

Uppdragsbeskrivning – *Koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter*

Innehåll

1. Inledning.....	2
2. Målgrupp och bedömning av behov	2
Stöd vid bedömning.....	3
Fokus på tidiga koordineringsinsatser	3
Sekretess och samtycke.....	3
Kvalifikationer, kompetens och verksamhetsstöd	3
3. Uppdragets tre delar	3
Personligt stöd.....	3
Intern samordning	4
Samverkan med externa aktörer.....	4
4. Administration	5
5. Utvecklingsarbete och kommunikation	5
6. Organisation och arbetsledning	5
7. Fördjupat uppdrag efter beslut på respektive enhet	6
8. Sammanfattning av proposition.....	7
Inledning.....	7
Målgrupp och syfte med koordineringen.....	8
Koordineringsinsatser i förebyggande syfte är ej skyldighet enligt lag.....	8
Uppdragets tre delar	9
1 Personligt stöd	9
2 Intern samordning	9
3 Samverkan med andra aktörer	10
Koordineringsuppdraget och Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar	11
Försäkringskassans ansvar för rehabilitering	11
Skyldighet införs för regioner att lämna information till Försäkringskassan .	12

Behovsprincipen, tillsyn, patientsäkerhet, dataskydd och sekretess.....	13
Kompetenskrav och organisering	14
Ekonomisk kompensation till regionerna.....	14
Ett mer begränsat uppdrag	14
Utbildningskostnader finansieras ej av staten	14
9. Versionshistorik – Vad har uppdaterats?	15

1. Inledning

Från 1 februari 2020 har regionerna ett lagstadgat ansvar att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter (Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297). De ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för att främja patienternas återgång till eller inträde i arbetslivet. Funktionen finansieras genom generellt statsbidrag till regionen utifrån den kommunala finansieringsprincipen.

Lagen reglerar inte att det på vårdenheterna ska finnas särskilt utsedda rehabiliteringskoordinatorer men att funktionens tre delar - personligt stöd, intern samordning och samverka med andra aktörer - ska utföras för målgruppen. I Region Sörmland finns dock beslut och reglering i Regelboken för Hälsoval att namngiven rehabiliteringskoordinator ska finnas på vårdcentralerna. På övriga vårdenheter ligger beslutet på verksamhetschef.

Uppdragsbeskrivningen har uppdaterats utifrån den nya lagen och obligatoriska arbetsuppgifter beskrivs i punktform under "uppdragets tre delar". Under rubriken *Fördjupat uppdrag efter beslut på respektive enhet*, listas kompletterande uppgifter som kan ingå uppdraget där särskilt utsedd rehabiliteringskoordinator finns och efter särskilt beslut från verksamhetschef.

Sist i dokumentet återfinns en sammanfattning av Budgetpropositionen för 2020, utgiftspost 10, Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, under vilken lagstiftarens avsikt närmare beskrivs.

2. Målgrupp och bedömning av behov

- Koordineringsinsatser ska ges till sjukskrivna patienter utifrån behov, diagnosen är ej avgörande.
- Bedömning görs utifrån vilka möjligheter den enskilda patienten kan anses ha att återgå till arbetslivet och hur möjligheterna kan påverkas av koordineringsinsatser.

Stöd vid bedömning

En fingervisning kan vara resultatet från en studie i Region Stockholm. Den visade följande avseende effekt av koordineringsinsatser:

- Positiv effekt hos patienter som tidigare hade varit sjukskrivna med diagnoser inom lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta.
- Ingen effekt för patienter med kombination av diagnoser inom både psykisk ohälsa och långvarig smärta.
- Ingen effekt på sjukskrivning för patienter som hade låg sjukskrivningsgrad eller ingen tidigare sjukskrivning och låg vårdkonsumtion.

De vårdenheter som har tillgång till det digitala verktyget *Stöd för Rätt sjukskrivning* (SRS) bör använda det för att identifiera riskpatienter.

Fokus på tidiga koordineringsinsatser

Utifrån regionernas erfarenheter av koordineringsinsatsernas effekt samt utifrån övriga parter ansvar i sjukskrivningsprocessen, bör fokus ligga på de första 90 dagarna i sjukskrivningsperioden. Vid längre sjukfall, över 90 dagar, intar rehabkoordinatören med fördel en mer konsultativ roll internt. Kliniker kommer ofta in senare i sjukskrivningsprocessen, varför *90 dagar* inte fullt ut är applicerbart där; koordineringsinsatserna sätts där in i ett skede när de bedöms meningsfulla för att främja patientens återgång till eller inträde i arbetslivet.

