

2018-05-25

Ert dnr:  
2018/01188/SF

**Avdelning för vård och omsorg**  
*Sektionen för hälsa och jämställdhet*  
Anna Östbom, Lena Severin, Ann-Britt Ekvall  
*Sektionen för hälso- och sjukvård*  
Agneta Andersson  
**Avdelningen för Arbetsgivarepolitik**  
Tina Eriksson  
**Avdelningen för Ekonomi och Styrning**  
Nils Mårtensson  
**Avdelningen för Juridik**  
Anna Åberg

Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården DS 2018:5

### Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har beretts möjlighet att lämna synpunkter på rubricerad rapport.

SKL är positiv till förslaget att införa en ny lag om koordineringsinsatser i hälso- och sjukvården, för att främja återgång till arbetslivet genom att erbjuda patienter individuellt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. SKL håller även med utredningen i stora delar av förslaget. Förbundet anser dock att utredningen har gjort en för snäv tolkning av koordineringsuppdraget och att begränsningen av uppdraget inte kommer att ge önskad effekt. SKLs invändningar gäller framförallt två viktiga delar i koordineringsuppdraget, dels gällande kartläggningen av patientens situation och behov, dels om rehabiliteringskoordinators roll i den externa samverkan.

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

Ändringar behövs även i patientdatalagen, PDL. Dels vad gäller ändamålet med journalföring då koordinatorens arbete inte kan definieras som administration, även om uppgifterna inte är medicinska i alla delar. Dels för att göra det möjligt för sammanhållen journalföring, som tillåter att vårdgivare under vissa förutsättningar får ha direktåtkomst till annan vårdgivares uppgifter i vårdsyfte eller för administration. Enligt den nya lagen är koordineringsinsatser inte hälso- och sjukvård men SKLs bedömning är att det behöver göras ändringar i PDL som tar höjd för detta för att ta hänsyn till kommande utveckling i viktiga IT-verktyg för rehabiliteringskoordinatorerna som Rehabstöd.

SKL anser att den ekonomiska kalkylen varken är heltäckande eller rättvisande då antagandet bygger på ett arbete som befinner sig i en utvecklingsfas. SKL bedömer att den föreslagna finansieringen av funktionen innebär att landstinget inte kan utföra koordineringsuppdraget i sin helhet, då uppdraget i förslaget har snävats av, men också utökats med nya arbetsuppgifter. Konsekvensen av detta blir att kontakt med arbetsgivare inte kommer att kunna ske i den omfattning som förväntas och behövs.

SKL bedömer att kostnaden för att koordineringsinsatser ska kunna ges inom de verksamheter där sjukskrivning är vanligt förekommande och ha effekt på sjukfrånvaron är 916,8 miljoner kronor årligen. Under en initial tvåårsperiod behövs även ett ytterligare tillskott på totalt 11,5 miljoner kronor för utbildning av rehabiliteringskoordinatorer.

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

SKL tillstyrker utredningens förslag att genom lagreglering införa en permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd till patienter som har ett särskilt behov av stöd för att kunna återgå i arbetslivet.

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

### **3.2 Koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet**

SKL är positiv till att patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd får koordineringsinsatser för att kunna återgå till arbetslivet.

SKL anser att koordineringsinsatser i första hand ska ges till patienter med diagnoser där sjukskrivning är vanligt förekommande, oberoende av om de behandlas i primärvården eller i den specialiserade vården. Studier från Stockholm läns landsting visar att inte alla patienter behöver stöd av rehabiliteringskoordinator för att minska sjukskrivningen, stödet ska därför riktas till de patienter som har ett särskilt behov.

