftsbehandling av koordineringsinsatserna rymms 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 enligt dataskyddsförordningen också 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). Regeringen bedömer i avsnitt 6.3 att 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen omfattar även verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser. Det innebär att tystnadsplikt kommer att 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). Regeringen föreslår i avsnitt 5.3 att även patientsäkerhetslagen ska tillämpas i fråga om koordineringsinsatserna. Den tystnadsplikt som enligt dataskyddsförordningen krävs för behandling av känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvård kommer därmed att gälla för alla som arbetar med koordineringsinsatserna.

Patientdatalagen och koordineringsinsatserna

Dataskyddsförordningen är som tidigare nämnts direkt tillämplig i Sverige, och enligt de bedömningar som gjorts ovan kommer den personupp-

giftshantering som krävs inom ramen för koordineringsinsatserna att vara tillåten enligt förordningen. Förordningen ställer inte krav på att de särskilda ändamålen för personuppgiftshantering eller förutsättningar i övrigt fastställs i nationell rätt. Det finns dock inte 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 dataskyddsförordningen anges att den rättsliga grunden bör vara tydlig och precis och dess tillämpning förutsägbar för personer som omfattas av den. Patientdatalagen kompletterar dataskyddsförordningen när det gäller personuppgiftshantering inom hälso- och sjukvårdsverksamhet och innehåller bl.a. särskilda ändamålsbestämmelser. Vårdgivare ska således tillämpa både dataskyddsförordningen och kompletterande bestämmelser i patientdatalagen och dataskyddslagen. Regeringen anser att bestämmelserna om personuppgiftsbehandling i patientdatalagen även bör omfatta personuppgiftshantering enligt den föreslagna lagen om koordineringsinsatser. Därigenom blir det tydligt och förutsebart både för den som ska utföra uppgifterna och för registrerade vilken behandling av personuppgifter som är tillåten. Det innebär visserligen att koordineringsinsatser ska anses vara hälso- och sjukvård i patientdatalagens mening, men inte enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), vilket kan innebära vissa oklarheter för vårdpersonalen. Alternativet är dock att föreslå en egen registerlag för koordineringsinsatserna, eller att enbart låta dataskyddsförordningen och dataskyddslagen vara tillämpliga i fråga om personuppgiftsbehandling inom koordineringen. Regeringens 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. Regeringen föreslår därför att patientdatalagen ändras för att den ska bli tillämplig på koordineringsverksamheten. I den nya lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter bör det införas en bestämmelse som upplyser om patientdatalagens tillämplighet.

Vilken ändring krävs i patientdatalagen?

Patientdatalagen innehåller bestämmelser som innebär att alla personuppgifter, även känsliga, får behandlas under vissa förutsättningar. Personuppgifter får enligt 2 kap. 4 § 1–6 PDL behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för

- att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. PDL 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

- att framställa statistik om hälso- och sjukvården.

De två första ändamål som räknas upp i paragrafen gäller således dels om det behövs för att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och för att upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter, dels för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall. De ändamål som anges i de nämnda punkterna kan beskrivas som vårddokumentation. Båda punkterna tar sikte på den individriktade patientverksamheten. En viktig bas i denna informationshantering är patientjournalhanteringen och den administration som behövs av patientvården. Med administration i andra punkten avses såväl patientrelaterad ekonomiadministration som annan administration som behövs för eller föranleds av vård i enskilda fall (prop. 2006/08:126 s. 227 f.).

Regeringen föreslår som nämns ovan att koordineringsverksamheten ska journalföras. Personuppgiftshantering för att föra journal är ett tillåtet ändamål för hantering enligt patientdatalagen. 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. Eftersom koordineringsverksamheten föreslås utgöra vård i patientdatalagens mening ryms sådan övrig personuppgiftshantering inom ändamålet som anges i 2 kap. 4 § 2 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. Begreppet administration ska enligt regeringens bedömning i det här sammanhanget inte ges alltför snäv betydelse utan bör omfatta olika göromål som krävs för vården av en patient. Ändamålsbestämmelsen i patientdatalagen fyller således enligt regeringens bedömning de behov som finns för att tillåta personuppgiftsbehandling i samband med koordineringsinsatser och behöver därför inte ändras.

SKL och ett antal landsting menar att sådan personuppgiftsbehandling som ingår i koordineringsverksamheten inte omfattas av ändamålet ”administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall” eftersom koordinatorens arbete inte kan definieras som administration, och de anser därför att det behövs en ny ändamålsbestämmelse i 2 kap. 4 § PDL som omfattar ändamålet att bedöma och dokumentera insatser enligt den nya lagen. Regeringen anser att sådan personuppgiftsbehandling som krävs inom koordineringsverksamhet i det här avseendet ska betraktas och regleras på samma sätt som den personuppgiftsbehandling som krävs för hälso- och sjukvårdsinsatser inom hälso- och sjukvården. För personuppgiftshantering för hälso- och sjukvårdsinsatser är de enda tillåtna ändamålen de som anges i 2 kap. 4 §. Om det inte handlar om journalföring eller någon av de sista punkterna i paragrafen måste personuppgiftshantering även i de fallen kunna ses som administration av vården för att vara tillåten. Det handlar inte om mer eller mindre kvalificerade arbetsuppgifter, och regeringen instämmer i promemorians bedömning att administration ska förstås i vidare bemärkelse än vad SKL och landstingen ger uttryck för. Något ytterligare ändamål för personuppgiftsbehandling särskilt för koordineringsinsatserna bör således inte införas. Detta särskilt

med tanke på att det skulle kunna leda till oklarheter i fråga om vad paragrafens andra punkt betyder för hälso- och sjukvårdens övriga personuppgiftshantering.

Sökbegränsningar, andra skyddsåtgärder samt bestämmelser om 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 patientdatalagen finns också grundläggande bestämmelser om inre sekretess och elektronisk åtkomst. Begränsningarna utgör enligt regeringens mening lämpliga skyddsåtgärder för behandlingen av känsliga personuppgifter även inom koordineringsverksamheten.

I 7 kap. PDL finns bestämmelser om kvalitetsregister. Enligt 7 kap. 1 § PDL avses med kvalitetsregister en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Det kan finnas anledning att utveckla och säkra kvaliteten i koordineringsinsatserna, och insatserna kan även ha betydelse för utveckling och säkring av medicinska vård och behandling. Bestämmelserna om kvalitetsregister bör därför gälla för koordineringsverksamheten på samma sätt som för övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

6.2 Personuppgiftshantering och dataskydd hos andra aktörer

Regeringens bedömning: Några andra registerförfattningar än patientdatalagen behöver inte ändras.
--

Promemorians bedömning: Överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanserna har inte yttrat sig över bedömningen. *Datainspektionen* har inget att erinra. *Region Skåne* anser att kontakt mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan ska kunna ske innan det finns ett aktuellt ärende.