Sekretess och samtycke

Externa kontakter kräver särskilt samtycke från patienten.

Kvalifikation, kompetens och verksamhetsstöd

Varken i Region Sörmland eller i lagen finns närmare reglerat vilka kvalifikationer som krävs för att utföra uppdraget. Det beslutas istället på verksamhetsnivå. Enheten för Försäkringsmedicin finns som stöd vid behov. Enheten tillhandahåller också löpande verksamhetsstöd samt en grundutbildning i tre delar som varje rehabkoordinator rekommenderas att genomgå. Omfattande utbildningsmaterial och annat digitalt stöd finns på Sveriges Kommuner och Regioners webbplats.

3. Uppdragets tre delar

Personligt stöd

- Coacha individen till ökad tilltro till sina styrkor och förmågor så att individen så långt som möjligt klarar av att föra dialog med arbetsgivare kring behov av anpassning och rehabilitering.
- Vid behov stödja individen vid arbetsgivarkontakter så att arbetsgivare involveras tidigt.

- Bidra med samtalsstöd och andra insatser för att motivera den sjukskrivne patienten att vara delaktig i den vård som krävs för att få eller återfå arbetsförmågan.
- Stötta patienten att hitta egna lösningar att på egen hand klara att genomföra vårdinsatser så att han eller hon inte drabbas av en längre sjukskrivning än nödvändigt.
- Vara en kontaktperson att vända sig till i fråga om rehabiliteringsplaneringen och sjukskrivningsprocessen **inom** hälso- och sjukvården och förhållandet till andra aktörers ansvar. Kontaktpersonen ska dock inte vara ombud för patienten.

Intern samordning

- I ett tidigt skede identifiera patienter som har behov av koordinerande insatser.
- Samverka med andra vårdenheter som är relevanta i patientens rehabiliteringsprocess.
- Främja en samsyn kring patienten där alla arbetar mot samma mål och enligt samma plan när det gäller patientens arbetsförmåga och arbetsåtergång.
- Tillsammans med läkare och vårdteam diskutera optimering av sjukskrivningen, behov av insatser och uppföljning av åtgärder.

Samverkan med externa aktörer

- Säkerställa att information lämnas till Försäkringskassan om att det i patientärendet finns behov av att närmare kartlägga rehabiliteringsbehov som ska tillgodoses av annan part än hälso- och sjukvården, samtycke från individens krävs.
- 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.
- Ta kontakt exempelvis med Arbetsförmedlingen när det behövs för att vårdens planer och insatser för individen ska kunna utföras så effektivt som möjligt.
- Föra en medicinsk direktdialog med arbetsgivare om den enskilde patienten så att arbetsgivaren kan ta sitt rehabiliteringsansvar utifrån de medicinska förutsättningarna. Arbetsgivaren förväntas dock även fortsättningsvis ha kunskap om sina anpassningsskyldigheter och anpassningsmöjligheter och om arbetsmiljöns påverkan på arbetstagarnas hälsa. Samverkansskyldigheten är inte avsedd för sådan information.

4. Administration

- Den som utför koordineringsinsatser är skyldig att föra patientjournal.
- Koordineringsinsatser ska KVÅ-kodas i journalen med koden GC001. Vid upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbetslivet, används koden DV077.
- Tillgängliga system och stöd - Rehabstöd, intygstjänst, Stöd för Rätt Sjukskrivning - används i arbetet.
- Den som utför koordineringsinsatserna ska ha ett skriftligt kvalitetssäkringsuppdrag från verksamhetschefen för att kunna följa vårdenhetens sjukskrivningar via journalsystemet och andra stödsystem. Kvalitetssäkringsuppdraget finns att hämta på regionens intranät.

5. Utvecklingsarbete och kommunikation

- Vara en kanal in för information inom området försäkringsmedicin som kommer från Enheten för försäkringsmedicin.
- Delta i nätverksträffar och utbildningar som anordnas av Enheten för försäkringsmedicin.
- Delta i fokusgrupper, arbetsgrupper utifrån behov.
- Till Enheten för försäkringsmedicin lyfta in avvikelser och övergripande utvecklingsbehov gällande sjukskrivningsprocessen som behöver diskuteras med samverkande parter – regionalt eller nationellt.

6. Organisation och arbetsledning

Rekommendationen är att utsedd rehabiliteringskoordinator arbetar på verksamhetschefens uppdrag eftersom rehabkoordinatören arbetar verksamhetsövergripande och samverkar med samtliga yrkesgrupper.