SKL delar bedömningen att landstingen inte ska ha en skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser i förebyggande syfte, för att undvika sjukskrivning. Uppdraget kan då bli för omfattande och i dagsläget saknas studier som styrker effekten av påverkan på sjukfrånvaron

Vårdgivare ska själva utforma vad koordineringsinsatser bör innebära, för att ge bästa stöd till att underlätta återgång till arbetslivet för enskilda patienter. Förbundet delar utredningens bedömning att när någon ges koordinerande insatser för att främja en snabbare återgång i arbete ska hon eller han inte ges förtur till medicinsk behandling och rehabilitering utan att hälso- och sjukvårdens prioriteringsordning ska gälla. SKL

anser dock att detta bör framgå av den föreslagna lagen och föreslår att lagen kompletteras med en bestämmelse som erinrar landstingen om kravet i 3 kap. 1 § 2 st. HSL. Bestämmelsen kan lämpligen föras in mellan 1 och 2 §§ i en egen paragraf och med följande lydelse:

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

## **Koordineringsinsatser**

SKL anser att utredningen har en för snäv tolkning av koordineringsuppdraget och inte tar hänsyn till erfarenheter och studier som har genomförts. SKLs bedömning är att följande delar ska ingå i koordineringsuppdraget för att ha effekt på återgång i arbete:

### **Individuellt stöd**

#### **Kartläggning av patientens situation och behov**

SKL håller med utredningen om att Försäkringskassan ska ha kvar sitt samordningsansvar, som omfattar kartläggning av individens rehabiliteringsbehov och samordning av olika aktörers insatser samt kontakt med den försäkrade. SKL ser dock ingen motsättning mellan Försäkringskassans uppdrag och att hälso- och sjukvården gör en kartläggning och motiverar patienten att kontakta arbetsgivare eller andra aktörer.

SKL anser att det är särskilt värdefullt att hälso- och sjukvården tillsammans med patienten ser över dennes sociala situation, motivation till sjukvårdande insatser och återgång i arbete, samt tar reda på planerade insatser av andra aktörer som patienten känner till. Detta är en förutsättning för att kunna planera insatser i hälso- och sjukvården men också för att kunna ta ställning till om Försäkringskassan behöver kontaktas så att de kan ta vid i sitt samordningsuppdrag. I kartläggningen ska därför samtalsstöd ingå, för att motivera patienten att genomföra behandlingar och rehabilitering och att kontakta arbetsgivare eller andra aktörer. Detta samtalsstöd ska inte sammanblandas med samtalsterapi.

#### **Kontaktperson för patienten**

SKL anser att koordineringen ska omfatta att vara kontaktperson för sjukskrivna patienter med särskilt behov av stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Uppgiften som kontaktperson innebär att vara tillgänglig för att svara på frågor om sjukskrivningsprocessen och vad uppdraget att utfärda intyg i hälso- och sjukvården innebär, samt hur uppdraget förhåller sig till Försäkringskassans och andra aktörers ansvar.

Koordinatorn eller läkare kontaktar arbetsgivare vid behov, med patientens samtycke, och har en unik möjlighet att träffa alla patienter i ett tidigt skede. Kontakterna med arbetsgivare och andra aktörer kan därför ske betydligt tidigare i processen än vad Försäkringskassan har möjlighet till. Det är av stort värde att den medicinska behandlingen och rehabiliteringen kan pågå samtidigt som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, då detta både bygger patientens självkänsla och självförtroende och stärker arbetsförmågan. På detta sätt kan hälso- och sjukvården tidigt i processen stödja patienten tillbaka till ett hållbart arbetsliv.

### **Intern samordning**

SKL delar bedömningen att intern samordning kan omfatta att bidra till en gemensam sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan, som läkaren är ansvarig för, med fokus på återgång i arbete och med en helhetssyn på patienten,

SKL anser dock att det finns fler delar som bör ingå i uppdraget intern samordning, dessa är att utveckla rutiner för:

- samverkan med arbetsgivare och andra aktörer
- användning av IT-stöd för identifiering av patienter
- samverkan med telefonrådgivning, för att uppmärksamma behovet av tidig kontakt med arbetsgivare
- samverkan med läkare.

### **IT-stöd för rehabiliteringskoordinatorer**

Det finns behov av ett IT-stöd för rehabiliteringskoordinatorer för att kunna identifiera patienter med behov av koordinering vid sjukskrivning. Då detta är ett nytt lagkrav på landstingen ska finansieringen av ett sådant IT-stöd ske genom statliga medel.