Skälen för regeringens bedömning: Även andra aktörer än landstingen och andra vårdgivare som utför koordineringsinsatser kan behöva hantera personuppgifter, även känsliga sådana, med anledning av förslag om samverkansskyldighet i avsnitt 5.2 och om informationsskyldighet i avsnitt 5.4. Dessa aktörer måste på samma sätt som hälso- och sjukvården ha laglig rätt att hantera uppgifterna. Regeringen har i avsnitt 6.1 beskrivit den dataskyddsreglering som gäller och vilken laglig grund för behandling av personuppgifter som myndigheter bedöms ha. Resonemanget och bedömningarna gäller inte bara för landstingen och vårdgivarna, utan för alla aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Enligt 1 kap. 6 § lagen dataskyddslagen gäller att om en annan lag eller en förordning innehåller någon bestämmelse som avviker från dataskyddslagen ska den bestämmelsen tillämpas. 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. I de situationerna ska dataskyddslagen således tillämpas. Enligt 3 kap. 3 § första stycket 1 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 göra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter. Regeringens 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. Det finns således inget hinder för hälso- och sjukvården att kontakta Försäkringskassan innan det finns ett aktuellt ärende, vilket *Region Skåne* påtalat att det kan finnas behov av.

När det gäller den föreslagna samverkansskyldigheten 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 förslaget. När det gäller t.ex. samverkan med Arbetsförmedlingen, så är avsikten att den ska ske inom ramen för Arbetsförmedlingens arbete med arbetslivsriktad rehabilitering enligt 11 § förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. 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 regeringen på samma sätt som promemorian 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 regeringen följande bedömning. Förutsättningarna för Försäkringskassan att behandla personuppgifter är reglerade i 114 kap. SFB. 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 SFB). Uppgifter om hälsa får därutöver behandlas om det är nödvändigt för det ändamål som anges i 114 kap. 7 § 2 SFB.

Rehabiliteringsåtgärder utgör en förmån enligt socialförsäkringsbalken. De patienter som ska ges koordineringsinsatser enligt den nya lagen och som således kan komma i fråga för informationsöverlämningen är alltid sjukskrivna i någon form. De torde således som regel ha ett pågående ärende hos Försäkringskassan. Regeringens bedömning är att de redovisade bestämmelserna i 114 kap. SFB är tillräckliga för att Försäkringskassan ska ha laglig grund för att ta emot och hantera information omen enskild persons eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder elektroniskt. Sådan behandling är enligt regeringens 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 dataskyddslagen på det sättet som redovisas ovan i detta avsnitt.

Regeringen gör sammanfattningsvis samma bedömning som promemorian, dvs. att det inte finns behov av ändringar i någon annan registerförfattning än patientdatalagen.

6.3 Sekretessreglering för koordineringsinsatserna

Regeringens bedömning: Sekretessbestämmelserna i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen bör inte ändras.

Promemorians bedömning: Överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: SKL gör samma bedömning som promemorian.

Skälen för regeringens bedömning: Verksamhet med koordineringsinsatser kommer att 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 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 avses i paragrafen 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. 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 t.ex. arbetsterapeuter, bandagister, laboratorieingenjörer,

logoped, läkarsekreterare, psykologer, sjukhusfysiker, sjukvårdsbiträden samt skriv- och ambulanspersonal av sekretessen, under förutsättning att de är i allmän tjänst (prop. 1979/80:2 Del A s. 165–167). Däravande Regeringsrätten har i RÅ 1983 2:4 ansett att sekretessen omfattade ett ärende som rörde bidrag till sjukvård utomlands. Mot bakgrund av rättsfallet och uttalandena i förarbetena om personal inom den organisatoriskt självständiga hälso- och sjukvården gör regeringen bedömningen att uttrycket ”inom hälso- och sjukvården” i 25 kap. OSL inte är begränsat till att gälla enbart verksamhet där medicinska insatser ges. Koordineringsinsatser enligt den nya lagen ska utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och regeringen bedömer därför att den verksamheten omfattas av sekretessen i 25 kap. OSL. Det behövs därför inte någon ändring i offentlighets- och sekretesslagen.

Koordineringsinsatser kan även utföras inom enskilt bedriven verksamhet. Det handlar i första hand om privata vårdgivare som genom avtal med landstingen tillhandahåller hälso- och sjukvård. I 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, finns bl.a. bestämmelser om tystnadsplikt inom enskild vårdverksamhet. Enligt 6 kap. 12 § PSL 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 § PSL 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 6 kap. 16 § PSL 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 koordineringsinsatser till patienter kommer att få del av uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga uppgifter. I avsnitt 5.7 föreslår regeringen att patientsäkerhetslagen ska vara tillämplig på den föreslagna lagen om koordineringsinsatser genom att begreppet hälso- och sjukvård enligt patientsäkerhetslagen även föreslås omfatta verksamhet enligt den föreslagna lagen om koordineringsinsatser. Bestämmelserna om tystnadsplikt, om en viss varas tillverkning eller innehåll i 6 kap. 14 § PSL och om skyldighet att lämna viss information i 6 kap. 15 § kommer således vara tillämpliga i fråga om personal som arbetar med koordineringsverksamhet inom enskild bedriven verksamhet.

Sammanfattningsvis kommer således enligt regeringens bedömning de sekretessbestämmelser som gäller för hälso- och sjukvårdsinsatser även att gälla för koordineringsinsatser, oavsett om insatserna utförs inom offentlig verksamhet eller inom enskilt bedriven verksamhet.

7 Ikraftträdande

Regeringens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 2 januari 2019.

Promemorians förslag: I promemorian föreslås att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2019.

Remissinstanserna: *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Region Kronoberg, Region Uppsala, Region Västernorrland* och *Region Norrbotten* m.fl. tillstyrker promemorians förslag förutsatt att omfattningen av uppdraget och tillhörande finansiering överensstämmer med deras synpunkter.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen föreslår att den nya lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter och ändringarna i patientdatalagen (2008:355), patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientskadelagen (1996:799) ska träda i kraft den 2 januari 2019. Landstingen arbetar redan med koordineringsverksamhet och det torde därför inte krävas någon längre tids förberedelse med anledning av den nya lagen. För att inte motverka det arbete med koordineringsinsatser som pågår i landstingen på frivillig grund med anledning av överenskommelsen mellan staten och SKL bör lagförslagen inte träda i kraft senare. Den skyldighet för landstingen att lämna information till Försäkringskassan som föreslås i avsnitt 5.4 är dock en ny åtgärd för landstingen och för Försäkringskassan, som i sina remissvar betonat behovet av att utveckla rutiner för informationsöverföringen. Regeringen inser att myndigheterna behöver tid att utarbeta rutiner för detta men anser att de befintliga formerna för överföring av information, exempelvis via läkarintyg, bör kunna användas i vart fall inledningsvis.

Det finns andra lagar om ändringar i patientskadelagen, patientsäkerhetslagen och patientdatalagen som träder i kraft den 1 januari 2019. Det är lämpligt att de lagändringar som föreslås i denna lagrådsremiss får träda i kraft efter det, och därför föreslår regeringen ikraftträdande den 2 januari 2019.

Regeringen bedömer att det inte behövs några övergångsbestämmelser.

8 Konsekvenser

8.1 Allmänt om konsekvenserna av förslagen

Regeringens förslag syftar till att ge ökat stöd till individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom hälso- och sjukvården. Förslagen syftar även till att ansvarsområdet för landstingen i förhållande till

övriga aktörer i processen ska bli tydligt så att ingen enskild faller mellan stolarna. En målsättning är att förslagen ska leda till nationell enhetlighet i det stöd som enskilda sjukskrivna patienter får samtidigt som landstingen ges möjlighet att utforma insatserna utifrån egna förutsättningar. En beskrivning av vad regeringen vill uppnå samt alternativa lösningar finns i avsnitt 5.