7. Fördjupat uppdrag efter beslut på respektive enhet

Varje enhet med särskilt utsedd rehabiliteringskoordinator tar ställning till om och i så fall vilka av nedanstående arbetsuppgifter som också ska ingå i koordineringsuppdragen på den egna enheten.

- ☐ Förebyggande insatser vid risk för sjukskrivning, t ex. kontakt med arbetsgivare för att utifrån de medicinska förutsättningarna göra lämpliga förändringar i arbetssituation.
- ☐ Initiera och kalla till flerpartsmöte i de fall där Försäkringskassans kompetens eller försäkringsvillkoren inte är avgörande vid gemensam planering mot återgång i arbete.
- ☐ Genom samtal med patient, bedömnings- och frågeformulär etc, inhämta kompletterande information för att säkerställa god kvalitet i den försäkringsmedicinska bedömningen för att bättre kunna optimera sjukskrivning avseende omfattning och längd.
- ☐ Ha en konsultativ roll till läkare vid utfärdande av försäkringsmedicinska intyg.
- ☐ Vara rådgivare och kunskapsförmedlare i försäkringsmedicinska frågor tillsammans med sakkunnig eller medicinskt ansvarig läkare.
- ☐ Introducera ny personal i verksamhetens arbetssätt kring sjukskrivningsprocessen.
- ☐ Inventera behov av kompetensutveckling i försäkringsmedicin på enheten.
- ☐ Stöd till verksamhetschef med att ta fram, implementera och följa upp rutiner och arbetssätt i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.
- ☐ Stödja verksamhetschef med arbetet för en jämställd sjukskrivningsprocess och uppmärksamma våld i nära relationer.
- ☐ Följa, redovisa och analysera könsuppdelad sjukskrivningsstatistik på enhetsnivå.
- ☐ Delta i samverkansmöten med myndigheter, TRIS/trepartssamverkan, där det är aktuellt.

Överenskommet den _____

Underskrift ansvarig chef

Underskrift rehabkoordinator

8. Sammanfattning av proposition

I budgetpropositionen för 2020, utgiftsområde 10 kapitel 3.6, "förslag om koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter", beskrivs regeringens avsikt med funktion för koordinering. Där redogörs för vad som ingår i det lagstadgade uppdraget men även vad som inte ingår. Nedan har vi lyft in de delar i kapitel 3.6 som är väsentliga att känna till för utförandet av uppdraget men även för att leda funktionen. Regeringen anger i propositionen att förslaget avser vilka skyldigheter regionerna ska ha, och det står i övrigt enskilda regioner fritt att själva avgöra vad de anser att de kan och bör erbjuda enskilda patienter. I propositionen hänvisas till att 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 regionerna att utforma insatserna utifrån sina förutsättningar och behov.

Nedan presenterar vi komprimerat innehållet utan omskrivningar/omformuleringar. Den som vill ha ytterligare information, ex. remissinstansernas åsikter eller bakomliggande resonemang från regeringen, behöver läsa hela propositionen.

I propositionen läggs stor vikt vid gränsdragningen mellan funktion för koordinering och Försäkringskassans tillsyns- och samordningsuppdrag. Regeringen skriver att 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 om 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.

Inledning

Den 1 februari 2020 träder lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter i kraft. Bakgrunden är att regeringen konstaterat att många sjukskrivna patienter utöver medicinsk vård och behandling behöver stöd och vägledning genom sjuk-skrivnings- 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 reha-biliteringskoordinatorer inom vården kan tillgodose dessa behov.

Koordineringsinsatser ska bestå av **personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer** med syfte att främja den enskilda patientens

återgång till eller inträde i arbetslivet. Insatserna ska bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av regionerna inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och inte avse insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Insatserna ska erbjudas inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet där det normalt förekommer patienter som sjukskrivs, både inom primärvård och inom specialistvård.

Målgrupp och syfte med koordineringen

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 arbetssökande, ha aktivitetsstöd eller aktivitetsersättning eller annan försörjning. 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 till kvinnor och män i samma omfattning utifrån behov. Det anges inte i lagen närmare vilka patienter som ska erbjudas koordineringsinsatser utan det blir i stället en fråga för regionerna att säkerställa att koordineringsinsatser finns tillgängliga för patienter i de fall där det utifrån regionernas bedömning kan anses som en lämplig insats.