[Rehabstöd](#) är ett verktyg för den som arbetar med att koordinera rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna patienter. Tjänsten ger en samlad bild över pågående sjukfall på en enhet. Rehabstöd har utvecklats genom överenskommelser mellan staten och SKL och är ett viktigt redskap och en informationskälla i arbetet med rehabiliteringskoordinering.

### **Extern samverkan**

SKL tillstyrker förslaget om att koordineringsfunktionen ska omfatta obligatorisk samverkan och kommunikation med andra aktörer, för att undvika att individers förutsättningar inte tas hand om och fördröjer eller förhindrar återgång i arbete. Samverkan med arbetsgivare är särskilt viktigt för att bidra till ökad återgång i arbete.

SKL håller inte med om att Försäkringskassan och andra aktörer ska ha pågående insatser för att kunna samverka. Kontakterna ger hälso- och sjukvården och de samverkande parterna information så att de kan agera.

SKL anser att ytterligare utveckling av den externa samverkan är nödvändig, särskilt med arbetsgivare. En utveckling behöver även ske om externa parter ska kunna ta kontakt med koordinatören. Denna utveckling behöver finansieras.

### **Ledning och styrning av koordineringsinsatser**

Verksamhetschefer får ett nytt ansvarsområde i och med att funktion för koordinering införs i hälso- och sjukvården. Chefen är ansvarig för att ta fram mål och rutiner för uppdraget och säkerställa kompetensutveckling, utveckling och kvalitetssäkring.

#### **Det försäkringsmedicinska uppdraget**

SKL kan till viss del hålla med utredningens tveksamhet om att det breda försäkringsmedicinska uppdraget bör ingå i koordineringen och att det istället bör vara hälso- och sjukvårdens uppdrag. Vårdgivare bör själva få avgöra vem eller vilka som har det försäkringsmedicinska uppdraget.

Förbundet anser att det ingår i koordineringen att vara informationsbärare av förändringar inom det försäkringsmedicinska området, ta fram och analysera statistik, samt vara ett stöd för chefer i dessa frågor. Denna del av koordinatörens uppdrag är viktig för att kunna utveckla en bred kompetens och förståelse för koordineringens betydelse och roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och ska också ingå i finansieringen.

#### **Kompetens**

SKL håller med utredningen om att det krävs en person som har kunskaper om hälso- och sjukvårdprocesserna, om försäkringsmedicin och om övriga aktörers ansvarsområden för att utföra koordineringsinsatserna. Det bör också vara vårdgivaren som avgör vilken kompetens som krävs för uppgiften koordinering och vilken eventuell examen som är lämplig för uppdraget.

Landstingen ska dock kompenseras ekonomiskt för att säkerställa att medarbetare har den kompetens som behövs för uppdraget, då högskolor och universitet enbart erbjuder uppdragsutbildningar.

Utöver utbildningar behövs ett kontinuerligt stöd och handledning för att utveckla funktionen och koordineringsinsatserna, då uppdraget är nytt och komplext. Operativa processledare är i dessa delar viktiga för att stödja och bidra till utvecklingen.

### **3.3 Information till Försäkringskassan**

SKL håller med om att hälso- och sjukvården ska få ett uppdrag att informera Försäkringskassan om det finns behov av samordnad rehabilitering för att underlätta för patienten att återgå i arbete, eftersom Försäkringskassan har en viktig roll att samordna rehabiliteringen. Detta kräver dock att hälso- och sjukvården har gjort en bredare kartläggning av patientens situation och behov än vad utredningen föreslår, för att hälso- och sjukvården ska kunna ta reda på att samordning behövs.

SKL vill särskilt påtala vikten av att en gemensam struktur för informationsöverföring mellan båda parter utarbetas inför att lagen ska träda i kraft, samt att Försäkringskassan får i uppdrag att säkerställa att hälso- och sjukvårdens lämnade information om behov av samordning tas emot och prioriteras.

