

Ekonomisk trygghet  
vid sjukdom och  
funktionsnedsättning

10



## Förslag till statens budget för 2020

# Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

## Innehållsförteckning

---

Tabellförteckning .....	5
Diagramförteckning .....	6
1 Förslag till riksdagsbeslut .....	7
2 Lagförslag .....	9
2.1 Förslag till lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter .....	9
2.2 Förslag till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799) .....	11
2.3 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) .....	12
2.4 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) .....	16
3 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	17
3.1 Omfattning .....	17
3.2 Utgiftsutveckling .....	17
3.3 Mål för utgiftsområdet .....	18
3.4 Resultatredovisning .....	18
3.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....	18
3.4.2 Resultat .....	19
3.4.3 Analys och slutsatser .....	34
3.5 Politikens inriktning .....	37
3.6 Förslag om koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter .....	41
3.6.1 Ärendet och dess beredning .....	41
3.6.2 Bakgrund .....	41
3.6.3 Koordineringsinsatser – en ny skyldighet för landstingen ..	49
3.6.4 Uppföljning .....	75
3.6.5 Konsekvenser .....	75
3.6.6 Författningsskomentar .....	81
3.7 Budgetförslag .....	85
3.7.1 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	85
3.7.2 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	87
3.7.3 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning .....	89
3.7.4 1:4 Arbetskkadeersättningar m.m. ....	90
3.7.5 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet .....	90
3.7.6 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen .....	91

3.7.7	1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader.....	94
3.7.8	2:1 Försäkringskassan .....	94
3.7.9	2:2 Inspektionen för socialförsäkringen .....	96

## Bilagor

- 1 Förslag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter

## Tabellförteckning

---

Tabell 1.1	Anslagsbelopp .....	7
Tabell 3.1	Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	17
Tabell 3.2	Härledning av ramnivån 2020–2022. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	18
Tabell 3.3	Ramnivå 2020 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning .....	18
Tabell 3.4	Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	85
Tabell 3.5	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m. ....	87
Tabell 3.6	Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	87
Tabell 3.7	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m. ....	88
Tabell 3.8	Anslagsutveckling 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning.....	89
Tabell 3.9	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning.....	89
Tabell 3.10	Anslagsutveckling 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m. ....	90
Tabell 3.11	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.....	90
Tabell 3.12	Anslagsutveckling 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet .....	90
Tabell 3.13	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet .....	91
Tabell 3.14	Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.....	91
Tabell 3.15	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen .....	93
Tabell 3.16	Anslagsutveckling 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader.....	94
Tabell 3.17	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader .....	94
Tabell 3.18	Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan.....	94
Tabell 3.19	Uppdragsverksamhet .....	95
Tabell 3.20	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:1 Försäkringskassan.....	96
Tabell 3.21	Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen .....	96
Tabell 3.22	Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen .....	97

## Diagramförteckning

---

Diagram 3.1	Ohälsotalet uppdelat på sjuk- och rehabiliteringspenning (Sjp-delen) respektive sjuk- och aktivitetsersättning (SA-delen), januari 2000-dec 2018.....	19
Diagram 3.2	Ohälsotalet 2018 efter ålder och kön .....	19
Diagram 3.3	Sjukpenningtalet för kvinnor och män sedan 1995.....	20
Diagram 3.4	Antal påbörjade sjukfall som blivit minst 30 dagar långa.....	20
Diagram 3.5	Andelen sjukfall som blivit 30 dagar eller längre som kvarstår vid olika fallängder upp till dag 375. Avser sjukfall startade 2016 och 2017. Kvinnor med psykiatriska- resp. övriga diagnoser.....	21
Diagram 3.6	Andelen sjukfall som blivit 30 dagar eller längre som kvarstår vid olika fallängder upp till dag 375. Avser sjukfall startade år 2016 och 2017. Män med psykiatriska- resp. övriga diagnoser. ....	21
Diagram 3.7	Antal startade sjukfall som blivit 30 dagar per helår och genomsnittlig kvarståendesannolikhet 2009–2018 .....	21
Diagram 3.8	Antalet pågående sjukfall jan 2000-dec 2018 uppdelat på fallängd och kön .....	22
Diagram 3.9	Genomsnittligt antal nettodagar sjukpenning per person och län, kvinnor 2017 .....	22
Diagram 3.10	Genomsnittligt antal nettodagar sjukpenning per person och län, män 2017 23	
Diagram 3.11	Genomsnittlig relativ avvikelse per län mellan observerad och standardiserad sjukfrånvaro 2006–2017.....	23
Diagram 3.12	Andel sjukfrånvarande per sektor kvartal 4 2018 .....	24
Diagram 3.13	Andel anställda 20–64 år som varit frånvarande under hela veckan på grund av sjukdom eller skada, Sverige och EU15 åren 1990–2018.....	24
Diagram 3.14	Antal med psykiatrisk diagnos 2010–2018 samt andel av samtliga pågående sjukfall med psykiatrisk diagnos (F-diagnos).....	24
Diagram 3.15	Antal nybeviljanden samt totalt antal sjukersättningar 2003–2018.....	25
Diagram 3.16	Antal med aktivitetsersättning 2003–2018 samt andel nybeviljade per 1 000 försäkrade .....	26

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringens förslag:

1. Riksdagen antar förslaget till lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (avsnitt 2.1 och 3.6).
2. Riksdagen antar förslaget till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799) (avsnitt 2.2 och 3.6).
3. Riksdagen antar förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) (avsnitt 2.3 och 3.6).
4. Riksdagen antar förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) (avsnitt 2.4 och 3.6).
5. Riksdagen bemyndigar regeringen att för 2020 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet vid utbetalning av ersättning för vård i andra länder som inklusive tidigare utnyttjad kredit uppgår till högst 170 000 000 kronor (avsnitt 3.7.8).
6. Riksdagen anvisar ramanslagen för budgetåret 2020 under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning enligt tabell 1.1.

**Tabell 1.1 Anslagsbelopp**

*Tusental kronor*

Anslag	
1:1	Sjukpenning och rehabilitering m.m. 36 925 977
1:2	Aktivitets- och sjukersättningar m.m. 42 150 170
1:3	Merkostnadsersättning och handikappersättning 1 408 000
1:4	Arbetsskadeersättningar m.m. 2 608 000
1:5	Ersättning inom det statliga personskadeskyddet 36 923
1:6	Bidrag för sjukskrivningsprocessen 2 508 500
1:7	Ersättning för höga sjuklönekostnader 1 189 858
2:1	Försäkringskassan 8 807 593
2:2	Inspektionen för socialförsäkringen 70 822
<b>Summa</b>	<b>95 705 843</b>





## 2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

---

### 2.1 Förslag till lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §** Regionen ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet.

Det som sägs om regioner i denna lag gäller också kommuner som inte ingår i en region.

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

En region får erbjuda koordineringsinsatser till den som omfattas av en annan regions ansvar enligt första stycket, om regionerna kommer överens om det.

En region får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt denna lag.

**3 §** Koordineringsinsatser ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Regionens ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

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

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

**5 §** När koordineringsinsatser ges enligt denna lag gäller patientskadelagen (1996:799), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

---

Denna lag träder i kraft den 1 februari 2020.

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

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

### *Nuvarande lydelse*

I denna lag avses med *hälso- och sjukvård*: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar *eller* lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

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

### *Föreslagen lydelse*

#### 5 §<sup>1</sup>

I denna lag avses med *hälso- och sjukvård*: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar *eller lagen (2019:000) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter*, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

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

---

Denna lag träder i kraft den 1 februari 2020.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2018:746.

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

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

### *Nuvarande lydelse*

#### **1 kap.**

#### **3 §**

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

<b>Uttryck</b>	<b>Betydelse</b>
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.
Vårdgivare	Statlig myndighet, <i>landsting</i> och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, <i>landstinget</i> eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

*Föreslagen lydelse***1 kap.****3 §<sup>1</sup>**

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

<b>Uttryck</b>	<b>Betydelse</b>
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, <i>lagen (2019:000) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter</i> samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.
Vårdgivare	Statlig myndighet, <i>region</i> och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, <i>regionen</i> eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2018:747.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse***3 kap.****3 §<sup>2</sup>**

Skyldig att föra en patientjournal är

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

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

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

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

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

4. *den som utför insatser enligt lagen (2019:000) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.*

**6 kap.****3 §<sup>3</sup>**

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

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

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

2. uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, *eller för att bedöma behovet av eller utföra insatser enligt lagen (2019:000) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, och*

3. patienten samtycker till det.

Vårdgivaren får även behandla sådana uppgifter om

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

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

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

3. patienten samtycker till det.

För att en vårdgivare ska få behandla sådana uppgifter som en vårdnadshavare inte har rätt att spärra enligt 2 § fjärde stycket andra meningen krävs att förut-

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2018:1127.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2014:829.

sättningarna enligt första stycket 1 och 2 eller andra stycket 1 och 2 är uppfyllda.

---

Denna lag träder i kraft den 1 februari 2020.

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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**1 kap.**

**2 §<sup>1</sup>**

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

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, *lagen (2019:000) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter* samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

---

Denna lag träder i kraft den 1 februari 2020.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2018:748.



## 3 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning

### 3.1 Omfattning

Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning omfattar sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall, boendetillägg, närståendepenning, medel för köp av arbetshjälpmedel m.m., aktivitets- och sjukersättning, handikappersättning, merkostnads-

ersättning, ersättning vid arbetsskador och inom det statliga personskadeskyddet, bidrag för sjukskrivningsprocessen samt ersättning för höga sjuklönekostnader. Utgiftsområdet omfattar även myndigheterna Försäkringskassan och Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). Här behandlas också internationellt samarbete på socialförsäkringsområdet.

### 3.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning**

*Miljoner kronor*

	Utfall 2018	Budget 2019 <sup>1</sup>	Prognos 2019	Förslag 2020	Beräknat 2021	Beräknat 2022
<i>Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning</i>						
1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	37 545	36 946	37 292	<b>36 926</b>	37 370	37 983
1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	45 806	43 944	44 012	<b>42 150</b>	40 268	38 657
1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning	1 343	1 391	1 372	<b>1 408</b>	1 435	1 467
1:4 Arbetsskadeersättningar m.m.	2 811	2 773	2 700	<b>2 608</b>	2 504	2 404
1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet	39	36	38	<b>37</b>	36	34
1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen	2 649	2 901	2 746	<b>2 509</b>	2 510	2 510
1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader	954	1 092	1 089	<b>1 190</b>	1 195	1 200
<b>Summa Ersättning vid sjukdom och funktionsnedsättning</b>	<b>91 146</b>	<b>89 083</b>	<b>89 248</b>	<b>86 827</b>	<b>85 318</b>	<b>84 255</b>
<i>Myndigheter</i>						
2:1 Försäkringskassan	8 468	8 638	8 796	<b>8 808</b>	8 878	9 013
2:2 Inspektionen för socialförsäkringen	68	68	68	<b>71</b>	72	73
<b>Summa Myndigheter</b>	<b>8 535</b>	<b>8 706</b>	<b>8 864</b>	<b>8 878</b>	<b>8 950</b>	<b>9 087</b>
<b>Totalt för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning</b>	<b>99 681</b>	<b>97 789</b>	<b>98 112</b>	<b>95 706</b>	<b>94 268</b>	<b>93 341</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2020–2022.  
Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning**

Miljoner kronor

	2020	2021	2022
<b>Anvisat 2019<sup>1</sup></b>	<b>97 657</b>	<b>97 657</b>	<b>97 657</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	168	299	430
Beslut	-315	-330	-323
Varav BP20 <sup>3</sup>	-339	-304	-297
Övriga makroekonomiska förutsättningar	1 238	2 389	3 680
Volymer	-2 993	-5 683	-8 039
Överföring till/från andra utgiftsområden	-49	-64	-65
Varav BP20 <sup>3</sup>			
Övrigt	0	0	0
<b>Ny ramnivå</b>	<b>95 706</b>	<b>94 268</b>	<b>93 341</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.

<sup>3</sup> Exklusive pris- och löneomräkning.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2020 realekonomiskt fördelad.  
Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning**

Miljoner kronor

	2020
Transfereringar <sup>1</sup>	86 236
Verksamhetsutgifter <sup>2</sup>	9 462
Investeringar <sup>3</sup>	8
<b>Summa ramnivå</b>	<b>95 706</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2018 samt kända förändringar av anslagens användning.

<sup>1</sup> Med transfereringar avses inkomstöverföringar, dvs. utbetalningar av bidrag från staten till exempelvis hushåll, företag eller kommuner utan att staten erhåller någon direkt motprestation.

<sup>2</sup> Med verksamhetsutgifter avses resurser som statliga myndigheter använder i verksamheten, t.ex. utgifter för löner, hyror och inköp av varor och tjänster.

<sup>3</sup> Med investeringar avses utgifter för anskaffning av varaktiga tillgångar såsom byggnader, maskiner, immateriella tillgångar och finansiella tillgångar.

### 3.3 Mål för utgiftsområdet

Målet för utgiftsområdet är att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå (prop. 2008/09:1 utg.omr. 10 avsnitt 2.3, bet. 2008/09:SfU1, rskr. 2008/09:138). Målet innebär mer specifikt att:

- sjukfrånvaron inte ska variera mer än inom ramen för normala säsongsvariationer,
- osakliga regionala skillnader i sjukfrånvaron inte ska förekomma,
- skillnaden i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män ska minska.

### 3.4 Resultatredovisning

#### 3.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De centrala indikatorer som används för att redovisa resultaten inom utgiftsområdet är följande:

- Ohälsotalet – antal nettodagar per år som personer i åldern 16–64 år i genomsnitt har sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuk- och aktivitetsersättning.
- Sjukpenningtalet – antal nettodagar per år som personer i åldern 16–64 år i genomsnitt har sjuk- eller rehabiliteringspenning.
- Antal pågående sjukfall.
- Antal nybeviljade sjukersättningar och aktivitetsersättningar.
- Observerat och standardiserat medelantal sjukpenningdagar per person 16–64 år i respektive län.

Utöver detta görs en internationell jämförelse av hur den svenska sjukfrånvaron förhåller sig till sjukfrånvaron i länderna i EU15<sup>1</sup> med hjälp av arbetskraftsundersökningarna (AKU). Samtliga indikatorer redovisas efter kön. De huvudsakliga källorna för uppföljning av indikatorerna är Försäkringskassans redovisningar, rapporter från

<sup>1</sup> I denna benämning ingår följande länder: Frankrike, Österrike, Belgien, Tyskland, Danmark, Spanien, Finland, Grekland, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Portugal, Storbritannien och Sverige.

ISF samt uppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB).

### 3.4.2 Resultat

Resultatredovisningen inleds med en genomgång av sjukfrånvarons utveckling. Därefter redovisas även Försäkringskassans och andra relevanta aktörers arbete med sjukskrivningsprocessen. Även internationellt samarbete inom socialförsäkringen redovisas i detta avsnitt.

#### Sjukfrånvarons utveckling

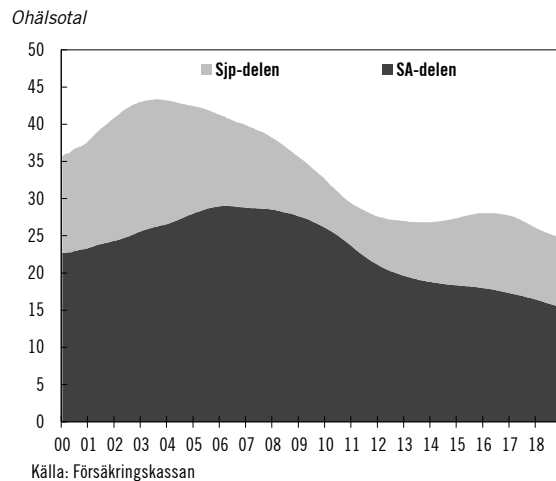
*Den totala sjukfrånvaron är låg och väntas minska ytterligare*

Den totala sjukfrånvaron mätt som ohälsotalet uppgick i december 2018 till 24,7 dagar. För kvinnor uppgick ohälsotalet till 29,9 dagar och för män till 19,8 dagar. Kvinnor står således för en betydligt större del av sjukfrånvaron än män. Jämfört med motsvarande tidpunkt 2017 har ohälsotalet minskat för såväl kvinnor som män.