Regeringen hänvisar till en studie av koordineringsfunktionen och dess effekt på återgång i arbete som Region Stockholm genomförde 2018. Där redovisas att rehabiliteringskoordinator hade positiv effekt på sjukskrivning för vissa patientgrupper men inte alla. Den positiva effekten återfanns hos patienter som tidigare hade varit sjukskrivna med diagnoser inom lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta men ingen effekt för patienter med kombination av diagnoser inom både psykisk ohälsa och långvarig smärta. Funktionen hade heller ingen effekt på sjukskrivning för patienter som hade låg sjukskrivningsgrad eller ingen tidigare sjukskrivning och låg vårdkonsumtion. Denna grupp klarade arbetsåtergången utan stöd av koordinator.

Regeringen ser dock att diagnosen inte bör vara avgörande, utan regionerna får i stället bedöma vilka möjligheter den enskilda patienten kan anses ha att återgå till arbetslivet och hur möjligheterna kan påverkas av koordineringsinsatser. Bedömningen bör kunna göras med utgångspunkt i regionens erfarenheter och andra utvärderingar av för vilka patienter särskilda stödinsatser har positiv effekt.

Koordineringsinsatser i förebyggande syfte är ej skyldighet enligt lag

Regionerna har ingen lagstadgad skyldighet 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 regionerna inte ska gå längre än vad som är nödvändigt och motiverat.

Uppdragets tre delar

Uppdragets tre delar utgörs av personligt stöd, intern samordning och extern samverkan. Nedan ges en fördjupad beskrivning av vad som avses.

1 Personligt stöd

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.

Kartläggning

Den samordning, breda kartläggning och stödfunktion som många rehabiliteringskoordinatorer i dag erbjuder, men som inte föreslås bli någon obligatorisk uppgift för regionerna, omfattas i många fall av Försäkringskassans samordningsansvar. Regeringen har också gett Försäkringskassan i uppdrag att förstärka sitt arbete när det gäller samordning och stöd till individen. Regeringen uttrycker att det tillsammans med förslaget om informationsöverlämning från regionerna till Försäkringskassan, se vidare nedan, bör ge goda förutsättningar för att enskildas behov blir omhändertagna.

Regeringens förslag innebär att regionerna 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.

2 Intern samordning

Utöver personligt stöd omfattar koordineringsinsatserna **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.

Idag innefattar koordineringsuppdraget även arbetsuppgifter såsom utveckling av interna rutiner, information om förändringar inom det försäkringsmedicinska området, statistikhantering samt stöd till chefer i dessa frågor. Regeringen bedömer att sådana insatser är viktiga, men har uppfattningen att sådan kompetens- och verksamhetsutveckling ingår i regionernas 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.

3 Samverkan med andra aktörer

Den tredje delen av koordineringsinsatser är **samverkan med andra aktörer**. 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. 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 handlar också om att ta kontakt exempelvis med 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 anpassningsskyldigheter och anpassningsmöjligheter och om arbetsmiljöns påverkan på arbetstagarnas hälsa. Samverkansskyldigheten är inte avsedd för sådan information.

Samverkan ska ske med alla de aktörer som behöver ha kontakt med vården i ett rehabiliteringsärende och de som vården har ett behov av att kontakta. Samverkansskyldigheten är dock 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, se vidare nedan. Regeringen menar dock att det inte kan 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. Försäkringskassan har inte heller någon

skyldighet att stötta och vägleda individen inom hälso- och sjukvården eller för att samordna insatser inom vården. Försäkringskassan kan inte heller föra den medicinska direktdialogen om den enskilde patienten som bör finnas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren och andra aktörer som har ansvar för olika åtgärder.

Koordineringsuppdraget och Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar

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). Enligt 29 kap.2 § SFB ska rehabilitering enligt Socialförsäkringsbalken syfta till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärsarbete (arbetslivsinriktad rehabilitering). Vilka rehabiliteringsåtgärder som får omfattas får bedömas i varje enskilt fall (prop. 2008/09:200 s. 453). 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).

År 1992 förtydligades Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar. Försäkringskassan gavs en initiativroll och ett samordningsansvar för rehabiliteringen av den försäkrade. Myndigheten fick 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 proposition 1990/91:141, genom nära kontakter med olika funktioner på arbetsplatsen medverka till att arbetsplatsens resurser mobiliseras och sätts in i arbetet för att minska sjukfrånvaron. Det anges i propositionen till ändringarna att initiativ- och samordningsansvaret bör utgå från den försäkrade 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. Vidare anges att Försäkringskassan ska ha en sammanhållande funktion i rehabiliteringsprocessen.