De som direkt påverkas av förslagen är landstingen, patienterna, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och enskilda utförare. Därutöver berörs även arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, kommuner, företagshälsovården och andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Regelrådet anser att konsekvensutredningen i promemorian inte uppfyller kraven i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning när det gäller beskrivningar av förslagets överensstämmelse med EU-rätten, behov av speciella informationsinsatser och påverkan på berörda företag i olika avseenden.

8.2 Konsekvenser för staten, kommuner och landsting

8.2.1 Landstingen och kommunerna

Förslaget till ny lag innebär nya obligatoriska uppgifter för landstingen. Konsekvenserna av det är framförallt att landstingen måste utforma och organisera koordineringsinsatserna så att de uppfyller kraven i lagen. Alla landsting erbjuder redan i dag koordineringsinsatser i någon form. 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 innebär att landstingen måste utveckla lämpliga former för informationslämnandet. Flera remissinstanser, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* anför att sådan informationslämning ofta sker redan i dag i de läkarintyg som lämnas till Försäkringskassan. Det innebär enligt regeringens mening att vissa rutiner redan finns även om de sannolikt behöver utvecklas. Det finns också ett pågående projekt med elektronisk informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan som utvecklas och finansieras inom ramen för regeringens överenskommelse med SKL om En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018. Det systemet skulle kunna vara användbart även för detta ändamål. Det finns således redan vissa rutiner och lösningar som landstingen kan utgå ifrån i det fortsatta arbetet, även om det kommer vara upp till landstingen och Försäkringskassan att gemensamt avgöra vilken form för informationslämnandet som är lämpligast.

Kommunernas ansvar för enskildas behov förändras inte genom förslagen i denna lagrådsremiss. Kommunerna får genom den samverkansskyldighet för landstingen 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 eller till inträde i arbetslivet. Detta torde underlätta kommunernas arbete.

8.2.2 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. I promemorian har alternativ till obligatorisk lagstiftning diskuterats, bl.a. att föreskriva om statsbidrag för frivillig verksamhet eller att fortsätta med överenskommelser mellan staten och SKL. Promemorians samlade bedömning är att det krävs lagstiftning med skyldigheter för landstingen för att säkerställa dels att patienter ges likvärdigt stöd i hela landet, dels att landstingen har rättslig grund för personuppgiftshandling. Ytterligare ett alternativ skulle vara att regeringen helt avstår från författning eller annan form av styrning och lämnar till landstingen att avgöra om stödinsatser ska ges till sjukskrivna patienter och hur sådana insatser i så fall kan och bör utformas. Regeringen instämmer i promemorians bedömning. Sammantaget gör regeringen bedömningen att lagförslaget är motiverat med hänsyn till det övergripande syftet, att ge ökat stöd till enskilda i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och ökad förutsebarhet både för enskilda och för landstingen. Regeringens bedömning är att behovet av stöd till individen i hälso- och sjukvårdens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess inte kan tillgodoses på ett för den kommunala självstyrelsen mindre ingripande sätt än att landstingen ges en lagstadgad skyldighet att erbjuda stödinsatser till de sjukskrivna patienter som bedöms ha ett särskilt behov av det. Regeringen anser därför att fördelen med förslaget att i lag reglera nya insatser som landstingen ska vara skyldig att erbjuda överväger den nackdel som ingreppet i den kommunala självstyrelsen utgör.

8.2.3 Staten och myndigheter

Minskning av sjukfrånvaron kan inte beräknas

Regeringen bedömer i enlighet med promemorian att förslagen ger bättre förutsättningar för sjukskrivna patienter att kunna återgå till arbetslivet, vilket kan leda till lägre sjukfrånvaro. Förslagen bedöms även bidra till bättre förutsättningar för inträde i arbetslivet för sjukskrivna patienter som hindras av sjukdom eller skada. Det är därför troligt att statens utgifter för sjukförsäkringen i viss mån kommer att påverkas genom införandet av koordineringsinsatser. Det finns få utvärderingar och analyser av effekterna, så några säkra slutsatser kan ännu inte dras. Regeringen kan därför inte bedöma omfattningen av den minskning av sjukfrånvaron som antas bli följden av förslagen, eller göra några beräkningar av eventuella besparingar.

Försäkringskassans ansvar ändras inte

Förslaget innebär ingen förändring av Försäkringskassans samordningsansvar eller ansvar i övrigt. Landstingen föreslås få en skyldighet att informera Försäkringskassan om vilka enskilda personer som kan ha behov av att rehabiliteringsbehoven klarläggs eller att andra insatser inom Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar vidtas. Avsikten med

det förslaget är att underlätta för Försäkringskassan att identifiera individer som har behov av att sådana samordningsinsatser genomförs. Enligt promemorians bedömning kommer informationsmottagandet inte att bli någon betungande uppgift för Försäkringskassan. Regeringen instämmer i bedömningen i promemorian att förslagen kommer underlätta för Försäkringskassan att identifiera de enskilda försäkrade som har behov av insatser inom samordningsansvaret. Förslaget kommer initialt att innebära ett visst merarbete för Försäkringskassan när det gäller att gemensamt med landstingen utarbeta rutiner för informationshanteringen. Som beskrivits i avsnitt 8.2.1. finns det dock redan vissa informationskanaler mellan myndigheterna som skulle kunna användas och utvecklas.

Begränsade konsekvenser för Inspektionen för vård och omsorg

Förslagen innebär ett utökat tillsynsansvar för IVO. Koordineringsinsatserna medför dock minimala risker för skador enligt regeringens bedömning, och det har inte heller framkommit att det hittills förekommit klagomål på nuvarande insatser trots att koordineringsarbete i många landsting pågått under ett antal år inom ramen för regeringens överenskommelser med SKL. Regeringen bedömer därför att konsekvenserna för IVO:s arbete torde bli begränsade.

Konsekvenser för Arbetsförmedlingens arbete

Arbetsförmedlingens ansvar för insatser förändras inte genom förslagen. 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 landstingen och övriga vårdgivare i fråga om enskilda personer som är sjukskrivna. Det bör främja samverkan och Arbetsförmedlingens arbete med att vidta rätt insatser.

8.3 Konsekvenser för patienter

Förslagen om en skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser innebär att vissa enskilda patienter får stödinsatser i sjukskrivningsprocessen. Förslaget om en skyldighet för landstingen att lämna information till Försäkringskassan kan antas innebära förutsättningar för att fler sjukskrivna patienter kan få insatser som de behöver och att färre faller mellan stolarna. Flera undersökningar, utvärderingar och erfarenheter av arbetet med rehabiliteringskoordinatorer visar på positiva erfarenheter för patienterna (se avsnitt 4.2).