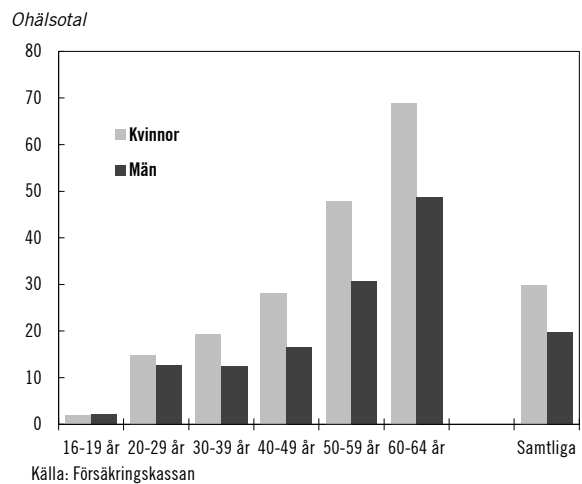
Sjukfrånvaron, och därmed ohälsotalet, har varierat över tid. Ohälsotalet ökade kraftigt runt millennieskiftet, för att därefter minska under åren 2003–2012 för att åter börja öka under 2014. Sedan hösten 2016 har ohälsotalet dock åter minskat, som en följd av att antalet sjukpenningdagar har slutat att öka, och att antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning kontinuerligt har minskat.

Det kan konstateras att nivån på ohälsotalet inte har varit lägre sedan mätningarna startade. Den pågående minskningen väntas fortsätta till följd av att antalet individer med sjukersättning sjunker samtidigt som även sjukpenningdelen i ohälsotalet väntas minska svagt.

**Diagram 3.1 Ohälsotalet uppdelat på sjuk och rehabiliteringspenning (Sjp-delen) respektive sjuk och aktivitetsersättning (SA-delen), januari 2000 dec 2018**



**Diagram 3.2 Ohälsotalet 2018 efter ålder och kön**



Som framgår av diagram 3.2 skiljer sig ohälsotalet åt beroende på kön och ålder. Exempelvis är ohälsotalet cirka 2,5 gånger så högt bland 50–59-åringar som bland 30–39-åringar. Vidare har kvinnor ett högre ohälsotal än män i samtliga åldersgrupper från 20 år och äldre. Sammantaget är kvinnors ohälsotal 51 procent högre än mäns.

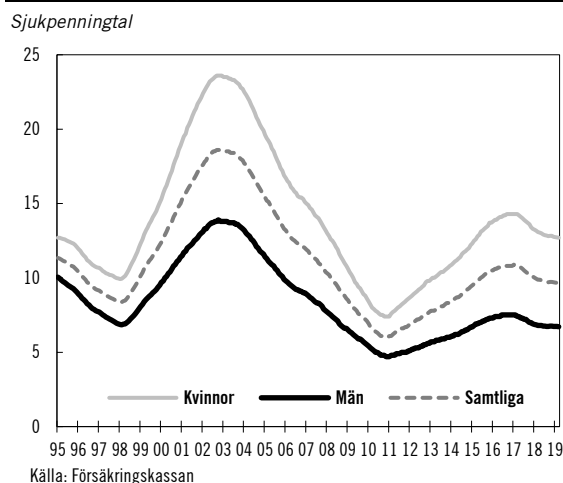
Den minskning som har skett avseende ohälsotalet mellan 2017 och 2018 gäller i samtliga åldersklasser för både kvinnor och män. För kvinnor har ohälsotalet minskat med 1,8 dagar och för män med 1,1 dagar. Sjukfrånvarons utveckling påverkas av flera faktorer, däribland utvecklingen inom arbetsmiljön och den allmänna folkhälsan. För en beskrivning av utvecklingen vad gäller hälsa, se utgiftsområde 9 Folkhälsopolitik samt utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv för en beskrivning av utvecklingen inom arbetsmiljöområdet. Skillnaderna i sjukfrånvaro mellan

kvinnor och män, som beskrivs nedan, kan delvis härledas till dessa områden.

#### *Minskande sjukpenningtal men stora skillnader mellan kvinnor och män*

Sjukpenningtalet har det senaste året fortsatt att minska men i lägre takt än tidigare. I december 2018 uppgick sjukpenningtalet till 9,7 dagar, uppdelat på 12,8 dagar för kvinnor och 6,7 dagar för män. Sjukpenningtalet minskade därmed med 4 procent mellan 2017 och 2018. Skillnaden i sjukpenningtal mellan kvinnor och män är stor. Vid utgången av 2018 hade kvinnor 89 procent högre sjukpenningtal än män, vilket dock är en minskning med 4 procentenheter jämfört med året innan.

**Diagram 3.3 Sjukpenningtalet för kvinnor och män sedan 1995**

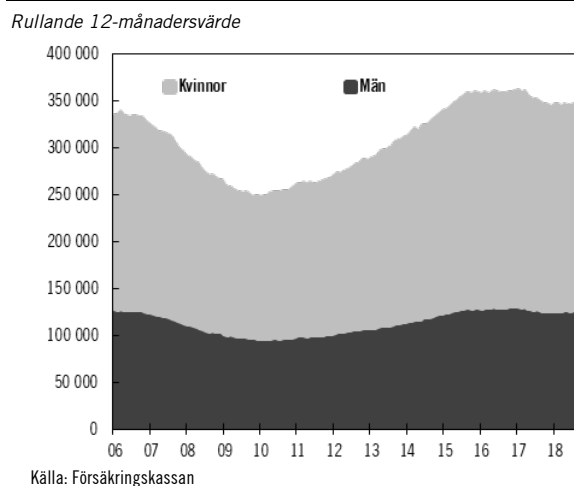


#### *Inflödet har planat ut*

Inflödet (här antal påbörjade sjukfall som blivit minst 30 dagar långa) till sjukpenningen var som lägst 2009–2010. Då var det omkring 250 000 sjukfall som påbörjades per år och som varade minst 30 dagar (150 000 kvinnor, 100 000 män). Fram till slutet av 2015 skedde emellertid en närmast kontinuerlig ökning av inflödet. Därefter har ökningen avstannat, och inflödet började minska under 2017 för att sedan plana ut.

I dagsläget är det ca 340 000 fall som blir minst 30 dagar långa på årsbasis (216 000 kvinnor, 125 000 män). De föregående årens ökning av påbörjade sjukfall är en central komponent bakom uppgången i sjukpenningtalet fram till våren 2017.

**Diagram 3.4 Antal påbörjade sjukfall som blivit minst 30 dagar långa**



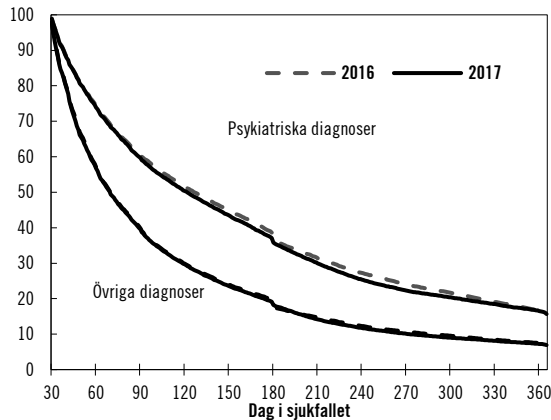
#### *Stabilisering av sjukfallslängder*

I följande avsnitt studeras hur snabbt sjukfallen per diagnos har avslutats vid olika tidpunkter, där utvecklingen av sjukfall som startats under sista kvartalet 2017 jämförs med motsvarande utveckling 2016. Av diagram 3.5 och diagram 3.6 framgår dels att sjukfall med psykiatriska diagnoser i genomsnitt pågår längre än övriga diagnoser, dels att ingen markant förändring skedde av kvarståendesannolikheterna mellan åren. Bland psykiatriska diagnoser kan konstateras att cirka 15 procent av de sjukfall som startades under såväl 2016 som 2017 fortfarande pågick efter ett års sjukskrivning. Detta gäller för både kvinnor och män. Motsvarande nivå för övriga diagnoser var cirka 7 procent.

De senaste årens utveckling har totalt sett varit att sjukfall avslutas tidigare, men utvecklingen i det avseendet har alltså avstannat under det senaste resultatåret.

**Diagram 3.5** Andelen sjukfall som blivit 30 dagar eller längre som kvarstår vid olika falllängder upp till dag 375. Avser sjukfall startade 2016 och 2017. Kvinnor med psykiatriska resp. övriga diagnoser.

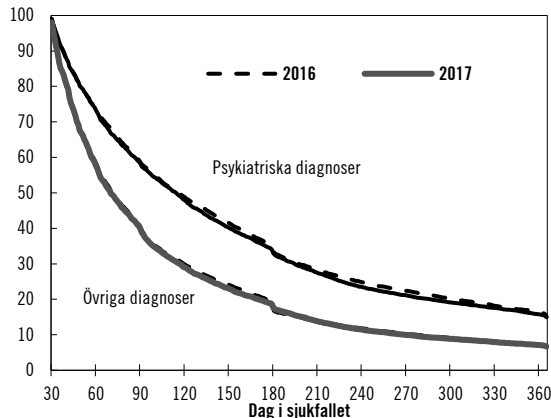
Andel kvarvarande



Källa: Försäkringskassan. Anm: Startade sjukfall under fjärde kvartalet respektive år som blev minst 30 dagar långa, exklusive återvändare.

**Diagram 3.6** Andelen sjukfall som blivit 30 dagar eller längre som kvarstår vid olika falllängder upp till dag 375. Avser sjukfall startade år 2016 och 2017. Män med psykiatriska resp. övriga diagnoser.

Andel kvarvarande



Källa: Försäkringskassan. Anm: Startade sjukfall under fjärde kvartalet respektive år som blev minst 30 dagar långa, exklusive återvändare.

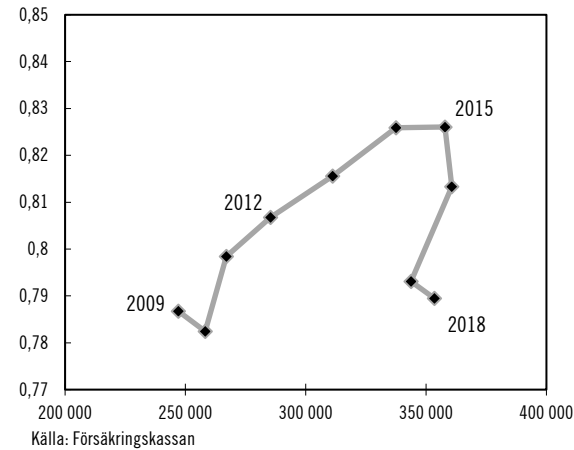
### Utvecklingen i varaktighet och startade sjukfall de senaste åren

De två huvudsakliga faktorerna som underliggande avgör sjukfrånvarons nivå är hur många sjukfall som startas och hur långa dessa blir. I diagram 3.7 illustreras detta genom att antalet startade sjukfall per år visas mot den genomsnittliga kvarståendesannolikheten under första året.<sup>2</sup>

Som framgår av diagrammet minskade varaktigheten något 2009–2010. Under åren 2011–2014 kännetecknades utvecklingen i stället av ett ökande inflöde i kombination med stigande varaktighet. Under hösten 2015 inledde Försäkringskassan ett arbete med att stärka handläggningen under rehabiliteringskedjan och sedan dess har varaktigheten successivt minskat. Utvecklingen av startade sjukfall har dock inte uppvisat samma snabba minskning. Förändringen mellan 2017 och 2018 vad avser startade sjukfall och varaktighet har varit liten, vilket är orsaken till den lägre minskningstakten under denna period.

**Diagram 3.7** Antal startade sjukfall som blivit 30 dagar per helår och genomsnittlig kvarståendesannolikhet 2009–2018

Kvarståendesannolikhet



Källa: Försäkringskassan

### Stabil utveckling av antalet pågående sjukfall

Antalet pågående sjukfall har varierat kraftigt under de två senaste decennierna. I början av 2000-talet uppgick det totala antalet till över 300 000 per månad. Därefter minskade antalet och var som lägst knappt 100 000 per månad 2010. Uppgången som sedan följde bröts under 2017. I december 2018 uppgick antalet pågående sjukfall till totalt 179 000, varav 66 procent var kvinnor och 34 procent var män. Det är en könsfördelning som varit relativt stabil över tid.

Utvecklingen under 2018 har varit stabilare än tidigare år (S2019/02898/SF). Små förändringar har skett av antalet sjukfall. För sjukfall som pågått kortare tid än ett år var antalet sjukfall i

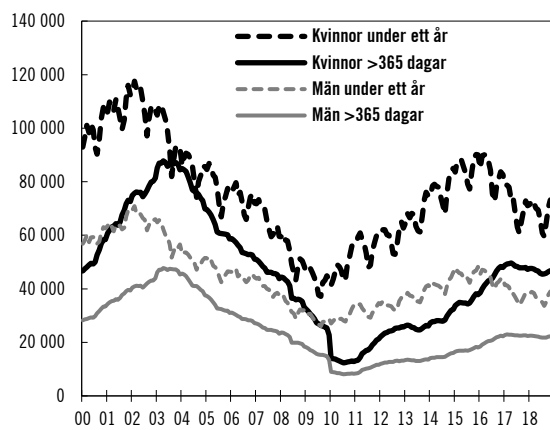
<sup>2</sup> Kvarståendesannolikheten, eller varaktigheten, för respektive år är beräknad som ett genomsnitt av de betingade månadsvisa kvarståendesannolikheterna under det första sjukskrivningsåret, viktat med antalet pågående sjukfall i respektive falllängdkategori. Alla mått är exklusive åter-

vändarsjukfall. Antalet startade sjukfall är antalet som blivit minst 30 dagar (prognos för 2018). Se Försäkringskassan utgiftsprognos för budgetåren 2019-2022, 15 februari 2019.

december 2018 nära detsamma som ett år tidigare, detta gäller för såväl kvinnor som män. Inte heller för sjukfall med varaktighet över ett år har det skett några större förändringar. I det fall man studerar en delmängd av dessa långa sjukfall – sjukfall som pågått 2 år eller mer – har det skett en ökning med ca 3 000 sjukfall. En delförklaring till det är att få nybeviljanden av sjukersättning sker (se avsnitt nedan). Antalet sjukfall som pågått mellan ett och två år har minskat. Totalt sett är således antalet sjukfall med falllängd över ett år i princip oförändrat mellan 2017 och 2018, vilket synliggörs i diagram 3.8. Detta gäller för såväl kvinnor som män.

**Diagram 3.8 Antalet pågående sjukfall jan 2000 dec 2018 uppdelat på falllängd och kön**

Antal pågående sjukfall



Källa: Försäkringskassan

#### Det finns regionala skillnader i sjukfrånvaro

Det är belagt att det finns regionala skillnader i sjukfrånvaron. Sådana skillnader kan delvis förklaras av olikheter i befolkningens demografiska struktur länen emellan, men en del av skillnaderna kan även bero på andra faktorer som exempelvis bristande likformighet i tillämpningen och nyttjandet av sjukförsäkringen. Ett antal rapporter har pekat på att brister i likformighet existerar (se bl.a. ISF 2010:6 Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall, Försäkringskassans Socialförsäkringsrapport 2017:3 Sjukskrivningsmönster).

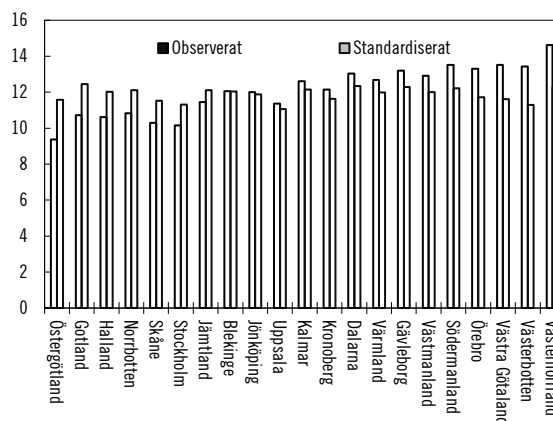
#### Oförklarade skillnader i regional sjukfrånvaro på länsnivå

I följande avsnitt redovisas en metod för att jämföra länens genomsnittliga sjukfrånvaro, där hänsyn tas till hur befolkningssammansättningen med avseende på kön, ålder och utbildningsnivå ser ut i respektive län.

Riksgenomsnitt för antalet nettodagar under kalenderåret beräknas per ålder (ettårsklasser 16–64 år), kön och utbildningsnivå. Andra variabler, såsom branschstruktur och sektorstillhörighet, kan även utgöra förklaringsfaktorer till hur sjukfrånvaron ser ut, varför den bild som tecknas nedan inte är att betrakta som fullständig. En avvägning har gjorts mellan antalet variabler som ska inkluderas och vilket förklaringsvärde ytterligare variabler tillför i kombination med de redan valda. När riksgenomsnittets sjukfrånvaro per egenskapskombination tilldelas varje individ i ett län med motsvarande egenskaper, erhålls ett standardiserat genomsnittligt antal sjukpenningdagar för länet totalt sett. Tolkningen av detta standardiserade genomsnitt är att om länets individer skulle ha varit sjukskrivna i samma utsträckning som deras motsvarigheter i riket med avseende på ålder, kön och utbildning skulle sjukfrånvaron i länet ha motsvarat det standardiserade talet. Det standardiserade värdet är därmed ett ”förväntat” genomsnittligt antal sjukpenningdagar per person i länet givet de strukturella skillnader i ålder, kön och utbildning som finns mellan länen. Detta standardiserade genomsnitt kan då jämföras med det *observerade* för länet, dvs. det faktiska genomsnittliga antalet sjukpenningdagar netto per person 16–64 år under året. Resultatet framgår av diagram 3.9 och diagram 3.10.