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. 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.).

Skyldighet införs för regioner att lämna information till Försäkringskassan

Lag om koordineringsinsatser innebär att det införs en skyldighet för regionerna att informera Försäkringskassan om en patient som ges koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken. Det vill säga att regionerna har 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.

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

Information ska bara lämnas i de fall då man under arbetet med koordineringsinsatser ser att patienten har ett behov av andra insatser än de som regionen ska tillgodose, ett behov som i stället kan behöva tas om hand av Försäkringskassan. Avsikten är att underlätta för Försäkringskassan att identifiera individer som har behov av att sådana samordningsinsatser genomförs. Genom informationen från regionen 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 regionen närmare ska undersöka om det kan finnas behov av åtgärder från 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 regionen 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.

Regeringen anser att det är viktigt att Försäkringskassan får vetskap om att enskilda individer kan ha sådana behov som andra aktörer än regionerna 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 regionen, utan regionerna 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 arbetsoförmåga. 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 har därför beslutat att det införs en informationsskyldighet för regionerna i koordineringsärenden.

Behovsprincipen, tillsyn, patientsäkerhet, dataskydd och sekretess

Koordineringsinsatserna ska inte betraktas som medicinska åtgärder och omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) definition av hälso- och sjukvård. Insatserna ska dock enligt bestämmelsen utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det innebär att de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation, kommer att bli tillämpliga på koordineringsinsatserna.

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.

Patientsäkerhetslagen och patientskadelagen ska gälla även i fråga om koordineringsinsatser. En bestämmelse som slår fast det förs in i den nya lagen.

När koordineringsinsatser ges ska patientdatalagen vara tillämplig. En bestämmelse som anger att patientdatalagen gäller när koordineringsinsatser ges enligt lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, 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 nya lagen.

Insatser enligt lag om koordineringsinsatser omfattas av befintliga sekretessbestämmelser.

Kompetenskrav och organisering

Kompetenskrav för att få utföra koordineringsuppdraget regleras inte i lagen. Genom att använda begreppet koordineringsinsatser i lagtexten tydliggörs att det inte är fråga om en viss obligatorisk organisationsform utan just om vissa åtgärder. Det betyder att det inte ställs krav på att det ska utses någon särskild koordinator, utan det är upp till regionerna att organisera insatserna. Koordineringsinsatserna kan organiseras inom befintliga samordningsstrukturer inom hälso- och sjukvårdsverksamheten om det anses lämpligt, men kan också utformas på annat sätt. För att insatserna ska kunna vara effektiva 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.

Ekonomisk kompensation till regionerna

Regionerna kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen för att tillgodose behovet av koordineringsinsatser.

Ett mer begränsat uppdrag

De krav på koordineringsinsatser som föreslås i promemorian är mindre omfattande än det arbete som för närvarande utförs av rehabiliteringskoordinatorer på frivillig väg. Enligt förslaget krävs inte att koordineringen ska omfatta kartläggningar av patientens behov av åtgärder på andra områden än inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det krävs inte heller att koordineringsinsatserna ska innefatta initiering och uppföljning i fråga om andra aktörers åtgärder, eller motivationsåtgärder när det gäller behov som andra aktörer ansvarar för. Vidare arbetar många koordinatorer i dag med kunskapsförmedling och utveckling av rutiner och arbetssätt när det gäller sjukskrivning och rehabilitering. Detta ingår inte i de nya krav som föreslås för regionerna när det gäller koordineringsinsatser, utan är en uppgift som vilar på regionerna att utföra i någon form redan i dag.

Regeringens förslag innebär att regionerna endast har ansvar för sådant personligt stöd som krävs för patientens vård och behandling. De uppgifter som omfattas av Försäkringskassans ansvar inom samordning och tillsyn ska inte vara en skyldighet för regionerna att utföra.

Det är som huvudregel Försäkringskassans och inte regionernas ansvar att klargöra 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 patienters behov av motivation och stöd när det gäller sådana insatser.

Utbildningskostnader finansieras ej av staten

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.

9. Versionshistorik – Vad har uppdaterats?

2020-05-27 Version 2 - Dokumentets rubrik. Tidigare *Uppdragsbeskrivning Funktion för koordinering*. Under rubriken *Administration*: Tillägg av KVÅ-kod DV077 för upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbetslivet. Under samma rubrik även tillagt att den som utför koordineringsinsatserna ska ha ett skriftligt kvalitetssäkringsuppdrag från verksamhetschefen.