8.4 Konsekvenser för arbetsgivare

Förslagen förändrar inte arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetsförhållanden, för rehabiliteringsverksamhet för anställda och för att ta fram en plan för återgång i arbete. Regeringen bedömer dock att koordineringsinsatserna medför en förenkling för arbetsgivaren genom att det skapas en kontaktväg in till vården när det gäller enskilda sjukskrivna arbetstagare. Arbetsgivaren ges också bättre möjlighet att diskutera de

medicinska förutsättningarna för anpassningar i det enskilda fallet med hälso- och sjukvården om patienten medger det. Det bör kunna bidra till tidigare och bättre anpassningsåtgärder från arbetsgivarens sida. Det kan antas att koordineringsinsatserna leder till minskad sjukfrånvaro ju mer etablerad funktionen blir. Det innebär att arbetsgivare på sikt kommer att ha färre sjukskrivna arbetstagare.

8.5 Konsekvenser för företag och andra privata vårdgivare

Konsekvenserna för företag i egenskap av arbetsgivare har beskrivits ovan i avsnitt 8.4. Förslagen kommer påverka företag och andra privata vårdgivare i hälso- och sjukvårdsbranschen även i andra avseenden.

Det finns olika uppgifter om antalet företag inom sjukvårdsbranschen. IVO för register över alla privata vårdgivare, och dessa kan ha olika juridiska organisationsformer. Om man utgår från IVO:s register är antalet privata vårdgivare för närvarande 16 692 stycken. Av dessa är 8 364 bolag, 6 882 enskilda firmor, 155 föreningar och 1 291 övriga privata vårdgivare. År 2016 gjordes 36 procent av det totala antalet patientbesök inom sjukvården hos en privat vårdgivare. Inom primärvården var andelen 45 procent inom somatisk specialistvård 21 procent och inom psykiatri 20 procent (enligt SKL:s rapport Köp av verksamhet [2016]).

Enligt förslagen ska landstingen ansvara för att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter som har ett särskilt behov av stöd, vilket innebär att landstingen måste säkerställa att patienter som får vård av privata vårdgivare också får del av koordineringsinsatser när de behöver det. Sådana villkor brukar regleras i vårdavtal som landstingen ingår med privata vårdföretag. De privata vårdföretagen har sannolikt något olika förutsättningar för att utföra koordineringsinsatser genom avtal med landstingen, framförallt beroende på storleken på företagen. Andra konsekvenser för företagen är de skyldigheter som följer av patientsäkerhetslagen (se närmare i avsnitt 5.7). Det patientsäkerhetsarbete som koordineringsinsatserna kommer föranleda kommer dock inte vara omfattande och kommer sannolikt att kunna samordnas med det befintliga patientsäkerhetsarbetet. För nya aktörer krävs en anmälan till IVO som är tillsynsmyndighet, men den administrativa och tidsmässiga insatsen för det måste anses begränsad. IVO har elektroniska blanketter som kan användas för ändamålet.

Regeringen bedömer att förslaget inte kommer att påverka konkurrensförhållandena mellan företag.

8.6 Övriga konsekvenser

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 (jämförd 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 framför allt bland kvinnor, orsakas av våld i nära relationer.

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 SKL 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 regeringen ska utformas som individuellt stöd till den enskilda patienten. Jämställdhetsaspekterna kommer därför behöva beaktas såväl i varje enskilt fall som i planering och uppföljning av verksamheten. 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 regeringen följande bedömning. För individen medför sjukskrivning lägre inkomster och en ökad risk för att permanent slås ut från arbetsmarknaden med sjukersättning. Att minska skillnaderna mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivning är således angeläget för att regeringens mål om ekonomisk jämställdhet 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. Förslagen bedöms därför bidra till ökad ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män.

Barn och unga

Syftet med koordineringsinsatserna är att underlätta sjukskrivna patienters återgång till eller inträde i arbetslivet. De personer som är under 18 år och som arbetar eller förväntas delta i arbetslivet omfattas av förslaget och påverkas på samma sätt som övriga patienter. I avsnitt 5.3 föreslås att insatserna så långt det är möjligt ska utformas tillsammans med patienten. Dialog och samarbete med patienten kan vara särskilt viktigt med unga med tanke på deras ålder. De kan i än högre grad än andra patienter

vara i en utsatt position hos myndigheter och inom hälso- och sjukvården, vilket ska beaktas av den som utför koordineringsarbetet. Regeringen 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 vuxna i barnets närhet, t.ex. förskole- och skolpersonal, får del av koordineringsinsatser som bidrar till bättre hälsa hos de vuxna vilket sannolikt påverkar barns tillvaro positivt.

Brottslighet, miljö, integration

Enligt regeringens bedömning medför förslagen inte några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i hela landet, för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Inte heller när det gäller miljöaspekter finns det enligt regeringen anledning att tro att förslagen kommer att medföra några konsekvenser.

8.7 Konsekvenser för den personliga integriteten

Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen). Den ökade behandlingen av personuppgifter som kommer att ske med anledning av förslagen i denna lagrådsremiss innebär ett visst intrång i den personliga integriteten. Detta gäller i synnerhet som även känsliga personuppgifter kan komma att behandlas. Dessa omständigheter har redovisats och analyserats i avsnitt 6.1 och 6.2. Regeringen bedömer sammanfattningsvis att de fördelar som förslagen bedöms medföra får anses överväga det intrång i den personliga integriteten som förslagen innebär.

8.8 Konsekvenser för Sveriges internationella åtaganden

I avsnitt 6.2 redogörs för betydelsen av EU:s dataskyddsförordning i förhållande till förslagen i denna lagrådsremiss. Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser för eller stå i strid med de skyldigheter som följer av EU-lagstiftningen eller Sveriges internationella åtaganden.

8.9 Kostnadsmässiga konsekvenser

Regeringens bedömning: Landstingen ska kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen för att tillgodose behovet av koordineringsinsatser.

Promemorians förslag: I promemorian föreslås att landstingen ska kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen med 361 miljoner kronor årligen.

Remissinstanserna: *Statskontoret* menar att en närmare analys behövs i fråga om förslaget innebär helt nya åtaganden för landstingen som kräver full finansiering eftersom landstingen redan i dag har krav på att planera och genomföra rehabiliteringsåtgärder. *SKL* och ett stort antal landsting och regioner menar att kostnaden för koordineringsinsatser är betydligt högre än promemorians. *SKL* menar att kostnaden i stället är 920 miljoner kronor årligen år 1 och 2 och 917 miljoner kronor årligen från och med år 3. *SKL* motiverar det dels med att koordineringsuppdraget bör vara bredare, dels med att det saknas ersättning för ett antal kostnader och dels med att beräkningarna i vissa delar har fel utgångspunkt. Många landsting ansluter sig till *SKL*:s beräkningar. *Stockholms läns landsting* anför, med utgångspunkt i att funktionen behöver vara bredare än enligt förslaget, att kostnaden därigenom bör ligga på cirka 500 miljoner kronor. *Region Uppsala* anför att en egen beräkning hösten 2017 visar på kostnader om 11,7 miljoner kronor inom primärvården i regionen, 8,7 miljoner kronor inom sjukhusverksamheterna och 1,6 miljoner kronor för centralt processtöd.

När det gäller promemorians beräkning menar *SKL* och många landsting och regioner att den varken är heltäckande eller rättvisande eftersom den bygger på ett arbete som befinner sig i en utvecklingsfas och eftersom väsentliga områden i koordineringsfunktionen utelämnats i förslaget (se avsnitt 5.2 om remissinstansernas synpunkter på lagförslagen). *Karolinska institutet (KI)* anför att den föreslagna ersättningsnivån och antal tjänster motsvarar den lägsta nivå som *KI* räknat fram.