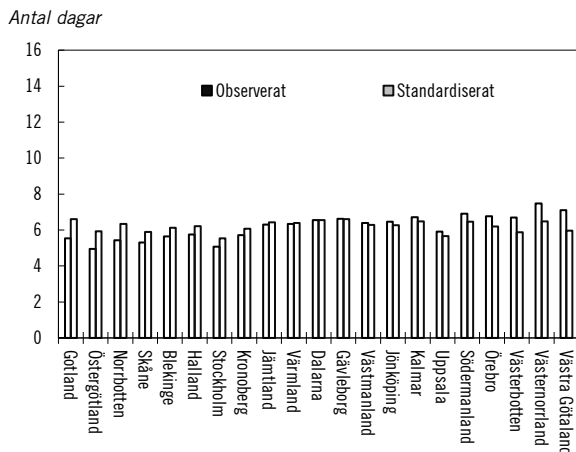
**Diagram 3.9 Genomsnittligt antal nettodagar sjukpenning per person och län, kvinnor 2017**

Antal dagar



Källa: Socialdepartementets beräkningar i LISA, SCB

Not: sorterat på differens mellan observerat och standardiserat värde

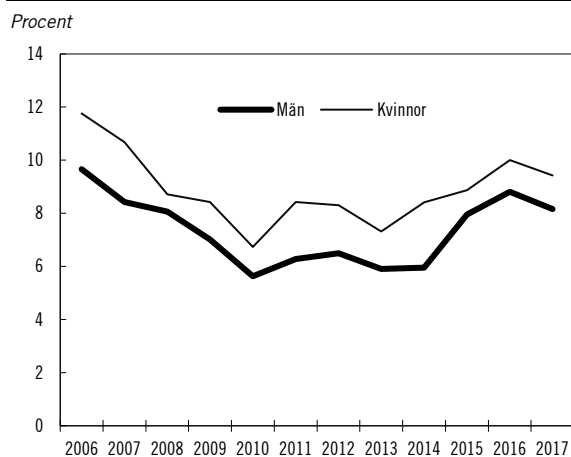
**Diagram 3.10 Genomsnittligt antal nettodagar sjukpenning per person och län, män 2017**

Källa: Socialdepartementets beräkningar i LISA, SCB  
Not: sorterat på differens mellan observerat och standardiserat värde

När de standardiserade värdena jämförs mellan länen kan det konstateras att dessa skiljer sig åt – detta är ett uttryck för att länens demografiska förutsättningar är olika och att län med högre medellåder och lägre utbildningsnivå än genomsnittet för riket förväntas ha en högre sjukfrånvaro. Det centrala i analysen är dock hur respektive läns observerade utfall förhåller sig till det standardiserade värdet. Som tidigare påpekats beaktar inte analysen alla strukturella skillnader i befolkningssammansättningen. Detta till trots är det rimligt att anta att en del av den skillnad som analysen visar mellan länets observerade och standardiserade värde skulle kunna bero på bristande likformighet som i sin tur i så fall kan vara uttryck för osakliga skillnader. I diagrammen har länen sorterats efter hur stor skillnaden är mellan observerad och standardiserad sjukfrånvaro. Länet längst till vänster har en sjukfrånvaro som understiger den befolkningssammansatt ”förväntade” sjukfrånvaron. På motsvarande sätt har län som ligger till höger i diagrammen, där den observerade sjukfrånvaron överstiger den standardiserade, en sjukfrånvaro som är högre än vad den befolkningssammansattningen motiverar. Skillnaderna varierar beroende på län och kön. Det kan konstateras att det finns ett positivt samband mellan länets absoluta observerade nivå och förhållandet till den standardiserade nivån. För kvinnor i Västernorrland är den observerade sjukfrånvaron exempelvis 2 dagar högre än den standardiserade per person och år, vilket motsvarar en relativ avvikelse om 19 procent. För kvinnor i Östergötland understiger den observerade sjukfrånvaron den standardiserade med 19 procent. I genomsnitt är dessa avvikelser per län 9

procent för kvinnor och 8 procent för män. De oförklarade variationerna per län är därmed i genomsnitt något större för kvinnor än män.

*Regionala variationer över tid har förekommit*  
Genom att beräkna den genomsnittliga avvikelsen per län mellan observerad och standardiserad sjukfrånvaro för åren 2006–2016 framgår att den regionala variationen har förändrats över tid. Resultaten redovisas i diagram 3.11.

**Diagram 3.11 Genomsnittlig relativ avvikelse per län mellan observerad och standardiserad sjukfrånvaro 2006–2017**

Källa: Socialdepartementets beräkningar i LISA, SCB

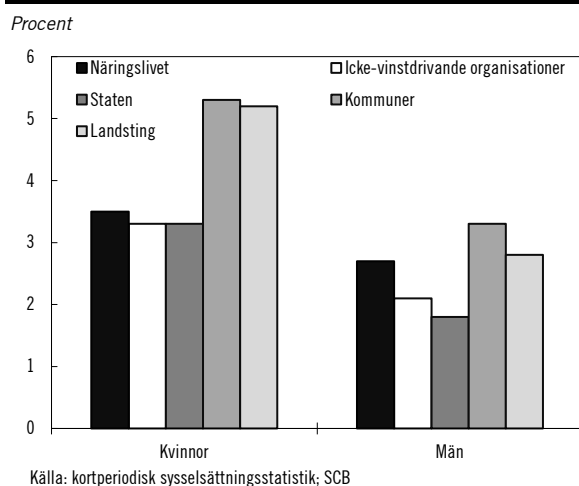
Den utifrån befolkningssammansättningen oförklarade sjukfrånvaron per län har under hela tidsperioden varit lägre för män än för kvinnor. För såväl män som kvinnor gäller att den länsvisa avvikelsen var som högst 2006 och sjönk fram till 2010, vilket är det år som sjukfrånvaron mätt i sjukpenningdagar var som lägst. Den relativa avvikelsen var då 6 procent för män och 7 procent för kvinnor. Åren därefter var den oförklarade sjukfrånvaron ganska konstant, för att stiga till en något högre nivå fr.o.m. 2015. Avvikelsen 2017 är något lägre jämfört med 2016. Det beror framför allt på att extremvärdena minskat något (de län som avviker mest från det standardiserade). Sammantaget kan det konstateras att det tycks finnas oförklarade regionala skillnader.

#### *Sjukfrånvaron är högst för kvinnor anställda i kommuner och landsting*

Sjukfrånvaron skiljer sig åt mellan olika sektorer. Högst är sjukfrånvaron för anställda kvinnor i kommuner och landsting med en sjukfrånvaro om drygt 5 procent under fjärde kvartalet 2018. Skillnaderna mellan sektorerna minskar dock om hänsyn tas till arbetsplatsens personalsammansättning och storlek (Försäkringskassan, Korta

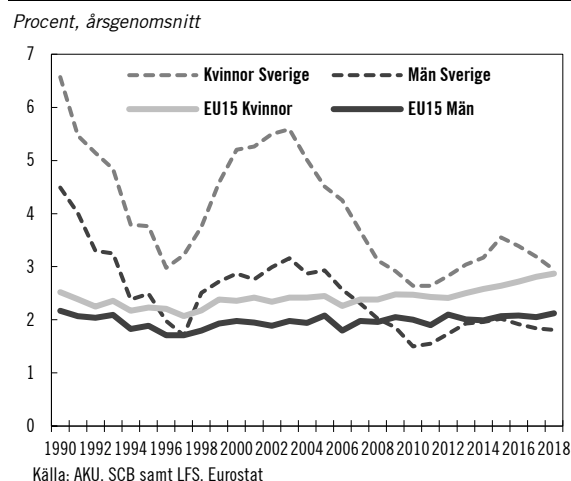
analyser, 2018:1). Andelen sjukfrånvarande kvinnor var totalt – sett över samtliga sektorer – 4,2 procent och motsvarande för män var 2,7 procent. Jämfört med fjärde kvartalet 2017 har sjukfrånvaron totalt sett inte förändrats. För enskilda sektorer finns däremot säkerställda förändringar. Icke-vinstdrivande organisationer har minskad sjukfrånvaro det senaste året. Det finns även inom kommun- och landstingssektorn en liten säkerställd minskning.

**Diagram 3.12 Andel sjukfrånvarande per sektor kvartal 4 2018**



*Svensk sjukfrånvaro i nivå med EU-genomsnittet*  
Enligt Statistiska centralbyråns Arbetskraftsundersökning (AKU) ligger den svenska sjukfrånvaron i nivå med EU-genomsnittet. Den svenska sjukfrånvaron har dock varierat betydligt mer över tid jämfört med EU-genomsnittet. Under 2018 minskade sjukfrånvaron i Sverige för både kvinnor och män, för EU15 var utvecklingen den motsatta. Nivåmässigt ligger sjukfrånvaron för anställda kvinnor och män i Sverige nära det som gäller EU15.

**Diagram 3.13 Andel anställda 20-64 år som varit frånvarande under hela veckan på grund av sjukdom eller skada, Sverige och EU15 åren 1990-2018**

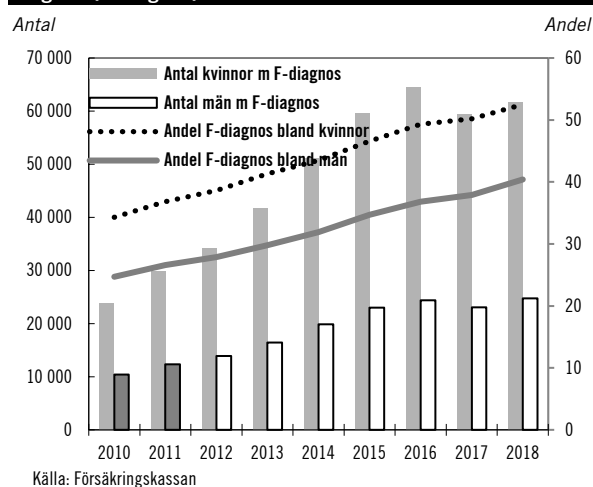


#### *Psykisk ohälsa vanligaste sjukskrivningsorsaken*

Under senare år har sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa i form av bl.a. ångest och depressioner ökat och är i dag den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män. Vid utgången av 2018 hade ca 86 000 pågående sjukfall en psykiatrisk diagnos (61 000 kvinnor, 25 000 män). Av sjukskrivna kvinnor hade ca 53 procent en psykiatrisk diagnos och motsvarande för män var ca 40 procent. Psykiatriska diagnoser dominerar framför allt bland sjukskrivna som är yngre än 50 år.

Som framgår av diagram 3.14 ökade antalet pågående sjukfall med psykiatriska diagnoser mellan 2017 och 2018 i absoluta tal. Därmed har denna diagnostyps relativa vanlighet sett till samtliga pågående sjukfall fortsatt att öka.

**Diagram 3.14 Antal med psykiatrisk diagnos 2010-2018 samt andel av samtliga pågående sjukfall med psykiatrisk diagnos (F-diagnos)**





Sjukskrivningstiden vid psykiatriska diagnoser är generellt sett längre jämfört med övriga diagnoser. Diagnossammansättningen vid sjukskrivning har förändrats mot att en allt högre andel långa sjukfall beror på psykiatrisk diagnos.

#### Lågt nybeviljande av sjukersättning

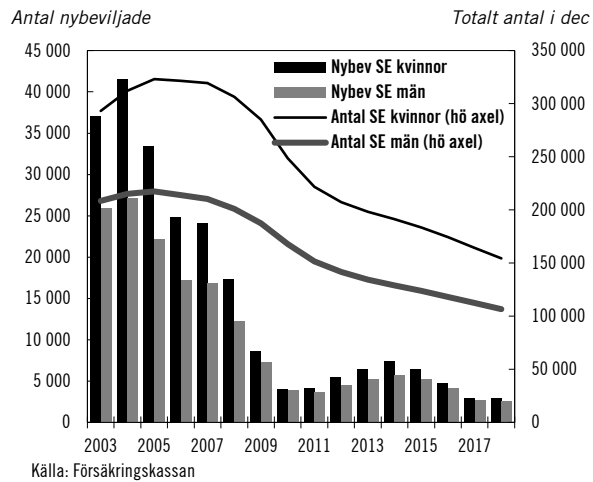
Under 2018 nybeviljades totalt 5 500 personer sjukersättning, vilket är en historiskt låg nivå (54 procent av dessa nybeviljade var kvinnor och 46 procent män). Avslagsandelen avseende sjukersättningsärenden har ökat mellan 2017 och 2018, från 65 till 68 procent. Kvinnor har en något högre avslagsandel än män. Avslag registreras när personer själva ansöker om sjukersättning. Ungefär 71 procent av dem som beviljas förmånen får detta genom att de gjort en egen ansökan, resten är s.k. utbytesärenden (när Försäkringskassan initierar ett utbyte från sjukpenning till sjukersättning).

För att beviljas sjukersättning krävs att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt i alla arbeten (även anpassade arbeten). Myndigheten har de senaste åren förstärkt handläggningen och lagt ett stort fokus på att åtgärda brister som har identifierats i rättsliga kvalitetsgranskningar. Tillämpningen av regelverket har sedan 2015 utvecklats så att färre individer uppfyller kriterierna för att beviljas sjukersättning. Människor i långa sjukfall som tidigare sannolikt hade beviljats sjukersättning kvarstår därmed i stället i sjukpenning.

Det totala antalet personer med sjukersättning har fortsatt att minska under 2018. Vid utgången av 2018 uppbar totalt 261 000 personer (154 000 kvinnor och 107 000 män) sjukersättning, vilket var 16 000 färre än ett år tidigare.

ISF redovisade i maj 2018 ett regeringsuppdrag (ISF-rapport 2018:11) gällande möjligheten för vissa personer med sjukersättning att arbeta med steglös avräkning. ISF rekommenderade bl.a. Försäkringskassan att utveckla informationen till de försäkrade, vilket myndigheten bejakade (S2017/03182/SF).

Diagram 3.15 Antal nybeviljanden samt totalt antal sjukersättningar 2003 2018



#### Färre med aktivitetsersättning

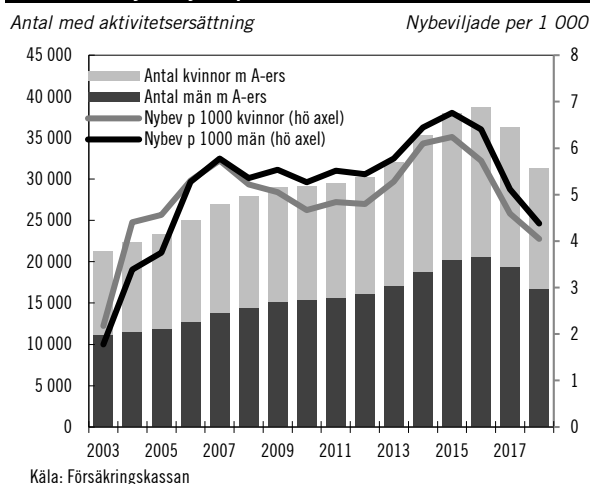
För aktivitetsersättningen har ett högt nybeviljande i kombination med relativt lågt utflöde inneburit att antalet personer med denna ersättning ökat alltsedan förmånen infördes 2003. Under 2017 skedde dock ett trendbrott då antalet personer med denna ersättning minskade och denna utveckling har fortgått under 2018. I december 2018 hade drygt 31 000 personer aktivitetsersättning, varav 15 000 kvinnor och 17 000 män. De allra flesta (82 procent) har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Sett till diagnos har ca 71 procent av alla som har aktivitetsersättning det på grund av psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning. Aktivitetsersättning är en tidsbegränsad förmån. Det minskade antalet med aktivitetsersättning beror inte bara på ett minskat antal nybeviljanden, utan även på en högre avslagsandel i förlängningsärendena.

Nybeviljandet var något lägre 2018 än föregående år. Totalt nybeviljades 2 500 kvinnor och 3 000 män aktivitetsersättning, vilket motsvarar en minskning på totalt ca 1 000 personer jämfört med 2017. Majoriteten (59 procent) av nybeviljandena avsåg aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång. Vad gäller andelen avslag på initial ansökan om aktivitetsersättning uppgick denna till 40 procent 2018, vilket var en ökning med 6 procentenheter jämfört med 2017. Även sett till antalet nybeviljade per 1 000 försäkrade innebar 2018 jämfört med 2017 en svag nedgång. Män hade 2018 en något högre sannolikhet att beviljas aktivitetsersättning jämfört med kvinnor, se diagram 3.16.

Nedgången av nybeviljade ersättningar har i första hand skett bland dem med nedsatt arbets-

förmåga och i mindre utsträckning för förlängd skolgång.