Hälso- och sjukvårdens kan redan idag göra Försäkringskassan uppmärksam på att det finns behov av samordning och att kontakt önskas med handläggare till exempel via läkarintyget för sjukpenning. Läkare uppger dock att de sällan blir kontaktade av Försäkringskassan, samordningen har dessutom minskat ytterligare under de senaste åren. Det är viktigt att säkerställa att informationsutbytet fungerar åt bägge håll för att patienten ska få de samordningsinsatser som hen har rätt till, för att främja återgång i arbete. SKL vill också påpeka att det föreskrivs att det är landstinget som har skyldigheten att informera Försäkringskassan, vilket blir ett bekymmer då kravet inte omfattar privata vårdgivare. Termen vårdgivare bör användas för att omfatta både offentliga och privata utförare.

### **3.4 Andra aktörers ansvar för rehabilitering**

SKL håller med utredningen om att arbetsgivaren har en nyckelroll när det gäller att bedöma vilka anpassningar som kan vara lämpliga och möjliga att genomföra på arbetsplatsen. En väl fungerande samverkan mellan vården och arbetsgivaren underlättar återgången i arbete. Förbundet har i ett flertal yttranden och remissvar påtalat att arbetsgivare, i syfte att uppfylla sitt rehabiliteringsansvar, är beroende av dels kontakt med övriga aktörer, dels tillräcklig information om sin arbetstagares medicinska förutsättningar för återgång i arbete. Det är även ett känt faktum att arbetsgivare under lång tid efterfrågat en bättre kommunikation med såväl vården som Försäkringskassan. Ett införande av koordineringsfunktioner hos vården kan innebära att arbetsgivare och vårdgivare lättare kan nå varandra, men det är i många fall avgörande för en framgångsrik rehabilitering att även Försäkringskassan deltar i de möten som antingen vården eller arbetsgivaren initierar.

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

### **3.5 Vilket landsting ansvarar för koordineringsinsatserna?**

SKL tillstyrker utredningens förslag att det är det landsting där patienten är bosatt som ska ansvara för koordineringsinsatserna. Detta bör gälla som utgångspunkt även om en patient söker vård i ett annat landsting. I enstaka undantagsfall, till exempel om en patient får vård under en längre tid i ett annat landsting än hemlandstinget, kan man dock tänka sig att de berörda landstingen bör kunna ingå en överenskommelse om att koordineringsinsatserna istället ska erbjudas av vårdlandstinget.

För att vara säker på att en sådan överenskommelse inte skulle strida mot kommunalrättsliga principer (lokaliseringsprincipen) bedömer SKL att det behövs ett

lagstöd för detta. Det kan förtydligas genom att använda 8 kap. 5 § p. 1 HSL (om landstings möjligheter att erbjuda hälso- och sjukvård till patienter som är bosatta i andra landsting) som förebild, och lägga till ett andra stycke i den föreslagna 4 § lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet, med följande lydelse:

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

### **3.6 Patientsäkerhetslagens och patientskadelagens tillämplighet**

SKL delar inte utredningens uppfattning utan anser att bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och patientskadelagen bör omfatta verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser.

I promemorian anför utredningen till stöd för sin bedömning att rehabiliteringskoordinatorerna inte bedriver hälso- och sjukvård och att det inte finns någon nämnvärd risk för vårdskador. Här vill SKL dock understryka att även om koordinatorerna inte bedriver hälso- och sjukvård per definition så ska deras insatser ändå ges *inom* hälso- och sjukvårdsverksamheten (se 2 § i den föreslagna lagen). Av promemorian (s. 15) framgår dessutom att även andra yrkeskategorier än legitimerade yrkesutövare och undersköterskor arbetar som rehabiliteringskoordinatorer, till exempel tidigare handläggare vid Försäkringskassan. Dessa koordinatorer arbetar således med patienter på sjukhus och andra vårdinrättningar och SKL anser därför att det finns skäl att ställa ett yrkesansvar på dem (jfr biomedicinska laboratorier som inte betraktas som vårdgivare men som jämväl enligt patientsäkerhetslagen står under IVOs tillsyn om de tar emot uppdrag från en vårdgivare). Det kan enligt förbundets mening, inte heller uteslutas att vissa arbetsuppgifter som koordinatorerna utför är hälso- och sjukvård eftersom många av dem är legitimerade yrkesutövare, exempelvis sjuksköterskor. Det blir förvirrande i vilken roll en sådan yrkesutövare är sjuksköterska (ansvar) eller rehabiliteringskoordinator (icke ansvar).