KI, *SKL* och flera landsting och regioner menar att finansieringen bör omfatta fler kostnader än enligt promemorians förslag. Det som nämns är framför allt ersättning för det särskilda it-stödet kallat Rehabstödet, för obligatorisk kontakt med Försäkringskassan och annan utveckling av extern samverkan, för utveckling av processledarfunktionen, verksamhetschefers nya ansvarsområde och för koordinators medverkan i avstämningsmöten. Bland annat *Region Uppsala* anser också att det bör ingå ersättning för utvärdering och forskning.

SKL och landstingen anser att utbildning och kompetensutveckling av personal som ska arbeta med koordineringsinsatser bör finansieras av staten, eftersom det för närvarande bara finns uppdragsutbildningar som betalas av landstingen. *SKL* har beräknat utbildningskostnaden till 15 miljoner kronor de första två åren och därefter 3,8 miljoner kronor per år.

Svenskt Näringsliv anför att det bör säkerställas att resurserna fördelas så att de kommer den privata hälso- och sjukvården till del. *Vårdföretagarna* betonar att förslaget måste följas åt av motsvarande ersättning till vårdgivarna, oavsett regi. *Sveriges läkarförbund* anför att eftersom Försäkringskassan i viss mån avlastas samordningsuppdraget borde det vara rimligt att medel överförs från Försäkringskassan till vården.

Skälen för regeringens bedömning

Landstingen

Enligt promemorian är koordineringsverksamheten väl utbyggd inom primärvården i samtliga landsting men under utveckling inom specialistvården. När verksamheten är fullt utbyggd i både primär- och specialistvård beräknas antalet rehabiliteringskoordinatorer och processledare motsvara 656 helårstjänster totalt inom landstingen. Promemorians beräkningar baseras på de uppgifter som 13 landsting redovisade till Försäkringskassan under hösten 2017. I tabellen nedan från promemorian redovisas beräkningen av landstingens kostnader för koordineringsfunktionen 2019, dvs. det är då skyldigheten att erbjuda koordineringsinsatser föreslås träda i kraft. Beräkningarna baseras på antagandet att verksamheten är fullt utbyggd i primärvården i samtliga landsting. SKL och ett stort antal landsting och regioner invänder mot utgångspunkten för bedömningarna och menar att koordineringsverksamheten fortfarande är under utbyggnad. Regeringen konstaterar att de uppgifter som promemorian baserat sina bedömningar på är uppgifter som landstingen själva har lämnat, och att beräkningarna tar hänsyn till behov av fortsatt utbyggnad, främst inom specialistvården. Regeringen anser därför att dessa utgångspunkter kan ligga till grund för beräkning av kostnaderna. SKL och landstingen anser vidare att förslaget till finansiering är för lågt med hänsyn till att koordineringsuppdraget bör vara mer omfattande än vad som föreslås i promemorian. Regeringen har i avsnitt 5.2 föreslagit att kravet på koordineringsinsatsernas omfattning ska vara i enlighet med promemorians förslag. Promemorians förslag i fråga om vilka insatser som ska åläggas landstingen kan således ligga till grund för beräkning av kostnaderna. SKL, landstingen och KI menar att ett antal ytterligare kostnadsposter bör ingå i finansieringen. Regeringen finner dock att dessa kostnader tagits med i beräkningarna i promemorian, framförallt som övriga kostnader.

När det gäller utbildningskostnader anser regeringen att det inte är sådana nya skyldigheter som ska finansieras. Förslaget innebär inte att personalen ska få några utbildningskostnader ersatta, och det finns kurser och utbildningar som ger kompetens inom de områden som efterfrågas. Inte minst socionomutbildningen har lyfts fram av flera remissinstanser som en lämplig grund. Regeringen anser därför inte att staten ska finansiera utbildningskostnader.

Det framgår av tabell 8.1 att landstingens lönekostnader beräknas till sammanlagt 284 miljoner kronor 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 kronor 2016 och inkluderar förutom koordineringsarbetet även processledning. Lönenivån stämmer väl överens med uppgifter som inhämtats från SKL. I kostnadsberäkningarna har den genomsnittliga månadslönen skrivits fram med Riksbankens prognoser för löneutvecklingen 2017–2019. Inklusive drygt 37 procent tillägg för arbetsgivar-

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

Totalt beräknas landstingens kostnader för koordineringsfunktionen med landstingens nuvarande ambitionsnivå och omfattning på koordineringsinsatser 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 8.1 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

Regeringen bedömer att förslagen inte innebär några ekonomiska konsekvenser för andra än landstingen. Det föreslås inte några nya uppgifter för Försäkringskassan utöver mottagandet av information från vården, vilket enligt promemorian inte bedöms leda till några ekonomiska konsekvenser för myndigheten. *Försäkringskassan* anför att förslaget skulle kunna få betydande ekonomiska konsekvenser för myndigheten men att det inte går att göra någon uppskattning eftersom lagförslagen är otydliga gällande de delar som har en inverkan på Försäkringskassans verksamhet. Försäkringskassan bedömer att den potentiellt ökade kostnaden kan reduceras om målgruppen för koordineringsinsatsen tydligare definieras och bestäms systematiskt, om informationsimpulserna innehåll formaliseras och om diversifieringen av hur informationsimpulserna lämnas minimeras. Regeringen bedömer att de lösningar för elektronisk informationsöverföring som nämns i avsnitt 8.2.1 kommer att underlätta den informationsöverföring som förslaget innebär. Därigenom bör de kostnader som förslaget medför för Försäkringskassan kunna minimeras och hållas inom befintliga anslagsramar. De rehabiliteringsåtgärder som kan komma att inledas med anledning av information från landstingen är

redan uppgifter som vilar på Försäkringskassan och bör kunna hanteras inom myndighetens anslagsram.

Också IVO bedöms kunna hantera det nya tillsynsansvaret inom befintligt anslag.

Övriga myndigheter bedöms inte få några ökade kostnader med anledning av förslaget.

Landstingen ska kompenseras enligt finansieringsprincipen

Finansieringsprincipen gäller för statligt beslutade obligatoriska åtgärder som direkt tar sikte på kommunal verksamhet. Principen innebär 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 lagrådsremissen. *Statskontoret* ifrågasätter om inte delar av de uppgifter som föreslås bli obligatoriska redan åvilar landstingen, och därför inte ska finansieras. I avsnitt 4.3.4 har regeringen beskrivit landstingens nuvarande uppdrag när det gäller hälso- och sjukvård och rehabilitering. Landstingen har visserligen en skyldighet att erbjuda rehabilitering och att ta fram en rehabiliteringsplan, men sådana insatser är delar av vård och behandling och omfattas inte av det förslag som lämnas i denna lagrådsremiss. Regeringens uppfattning är därför att de insatser som föreslås inte redan ingår i landstingets obligatoriska ansvar sedan tidigare.

De krav på koordineringsinsatser som föreslås i lagrådsremissen är mindre omfattande än det arbete som för närvarande utförs av rehabiliteringskoordinatorer på frivillig väg (se avsnitt 5.2). Regeringen gör bedömningen att landstingen ska kompenseras enligt den kommunala finansieringsprincipen för att täcka kostnaderna för de obligatoriska uppgifter som koordineringsinsatserna kommer innebära för landstingen. Regeringen återkommer med förslag i budgetpropositionen för 2019.