**Diagram 3.16 Antal med aktivitetsersättning 2003 2018 samt andel nybeviljade per 1 000 försäkrade**



#### *Beviljandet av arbetsskadelivränta minskar och skillnaderna mellan kvinnor och män består*

Under 2018 prövades 4 364 ärenden för egenlivränta. Av dessa beviljades livränta i 1 017 fall eller drygt 23 procent av ärendena. De flesta avslagen beror på att den skadades nedsättning inte har ansetts som bestående eller tillräckligt omfattande. Av de 1 817 ärenden där det prövades om det var en arbetsskada eller inte bifölls ansökan i drygt 53 procent. Det är jämfört med tidigare år en högre andel. Skillnaden i beviljandefrekvens för kvinnor (49,7) och män (57,0) består.

Andelen ärenden som avslås på grund av att den försäkrades nedsättning av arbetsförmågan inte bedöms vara bestående eller tillräckligt omfattande för ett beviljande är hög. Detta kan tyda på att de försäkrade har svårt att avgöra när det är rätt tid att ansöka om arbetsskadelivränta. Regeringen gav därför Försäkringskassan i regleringsbrevet för 2018 i uppdrag att vidta åtgärder för att minska riskerna för rättsförluster. Försäkringskassan har nu tagit fram ett läkarutlåtande utformat efter de uppgifter som behövs vid beslut om livränta. Försäkringskassan har även förbättrat stödet till sjukpenninghandläggare för att dessa ska kunna ge individuellt anpassad information om arbetsskadeförsäkringen.

Försäkringskassan har arbetat för att förbättra kvaliteten i arbetsskadeärenden. En rättslig kvalitetsuppföljning som Försäkringskassan genomförde 2017 visade att handläggningen hade god kvalitet. (Bedömning av arbetsskada vid annan skadlig inverkan 2017:6).

## Aktörer i sjukskrivningsprocessen

### *Åtgärder för friska arbetsplatser*

Arbetsmiljörelaterade problem kopplade till stress och psykisk ohälsa har ökat vid sidan av mer traditionella fysiska arbetsmiljöproblem. Numera är stress och andra psykiska orsaker de vanligaste orsakerna till arbetsorsakade besvär för både kvinnor och män (se även utg.omr. 14 avsnitt 5). En ökad kunskap om och förståelse för de många gånger komplexa sambanden mellan arbetsmiljö och hälsa är viktig för att uppnå en positiv utveckling inom området och för att nå en stabil och låg sjukfrånvaro. Myndigheten för arbetsmiljökunskap har därför fått i uppdrag att sammanställa forskning med fokus på faktorer som skapar friska och välmående arbetsplatser (A2018/01349/ARM). Regeringen har även lämnat ett uppdrag till Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap om att sammanställa och redovisa friskfaktorer på organisatorisk nivå som kan mätas och följas över tid (A2018/01350/ARM).

Arbetsmarknadens parter har på regeringens initiativ kommit överens om en för respektive sektor partsgemensam avsiktsförklaring för att bidra till friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro. Bland annat förväntar sig regeringen att parternas arbete bidrar till att sjukfrånvaron inom de olika sektorerna på arbetsmarknaden minskar till 2013 års nivå. De åtgärder som ingår i avsiktsförklaringarna syftar till såväl förbättringar i arbetsmiljön som bättre möjligheter för sjukskrivna anställda att återgå i arbete. Regeringen har tagit initiativ till ett forum – Samling för friskare arbetsplatser – där avsiktsförklaringarna följs upp.

Från och med den 1 juli 2018 (Förslag om förstärkt rehabilitering för återgång i arbete, prop. 2017/18:1) har arbetsgivaren ett förtydligt ansvar att senast 30 dagar efter sjukfallets start ta fram en plan med åtgärder för återgång i arbete. Lagstiftningen syftar till att ge den anställda en starkare ställning i rehabiliteringskedjan och att det på arbetsplatserna görs omsorgsfulla prövningar av vilka möjligheter som finns för anpassning av arbetsuppgifter hos befintlig arbetsgivare. Ett annat syfte är att öka arbetsgivarnas aktivitet tidigt vid ett sjukfall. Försäkringskassan ska följa upp de planer arbetsgivarna lämnar in och se till att individen får tillgång till tidiga anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder.

Samtidigt som den nya skyldigheten att upprätta planer för sjukskrivna anställda trädde i kraft blev det möjligt för arbetsgivare att få ersättning för insatser för att initiera, planera, genomföra och följa upp åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. Tidigare utbetalades ersättning till arbetsgivare endast för utredande insatser. I och med förändringen bytte ersättningen namn till Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd. Under 2018 har Försäkringskassan betalat ut cirka 75 miljoner kronor till cirka 1 100 arbetsgivare för att förebygga och förkorta sjukfall.

*Försäkringskassan är central för måloppfyllelsen inom sjukförsäkringen*

Försäkringskassan ska bedöma rätten till ersättning från sjukförsäkringen och samordna de insatser som behövs för individens rehabilitering. Försäkringskassan ska också verka för att andra aktörer, bl.a. hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen, inom ramen för sina respektive verksamhetsområden, vidtar nödvändiga åtgärder för individens rehabilitering.

Under de senaste åren har rättssäkerheten och prövningen av rätten till ersättning haft stort fokus inom Försäkringskassan. Myndigheten bedömer att kvaliteten i handläggningen av sjukpenning är tillfredsställande och sammantaget oförändrad. Enligt Försäkringskassan bedöms rätten till ersättning på ett korrekt sätt och antalet felaktiga utbetalningar har minskat liksom andelen fel som orsakats av Försäkringskassan. Andelen beslut som ändras av förvaltningsrätten har ökat marginellt från 14,3 procent till 15,0 procent medan antal överklaganden har ökat markant under samma period. År 2017 inkom 5 486 ärenden till förvaltningsrätten och 3 565 av dem avgjordes. År 2018 inkom 7 039 ärenden varav 5 736 ärenden avgjordes.

Andelen ärenden där bedömningar gjorts enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser har minskat. Bedömningarna vid dag 90 har minskat från 71,3 procent till 67,2 procent medan bedömningarna vid dag 180 har minskat från 70,9 procent till 62,8 procent. Statistiken ska dock tolkas med försiktighet då det funnits problem med statistikförsörjningen under året hos Försäkringskassan.

Den genomsnittliga handläggningstiden för sjukpenning har ökat under 2018 jämfört med 2017. Statistiken är dock inte helt jämförbar då handläggningstider mäts på ett nytt sätt 2018. År 2017 var handläggningstiden 26 dagar i genom-

snitt från det att ansökan kommit in till Försäkringskassan medan den 2018 var 30 dagar i genomsnitt. Det finns inga skillnader mellan könen. Inom sjukersättningen har den genomsnittliga handläggningstiden ökat betydligt, från 85 dagar i genomsnitt år 2017 till 104 dagar i genomsnitt år 2018, en ökning med 22,5 procent. Handläggningstiden är fem dagar längre för kvinnor. Handläggningstiderna är förhållandevis stabila inom aktivitetsersättningen med en ökning på 3,2 procent till 74 dagar i genomsnitt. Könsskillnaden är marginell.

Andelen avslag vid ansökan om sjukpenning har minskat något under 2018 jämfört med 2017. Andelen avslag vid första ansökan har minskat från 3,1 procent till 3,0 procent. I pågående sjukfall har andelen minskat från 6,0 procent till 5,5 procent. Kvinnors ansökningar om sjukpenning avslags i högre utsträckning än mäns under 2018.

Under 2018 fick totalt 16 100 personer avslag på ansökan om sjukersättning. Det är fler än under 2017 då 14 500 personer fick avslag. Andelen avslag har, som tidigare redovisats, ökat från 65 procent 2017 till 68 procent under 2018. Andelen avslag var 5,4 procentenheter högre för kvinnor än för män. Andelen avslag på en initial ansökan om aktivitetsersättning har ökat från 34 procent 2017 till 40 procent under 2018. Andelen avslag på initial ansökan var högre för kvinnor än för män. Andelen avslag vid alla former av ansökningar om aktivitetsersättning, även förlängningsansökningar och ändrad omfattning, ökade från 20 procent 2017 till 26 procent 2018. Avslagsandelen var en procentenhet högre för män än för kvinnor.

Försäkringskassan har haft i uppdrag att förstärka arbetet med att ge stöd till individers återgång i arbete. Försäkringskassan har under 2018 intensifierat arbetet med att stärka samordningen av den försäkrades rehabilitering. Bland annat har den myndighetsinterna styrningen av samordningsuppdraget tydliggjorts vilket lett till att fler avstämnings- och omställningsmöten har genomförts under hösten 2018. Antalet möten, både gemensamma kartläggningar med Arbetsförmedlingen och avstämningsmöten har dock minskat under året som helhet. Avstämningsmöten har minskat från ca 47 000 år 2017 till 38 670 år 2018. Gemensamma kartläggningar har minskat från ca 4 900 år 2017 till 3 870 år 2018. Antalet omställningsmöten har ökat under perioden från ca 1 630 möten år 2017 till ca 2 590 år 2018. Försäkringskassan har inom ramen för det

förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen stärkt den interna styrningen för att identifiera fler individer som har behov av stöd till arbete och kan vara aktuella för s.k. gemensam kartläggning där myndigheterna tillsammans med den enskilde tar ställning till om insatser är aktuella. Försäkringskassan anser dock att myndigheten behöver bli bättre på att aktivt identifiera de försäkrades individuella förutsättningar och behov av stöd för återgång i arbete (Försäkringskassans årsredovisning 2018).

Sedan den 1 juli 2018 finns det en lagstadgad skyldighet för arbetsgivare att upprätta en plan för återgång i arbete senast när en arbetstagare varit sjukskriven från arbete i 30 dagar. Försäkringskassan stöder arbetsgivarna med information om syftet med lagen då kunskapen ännu generellt sett är låg och har tillsammans med flera arbetsgivarorganisationer utvecklat en standardiserad blankett med tillhörande hjälptexter som stöd vid framtagandet av planer. Under 2018 har Försäkringskassan utvecklat stödet till sjukpenninghandläggarna och genomfört informationsinsatser för att öka handläggarnas kunskap om syftet med lagstiftningen och om planernas roll i handläggningen.

Försäkringskassan har under 2018 haft ett uppdrag att i samverkan med de regionala cancercentrumen (RCC) analysera och lämna förslag på hur myndigheten kan bidra till förbättrade möjligheter för återgång i arbete för personer i cancerbehandling (S2018/03081/SF). Av Försäkringskassans rapport till regeringen framgår att det finns behov av betydande förbättringar vad avser såväl de försäkrades delaktighet som samordning av olika aktörers planering och information i de enskilda ärendena.

I rapporten Förändrad styrning av och i Försäkringskassan har ISF analyserat hur det tidigare målet om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar har påverkat handläggningen av sjukpenning (ISF, Rapport 2018:16). ISF konstaterar att styrningen mot rättssäkerhet och målet 9,0 dagar har fått ett betydande genomslag i Försäkringskassans verksamhet på så sätt att tillämpningen av försäkringen har blivit mer restriktiv. ISF påpekar att rättssäkerheten riskerar att äventyras och förtroendet för socialförsäkringen skadas, när tillämpningen av sjukförsäkringen varierar över tid trots att inga betydelsefulla regelförändringar har genomförts. En långsiktig inriktning med ut hållighet i styrningen, hela vägen från regeringen till den lokala handläggningsverksamheten inom

Försäkringskassan, bedöms nödvändig för att det ska vara möjligt att uppnå den politiska ambitionen om en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro.

#### *Fortsatt hög personalomsättning och sjukfrånvaro på Försäkringskassan*

Försäkringskassans personalomsättning är fortsatt hög och har ökat något sedan föregående år till 12 procent i genomsnitt. Personalomsättningen varierar inom olika delar av organisationen och den är högst på avdelningen för sjukförsäkring (14,8 procent). Bland dessa medarbetare upplevs arbetsbelastningen som hög.

Den totala interna sjukfrånvaron på Försäkringskassan är fortsatt hög, men har minskat och ligger 2018 på 5,8 procent, vilket är att jämföra med 2017 då den var 6,1 procent. Sjukfrånvaron är nästan dubbelt så hög hos kvinnor jämfört med män (6,6 procent för kvinnor och 3,5 procent för män). Den vanligaste orsaken till sjukskrivningar är psykisk ohälsa.

#### *Försäkringskassans arbete för ökad jämställdhet*

Försäkringskassan bedriver ett jämställdhetsarbete i enlighet med regeringens satsning på jämställdhetsintegrering i myndigheter (JiM). Myndigheten har haft en handlingsplan för perioden 2015–2018. Målen för arbetet är att motverka osakliga könsskillnader i handläggning, beslut och bemötande, främja ett jämställt nyttjande av socialförsäkringen samt bidra till att motverka mäns våld mot kvinnor. Under 2018 har perspektiven jämställdhet och mäns våld mot kvinnor integrerats i hög utsträckning i vägledning, handläggningsprocesser och försäkringsutbildningar inom de förmåner som myndigheten bedömt prioriterade. Utbildningar om jämställdhet och om att motverka mäns våld mot kvinnor har genomförts och 85 procent av medarbetarna inom försäkringsavdelningarna har angett att de i ganska eller mycket hög utsträckning vet vad ett jämställdhetsperspektiv i handläggningen innebär. Ungefär en tiondel av handläggarna inom sjukförsäkringen svarar att de ställer frågor om våld i de flesta eller ungefär hälften av sina ärenden.

#### *Särskilda insatser för unga med aktivitetsersättning*

Från och med februari 2017 är det möjligt att studera under sex månader med bibehållen aktivitetsersättning (prop. 2016/2017:1) Försäkringskassans uppföljning (S2019/00827/SF) visar att förändringen har lett till att flera personer med

aktivitetsersättning har börjat studera. Under de sista 20 månaderna före regelförändringen studerade 500 personer med vilande aktivitetsersättning. Under reformens första 20 månader studerade 1150 personer. En annan förändring som infördes samtidigt var att hel sjukersättning kan beviljas från 19 år för de försäkrade som inte bedöms kunna utveckla arbetsförmåga. Reformen syftade till att öka tryggheten för dessa försäkrade, vilket enligt Försäkringskassan har uppnåtts.

Förändringarna har också haft i syfte att renodla aktivitetsersättningen så att det blir tydligare vilka unga som faktiskt kan förväntas behöva aktiva insatser från Försäkringskassan. Enligt Försäkringskassans uppföljning har en renodling uppnåtts dels genom att de ungdomar som står längst från arbetsmarknaden kan få sjukersättning, dels genom att de som står närmast arbetsmarknaden i dag får avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning. De sistnämnda bedöms ha för god arbetsförmåga och blir därmed hänvisade till Arbetsförmedlingen i stället för att få aktivitetsersättning. De ökande antalet avslag beror i sin tur på att Försäkringskassan har infört nya handläggningsrutiner till följd av rättsliga granskningar.

#### *Samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för individens återgång i arbete*

Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen syftar till att öka kvinnors och mäns förutsättningar att utveckla eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna komma i arbete eller studier. Samarbetet bedrivs enligt gemensamma regleringsbrevsuppdrag och finansieras med medel inom utgiftsområde 10, anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.

För 2018 tilldelades myndigheterna 691 miljoner kronor för denna samverkan, varav 664 miljoner kronor har använts. Av de förbrukade medlen avser 357 miljoner kronor Arbetsförmedlingens förvaltningskostnader, 91 miljoner kronor Arbetsförmedlingens programkostnader och 216 miljoner kronor Försäkringskassans förvaltningskostnader. Att samtliga medel inte har använts förklaras av Arbetsförmedlingens minskade kostnader för köp av rehabiliteringstjänster, vilket till största delen beror på att ett nytt avtal för tjänsten "Introduktion till arbete" inte kunnat tecknas under 2018 med anledning av överklagande från leverantörer.

Samarbetet består av dels förstärkta insatser i form av gemensam kartläggning och aktiva insatser för personer som är i sjukförsäkringen, dels stöd till personer i övergången från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden.

Under 2018 har 8 306 gemensamma kartläggningar genomförts, jämfört med 10 010 gemensamma kartläggningar 2017. Under 2018 var 61 procent av deltagarna kvinnor och 39 procent var män. Av deltagarna hade 74 procent sjukpenning, 18 procent aktivitetsersättning och sex procent aktualiserades via Arbetsförmedlingen och hade t.ex. arbetslöshetsersättning eller aktivitetsstöd.

I genomsnitt genomfördes 2018 gemensam kartläggning dag 823 i sjukfallet, jämfört med dag 719 i sjukfallet 2017. För personer med aktivitetsersättning genomfördes 2018 gemensam kartläggning när personer i genomsnitt hade haft aktivitetsersättning i 1 597 dagar, jämfört med 1 391 dagar 2017.