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

*"rehabiliteringskoordinatorer vid sjukhus och andra sjukvårdsinrättningar."*

I konsekvens med det anser förbundet att övriga bestämmelser i patientsäkerhetslagen och patientskadelagen bör gälla för rehabiliteringskoordinatorernas arbete. En sådan

ordning stämmer med promemorians förslag att rehabiliteringskoordinatorerna bland annat ska föra journal m.m. Journal förs ju av medicinska skäl och patientsäkerhetsskäl.

### 3.7 Journalföring

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

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

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

### 3.8 Personuppgiftshantering och dataskydd inom koordineringsverksamheten

SKL delar utredningens bedömning att patientdatalagens bestämmelser om personuppgiftsbehandling, inre sekretess och elektronisk åtkomst, utlämnande av uppgifter och handlingar och kvalitetsregister bör tillämpas på koordineringsverksamhet. När det gäller den rättsliga grunden för personuppgiftsbehandlingen anser dock förbundet att PDLs bestämmelse om för vilka ändamål som personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården – 2 kap. 4 § - bör utökas med ändamålet

*”att bedöma och dokumentera insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet”.*

SKL delar inte utredningens bedömning att sådan personuppgiftsbehandling som koordineringsverksamheten ska utföra faller inom det ändamål som anges i andra strecksatsen i 2 kap. 4 §, det vill säga behandling som behövs för *”administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall”*. Det arbete som koordinatorerna utför kan, enligt förbundet, knappast definieras som administration även om uppgifterna inte är medicinska i alla delar. SKLs slutsats är därför att det behövs en ny ändamålsbestämmelse enligt ovan i 2 kap. 4 § PDL. Genom en sådan ändring blir det även möjligt för landstingen att, utan föregående samtycke från den enskilde, använda sig av ett IT-stöd i detta fall Rehabstöd, i syfte att bedöma behovet av koordinering. Vilket är en grundförutsättning i arbetet med att identifiera patienter i behov av koordineringsinsatser.

Landstingen har emellertid behov av att också kunna titta i *andra* vårdgivares journaler för att kunna utföra insatser enligt den föreslagna lagen. När det gäller IT-stödet, i detta fall Rehabstöd, är planen att införa funktionalitet för sammanhållen



journalföring. Nuvarande reglering om sammanhållen journalföring i 6 kap. PDL tillåter att vårdgivare under vissa förutsättningar får ha direktåtkomst till annan vårdgivares uppgifter i vårdsyfte eller för administration som föranleds av vården. Insatser enligt den nu föreslagna lagen om koordineringsinsatser är dock inte hälso- och sjukvård och SKLs bedömning är därför att det behöver göras ändringar i PDL som tar höjd för detta. Förslagsvis kan detta åstadkommas genom att dels 6 kap. 1 § PDL utökas med en hänvisning även till det nya ändamålet i 2 kap. 4 § enligt SKLs förslag i stycket ovan, och dels genom ett tillägg i 6 kap. 3 § p. 2 PDL med följande lydelse (kursiv text är nytt):

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 insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång i arbetslivet*”, och

### 3.9 Patientdatalagen ska omfatta även koordinering

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

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

Utredningen har funnit (s. 80) att för det fall att koordinering utförs av någon som inte ingår i någon av dessa grupper så räcker det med att det *”bör åligga verksamhetschefen att säkerställa att skyldigheten att föra patientjournal utförs i enlighet med PDL”*. SKL delar inte utredningens bedömning i denna del utan anser att det av bland annat patientsäkerhetsskäl bör göras en ändring i 3 kap. 3 § PDL så att den som utför koordineringsinsatser alltid omfattas av skyldigheten att föra patientjournal, förslagsvis genom en fjärde punkt som anger att skyldig att föra patientjournal är

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

### 3.10 Personuppgiftshantering och dataskydd hos andra aktörer

SKL har ingen uppfattning om behov av dataskydd hos andra aktörer.

### **3.11 Sekretess**

SKL gör samma bedömning som utredningen.