Svenskt Näringsliv och *Vårdföretagarna* påtalar behovet av ersättning även till privata vårdgivare. Regeringen menar att förslaget även omfattar koordineringsinsatser till patienter hos privata vårdgivare. I fråga om synpunkterna på eventuellt minskade kostnader för staten som lämnats av *Sveriges läkarförbund* anser regeringen så som tidigare anförts att det inte går att dra några slutsatser om hur koordineringsinsatserna kommer påverka sjukskrivningstal och sjukfrånvaro, och att detta inte heller är huvudsyftet med förslaget.

9 Författningskommentar

9.1 Förslaget till lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter

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

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

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.1.

Bestämmelsen i *första stycket* innebär att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet eller för att kunna inträda i arbetslivet. De sjukskrivna patienterna ska erbjudas insatserna oavsett om behandling ges inom primärvården eller specialistvården. Med sjukskrivna patienter avses de patienter för vilka en läkare utfärdat intyg om att de på grund av skada eller sjukdom i någon utsträckning är förhindrade från att delta i arbetslivet. Det saknar betydelse vilken form av ersättning intyget är avsett för, t.ex. sjukpenning, aktivitetsersättning eller aktivitetsstöd. Vad som avses med koordineringsinsatser anges i 2 §. Det är upp till landstingen att bedöma vilka sjukskrivna patienter som kan anses ha ett särskilt behov av stöd. Patienter med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller smärtproblematik, torde ofta ha ett sådant särskilt behov, men det kan också handla om andra sjukdomar och skador. Det är inte diagnosen i sig utan behovet av stöd som är avgörande för om insatser ska erbjudas. Att patientens behov av stöd ska vara individuellt innebär att stödbehovet inte kan tillgodoses redan genom generella åtgärder t.ex. i form av förbättrade arbetsrutiner på sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet.

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 det att bestämmelserna om koordineringsinsatser även gäller en kommun som inte ingår i ett landsting.

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

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

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.2 och 5.3.

Koordineringsinsatserna ska enligt *första stycket* bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer för att främja den sjukskrivna patientens återgång till eller inträde i arbetslivet. Insatserna kan variera i omfattning beroende på omständigheterna i det enskilda fallet. Koordineringsinsatserna ska bara avse behov som landstinget ansvarar för att tillgodose och inte behov som ska tillgodoses av andra aktörer. Det innebär att insatserna ska innebära personligt stöd, samordning, samverkan och andra sådana åtgärder som behövs för vården av den sjukskrivne patienten, i syfte att främja patientens arbetsförmåga. Behov som i stället andra aktörer ansvarar för är t.ex. arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetsmiljön, kommuners ansvar för socialt och ekonomiskt stöd eller Arbetsförmedlingens ansvar för arbetslivsinriktade insatser. Vidare ansvarar Försäkringskassan bl.a. för att se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas.

Koordineringsinsatserna ska inte betraktas som medicinska åtgärder och omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagens (2017:30), förkortad HSL, definition av hälso- och sjukvård. Insatserna ska dock enligt bestämmelsen utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det innebär att de bestämmelser i HSL som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation kommer att bli tillämpliga på koordineringsinsatserna. Koordineringsinsatserna kan organiseras inom befintliga samordningsstrukturer inom hälso- och sjukvårdsverksamheten om det anses lämpligt, men kan också utformas på annat sätt. Bestämmelsen i 2 § ställer inte krav på att det ska utses någon särskild koordinator, utan det är upp till landstingen att organisera insatserna. För att insatserna ska kunna vara ett effektivt individuellt stöd krävs dock sannolikt att den som utför uppgifterna ges förutsättningar att kunna koncentrera sig på uppdraget och erbjuda patienten kontinuitet i insatserna. Det kan också vara lämpligt att patienten hela tiden får ha kontakt med en och 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 eller träda in i arbetslivet när det är möjligt. Det handlar däremot inte om terapi eller någon annan psykologisk eller medicinsk behandling.

Insatserna omfattar också intern samordning. Samordningen ska inriktas på att främja den enskilda patientens återgång i arbete eller inträde i arbetslivet, 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.

Koordineringsinsatser består vidare av samverkan med andra aktörer kring den enskilda patienten. Samverkan ska ske dels när övriga aktörer, framförallt arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen, kontaktar hälso- och sjukvården i enskilda fall beträffande en sjukskriven patient, dels när landstinget ser behov av att kontakta någon av de andra aktörerna för att vården ska bli effektiv. Samverkansskyldigheten omfattar däremot inte något samordningsansvar eftersom det ansvaret vilar på Försäkringskassan, I Försäkringskassans samordningsskyldighet ligger att klarlägga den enskildes behov av rehabili-

tering, att se till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering och att verka för att organisationer och myndigheter, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar sådana åtgärder.

Enligt *andra stycket* ska koordineringsinsatser bara ges om patienten samtycker till det. Eftersom samverkan kräver att uppgifter om patienten lämnas vidare till andra aktörer ska en patients samtycke till koordineringsinsatser också förstås som ett samtycke till sådan informationsöverföring. Om patienten inte samtycker till att information lämnas till andra aktörer måste koordineringsinsatserna anpassas till det. Kravet på samtycke hindrar dock inte att personal diskuterar patientens eventuella behov av koordineringsinsatser och förutsättningarna för att erbjuda sådana även utan att patienten har samtyckt. Insatserna ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, på samma sätt som gäller för hälso- och sjukvård enligt 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

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

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.4.

I bestämmelsen slås det fast att landstinget ska informera Försäkringskassan om det kan antas att en sjukskriven patient kan ha behov av sådana rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan ansvarar för enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken. Om landstinget med stöd av 4 § tredje stycket lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter har avtalat med någon annan aktör om att låta denna tillhandahålla koordineringsinsatserna gäller informationsskyldigheten i stället för den andra aktören. Genom informationen från landstinget kan Försäkringskassan uppmärksammas på en enskild persons eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder och därefter ta ställning till om ett sådant behov finns. Avsikten är dock inte att landstinget närmare ska undersöka om det kan finnas behov av åtgärder från Försäkringskassan,

Informationsskyldigheten för landstinget är inte avsedd att vara sekretessbrytande utan det krävs samtycke från patienten för att informationen ska kunna lämnas till Försäkringskassan.

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

Ett landsting får erbjuda koordineringsinsatser till den som omfattas av ett annat landstings ansvar enligt första stycket, om landstingen kommer överens om det.

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

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.6.

I *första stycket* slås det fast att landstingets ansvar enligt lagen avser patienter som ges hälso- och sjukvård med stöd av 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § HSL. Landstingets ansvar avser därmed de patienter som är

bosatta eller kvarskrivna (från och med den 1 januari 2019 avses den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen [1991:481] i stället för den som är kvarskriven) inom landstinget och de som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Hänvisningen till 15 kap. 1 § medför att landstingets ansvar även omfattar de patienter som får vård av privata vårdgivare. Avgränsningen av landstingets ansvar innebär att patienter som genom det fria vårdvalet får vård och behandling och blir sjukskrivna i ett annat landsting än hemlandstinget inte behöver erbjudas koordineringsinsatser av det landsting där de får vård. Hemlandstinget är även i de fallen ansvarigt för att se till att de patienter som behöver koordineringsinsatser får det.