Antalet personer som under 2018 aktualiserades för aktiva insatser var 8 092, jämfört med 10 301 personer 2017. Av de 5 112 personer som under 2018 lämnade samarbetet efter insats har 58 procent uppnått arbetsförmåga och lämnat sjukförsäkringen, jämfört med 60 procent 2017. Dessa personer är då i arbete, utbildning, inskrivna i arbetsmarknadspolitiskt program eller öppet arbetslösa. Myndigheternas mål att andelen som återfår arbetsförmågan och kan återgå i arbete ska öka har således inte uppnåtts vad gäller personer med sjukpenning. Däremot ökade andelen som lämnade sjukförsäkringen för personer med aktivitetsersättning (62 procent 2018 jämfört med 60 procent 2017).

Myndigheternas mål att förkorta tiden i sjukförsäkringen har inte heller uppnåtts, eftersom den genomsnittliga sjukfallslängden för deltagande individer har ökat under 2018. I genomsnitt hade de som avslutade en insats i december 2018 varit sjukskrivna i 1 285 dagar, jämfört med december 2017 då deltagarna i genomsnitt varit sjukskrivna i 1 024 dagar. För individer med aktivitetsersättning var det genomsnittliga antalet dagar 1 949 i december 2018 jämfört med 1 826 dagar i december 2017.

Myndigheterna har gjort en särskild analys för att få ökad kunskap om orsakerna bakom resultaten av myndigheternas insatser (Socialförsäkringsrapport 2018:11). Resultaten visar att det utifrån individegenskaper inte i förväg går att identifiera de individer som har bäst förutsättningar att nå ett lyckat resultat. Enligt

myndigheterna talar resultaten för att inte välja bort individer som varit borta från arbetsmarknaden under lång tid och/eller har en låg aktivitetsnivå.

Sammanfattningsvis anser myndigheterna att det är en stor och viktig utmaning att öka antalet personer som får ta del av gemensam kartläggning och aktiva insatser.

I det myndighetsgemensamma uppdraget ingår också att skapa goda förutsättningar i övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre rätt till ersättning från sjukförsäkringen. För att ge personer en bättre övergång mellan sjukförsäkringen och arbetsmarknaden har myndigheterna fr.o.m. den 1 juli 2018 infört en ny mötesform benämnd omställningsmöte. Det erbjuds av Försäkringskassans handläggare när det bedöms att en person inte har fortsatt rätt till sjukpenning. Det gäller både arbetslösa och anställda som inte bedöms kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare. Omställningsmöte erbjuds även till personer som får avslag på ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning. Omställningsmöte ger individen information om vilket stöd Arbetsförmedlingen kan ge, och erbjuds och genomförs innan Försäkringskassan fattar beslut om att inte längre betala sjukpenning.

Antalet omställningsmöten har ökat under 2018. Totalt genomfördes 3 109 möten, varav 2 620 avsåg personer som inte längre fick sjukpenning, 269 avsåg personer som fick avslag på ansökan om sjukersättning och 269 avsåg personer som fick avslag på ansökan om aktivitetsersättning. Under andra halvåret 2018 genomfördes omställningsmöten i 20 procent av fallen där personer inte längre fick sjukpenning. Enligt myndigheterna bedöms därmed intentionerna i uppdraget sannolikt uppnås för dem som är sjukskrivna. Vad gäller möten för personer som får avslag på ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning konstateras att det är få sådana möten.

#### *Samordnade rehabiliteringsinsatser genom samordningsförbund*

För individer som har behov av samordnade rehabiliteringsinsatser är det möjligt för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting och kommuner att, enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, genom samordningsförbund finansiera sådana insatser så att

dessa individer uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärsarbete. Vid utgången av 2018 fanns det 83 samordningsförbund som omfattade 260 av Sveriges 290 kommuner och samtliga landsting/regioner.

De statliga medlen för samordningsförbunden uppgick för 2018 till 339 miljoner kronor, varav 335 miljoner kronor har använts. Att samtliga medel inte har använts förklaras av att samordningsförbund inte startat i den takt som förväntats under 2018, att nystartade förbund haft ett mindre medelsbehov och att en del kommuner och landsting inte har matchat den möjliga statliga medelstilledningen. Kommuner och landsting har, i enlighet med lagstiftningen, bidragit med motsvarande belopp vilket innebär att samordningsförbundens totala medel för 2018 har uppgått till 670 miljoner kronor. De medel som samordningsförbunden tilldelats har inte använts fullt ut vilket inneburit att samordningsförbundens egna kapital ökar. Nationella rådet för finansiell samordning (Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och Landsting [SKL]) arbetar för att samordningsförbundens egna kapital ska omsättas i verksamhet. Utöver de medel som samverkansparterna har bidragit med har några samordningsförbund erhållit medel från Europeiska socialfonden (ESF) för medverkan i sådana projekt. Åtta samordningsförbund är projektägare för totalt 13 projekt medan 23 samordningsförbund är medfinansierare i totalt 26 projekt (S2019/02427/SF).

Totalt har närmare 32 715 personer omfattats av de insatser som finansieras av samordningsförbunden under 2018, vilket är en ökning med cirka 15 procent jämfört med 2017. Hälften av insatserna avser rehabilitering till arbete eller studier, t.ex. individuell coachning, arbetsträning, arbetsprövning eller arbetspraktik. Drygt en fjärdedel av insatserna avser förberedande insatser som syftar till att rusta individen för arbetslivsinriktad rehabilitering. Därutöver vidtas kartlägningsinsatser och förebyggande insatser. Under 2017 avslutade cirka 9 500 personer en insats, varav 56 procent kvinnor och 44 procent män. Efter avslutad insats var det 32 procent som antingen arbetade eller studerade.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har i uppdrag att arbeta för att samordningsförbunden prioriterar att finansiera insatser för långtidssjukskrivna, unga med funktionsnedsättning och unga med aktivitetsersättning. An-

talet insatser för dessa grupper har ökat sedan 2016, men under 2018 har antalet insatser minskat jämfört med 2017. Antalet deltagare som är sjukskrivna med sjukpenning har succesivt ökat. Under 2018 deltog närmare 2 800 sjukskrivna i en samordningsförbundsfinansierad insats, varav 71 procent var kvinnor och 29 procent män. Under 2018 var det cirka 890 unga med aktivitetsersättning som deltog i samordningsförbundsfinansierade insatser, varav 53 procent var kvinnor och 47 procent män. Myndigheterna bedömer att fler individer bör få sina behov tillgodosedda genom samordnade rehabiliteringsinsatser och att sådana behov behöver identifieras tidigare i sjukfallen.

Enligt ISF:s utvärdering av samordningsförbundens organisering och verksamhet bedöms samordningsförbunden vara en viktig arena för de samverkande parterna (Samordningsförbundens organisering och verksamhet, ISF, Rapport 2019:1). ISF redovisar samtidigt några slutsatser och rekommendationer. ISF bedömer att samverkansparterna dels behöver se till att samordningsförbundens egna kapital omsätts i verksamhet, dels behöver säkerställa att det finns en långsiktig finansiering av framgångsrika insatser. Vidare bedömer ISF att det kan få konsekvenser för arbetet i samordningsförbunden när parterna har olika syn på uppdraget och olika förutsättningar att bidra med medarbetare i samordningsförbundsfinansierade insatser. ISF anser därför att det finns skäl för regeringen att se över Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens uppdrag att samverka inom rehabiliteringsområdet.

ISF:s utvärdering av effekter av samordningsförbundens verksamhet på kommunnivå visar på små skillnader (vad gäller andelen personer som har sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning, ekonomiskt bistånd, studiemedel, lämnar Arbetsförmedlingen för arbete samt unga som varken arbetar eller studerar) mellan olika kommuner beroende på om kommunerna ingår i samordningsförbund eller inte (Gör samordningsförbunden någon skillnad? ISF, Rapport 2019:4). Enligt ISF kan det bero på att de insatser som samordningsförbunden finansierar omfattar så pass få individer att effekterna inte går att mäta på kommunnivå. ISF betonar vikten av att förbättra kvaliteten i det myndighetsgemensamma rapporteringssystemet SUS (sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet) för att möjliggöra för samordningsförbund att

följa upp den verksamhet som man finansierar liksom för nationella uppföljningar och utvärderingar. Effekter för de individer som deltar i samordningsförbundens insatser kommer att redovisas i den tredje och sista delen av ISF:s utvärdering som slutredovisas i december 2021.

#### *Hälso- och sjukvårdens insatser*

Regeringen har avsatt 1,8 miljarder kronor för 2019 i överenskommelsen Insatser inom området psykisk hälsa mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (S2019/02872/FS). Merparten av medlen fördelas till landsting och kommuner för att förstärka huvudmännens insatser för att möta psykisk ohälsa. Vidare ges landstingen 500 miljoner kronor genom överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2019 i syfte att stimulera tillgången till behandlings- och rehabiliteringsinsatser för patienter med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa eller smärtproblematik (se vidare nedan). Landstingen har återrapporterat utnyttjandet av motsvande medel för 2018. Det framgår att det totala antalet behandlingar som genomfördes under det året uppgick till ca 81 000 stycken, varav ca 90 procent avsåg behandling av psykisk ohälsa. Cirka 71 procent av deltagarna var kvinnor.

Riksrevisionen har i en rapport om bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa (RiR 2018:11) granskat varför det finns kvalitetsbrister i läkarintygen och vilka hinder som läkare upplever i sin bedömning av arbetsförmågan vid sjukskrivning med psykiatriska diagnoser vid psykisk ohälsa. Granskningen visar att läkare upplever betydande svårigheter i sitt arbete med sjukskrivning. Bland annat upplever sjukskrivande läkare en osäkerhet om vilka krav som Försäkringskassan ställer inom ramen för sjukskrivningsprocessen.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras, det s.k. dialoguppdrag (S/2018/ S2018/00530/SF). Myndigheterna har identifierat ett antal utvecklingsområden bl.a. följande:

- Försäkringskassan ska både internt och externt förtydliga vilken information som normalt behövs för bedömning av rätt till sjukpenning och varför. I detta ingår bland annat att kompletterande uppgifter bara ska

efterfrågas om det är troligt att sådana finns och att de spelar roll för bedömningen som ska göras, samt att läkares bedömning av arbetsförmåga i relation till normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden inte ska efterfrågas. Begäran om komplettering ska uttryckas på ett mer ändamålsenligt sätt. Läkarintyget utvecklas så att det underlättar uppgiftslämnande. DFA-kedjans<sup>3</sup> funktion som analysmodell ska klargöras i syfte att vägleda handläggare.

- Socialstyrelsen ska i samråd med Försäkringskassan ta fram en utvecklingsplan för det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Beslutsstödet ska utvecklas i syfte att ge stöd i de bedömningar som upplevs som svåra, exempelvis vid samsjuklighet. Beslutsstödet behöver också utgå ifrån målgruppens behov och utgå ifrån bästa möjliga kunskap. Beslutsstödet övergripande principer bör ge bättre stöd gällande god kvalitet i försäkringsmedicinska underlag och bedömningar och tydligare beskriva de olika parternas roller i arbetsförmågebedömningen. Socialstyrelsen ska även främja att ett gemensamt språkbruk och en gemensam terminologi etableras och används.
- Båda myndigheterna, men framför allt Försäkringskassan, kommer tillsammans med företrädare för hälso- och sjukvården att utveckla, etablera och utvärdera principer gällande samverkan och samarbete på olika nivåer. Syftet är att ge nationell vägledning bland annat när det gäller vilka frågor som ska avhandlas på vilken nivå, men också kunna anpassas till lokala förutsättningar.

*Överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*

Sedan 2006 har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen.

Den överenskommelse som gäller för 2017–2018 (En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018, S2016/07764/SF) omfattar totalt närmare 2,9 miljarder kronor. Överenskommelsen innebär stimulansmedel för kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bl.a. om hur hälso- och sjukvården bidrar till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess, utvecklar samverkan och samarbete med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen för att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt främjar kvinnors och mäns återgång i arbete. Överenskommelsen består av ett antal villkor som landstingen ska uppfylla för att medlen ska betalas ut.

För 2018 uppfyller samtliga landsting villkoren som avser att vidareutveckla kompetenssatsning i försäkringsmedicin respektive att införa en funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården. Enligt Försäkringskassans redovisning av landstingens arbete finns det stora variationer i landstingens arbete med försäkringsmedicinsk kompetensutveckling. Försäkringskassan bedömer att landstingens övergång till ett nationellt system för kunskapsstyrning bedöms kunna bidra till att minska dessa variationer och öka stabiliteten inom kunskapsområdet försäkringsmedicin (Samlad redovisning avseende villkor 1 och 2, Försäkringskassan, 2019).

Genom överenskommelsen ges landstingen även medel för att stimulera tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienter med smärtproblematik eller lindrig och medelsvår psykisk ohälsa (se ovan avsnittet Hälso- och sjukvårdens insatser). Dessutom ges landstingen särskilda stimulansmedel för att främja patientens återgång i arbete genom utvecklade kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. Överenskommelsen består också av medel för att utveckla elektronisk informationsöverföring av läkarintyg mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Regeringen och SKL har ingått en överenskommelse för 2019 med motsvarande villkor som i överenskommelsen för 2017–2018. Överens-

<sup>3</sup> DFA-kedjan är en förkortning som beskriver den information som Försäkringskassan behöver för att bedöma en persons rätt till ersättning (Diagnos, Funktionsnedsättning, Aktivitetsbegränsning)



kommelsen för 2019 omfattar drygt 1,3 miljarder kronor.

#### *Socialstyrelsens arbete*

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2018 i uppdrag att redovisa hur myndigheten bidragit till en låg och stabil sjukfrånvaro över tid. Socialstyrelsen är en indirekt aktör i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Av återrapporteringen (S2019/00821/SF) framgår att myndigheten primärt bidrar till en låg och stabil sjukfrånvaro genom att tillgängliggöra kunskap och verktyg till hälso- och sjukvården så att de på ett effektivt och systematiskt sätt ska kunna arbeta med frågor om sjukfrånvaro. Utifrån detta lyfter Socialstyrelsen fram ett antal områden. Ett centralt verksamhetsområde är att fortsatt utveckla det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB). Under 2018 har Socialstyrelsen publicerat nya beslutsstöd för endometrios, uppdaterat beslutsstödet för epilepsi och påbörjat ett arbete med att uppdatera beslutsstöden för hudsjukdomar och bröstcancer. Socialstyrelsen har också fortsatt samarbetet med Inera om att tillämpa FMB i intygstjänsten Webcert. I slutet av 2018 hade detta gjorts i 18 landsting.

Under 2018 har Socialstyrelsen uppdaterat FMB för 53 diagnoser med information om funktions- och aktivitetsbegränsningar. Vidare har Socialstyrelsen och Inera utvecklat ett nytt stöd till läkare. En läkare som öppnar ett intyg för sjukpenning och diagnos får numera upp ett urval av ICF-kategorier för funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar.

Riksrevisionen har granskat om FMB påverkar hur läkare anger sjukskrivningsdiagnosen och hur Försäkringskassan handlägger och utreder sjukpenningärenden vid psykisk ohälsa (RiR 2018:22). Riksrevisionens granskning visar att handläggare på Försäkringskassan tolkar användbarheten av FMB på olika sätt vid samsjuklighet. Vidare anser Riksrevisionen att FMB inte alltid används på ett likformigt sätt. Riksrevisionen har också observerat att den sjukskrivande läkaren endast i drygt hälften av de ärenden där rekommendationerna i FMB överskrids anger en motivering till detta.

#### **Internationellt samarbete inom socialförsäkringen**

Att Sverige är en del av en alltmer internationelliserad värld avspeglas även i de sociala trygghets-

systemen. Ett exempel på detta är att av cirka 2,80 miljoner kvinnor och 2,88 miljoner män som var försäkrade i december 2018, var cirka 22 procent av kvinnorna och 20 procent av männen födda i ett annat land än Sverige. Av dessa var cirka 39 procent födda inom Europa. Ett annat exempel är att drygt 155 000 utlandsbosatta kvinnor och män fick svensk allmän pension under 2018. Av dessa var det 86 procent som fick utbetalning av pension till ett annat land som ingår i Europeiska unionen (EU) eller Europeiska ekonomiska samarbetsrådet (EES) eller till Schweiz.

#### *EU-arbete*

Kommissionens förslag till revidering av förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen och dess tillämpningsförfordning (EG) nr 987/2009 har fortsatt förhandlats under 2018. De föreslagna ändringarna omfattar i huvudsak fem områden av förordningen: likabehandling, åtgärder för att förebygga fel och bedrägerier, förmåner vid långvarigt vårdbehov, samordning av föräldrapenningliknande förmåner samt förmåner vid arbetslöshet. Trepartsförhandlingar inleddes i början av 2019, men kunde inte slutföras före utgången av Europaparlamentets mandatperiod.

