

Datum
2018-04-24Diarienummer
RS180284Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Yttrande om ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården S2018/1188/SF

Sammanfattning

Region Halland 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. Region Halland håller även med utredningen i stora delar av förslaget.

Koordineringsuppdraget kräver dock ett utökat uppdrag inom vissa delar för att nå de effekter som eftersträvas enligt lagstiftningen. Det gäller kartläggningen av patientens situation och behov, dels rehabiliteringskoordinatorernas roll i den externa samverkan.

Region Halland anser att att det krävs flera kompletteringar i lagstiftningen för att koordineringsfunktionen ska ges möjlighet till en fullt integrerad funktion i hälso- och sjukvården. Bland annat bör bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och patientskadelagen omfatta verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser, då koordinatörernas 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 koordinatörernas 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 Region Hallands 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.

Region Halland anser att utredningens snävare tolkning av uppdraget lett till en för låg finansiering av funktionen och inte ger utrymme för det innehållet som finns etablerat i uppdraget idag. Möjligheten att utöka koordineringsfunktionen i alla relevanta verksamheter kommer också att begränsas med den föreslagna finansieringen. Funktionen är inte idag fullt etablerad i specialistvården.

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

Det bör införas en permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet genom en lagreglering. En permanent koordineringsfunktion bör lagregleras.

Region Halland (RH) till ställningstagande:

RH 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 i landstingens fleråriga utvecklingsarbete 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

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

RHs ställningstagande:

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

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.

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

Koordineringsinsatser

RH anser att utredningen har en för snäv tolkning av koordineringsuppdraget och inte tar hänsyn till erfarenheter och studier som har genomförts. RHs 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

RH 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. RH ser dock ingen motsättning mellan Försäkringskassans uppdrag och att hälso- och sjukvården gör en kartläggning och motiverar patienten att kontakta arbetsgivare eller andra aktörer.

RH anser att det är särskilt värdefullt att hälso- och sjukvården tillsammans med patienten även 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 bör 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

RH 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. Kontakterna med arbetsgivare och andra aktörer kan därför ske betydligt tidigare i processen än vad Försäkringskassan har möjlighet till. Studier har visat på vikten av parallella insatser på arbetsplatsen som en många gånger avgörande del för att kunna återgå i arbete. Det är därför av stort värde att den medicinska behandlingen och rehabiliteringen kan pågå samtidigt som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Intern samordning

RH 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

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

RH tillstyrker förslaget om att koordineringsfunktionen ska omfatta obligatorisk samverkan och kommunikation med andra aktörer, för att undvika att individens 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. RH 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.

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

RH anser inte att det breda försäkringsmedicinska uppdraget bör ingå i koordineringen och att det istället bör vara hälso- och sjukvårdens uppdrag. Rehabkoordinatorer har genom sin funktion erhållit en stor kompetens i kring frågorna och kan utgöra ett stort stöd i verksamheten, men bör inte bära det formella uppdraget. Vårdgivare bör själva få avgöra vem eller vilka som har det försäkringsmedicinska uppdraget.

RH anser dock 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 koordinators uppdrag är viktig för att kunna utveckla en bred kompetens och förståelse för koordineringens betydelse och roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och bör också ingå i den utökade finansieringen.

Kompetens

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

Landstingen behöver 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

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

RHs ställningstagande:

RH 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. Inför kontakten behövs 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. Kartläggningen genomförs redan idag och RH 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 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. RH 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

Andra aktörers ansvar för rehabiliteringsåtgärder bör inte ändras.

RHs ställningstagande:

RH 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. 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.

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

3.5 Vilket landsting ansvarar för koordineringsinsatserna?

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

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

RHs ställningstagande:

RH 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 undantagsfall, till exempel om en patient får vård under en längre tid i ett annat landsting än hemlandstinget, bör de berörda landstingen kunna ingå en överenskommelse om att koordineringsinsatserna istället ska erbjudas av vårdlandstinget.

För att vara säker på att en sådan överenskommelse inte skulle strida mot kommunalrättsliga principer (lokaliseringsprincipen) bör det finnas ett lagstöd för detta.

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

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

RHs ställningstagande:

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

I promemorian beskriver utredningen till stöd för sin bedömning att rehabiliteringskoordinatorerna inte bedriver hälso- och sjukvård och att det inte finns någon nämnvärd risk för vårdskador. Det finns dock stöd för att långa passiva sjukskrivningar kan leda till stora svårigheter att återgå i arbetet och där sjukskrivningsskada kan användas som ett begrepp. RH vill 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 RH 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 RHs mening, inte heller uteslutas att vissa arbetsuppgifter som koordinatorerna utför är hälso- och sjukvård eftersom många av dem är legitimerade yrkesutövare, exempelvis arbetsterapeuter. Det blir förvirrande i

vilken roll en sådan yrkesutövare är arbetsterapeut (ansvar) eller rehabiliteringskoordinator (icke ansvar).