I andra stycket slås det fast att trots att ett landsting som huvudregel endast har ansvar för koordineringsinsatser för patienter som är bosatta eller kvarskrivna i landstinget, får landstinget erbjuda koordineringsinsatser även till den som omfattas av ett annat landstings ansvar för sådana insatser, om landstingen kommer överens om det. Den möjligheten syftar till att främja kontinuiteten och till att hålla ihop insatser för enskilda patienter i de fall patienten får vård i ett annat landsting än hemlandstinget. Sådan kontinuitet kan i praktiken t.ex. åstadkommas genom att ett landsting som behandlar och sjukskriver en patient från ett annat landsting kontaktar hemlandstinget för att komma överens om ansvaret för koordineringsinsatser.

Av tredje stycket följer att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen. Det medför att landstingets ansvar för patienter som väljer en privat vårdgivare kan tillgodoses genom att landstingen avtalar med de privata vårdgivarna om att dessa även ska tillhandahålla koordineringsinsatser. Landstinget har också möjlighet att avtala om att koordineringsverksamhet som bedrivs i egen regi ska bedrivas av en eller flera privata vårdgivare.

5 § Av patientskadelagen (1996:799), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att dessa lagar gäller vid tillämpningen av denna lag.

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.7 och 6.1. Paragrafen är en upplysningsbestämmelse om att bestämmelser i patientskadelagen, patientdatalagen och patientsäkerhetslagen ska tillämpas på verksamhet enligt denna lag. Det innebär att bestämmelser bl.a. om rätten till patientskadeersättning och om vårdgivares skyldighet att ha en patientförsäkring kommer att bli tillämpliga på verksamhet som ger koordineringsinsatser. Det handlar även om skyldighet att föra patientjournal och om förutsättningarna för att behandla personuppgifter och om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete samt om Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn. Se även författningskommentarerna till ändringarna i 5 § patientskadelagen, 1 kap. 3 §, 3 kap. 3 § och 6 kap. 3 § patientdatalagen och 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen.

Ikraftträdande bestämmelse

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

Av bestämmelsen framgår att lagen ska träda i kraft den 2 januari 2019. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.

9.2 Förslaget till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799)

5 §

I denna lag avses med

hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar *eller lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 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),

vårdgivare: statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.7. Genom att definitionen av begreppet hälso- och sjukvård utökas till att även omfatta insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter slås det fast att bestämmelserna i patientskadelagen ska vara tillämpliga även på verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.

Ikraftträdande bestämmelse

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

Av bestämmelsen framgår att lagen ska träda i kraft den 2 januari 2019. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.

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

1 kap.

3 § I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

Uttryck

Hälsa- och sjukvård

Betydelse

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 (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, *lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter* samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.7 och 6.1. Genom ändringen slås det fast att patientdatalagens definition av begreppet hälsa- och sjukvård även ska innefatta verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter. Det innebär att de bestämmelser i patientdatalagen som ska tillämpas på verksamhet som enligt den lagen utgör hälsa- och sjukvård på motsvarande sätt ska tillämpas på verksamhet som utgör koordineringsinsatser.

3 kap.**3 §**

Skyldig att föra en patientjournal är

1. den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke,
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälsa- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälsa- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare,
3. den som är verksam som kurator i den allmänna hälsa- och sjukvården, och
4. den som utför insatser enligt *lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. I paragrafen införs en ny *fjärde punkt* som slår fast att skyldigheten att föra patientjournal ska gälla även den som utför insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.

6 kap.**3 §**

För att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vård-givare gjort tillgängliga i systemet med sammanhållen journalföring enligt 2 § femte stycket krävs att

1. uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med,

2. uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, *eller för att bedöma behovet av eller utföra insatser enligt lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, och

3. patienten samtycker till det.

Vårdgivaren får även behandla sådana uppgifter om

1. uppgifterna rör en patient som det finns eller har funnits en patientrelation med,

2. uppgifterna kan antas ha betydelse för att utfärda ett sådant intyg som avses i 3 kap. 16 §, och

3. patienten samtycker till det.

För att en vårdgivare ska få behandla sådana uppgifter som en vårdnadshavare inte har rätt att spärra enligt 2 § fjärde stycket andra meningen krävs att förut-sättningarna enligt första stycket 1 och 2 eller andra stycket 1 och 2 är uppfyllda.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. Genom ändringen i *första stycket andra punkten* ges vårdgivare möjlighet att inom systemet med sammanhållen journalföring även behandla personuppgifter som är hänförliga till verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter. Ändringen i *andra stycket andra punkten* är endast språklig.

Ikraftträdande bestämmelse

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

Av bestämmelsen framgår att lagen ska träda i kraft den 2 januari 2019. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.

9.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (2018:1127) om ändring i patientdatalagen (2008:355)

3 kap.

3 §

Skyldig att föra en patientjournal är

1. den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke,

2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare,

3. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför samma slags arbetsuppgifter inom den allmänna hälso- och sjukvården som en hälso- och sjukvårdskurator, *och*

4. den som utför insatser enligt lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. Bestämmelsen har tidigare ändrats genom lagen (2018:1127) om ändring i patientdatalagen, som träder i kraft den 1 juli 2019. Förslaget till lag om ändring i lagen om ändring i patientdatalagen innebär att ändringen i SFS 2018:1127 beträffande vem som från och med den 1 juli 2019 är skyldig att föra patientjournal även kommer att omfatta den som utför insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.

9.5 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

1 kap.

2 §

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, *lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter* samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.7. Genom ändringen slås det fast att patientsäkerhetslagens definition av begreppet hälso- och sjukvård även ska omfatta verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter. Det innebär att bl.a. bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete samt bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn kommer att bli tillämpliga på koordineringsinsatser.

Ikraftträdande bestämmelse

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

Av bestämmelsen framgår att lagen ska träda i kraft den 2 januari 2019. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.

Huvudsakligt innehåll i Ds 2018:5 Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

Uppdraget

En arbetsgrupp inom Socialdepartementet har utrett formerna för en obligatorisk rehabiliteringskoordinatorfunktion inom hälso- och sjukvården. Enligt uppdragsbeskrivningen skulle arbetsgruppen bl.a. analysera vilka delar av vården som bör ha tillgång till en rehabiliteringskoordinatorfunktion, lämplig omfattning på funktionen, koordinatoremas roll och uppdrag i relation till andra aktörer, behovet av en gemensam arbetsbeskrivning, hur det kan säkerställas att de patienter som får vård av privata vårdgivare med offentlig finansiering får samma tillgång till rehabiliteringskoordinatorfunktionen, behovet av att närmare precisera patientgrupper och behovet av enhetliga kompetenskrav och vidareutbildningar. Arbetsgruppen skulle i sina förslag beakta vikten av att ha en öppen arbetsmarknad mot övriga EU. Arbetsgruppen skulle också analysera behovet av sekretess- och tillsynsbestämmelser och beräkna kostnader och föreslå eventuell finansiering. Arbetsgruppen skulle också lämna de författningsändringar som behövs. Under arbetet med promemorian har arbetsgruppen i enlighet med uppdraget samrått och haft dialog med berörda departement, myndigheter och organisationer. Arbetsgruppen har också besökt ett antal landsting och träffat rehabiliteringskoordinatorer och företrädare för landstingen.