Vid Epsco-rådets möte den 6 december 2018 nåddes en politisk överenskommelse om en rådsrekommendation om tillgång till socialt skydd för arbetstagare och egenföretagare. I rådsrekommendationen uppmuntras EU:s medlemsstater att säkerställa att arbetstagare och egenföretagare får tillgång till fullgott socialt skydd samt till information om villkoren för skyddet. Därigenom syftar rekommendationen till att bidra till genomförandet av princip 12 i den europeiska pelaren för sociala rättigheter, som uttrycker att arbetstagare oberoende av anställningsförhållandets form och varaktighet har rätt till lämplig social trygghet och att det även gäller egenföretagare vid jämförbara förhållanden.

It-systemet för ett gränsöverskridande elektroniskt informationsutbyte i socialförsäkringsärenden, Electronic Exchange of Social Security Information (EESSI), har kunnat börja användas fr.o.m. juli 2019. Systemet kommer att användas i samtliga EU- och EES-länder samt Schweiz. Det ska hjälpa socialförsäkringsinstitutioner i dessa länder att effektivare och säkrare utbyta information i enlighet med EU:s samordningsbestämmelser. I Sverige ansluts Arbetsförmedlingen, Inspektionen för arbetslöshetsförsäk-

ringen, a-kassorna, Kronofogden, Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten till systemet. Försäkringskassan samordnar införandet av EESSI i Sverige.

#### *Förhandlingar om avtal om social trygghet*

I oktober 2015 förhandlade Sverige och Filippinerna fram och undertecknade ett socialförsäkringsavtal mellan länderna. Riksdagen godkände avtalet i april 2019, något som tidigare gjorts av det filippinska parlamentet. Även med Japan har Sverige förhandlat fram ett socialförsäkringsavtal som undertecknades i april 2019. Avtalen syftar till att förstärka den sociala tryggheten för personer som rör sig mellan länderna. Detta uppnås genom att avtalen samordnar delar av de avtalslutande ländernas allmänna socialförsäkringssystem bl.a. i fråga om likabehandling, rätt till utbetalning av förmåner i det andra landet, sammanläggning av försäkringsperioder och administrativt samarbete mellan ländernas myndigheter. Företag behöver genom avtalen inte betala sociala avgifter i mer än ett av länderna. Avtalen med Filippinerna och Japan omfattar de allmänna systemen för ålders-, efterlevande- och förtidspension (för svensk del sjuk- och aktivitetsersättning i stället för förtidspension). Avtalet med Filippinerna omfattar även arbetsskadeersättning. Grundläggande i avtalen är att personer försäkras i landet där de arbetar. Undantag kan göras när en arbetstagare, eller egenföretagare, sänds ut till det andra landet för att fortsätta arbeta för sin arbetsgivares räkning där – så kallad utsändning.

Förhandlingar pågår även om socialförsäkringsavtal med Brasilien.

#### *Brexit*

Storbritanniens utträde ur EU kommer att påverka hur svenska sociala trygghetsförmåner ska samordnas i förhållande till brittiska förmåner. Utträdesprocessen pågår fortfarande, vilket har föranlett att ett flertal åtgärder har vidtagits för att förbereda för olika utfall av brexit vad avser de sociala trygghetssystemen. Eftersom risken har ökat för att Storbritannien lämnar EU utan att ha godkänt ett utträdesavtal, ett s.k. avtalslöst utträde, har nationella beredskapsåtgärder på området för social trygghet behövt vidtas. I mars 2019 antog riksdagen lagstiftning som syftar till att mildra konsekvenserna för individer på området för social trygghet när EU-gemensamma regler slutar gälla för situationer som inbegriper Storbritannien. Genom lagstiftningen kommer

bl.a. vissa svenska sociala trygghetsförmåner att under en begränsad tid kunna fortsätta betalas ut till personer bosatta i Storbritannien. Dessutom kommer Försäkringskassan under en övergångsperiod att kunna ersätta vårdkostnader för vård som genomförts i Storbritannien. Lagen innehåller även en bestämmelse som möjliggör fortsatt utbetalning av garantipension och garanti-pension till omställningspension till personer i Storbritannien, vilken ska tillämpas oavsett om utträdet sker med eller utan ett avtal.

I slutet av januari 2019 presenterade kommissionen ett förslag till beredskapsförordning i syfte att säkerställa att principerna om likabehandling, sammanläggning av perioder samt likställande av förmåner m.m., vilka återfinns i förordning 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, ska kunna tillämpas även efter Storbritanniens utträde. Förordningen antogs i mars 2019 och kommer att tillämpas i händelse av ett avtalslöst utträde.

Pensionsmyndigheten och Försäkringskassan fick 2017 i uppdrag att utreda konsekvenserna av ett brittiskt utträde och vad detta kommer att innebära för myndigheternas verksamheter samt för individer. Uppdraget slutredovisades i mars 2019.

### **3.4.3 Analys och slutsatser**

#### **Sjukfrånvaron fortsätter att minska men i lägre takt**

Sjukfrånvaron – sett till indikatorn sjukpenningtal – har under 2018 fortsatt att minska. Sjukpenningtalet uppgick i december 2018 till 9,7 vilket kan jämföras med en genomsnittlig nivå om 11,5 under perioden 2000–2017. I ett historiskt perspektiv är utvecklingen stabilare i den bemärkelsen att förändringstakten på senare tid varit relativt låg. Sjukpenningtalet minskade med 4 procent 2018, vilket kan jämföras med den genomsnittliga förändringstakten sedan 2000 som varit 12 procent. Dessutom har sjukpenningtalets absoluta nivå i princip varit oförändrad sedan augusti 2018. Dessa tecken på stabilisering ligger i linje med målet om en stabil sjukfrånvaro. Den senaste minskningen av sjukpenningtalet har till skillnad från tidigare nedgångar sammanfallit med mycket låga nivåer på nybeviljande av sjukersättning. Antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning har därigenom fortsatt att

minska under 2018. Sett till indikatorn ohälsotal har sjukfrånvaron aldrig varit så låg som den är nu. Minskningen av ohälsotalet kommer med största sannolikhet att fortsätta, då antalet försäkrade med sjuk- och aktivitetsersättning väntas minska ytterligare. De två huvudsakliga faktorerna som avgör hur sjukfrånvaron förändras är hur många sjukfall som startar och hur långa dessa sjukfall blir. Förändringen mellan 2017 och 2018 vad avser både startade sjukfall och varaktighet har varit liten, vilket föranlett det senaste årets lägre minskningstakt.

Med detta sagt finns dock ett antal underliggande förhållanden som bör betecknas som bekymrande. Ett av dessa är de stora skillnaderna mellan kvinnor och män i sjukfrånvaro. Vid utgången av 2018 var kvinnors sjukpenningtal 89 procent högre än mäns. Denna relativa skillnad har visserligen minskat något under 2018 men kvinnors sjukfrånvaro bedöms fortfarande vara alltför hög. Detta är ett resultat av flera faktorer. Bland annat är arbetsmarknaden könssegregerad, vilket innebär att kvinnor och män möter olika arbetsförhållanden. Höga prestationskrav, lägre resurser i arbetet och höga emotionella och psykologiska krav kännetecknar de s.k. kontaktyrken där många kvinnor arbetar och där det råder en överrisk för sjukskrivning med psykiatriska diagnoser. Ytterligare en faktor som bidrar till kvinnors högre sjukskrivningar är förekomsten av dubbelarbete, dvs. kombinationen av att förvärsarbeta och samtidigt ha huvudansvaret för barn och hem.

Vidare är det problematiskt att sjukfrånvaron över tid i allt högre utsträckning kännetecknas av psykisk ohälsa. Andelen sjukfall som har en psykiatrisk diagnos har fortsatt att öka under 2018. Att dessa diagnoser leder till längre sjukskrivning är väl känt.

Bekymmersamt är det också med de bestående variationer i sjukfrånvaro som finns mellan länen, inom enskilda län och mellan vårdenheter. Skillnaderna tycks dessutom vara större för kvinnor än för män.

Mot bakgrund av ovanstående konstaterar regeringen att det finns fortsatta utmaningar. Fokus bör nu ligga på att höja förtroendet för försäkringen och fortsätta arbeta för en stabil och låg sjukfrånvaro. I det förebyggande arbetet krävs en mobilisering hos flera aktörer som kan bidra till en god hälsa och ett långsiktigt hållbart arbetsliv. Vad gäller insatser för att främja återgång i arbete krävs åtgärder av och samverkan mellan

berörda aktörer. Därigenom bör människors arbetsförmåga i större utsträckning kunna tas till vara, vilket ytterligare kan minska sjukfrånvaron.

### **Stödet till individen behöver bli bättre**

Den minskade sjukfrånvaron kan i första hand förklaras med att Försäkringskassan har intensifierat sitt arbete att stärka sjukförsäkringshandläggningen. Med denna utveckling har emellertid brister i sjukskrivningsprocessen tydliggjorts.

Förståelsen för Försäkringskassans beslut behöver öka. Individen ska förstå vad som gäller och vilket stöd som kan ges. Försäkringskassan behöver därför fortsätta att utveckla informationen till enskilda. Det är av stor vikt att myndighetens beslut är begripliga och enkla att förstå samt att formerna för att kommunicera besluten är anpassade till individens förutsättningar och behov.

Samtidigt som Försäkringskassan har fokuserat på prövningen av rätten till ersättning, har myndighetens uppdrag att samordna rehabiliteringsåtgärder inte prioriterats i samma utsträckning. Det är viktigt att individen vid behov får stöd för återgång i arbete eller omorientering till andra arbeten på arbetsmarknaden. Det finns i det avseendet fortsatta utmaningar i att rätt person ska få rätt åtgärd i tid. Försäkringskassan har också identifierat det senare som ett utvecklingsområde.

Regeringen delar ISF:s bedömning (ISF, Rapport 2017:9) att Försäkringskassan behöver utreda varje ärende i sådan omfattning att eventuella behov av rehabilitering klarläggs. Om dessa behov inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning, kan det medföra att den försäkrades möjligheter till anpassade eller nya arbetsuppgifter inte utreds omsorgsfullt före de aktuella tidpunkterna i rehabiliteringskedjan. Det kan i sin tur leda till att nödvändiga rehabiliteringsinsatser uteblir.

För att rätt åtgärder ska vidtas i rätt tid krävs insatser av och fungerande samverkan mellan de centrala aktörerna i sjukskrivningsprocessen, såsom hälso- och sjukvården, arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen behöver fortsätta att utvecklas. Som framgår av myndigheternas återrapportering har antalet individer som omfattas av myndigheternas stöd minskat under senare år. Dessutom tas initiativ sent i sjukfallet. Stödet till individen vid själva övergången

mellan myndigheterna behöver också utvecklas för att stödja individen i omställning. Det är positivt att myndigheterna har tagit initiativ till att arbeta för att i samverkan förbättra stödet till individen såväl under som efter en sjukskrivning.

Att Försäkringskassan begär kompletteringar av läkarintyg upplevs av många läkare som att Försäkringskassan ställer orimliga krav på läkarnas bedömning. Riksrevisionen har dessutom uppmärksammat svårigheterna för läkare att ange bedömningar enligt den s.k. DFA-kedjan vid psykiatriska diagnoser (RiR 2018:11). Ett bra samarbetsklimat mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är en förutsättning för en välfungerande sjukskrivningsprocess. Regeringens bedömning är att det utvecklingsarbete som Försäkringskassan och Socialstyrelsen har initierat inom ramen för dialoguppdraget på sikt kommer att bidra till en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Åtgärderna bedöms också öka den gemensamma förståelsen för Försäkringskassans behov av underlag likväl som hälso- och sjukvårdens förutsättningar att leverera nödvändiga underlag. Det arbete som pågår inom ramen för överenskommelsen med SKL om att utveckla det elektroniska informationsutbytet av medicinska underlag bör också bidra till att underlätta kommunikationen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Arbetsmarknadens parter arbete inom ramen för de sektorsvisa avsiktsförklaringarna är viktigt för att bidra till god arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro. Arbetsgivarnas förtydligade ansvar för planer för rehabilitering och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen är betydelsefull för att stärka individens ställning i rehabiliteringskedjan. Regeringen bedömer att det arbetsplatsrelaterade arbetet behöver följas upp och utvärderas för att kunna konstatera om det ger avsedd effekt.

Försäkringskassan har infört nya handlägningsrutiner och ändrat sin tillämpning avseende aktivitetsersättning, vilket bland annat har lett till att avslagen har ökat kraftigt. Kunskaperna om de individer som får avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning behöver öka. Regeringen ser det som mycket angeläget att den stärkta handläggningen kombineras med ett utvecklat stöd och insatser både för de individer som får avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning och de som beviljas ersättningen. Det samarbete som för närvarande utvecklas mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kring unga är centralt

för att ge ett gott stöd och goda förutsättningar för dessa personer att komma in på arbetsmarknaden. Försäkringskassans nya rutiner innebär att det medicinska underlaget har fått en avgörande betydelse för beslutet om ersättning (S2018/01418/SF). Mot bakgrund av att det handlar om unga människor, ofta med psykisk ohälsa och konstaterade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kan regeringen se en risk att samtliga för beslutet avgörande förhållanden inte alltid är klarlagda. Det är därför viktigt att Försäkringskassan utvecklar sina utredningar inom ramen för sin utredningsskyldighet vad gäller aktivitetsersättningsärenden.

Försäkringskassans tillämpning av gällande lagstiftning har sedan 2015 inneburit att färre personer bedöms uppfylla villkoren för att beviljas sjukersättning. Fler personer får istället sjukpenning under lång tid. Försäkrade kan få sjukpenning fram till de fyller 65 år om det inte finns något annat lämpligt arbete, t.ex. skyddat eller anpassat arbete, när arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt i normalt förekommande arbeten och rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda. De skillnader mellan villkoren för rätten till sjukpenning och sjukersättning som därmed synliggjorts har uppmärksamats av Försäkringskassan som har lämnat förslag till regeländringar för sjukersättning. Försäkringskassans huvudsakliga förslag bygger på ett utvecklat samarbete med Arbetsförmedlingen gällande möjligheterna att hitta ett lämpligt arbete. För att undvika att människor är långvarigt sjukskrivna på grund av att man inte prövat möjligheterna att klara ett annat lämpligt tillgängligt arbete är det viktigt att Försäkringskassan, inom ramen för sitt samordningsansvar, utvecklar samverkan med Arbetsförmedlingen för att ta tillvara arbetsförmåga i sådana lämpliga arbeten. Regeringen bedömer att det är angeläget att människors arbetsförmåga i möjligaste mån tas tillvara. Samtidigt behöver regelverket vara ändamålsenligt utformat så att rätt ersättning ges till rätt person.

### **Minska riskerna för rättsförluster i arbetsskadeförsäkringen**

Mer än tre fjärdedelar av ansökningarna om arbetsskadelivränta avslogs under 2018. I de allra flesta fall beror detta på att grundvillkoren i försäkringen inte var uppfyllda, dvs. att den försäkrades förmåga att skaffa sig inkomst genom

arbete måste vara nedsatt med minst en femtondel under minst ett år.

Försäkringskassan har under året vidtagit åtgärder för att handläggarna av sjukpenningärenden ska kunna lämna individuell information till sjukskrivna om arbetsskadeförsäkringen. Syftet är att den som har fått sin arbetsförmåga nedsatt på grund av en arbetsolycka eller annan skadlig inverkan av arbetet ska få stöd att ansöka om arbetsskadelivränta i rätt tid.

Det är viktigt att följa upp att de insatser som har gjorts får avsedd effekt. Detta är fallet inte minst med hänsyn till den betydande personalomsättningen inom myndigheten och att arbetsskadeförsäkringen handläggs koncentrerat vid ett mindre antal enheter, och informationen om arbetsskadeförsäkringen ska lämnas av personliga handläggare på enheter där arbetsskadeärenden normalt inte handläggs.

Skillnaden i beviljandefrekvens mellan kvinnor och män är fortsatt betydande. Inspektionen för socialförsäkringen har sedan tidigare i uppdrag att göra en jämställdhetsanalys av arbetsskadeförsäkringen.

### 3.5 Politikens inriktning

De allmänna socialförsäkringarna är en central del i den svenska välfärdsmodellen och har under lång tid bidragit till att skapa trygghet och motverka ekonomisk utsatthet.

Regeringen kan konstatera att utvecklingen av sjukfrånvaron visar vissa tecken på stabilisering. Färre sjukfall startar och sjukskrivningstiderna minskar. Samtidigt har regeringen identifierat områden där arbetet behöver utvecklas för att uppnå en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro.

I det följande redovisas de åtgärder som regeringen avser att vidta eller har vidtagit i syfte att uppnå ett långsiktigt hållbart arbetsliv och en trygg sjukförsäkring med ett starkt stöd till individen.

#### Ett långsiktigt hållbart arbetsliv

Det är centralt att ingen ska behöva bli sjuk av sitt arbete och att all ohälsa som kan förebyggas också förebyggs. I detta har arbetsmarknadens parter en viktig roll. Under förra mandatperioden åtog sig arbetsmarknadens parter att arbeta för friskare

arbetsplatser genom avsiktsförklaringar som de lämnade till regeringen. Detta är ett arbete som regeringen följer noggrant och förväntar sig resultat utifrån.