### **3.12 Ikraftträdande**

SKL tillstyrker förslaget om att lagen kan träda i kraft 1 januari 2019. Förutsatt att omfattningen av uppdraget och tillhörande finansiering överensstämmer med SKLs synpunkter.

### **3.13 Utvärdering av de nya koordineringsinsatserna**

SKL är positiv till att det genomförs en utvärdering för att följa utfall och effekter. Denna bör ske under 2021, förutsatt att lagen träder i kraft 1 januari 2019.

SKL anser att införandet av funktion koordinering i hälso- och sjukvården innebär en stor förändring av hanteringen av sjukförsäkringen och att det även ska ingå i utvärderingen att se över Försäkringskassans samordningsansvar, arbetsgivarens erfarenheter och hur patienterna uppfattar koordineringen.

SKL anser att det även behöver skapas möjlighet att systematiskt följa upp arbetet inom koordinering för utveckling och kvalitetssäkring av funktionen och koordineringsinsatserna. Detta arbete behöver därför finansieras och SKL förordar att medel avsätts för att möjliggöra forskning om koordinering i förebyggande syfte kan påverka sjukfrånvaron.

### **Konsekvenser av den nya lagen**

Utredningen gör en snävare bedömning av koordineringsuppdraget än SKL då utredningen exkluderar följande delar:

- att använda IT-stöd för att identifiera vilka patienter som har behov av särskilt stöd
- att genomföra en bred kartläggning av patientens situation och behov
- att motivera patienten att ta kontakt med arbetsgivare och andra aktörer, utredningen föreslår istället att sjukvården kontaktar Försäkringskassan som ska göra detta.
- informationsöverföring av förändringar inom sjukförsäkringen
- ta fram statistik över sjukskrivningar.

SKL anser att utredningens snävare bedömning av uppdraget gör att koordineringen inte bidrar till ökad återgång till arbetslivet för patienterna så som tänkt. Framförallt om det inte ingår i koordinators roll att kartlägga annat än det som sker i hälso- och sjukvården och enbart motivera patienten att delta i sjukvårdens insatser.

## Avlastning för annan vårdpersonal

Utredningen framför att koordineringen avlastar för annan vårdpersonal. SKL håller inte med om detta, tvärtom har det ökade trycket från bland annat Försäkringskassan snarare inneburit ett ökat arbete för hälso- och sjukvården. Stora delar av detta arbete, exempelvis att komplettera information i sjukintyg, har koordinatören tagit sig an trots att det inte ingår i uppdraget. Det har inneburit att delar som ingick i koordineringsuppdraget enligt överenskommelser inte har kunnat utvecklas och genomförts fullt ut. SKL kan därför inte se att den nya funktionen har gett hela den avlastning för hälso- och sjukvårdspersonal som är möjlig.

## Konsekvenser för Försäkringskassan

SKL ser positivt på att Försäkringskassan ska ha samordningsansvaret då både hälso- och sjukvården och arbetsgivare de senaste åren vid flertal tillfällen uttryckt att det skett en försämring för patienten. Försäkringskassan bör därför ta sig an sitt uppdrag i större omfattning än vad som sker idag.

Utredningen anger att koordineringsfunktionen inte får konsekvenser för Försäkringskassan. SKL håller inte med utredningen utan menar att konsekvenserna blir att myndigheten enligt förslaget förväntas ta ett större ansvar för sitt samordningsuppdrag.

## Konsekvenser för arbetsgivare

SKL instämmer i att ett införande av koordineringsinsatser kan komma att underlätta för arbetsgivare att kommunicera med vården. Mer tillgängliga och tydligare kontaktvägar ger bättre förutsättningar för en effektiv och rätt riktad rehabilitering på arbetsplatsen.

SKL, i roll som representant för offentliga sektors arbetsgivare, menar att det är av avgörande betydelse att Försäkringskassans förmåga att samordna rehabiliteringsinsatser förbättras, annars kvarstår den problematik som råder i nuläget och effekterna ett införande av koordineringsinsatser riskerar att utebli eller inte nå full potential.