Bakgrundsbeskrivning

Regeringen har vidtagit ett antal åtgärder för att bryta utvecklingen med en ökande sjukfrånvaro och beslutat om ett åtgärdsprogram med olika insatsområden, där bl.a. stödet till individen och hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering lyfts fram. Staten har ingått överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om sjukskrivningsfrågan inom hälso- och sjukvården, och enligt den senaste överenskommelsen har regeringen avsatt stimulansmedel bl.a. för utveckling av en funktion för koordinering, i syfte att patienter ska få ett tidigt individuellt stöd i hälso- och sjukvården. Samtliga landsting har utvecklat en sådan funktion och får del av dessa medel. Rehabiliteringskoordinatorerna arbetar med individuellt stöd och kartläggning, intern samverkan, kontakter med arbetsgivare och andra aktörer, uppföljning av statistik om sjukskrivning och annat verksamhetsstöd.

Det finns några utvärderingar och undersökningar avseende rehabiliteringskoordinatoremas arbete. Enligt dessa är koordinatoremas arbete uppskattat av patienter och vårdpersonal, och det tycks finnas ett samband mellan koordineringsarbetet och en snabbare återgång till arbetslivet för vissa patienter.

Det finns ett antal olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med olika lagreglerade ansvarsområden. Försäkringskassans

ansvar för samordning och tillsyn regleras i socialförsäkringsbalken, arbetsgivarens ansvar regleras i socialförsäkringsbalken och arbetsmiljölagen (1977:1160). För Arbetsförmedlingen finns vissa uppgifter på rehabiliteringsområdet i förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten och kommunens ansvar följer framförallt av socialtjänstlagen (2001:453). Hälso- och sjukvårdens ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Hälso- och sjukvård definieras i lagen som att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det finns ett antal samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, bl.a. fast vårdkontakt och fast läkarkontakt som regleras i patientlagen (2014:821) och oreglerade funktioner såsom patientkontrakt, Min vårdplan och kontaktsjuksköterska.

Förslag

I promemorian föreslås att en ny lag införs som föreskriver en skyldighet för landstingen att 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 ska inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Det föreslås att insatserna bara ska ges om patienten samtycker till det och att de så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Det konstateras att många patienter förutom vård och behandling har behov av någon som stöttar och vägleder dem genom processen tillbaka till arbete, och att dessa behov lett till en utveckling av koordineringsfunktionen inom landstingen. Eftersom erfarenheterna av rehabiliteringskoordinatorerna varit positiva och de fyller en viktig funktion anses att funktionen ska bli permanent och obligatorisk för landstingen, och därför krävs lagstiftning.

Koordineringsinsatserna bedöms inte vara hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening och därför bör de regleras i en egen lag och inte i hälso- och sjukvårdslagen.

Personligt stöd ska inte avse sådant stöd som Försäkringskassan ansvarar för enligt socialförsäkringsbalken, utan vara stöd som behövs inom hälso- och sjukvården för vård och behandling. Intern samordning avser samordning av insatser inom vården för den enskilde patienten. Rutinutveckling, kompetensutveckling och statistikarbete omfattas inte av förslaget. Samverkan med andra aktörer avser framförallt kontakter med arbetsgivaren men också med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen. Samverkansskyldigheten skiljs från samordningsansvaret som Försäkringskassan har. Landstingen ska dock vara skyldiga att med den enskilde patientens samtycke informera Försäkringskassan om det kan antas att en patient har behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken.

Det landsting som ger vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen ska ansvara för koordineringsinsatser enligt den föreslagna lagen. Det föreslås dock att landsting får sluta avtal med

någon annan om att utföra de uppgifter som landstingen ansvarar för enligt den lagen. Därigenom läggs huvudansvaret på hemlandstinget, men för att främja kontinuitet och sammanhållen vård för patienter som får vård i ett annat landsting kan landstingen avtala om en annan uppdelning. Landstingen kan också avtala med privata vårdgivare om koordineringsinsatser, och därmed säkerställa att patienter hos de privata utföra också får del av koordineringsinsatser.

Det föreslås att patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientskadlagen (1996:799) inte görs tillämpliga för koordineringsinsatser eftersom det inte finns någon nämnvärd risk för vårdskador. Det föreslås dock att arbetet med koordinering ska journalföras och att regler om inre sekretess, åtkomst, sammanhållen journalföring m.m. i patientdatalagen (2008:355) görs tillämpliga. Det konstateras att det finns rättslig grund för personuppgiftshantering inom koordineringsverksamheten, och patientdatalagen föreslås tillämplig i sin helhet.

Sekretessreglerna i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2010:659) bedöms i promemorian inte behöva ändras utan omfattar koordineringsinsatserna i offentlig verksamhet. Den som arbetar med sådana insatser inom enskilt bedriven verksamhet föreslås omfattas av bestämmelserna om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen.

Det föreslås inte någon reglering i fråga om vem som ska utföra koordineringsarbetet, utan det blir en fråga för arbetsgivaren att avgöra vilken kompetens som krävs. Det föreslås inte någon särskild examen för rehabiliteringskoordinatorer eftersom universitet och högskolor har en långtgående frihet att styra över utbildningsutbudet och ska besluta om det utifrån studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov på nationell nivå.

Det föreslås att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2019.

Förslagen bedöms leda till ökade kostnader för landstingen, vilket ska kompenseras med 361 miljoner kronor per år. I övrigt bedöms förslagen inte få ekonomiska konsekvenser.

Departementspromemorians lagförslag

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 genomförs 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.

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

Bilaga 2

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

Hälso- och sjukvård

Betydelse

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

Hälso- och sjukvård

Betydelse

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.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

¹ Senaste lydelse 2017:60.

Förteckning över remissinstanser

Efter remittering av Ds 2018:5 Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården har följande instanser inkommit med yttrande:

Justitiekanslern, Arbetsförmedlingen, Arbetsgivarverket, Arbetsmiljöverket, Datainspektionen, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Regelrådet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statskontoret, Lunds universitet, Karolinska institutet, Mittuniversitetet, Mälardalens högskola, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Gotlands kommun, Huddinge kommun, Jönköpings kommun, Malmö kommun, Umeå kommun, Östersunds kommun, Fanna, Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna (Almega), Akademikerförbundet SSR, Sveriges Arbetsterapeuter, Landsorganisationen i Sverige (LO), SEKO, Sveriges Läkarförbund, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Svenska läkaresällskapet, Sveriges Företagshälsor, Nationella nätverket för samordningsförbund, Funktionsrätt Sverige

Följande instanser på remisslistan har avstått från att lämna yttrande:

Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen, Inspektionen för vård och omsorg, Universitetskanslersämbetet, Dorotea kommun, Eskilstuna kommun, Göteborgs kommun, Sveriges Akademikers Centralorganisation (Saco)

Följande instanser utöver remisslistan har inkommit med yttrande:

Svensk förening för allmänmedicin, Svenska företagsläkarföreningen, Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) och Personskadeförbundet RTP