Ett hållbart arbetsliv förutsätter åtgärder som spänner över flera politikområden. Ett hållbart arbetsliv förutsätter bl.a. en god arbetsmiljö, där regeringens arbetsmiljöstrategi är en del. Det är också viktigt att det finns insatser för återgång i arbete där individen ges ett effektivt stöd tillbaka till arbete. Vidare är utbildnings- och arbetsmarknadsrelaterade åtgärder som förbättrar möjligheterna för vidareutbildning och karriärväxling av stor vikt.

Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet) har beslutat att en utredare ska biträda Utbildningsdepartementet med att ta fram förslag till åtgärder inom studiemedelsystemet för att främja omställning och vidareutbildning högre upp i åldrarna (U2019/01742/UH), se vidare utgiftsområde 15 avsnitt 3.6.4.

#### En trygg försäkring med ett starkt stöd till individen

Det är viktigt att tillämpningen av sjukförsäkringens bestämmelser om rätten till ersättning kombineras med ett bra stöd till individen i olika skeden i sjukskrivningsprocessen. Det förutsätter insatser av och samverkan mellan berörda aktörer. Försäkringskassan har genom sitt lagstadgade samordningsansvar en central roll i detta. Andra viktiga aktörer är arbetsgivare, de fackliga organisationerna, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen.

I syfte att stärka individens möjligheter till rehabilitering är arbetsgivare fr.o.m. den 1 juli 2018 skyldiga att upprätta en plan för återgång i arbete för arbetstagare som varit sjukskrivna i 30 dagar. Denna lagreglerade skyldighet att planera och genomföra rehabiliteringsåtgärder kombineras med ett utökat ekonomiskt stöd, bidrag för arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd, för insatser som bidrar till att förebygga sjukfrånvaro och öka sjukskrivna arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket ska samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Regeringen har gett ISF i uppdrag att utvärdera huruvida reformen som trädde i kraft den 1 juli 2018 bidrar till att stärka individens möjligheter

till rehabilitering och arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och därigenom bidrar till tidigare återgång i arbete och minskad sjukfrånvaro (S2019/03299/SF).

Ingen ska falla mellan olika system på grund av bristande samarbete mellan myndigheterna. Ett gemensamt uppdrag – ett nolltoleransuppdrag – har därför lämnats till Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som innebär att myndigheterna i samverkan ska ge nödvändigt stöd till individen såväl under som efter en sjukskrivning. Regeringen följer myndigheternas arbete med detta gemensamma uppdrag. Denna samverkan är en viktig del i reformeringen av Arbetsförmedlingen (se vidare utg.omr. 14). I syfte att säkerställa den ekonomiska tryggheten för de som övergår från en skyddad period med sjukpenning till att aktivt söka ett arbete har regeringen beslutat om att ändra skyddsbestämmelserna för denna grupp. För att skydda dessa personers SGI har ett skäligt rådrom införts på 25 arbetsdagar. Förordningsändringen trädde i kraft den 1 oktober 2018 (förordningen [2000:1418] om tillämpningen av vissa skyddsbestämmelser för sjukpenninggrundande inkomst).

Unga som har fått avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning är en grupp som kan behöva särskilt stöd. Knappt 300 ungdomar deltog i de omställningsmöten som ordnades av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen under 2018. Försäkringskassan har därför fått i uppdrag att utveckla informationen om och innehållet i dessa möten mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i syfte att öka stödet till unga som fått avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning.

Sjukförsäkringens bestämmelser är relativt komplicerade. Försäkrade kan vara i underläge gentemot myndigheten, såväl kunskapsmässigt som på grund av sjukdom, ålder, funktionsnedsättning eller andra faktorer. Dessa faktorer kan vara av särskild betydelse vid ärenden om t.ex. sjukpenning och aktivitetsersättning. Den enskilde som drabbas av ohälsa ska känna sig trygg med att inte gå miste om en förmån som denne har rätt till på grund av att beslutsunderlaget har varit ofullständigt. Mot denna bakgrund anser regeringen att det finns behov av att låta ISF granska hur Försäkringskassan tillämpar bestämmelserna om myndighetens utredningsskyldighet i ärenden om sjukpenning och aktivitetsersättning (S2019/03411/SF). Vad gäller aktivitetsersättning har ISF även fått ett särskilt uppdrag att analysera variationen i avslag och

nybeviljande av aktivitetsersättning (S2019/03412/SF).

De individer som ansöker om aktivitetsersättning är unga och har, förutom psykisk ohälsa, i hög grad någon typ av funktionsnedsättning. Det handlar således om en särskilt utsatt grupp människor i behov av stöd från olika myndigheter och andra aktörer, oavsett om de i slutändan beviljas aktivitetsersättning eller om ansökan avslås. Om ansvaret i alltför stor utsträckning läggs på de unga, är risken påtaglig att den som får avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning inte får del av de insatser och den ekonomiska stöd som hon eller han har rätt till, utan hamnar i passivitet. Regeringen har därför gett Försäkringskassan i uppdrag att förbättra stödet till unga som har ansökt om aktivitetsersättning på grund av arbetsoförmåga, men fått avslag på ansökan. Syftet med uppdraget är att säkerställa att ingen ung person i målgruppen hamnar mellan olika ansvarsområden utan får det stöd som behövs för att på sikt kunna arbeta eller studera (S2019/03413/SF).

Den 1 januari 2019 infördes den nya socialförsäkringsförmånen merkostnadsersättning som ersätter den tidigare handikappersättningen. Merkostnadsersättningen syftar till att ersätta merkostnader för personer med funktionsnedsättning. För att effektivisera Försäkringskassans handläggning av den nya förmånen, samt för att uppnå en nationellt enhetlig tillämpning av lagstiftningen, är det viktigt att det tydliggörs vad som utgör skäliga merkostnader i merkostnadsersättningen. Regeringen avser därför att ge Försäkringskassan i uppdrag att utarbeta ett nationellt metodstöd för bedömningen av vad som utgör en skälig merkostnad i merkostnadsersättningen. För genomförandet av uppdraget behöver Konsumentverket bistå Försäkringskassan med uppgifter om vad som utgör normala kostnader för män och kvinnor utan funktionsnedsättning, för att möjliggöra för Försäkringskassan att i handläggningen och sitt nationella metodstöd definiera vad som avses med skäliga merkostnader för individer med funktionsnedsättning. Konsumentverket tillförs medel för detta i denna proposition, se vidare avsnitt 3.7.6.

#### *Hälso- och sjukvården*

I syfte att stärka stödet till individen genom sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen föreslår regeringen att det införs en lagstadgad skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser

till sjukskrivna patienter för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet. Insatserna föreslås bestå av personligt stöd och intern samordning av insatser till den enskilda patienten inom vården och bidra till samverkan med externa aktörer såsom patientens arbetsgivare, Försäkringskassan och andra myndigheter. Regeringen föreslår också att landstingen får en skyldighet att med patientens samtycke informera Försäkringskassan om att patienten kan ha behov av insatser inom Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar. Förslaget syftar till att minska risken för att enskilda faller mellan stolarna och inte får det stöd som behövs. Förslaget bedöms bidra till att skillnaderna i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män minskar. Förslaget bedöms därför bidra till ökad ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män. Förslaget lämnas i denna proposition (se avsnitt 3.6).

Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att se över förutsättningarna för finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen. Uppdraget redovisades i november 2018 (Samspel för hälsa, SOU 2018:80). Betänkandet har remissbehandlats och bereds i Regeringskansliet. För att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen bedömer regeringen att det finns behov av en överenskommelse med SKL för 2020 avseende insatser som ska bidra till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Socialstyrelsen ansvarar för det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB). FMB ger stöd såväl till läkare som Försäkringskassan i en sjukskrivningssituation. Det är viktigt att FMB fortsatt uppdateras och utvecklas. Regeringen avser därför att tillföra Socialstyrelsen en permanent förstärkning om 4 miljoner kronor för detta arbete (se avsnitt 3.7.6).

För att möta utmaningarna med psykisk ohälsa hos befolkningen har regeringen avsatt cirka 1,8 miljarder kronor i en överenskommelse med SKL för att förstärka landstings och kommuners insatser avseende psykisk ohälsa. Se vidare utgiftsområde 9, avsnitt 4 Folkhälsopolitik. Regeringen har även gett utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) ett tilläggsuppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare

ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt (dir. 2019:49).

#### *Samverkan*

Regeringen har gett ISF i uppdrag att utvärdera samordningsförbundens verksamhet. ISF har redovisat två av utvärderingens tre delar och lämnat ett antal rekommendationer till regeringen. Dessa bereds i Regeringskansliet. ISF bedömer att samordningsförbundens insatser gör skillnad för att stödja människor tillbaka till hälsa och arbete. Regeringen vill betona vikten av att Försäkringskassan arbetar aktivt för att genom samordningsförbunden ge stöd åt långtidssjukskrivna, unga med funktionsnedsättning och unga med aktivitetsersättning.

Strukturer för samverkan kan vara komplicerade och svåröverskådliga för individen. Regeringen har därför tillsatt en nationell samordnare (S 2018:06) för att, med individens och samhällets bästa i fokus, främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Målet är att samordnaren ska bidra till att motverka de problem som kan uppstå till följd av att ansvaret för att ge stöd till individen är uppdelat på flera aktörer. Uppdraget har delrapporterats den 7 maj 2019 och ska slutredovisas senast den 30 april 2020.

#### **Översyn av regelverket**

Regeringen har vidtagit åtgärder i syfte att säkerställa att villkoren i sjukförsäkringen och regelverket har en ändamålsenlig utformning. Centralt för regeringens arbete har varit att skapa förutsättningar för att sjukförsäkringen ska vara och upplevas som trygg. Mot bakgrund av det har regeringen utsett en särskild utredare med uppdraget att analysera och, om det bedöms nödvändigt, lämna förslag som rör sjukpenningen (dir. 2018:26). Syftet med uppdraget är att säkerställa en mer ändamålsenlig och rättssäker sjukförsäkring. Utredaren ska bl.a. analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete vid bedömningen av rätten till sjukpenning och vad som ska utgöra särskilda skäl för att skjuta upp prövningen av arbetsförmågan mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Utredaren ska slutrapportera uppdraget senast den 31 januari 2020.

Försäkringskassans tillämpning av nuvarande regelverk har inneburit att fler personer uppbär

sjukpenning under lång tid istället för att beviljas sjukersättning. Försäkringskassans huvudsakliga förslag om sjukersättning i skrivelsen Framställning om ändring i socialförsäkringsbalken (S2017/06851/SF) innebär att en bedömning avseende huruvida det är möjligt att inom en rimlig framtid ordna ett lämpligt arbete i enskilda fall blir avgörande för rätten till sjukersättning. Regeringen bedömer att förslaget inte kan genomföras, särskilt med hänsyn till kraven på likformighet och förutsägbarhet för den försäkrade.

Regeringen anser att det är angeläget att både människors arbetsförmåga i möjligaste mån tas tillvara och att regelverket är ändamålsenligt utformat så att rätt ersättning ges till rätt person. Gränsdragningen för vilka sjukskrivna som fortsätter med sjukpenning och vilka som beviljas sjukersättning beror både av regelverket i sjukpenningen och sjukersättningen. Försäkringskassan har i olika sammanhang påpekat att utformningen av regelverket för sjukersättning gör att individer riskerar att bli fast i långa sjukskrivningar trots att de sannolikt inte kommer återfå arbetsförmåga. Regeringen inväntar utredningen En trygg sjukförsäkring med människan i centrum (dir. 2018:26) slutbetänkande. För att regelverket ska fungera så väl som möjligt för de enskilda sjukskrivna anser regeringen att Försäkringskassan, inom ramen för sitt samordningsansvar, bör utveckla samverkan med Arbetsförmedlingen för att så långt möjligt ta tillvara arbetsförmåga i även lämpliga arbeten som inte är normalt förekommande.

### **Internationellt samarbete inom socialförsäkringen**

Regeringen verkar för att revidera EU:s samordningsbestämmelser, förordning (EG) 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, i syfte att utveckla och modernisera regelverket i takt med samhällsutvecklingen samt för att passa medlemsstaternas olika sociala trygghetssystem. I detta arbete är utgångspunkten att samordningsbestämmelserna är en förutsättning för att den fria rörligheten ska fungera inom Europeiska unionen. Regeringen anser att samordningsbestämmelserna ska vara effektiva och inte utgöra hinder för den fria rörligheten för personer. Omotiverade administrativa kostnader för tillämpande institutioner liksom att ytterligare

svenska förmåner kan betalas ut vid bosättning i andra medlemsstater bör undvikas. EU-fördragen, samordningsbestämmelsernas grundprinciper liksom den nationella kompetensen ska värnas. Bestämmelserna ska i sig inte syfta till en harmonisering av medlemsstaternas olika sociala trygghetssystem. Regelverket ska ge uttryck för en skälig och rättvis ansvars- och kostnadsfördelning mellan medlemsstaterna, samtidigt som den enskildes behov av social trygghet värnas.

Arbets- och migrationsmönstren ändras även i förhållande till länder utanför EU/EES. Regeringen anser därför att Sverige fortlöpande ska fortsätta utvärdera behovet av att ingå bilaterala socialförsäkringsavtal med länder utanför EU/EES för att ytterligare stärka svensk konkurrenskraft. Regeringen verkar också för att inleda avtalsförhandlingar med Brasilien ska slutföras och att det undertecknade socialförsäkringsavtalet med Japan ska träda i kraft.

Storbritanniens utträde ur EU omgärdas fortfarande av stor osäkerhet. Regeringen har i propositionen Åtgärder för att mildra konsekvenserna på det sociala området med anledning av brexit (2018/19:53) vidtagit ett flertal åtgärder som syftar till att skydda individers rätt till svenska sociala trygghetsförmåner även efter ett utträde. Givet den osäkerhet som råder i utträdesprocessen avser regeringen fortsätta verka för att mildra konsekvenserna för de individer som kan komma att drabbas av utträdet och detta oavsett om utträdet sker med eller utan ett godkänt utträdesavtal.

Den ökade rörligheten till och från Sverige påverkar även de svenska socialförsäkringsystemen. För att kunna utveckla långsiktiga och hållbara regelverk fordras att de behov som uppstår av den ökade rörligheten kan identifieras. Det är därför viktigt med väl utvecklade statistikuppgifter. Försäkringskassan behöver av denna anledning fortsätta att utveckla och förbättra statistikfångsten inom det internationella området.



### 3.6 Förslag om koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter

#### 3.6.1 Ärendet och dess beredning

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

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

#### Lagrådet

Regeringen beslutade den 30 augusti 2018 att hämta in Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 1, avsnitt 4*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 1, avsnitt 5*. Lagrådets synpunkter behandlas i *avsnitt 3.6.3* och i författningskommentaren. Regeringen har följt Lagrådets

synpunkter. I förhållande till lagrådsremissen har det även gjorts ändringar som innebär att begreppet landsting genomgående ersatts med region, detta med anledning av propositionen En ny beteckning för kommuner på regional nivå och vissa frågor om regionindelning (prop. 2018/19:162). I den propositionen föreslås att beteckningen för kommuner på regional nivå ska ändras från landsting till region. De ändringarna är dock författningstekniskt och även i övrigt av sådan beskaffenhet att Lagrådets hörande skulle sakna betydelse. Lagrådets yttrande har därför inte inhämtats i den delen. Därutöver har vissa språkliga och redaktionella ändringar gjorts.

#### 3.6.2 Bakgrund

##### Rehabiliteringskoordinatorer inom hälso- och sjukvården

I en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) från december 2016 enades regeringen och SKL om medel för fem insatsområden för att bidra till en kvalitets-säker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess åren 2017 och 2018. Ett av insatsområdena är att utveckla en funktion för koordinering i syfte dels att patienter ska få ett tidigt, individuellt stöd i hälso- och sjukvården och dels att möjliggöra en god samverkan kring patienten mellan olika delar av vården och externa aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen. I överenskommelsen anges att landstingen senast vid utgången av 2018 ska säkerställa att en sådan funktion för koordinering finns i alla delar av primärvården där sjukskrivning förekommer och att införande av funktionen påbörjats i andra delar av verksamheten där det behövs. I en ny överenskommelse mellan SKL och regeringen i december 2018 fick landstingen fortsatt stimulansmedel i syfte att säkerställa att funktionen för koordinering upprätthålls och att funktionen ges den kompetensutveckling som krävs.

De första formerna av koordineringsfunktionen utvecklades i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet, och samtliga landsting har i dag någon form av koordineringsfunktion. De som arbetar med koordineringsfunktionen kallas ofta för rehabiliteringskoordinatorer.