RH 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 RH 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 av medicinska skäl och patientsäkerhetsskäl.

3.7 Journalföring

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

RHs ställningstagande:

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

RHs 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

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

RHs ställningstagande:

RH 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 RH 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”.

RH 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 koordinatörerna utför kan knappast definieras som administration även om uppgifterna inte är medicinska i alla delar. RH anser 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. Det är en grundförutsättning i arbetet med att identifiera patienter i behov av koordineringsinsatser.

Landstingen har 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 RHs bedömning är därför att det behöver göras ändringar i PDL som tar höjd för detta.

3.9 Patientdatalagen ska omfatta även koordinering

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

RHs ställningstagande:

RH tillstyrker förslaget att patientdatalagen ska omfatta även koordinering. RH 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 RH bör även PDL ändras avseende vilka som är skyldiga att föra patientjournal. Det gäller framförallt den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke inom hälso- och sjukvården, den som utan att ha legitimation utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av vissa särskilt uppräknade hälso- och sjukvårdsyrken och den som är kurator i den allmänna hälso- och sjukvården.

Utredningen har funnit att för det fall att koordinering utförs av någon som inte ingår i någon av dessa grupper så räcker det med att det *”bör åligga verksamhetschefen att säkerställa att skyldigheten att föra patientjournal utförs i enlighet med PDL”*. RH 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”*.

3.11 Sekretess

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

RHs ställningstagande:

RH gör samma bedömning som utredningen.

3.12 Ikraftträdande

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

RHs ställningstagande:

RH tillstyrker förslaget om att lagen kan träda i kraft 1 januari 2019. Förutsatt att omfattningen av uppdraget och och tillhörande finansiering överensstämmer med synpunkter, samt att övrig nödvändig lagstiftning finns på plats.

3.13 Utvärdering av de nya koordineringsinsatserna

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

RHs ställningstagande:

RH välkomnar att det genomförs en utvärdering för att följa utfall och effekter. RH 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. Att följa sjukfrånvaron som ett mått på lagstiftningen för rehabkoordinatorfunktionen riskerar att bli felaktigt då sjukfrånvarons förändringar är komplex och har flera samhällsliga påverkansfaktorer.

Konsekvenser av den nya lagen

Utredningen gör en snävare bedömning av koordineringsuppdraget än RH 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.

RH 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. RH håller inte med om detta, tvärtemot 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. Genom att i utvecklingsarbetet aktivt verka för kontakt med hälso- och sjukvården i de specifika frågorna har även inflödet av arbetsgivarkontakter ökat. RH kan därför inte se att den nya funktionen har gett hela den avlastning för hälso- och sjukvårdspersonal som är möjlig.

Konsekvenser för Försäkringskassan

RH 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. RH håller inte med utredningen utan menar att konsekvenserna blir att myndigheten enligt förslaget förväntas bättre möta upp hälso- och sjukvården i sitt samordningsuppdrag.

Konsekvenser för arbetsgivare

RH 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 i ett tidigare skede av sjukfallet.

4.15 Ekonomiska konsekvenser

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

RHs ställningstagande:

RH anser att den ekonomiska kalkylen varken är heltäckande eller rättvisande då antagandet bygger på ett arbete som befinner sig i en utvecklingsfas. Den neddragning av både arbetstiden och finansieringen som utredningen föreslår kan inte genomföras i den omfattning som föreslås. Om finansieringen för funktionen minskar kommer landstingen inte att kunna ta kontakt med arbetsgivare, som är en förutsättning för att nå goda effekter av koordineringen. RH anser att delar istället behöver tillföras funktionen, och finansieras för, för att den ska ha den effekt som blir bra för patienten och stödjer återgång i arbete.

Ersättning för följande områden saknas eller är för lågt räknad:

- Chefens ansvar för utveckling och kvalitetssäkring av uppdraget
- Att bygga upp den interna samordningen med telefonrådgivningen
- Utbildnings- och handledningsinsatser nationellt och lokalt ensade innehåll

- Fortsatt utveckling av uppdraget enligt lagen, ex etablering inom specialistvården
- Den obligatoriska kontakten med Försäkringskassan när samordning behövs
- Försäkringskassans avstämningsmöte ersätts för läkarkontakt men ej för övrig personal
- Drift och förvaltning av nödvändigt IT-stöd, dvs. Rehabstöd
- Uppföljning och kvalitetssäkring
- Arbetsgivarkontakter och behov av trepartsmöte
- Fortsatt processtöd för funktionen
- Ett fortsatt nationellt stöd för att utveckla arbetet för jämlika förutsättningar i landet

Regionstyrelsen



Mikaela Waltersson
Regionstyrelsens ordförande



Jörgen Preuss
Tf Regiondirektör