## 4.15 Ekonomiska konsekvenser

SKL anser att den ekonomiska kalkylen, som föreslår att landstingen ska kompenseras med 361 miljoner kronor årligen, varken är heltäckande eller rättvisande då antagandet bygger på ett arbete som befinner sig i en utvecklingsfas. Införandet av rehabiliteringskoordinatorer i hälso- och sjukvården pågår fortfarande i alla landsting. Antalet koordinatorer är ännu inte tillräckligt, varken inom primärvården eller specialiserade vården, och uppdraget är under utveckling. Förslaget till finansiering är även för lågt räknad då utredningen har utelämnat väsentliga områden i koordineringsfunktionen och dragit ner på tjänsterna med 30 procent, se redogörelse i

SKLs svar under punkt 3.2 Koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet.

SKL bedömer att den föreslagna finansieringen av funktionen innebär att landstinget inte kan utföra koordineringsuppdraget i sin helhet, då uppdraget i förslaget har snävats av, men också utökats med nya arbetsuppgifter. Konsekvensen av detta blir att kontakt med arbetsgivare inte kommer att kunna ske i den omfattning som förväntas och behövs. Delar behöver istället tillföras funktionen, och få finansiering, för att koordineringsinsatserna ska ha god effekt för patienten och stödja återgången i arbetslivet.

### **Kostnad för landstingen**

SKL har gjort följande beräkning för att koordineringsinsatser ska kunna ges inom de verksamheter där sjukskrivning är vanligt förekommande och ha effekt på sjukfrånvaron:

- Finansierad funktion för koordinering i primärvården, inklusive tjänster för processledare: 570 miljoner kronor årligen.
- Finansierad funktion för koordinering i specialiserade vården: 339 miljoner kronor årligen.
- Utbildningskostnad år 1 och 2: 15, 3 miljoner kronor
- Utbildningskostnad från och med år 3: 3, 8 miljoner kronor årligen
- Rehabstöd: drift och förvaltning 4 miljoner kronor årligen.

Kostnad årligen år 1 och 2: 920,6 miljoner kronor

Kostnad årligen från och med år 3: 916,8 miljoner kronor.

### **SKLs beräkningar**

Inom primärvården behövs funktion för koordinering med 50 procent tjänstgöring på samtliga hälso-/vårdcentraler i landet. Det motsvarar 559 tjänster.

Inom specialiserade vården behövs funktion för koordinering inom psykiatri, ortopedi, onkologi, rehabiliteringsmedicin, reumatologi och medicin. Det motsvarar 354 tjänster.

Utöver ovanstående tjänster saknas ersättning för följande områden:

- Verksamhetschefs ansvar för utveckling och kvalitetssäkring av uppdraget: tjänst motsvarande 5 procent.
- Obligatorisk kontakt med Försäkringskassan när samordning behövs: tjänst motsvarande 5 procent.
- Externa aktörers möjlighet att kontakta koordineringen: tjänst motsvarande 10 procent.
- Höjd lön och arbetsgivaravgifter för processledare.

Kostnader för utbildning beräknas för rehabiliteringskoordinatorer (cirka 40 procent=730 personer) som inte har genomgått utbildning motsvarande 7.5 högskolepoäng. Initial kostnad beräknas till 16 000 kronor per rehabiliteringskoordinator (avser kursavgift, litteratur resor och boende).

Kostnad: 15 330 000 kronor för två år.

Därefter beräknas kostnaden till 3 843 000 kronor årligen, för att finansiera 10 procents omsättning av personal.

### **Övrig icke finansierad kostnad**

Ett av Försäkringskassans verktyg för att samordna rehabiliteringsåtgärder är avstämningsmötet. Idag ersätts hälso- och sjukvården för läkares deltagande vid avstämningsmöten, men för de fall andra kompetenser från hälso- och sjukvården deltar vid avstämningsmöte saknas finansiering. SKL menar att detta bör ses över, om deltagande vid avstämningsmöte ska ingå i koordineringsuppdraget då detta inte är finansierat i utredningens förslag.

Ersättning bör utgå med 350 kronor per timme när rehabiliteringskoordinator medverkar vid avstämningsmöten, då mötet sker på vårdenheten. Om mötet hålls på annan plats tillkommer behöver även ersättning för resa finansieras.

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko  
Ordförande