I en rapport från april 2018 om en studie som gjorts i Stockholms läns landsting (Lägre sjuk-

skrivning med rehabkoordinator) redovisas att stöd av en rehabiliteringskoordinator hade positiv effekt på sjukskrivning för vissa patientgrupper men inte för alla. Koordinatorsstödet hade positiv effekt för patienter som tidigare hade varit sjukskrivna med diagnoser inom lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta men ingen effekt för patienter med en kombination av diagnoser inom både psykisk ohälsa och långvarig smärta. Koordineringsfunktionen hade inte heller någon effekt på sjukskrivning för patienter som hade låg sjukskrivningsgrad eller ingen tidigare sjukskrivning och låg tidigare vårdkonsumtion. Denna grupp klarade sin arbetsåtergång utan stöd av en koordinator. I rapporten redovisas också att patienterna var nöjda med stödet och att de upplevde en förbättrad livskvalitet, och de uppgav att de framför allt fick hjälp med kunskaper om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, stöd med att sätta upp mål och plan för återgång samt hjälp med kontakter. Vidare framgår att läkarna såg koordinatören som en uppskattad resurs och kompetensförstärkning, och att läkarna ansåg att patienter med en rehabiliteringskoordinator följde ordinerad vård och rehabilitering bättre. Det följer vidare av rapporten att arbetsgivarna ansåg att koordineringsfunktionen bl.a. underlättade kommunikation och planering och förståelsen av den medicinska bilden.

Flera landsting har anfört att de ser att patienter får ett stöd som de behöver av rehabiliteringskoordinatorerna, att läkares och annan vårdpersonals arbete med sjukskrivning och rehabilitering underlättas och att externa aktörer får en kontaktväg in i vården genom koordineringsfunktionen. Några landsting har uppgett att de ser ett samband mellan kontakter med arbetsgivare och lägre sjukskrivningsgrad, och att antalet sjukskrivna patienter minskar på vårdcentraler med en rehabiliteringskoordinator.

### Nuvarande regelverk

#### *Vad menas med rehabilitering?*

Rehabilitering är ett begrepp som ofta används i samband med sjukskrivningsprocessen. Ordet har olika betydelse i olika sammanhang, beroende på vilken aktör man talar om. Rehabilitering syftar oftast på återanpassning till ett normalt liv för sjuka och för personer med funktionsnedsättning. Man brukar framför allt prata om medicinsk

rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering och social rehabilitering.

Rehabilitering regleras med något olika innebörd, i bl.a. socialförsäkringsbalken, förkortad SFB, hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, arbetsmiljölagen (1977:1160), förkortad AML, och förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

#### *Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken*

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 förvärvsarbete (arbetslivsinriktad rehabilitering). Den som är bosatt i Sverige eller arbetar här är försäkrad för förmånen rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken (5 kap. 9 § 7 och 6 kap. 6 § 4 SFB). Som huvudregel anses en person vara bosatt i Sverige om han eller hon har sin egentliga hemvist här i landet, och med arbete i Sverige avses som huvudregel förvärvsarbete i verksamhet i Sverige (5 kap. 2 § och 6 kap. 2 § SFB). En försäkrad har rätt till rehabiliteringsåtgärder enligt bestämmelserna i 30 kap. SFB, och åtgärderna ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov (30 kap. 2 och 3 §§ SFB). Vilka rehabiliteringsåtgärder som omfattas får bedömas i varje enskilt fall (prop. 2008/09:200 s. 453).

#### *Rehabilitering enligt HSL*

Bestämmelser om rehabilitering infördes i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 1993 och regleras numera i 8 kap. 7 § första stycket HSL. Enligt förarbetena till den ursprungliga bestämmelsen hörde rehabilitering redan tidigare samman med hälso- och sjukvården, men för att undanröja varje osäkerhet om det fastslogs ansvaret i lagen. Med rehabilitering avses att vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada eller sjukdom genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. Rehabilitering, liksom habilitering, beskrivs som målinriktade processer som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras (prop. 1992/93:159 s. 200).

*Försäkringskassans ansvar för rehabilitering*

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

Försäkringskassan har ett generellt ansvar för att se till att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Av förarbetena till bestämmelserna följer att Försäkringskassan vid behov ska se till att nödvändiga utredningar och undersökningar görs, under hänsynstagande till andra rehabiliteringsansvarigas åligganden. Myndigheten får hjälp bl.a. av de signaler som kan finnas i medicinska utlåtanden om den försäkrades arbetsförmåga. Enligt förarbetena är det vidare av vikt att Försäkringskassan i varje sjukskrivningsärende uppmärksammar frågan om en eventuell rehabilitering, och verkar för att de åtgärder som behövs snarast vidtas. Den administrativa samordningsfunktionen kommer till uttryck bl.a. genom att olika utredningar samlas hos Försäkringskassan, som ska ta initiativ till att följa upp olika åtgärder under processen. Försäkringskassan ska också se till att insatserna påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt. Det kräver att myndigheten följer rehabiliteringsärendena kontinuerligt för att undvika att någon hamnar utanför verksamheten. Försäkringskassans rehabiliteringsarbete gäller alla olika åtgärder som är lämpliga i rehabiliteringssyfte i långa sjukdomsfall (prop. 1990/91:141 s. 90 f.).

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

säkrade och inriktas på att rehabiliteringsbehov upptäcks tidigt och att initiativ till behövliga rehabiliteringsinsatser tas. I rehabiliteringsprocessen ska väsentliga inslag vara att försäkrade med behov av rehabilitering uppmärksammas, att behoven av åtgärder klarläggs och att den försäkrade motiveras att delta i rehabiliteringen. I vissa fall (när den försäkrade har rätt till rehabiliteringsersättning) ska även en rehabiliteringsplan upprättas. Försäkringskassan ska följa upp planen och se till att nödvändiga Anpassningar görs vid behov. I propositionen anges att det också ingår i samordningsansvaret att stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och att verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen.

Rehabiliteringsprocessen kan påbörjas så tidigt som det anses lämpligt och möjligt, oberoende av tidsgränser för utredningar (prop. 1990/91:141 s. 49 f.) I propositionen anges att Försäkringskassan ska ha en sammanhållande funktion i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan fick en mer aktiv och offensiv roll genom ett mer aktivt rehabiliteringsarbete med arbetsplatsen som bas och med rehabiliteringsersättningen som verkamt hjälpmedel. Det uttalas att myndigheten därigenom kunde återta uppgiften som ombud för den försäkrade. Försäkringskassan ska, enligt samma proposition, genom nära kontakter med olika funktioner på arbetsplatsen medverka till att arbetsplatsens resurser mobiliseras och sätts in i arbetet för att minska sjukfrånvaron (s. 37).

*Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*

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

behövs för att behovet av rehabilitering ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Arbetsgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering.

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

Enligt 3 kap. 2 a § AML ska arbetsgivaren se till att det finns arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för att fullgöra uppgifterna enligt AML och enligt 30 kap. SFB. Arbetsgivaren ska vidare se till att det finns företagshälsovård i den utsträckning som arbetsförhållandena kräver (3 kap. 2 c § AML). Företagshälsovården ska bl.a. ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Företagshälsovården ska vara arbetsgivarens oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering.

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

År 2007 avskaffades arbetsgivarens skyldighet att genomföra rehabiliteringsutredningar. Rege-

ringen ansåg att reglerna om att Försäkringskassan snarast i samråd med den försäkrade ska se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs var tillräckliga. Det konstaterades i förarbetena att möjligheten att komma tillbaka till arbetslivet måste öka genom aktiva och snabba insatser, och att det därför är av största vikt att se till att de som är i behov av sådant stöd får tillgång till det. För att det ska kunna komma till stånd krävs enligt propositionen ett klarläggande av vilka insatser som den enskilde individen är i behov av, och det måste göras av någon som har tillräcklig kompetens för att kunna bedöma en inte sällan komplex problembild. Samtidigt anfördes i propositionen att det är viktigt att varje aktör som utgör en del av rehabiliteringsprocessen gör det som denne är bäst lämpad för. Regeringen ansåg därför att reglerna om att arbetsgivaren ska göra en rehabiliteringsutredning inte var ändamålsenliga, och att arbetsgivare oftast saknar den kompetens som behövs för att ta ställning till vad som bör göras i olika fall. Mot bakgrund av det ansåg regeringen att bestämmelserna om arbetsgivarens ansvar att göra rehabiliteringsutredningar skulle avskaffas, vilket också skedde (prop. 2006/07:59 s. 20).

#### *Landstings och kommuners ansvar för hälso- och sjukvård och rehabilitering*

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

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (utom tandvård). Även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna räknas som hälso- och sjukvård. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Dessa mål utgör riktlinjer för utvecklingen av hälso- och sjukvården (prop. 1981/82:97 s. 17). Hälso- och sjukvården ska enligt 3 kap. 2 § HSL även arbeta för att förebygga ohälsa. Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget och den som är kvarskrivnen enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget (8 kap. 1 § HSL). Från och med den 1 januari 2019 avses den som

har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) i stället för den som är kvarskrivnen.

Enligt 8 kap. 7 § första stycket HSL ska landstinget erbjuda bl.a. rehabilitering till den som enligt 8 kap. 1 § HSL ska erbjudas en god hälso- och sjukvård. Kommunen ska enligt 12 kap. 5 § första stycket HSL erbjuda rehabilitering i samband med hälso- och sjukvård till den som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt 8 kap. 7 § andra stycket samma lag innebär rehabiliteringsansvaret inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Bland annat avses arbetsgivarens och Försäkringskassans ansvar för rehabilitering (prop. 1992/93:159 s. 202).

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

#### *Vad är hälso- och sjukvård?*

Hälso- och sjukvård definieras i 2 kap. 1 § HSL som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Definitionen infördes i den förra hälso- och sjukvårdslagen från 1982. I propositionen till den lagen konstaterades att sjukvård länge varit en obligatorisk uppgift för landstingen, och att sjukvård beskrivits som ”en såväl öppen som slutna vård för sjukdom, kroppsfel och barns börd” i sjukvårdslagen (sjukvårdslagen [1962:242]) som föregick hälso- och sjukvårdslagarna. Innebörden av det som i propositionen beskrevs som renodlad sjukvård ansågs ha en enhetlig betydelse i praxis och skulle inte förändras (prop. 1981/82:97 s. 111). Socialutskottet betonade vid sin behandling av propositionen att ordet medicinskt inte är avsett att begränsa omfattningen av begreppet hälso- och sjukvård utan har tillkommit i lagtexten för att undvika en alltför vid tolkning av begreppet. Utskottet anförde att hälso- och sjukvård ska omfatta sådan verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med viss annan personal. Det behövdes därför inget förtydligande i lagen för att undvika att faktorer utanför det medicinska området som kan påverka hälsan inte skulle uppmärksammas. Utskottet yttrade vidare att det måste förutsättas att insatser företas av många andra samhällsorgan som kan medverka till ett

bättre hälsotillstånd hos befolkningen, och det framhölls att hälso- och sjukvården bör främja människors hälsa i samverkan med dessa andra organ (bet. 1981/82: SoU51 s. 10).

I den tidigare hälso- och sjukvårdslagen tillfördes ett nytt begrepp vid sidan av sjukvård, nämligen hälsovård. I propositionen betonades vikten av att hälso- och sjukvården inte enbart ska arbeta med sjukvård, dvs. att medicinskt ta hand om sjukdomar och skador, utan också använda sina kunskaper för hälsovårdande uppgifter (prop. 1981/82:97 s. 18 och 110 f.). Hälsovård handlar till stor del om förebyggande åtgärder och en helhetsyn på den enskilda individen. Behovet av samverkan mellan landstingen och företagshälsovården framhölls i förarbetena, men samtidigt betonades svårigheterna med att dra gränser mellan hälsovårdens förebyggande arbete och andra verksamheters ansvar (s. 41). Bland annat nämndes företagshälsovårdens uppgifter som ett område där det kan vara svårt att dra gränser för respektive verksamhets ansvar. I propositionen angavs skillnaderna mellan yrkesmedicin och företagshälsovård som vägledande för gränsdragningen i det fallet. Yrkesmedicinen skulle inte ersätta företagshälsovården, utan komplettera den med medicinskt kunnande på hälso- och sjukvårdsområdet. En av yrkesmedicinens uppgifter angavs vara att fungera som stöd och kvalificerat komplement till företagshälsovården (s. 45).

I prop. 1996/97:60 (s. 7) där regeringen bl.a. redovisade sina bedömningar i fråga om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, anfördes angående avgränsningen av hälso- och sjukvårdens ansvar bl.a. följande. Det är angeläget att hälso- och sjukvården är lättillgänglig för den enskilda människan som inte känner sig frisk eller befarar sjukdom, men det är inte ovanligt att sjukvården blir en yttersta hjälpstation för människor som lider av problem som varken kan eller bör lösas med medicinsk vård eller behandling. Hälso- och sjukvårdens ansvar bör enligt propositionen avgränsas till sådana åtgärder som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens, vilket inte innebär en strikt avgränsning av ansvarsområdet. Det betonades att det länge varit naturligt inom delar av vården att arbeta i team med bl.a. socionomer och psykologer, och att det vidgade sjukdomsbegreppet har medfört behov av att kunna erbjuda en kombinerad medicinsk och psykosocial behandling. Det anfördes att det också bör ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar att

hänvisa till det organ som har kompetens och resurser att ge rätt stöd. Därför behövde samarbetet utvecklas, i synnerhet mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och försäkringskassa.

#### *Målet för hälso- och sjukvården*

Målet för hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 § HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Målet om en god hälsa för hela befolkningen lagreglerades genom den förra hälso- och sjukvårdslagen. I förarbetena uttalades att större uppmärksamhet borde ges åt sådana kvaliteter som frånvaro av stress i arbetslivet, meningsfull fritid och allmänt fysiskt och psykiskt välbefinnande, och att en sådan vidare innebörd av hälsobegreppet är en viktig utgångspunkt för bedömningarna av befolkningens behov och hälso- och sjukvårdsverksamhetens inriktning (prop. 1981/82:97 s. 112 f.). Att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilda individen förutsätter också, enligt förarbetena, allmänt förebyggande insatser, och samtidigt betonas den enskilda individens eget ansvar för sin hälsa, behovet av insatser från andra samhällsorgan, och vårdens samverkan med dessa (s. 27). Regeringen konstaterar i prop. 1996/97:60 (s. 16 f.) att en helhetssyn på sjukdom kommit att bli den alltmer dominerande, från att tidigare ha varit begränsat till ett medicinskt synsätt. Ohälsa konstateras sedan vara ett vidare begrepp än sjukdom, och utgångspunkten för regeringens överväganden när det gäller prioriteringar inom hälso- och sjukvården är att hälsobegreppet inrymmer inte bara medicinska utan också sociala, psykologiska och andra faktorer.

#### *Krav på en god hälso- och sjukvård*

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Enligt förarbetena är det därutöver angeläget att en helhetssyn anläggs på patientens förhållanden, såsom den sociala situationen och arbetsförhållandena. En sådan helhetssyn på patienten bör påverka såväl personalens handlande som verksamhetsorganisationen (prop. 1981/82:97 s. 56 f., prop. 2016/17:43 s. 94 och 132).

#### *Samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvården*

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

Inom hälso- och sjukvården finns ett antal funktioner och uppgifter som har till syfte att samordna insatser, bl.a. fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och individuell plan. Dessa funktioner är enligt förarbetena till patientlagen (2014:821) viktiga för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (prop. 2013/14:106 s. 99).

Enligt 6 kap. 1 § patientlagen ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Patienten ska enligt förarbetena få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Syftet med bestämmelsen är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet. Patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten ska tillgodoses så långt det är möjligt. Beroende på vilka medicinska och övriga behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också vara en mer administrativ funktion som samordnar patientens vård. En fast vårdkontakt bör enligt förarbetena kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan. Funktionen är tänkt att fungera som en intern samordnare av vårdens insatser för patienten, men också som ett stöd för patienten i externa kontakter (prop. 2013/14:106 s. 99).

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

Enligt 6 kap. 3 § patientlagen ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska enligt förarbetena svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas (prop. 2013/14:106 s. 100).

I betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) finns förslag om ett förtydligande om möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården. Förslagen bereds i Regeringskansliet.

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

Flera samordningsinsatser som inte är författningsreglerade har utvecklats i praktiken inom hälso- och sjukvården eller genom överenskommelser mellan staten och SKL. Genom den överenskommelse som kallas patientmiljarden ska landstingen stimuleras att erbjuda patientkontrakt, i första hand till patienter med omfattande och komplexa vårdbehov (S2017/07321/FS). Med patientkontrakt avses en sammanhållen plan över en patients samtliga vårdkontakter och vårdplaner i syfte att ge överblick över planerade insatser och bidra till mer effektiva arbetssätt. Genom en annan

överenskommelse har det som kallas Min vårdplan utvecklats inom cancervården. Det ska vara ett verktyg för att förverkliga den nationella cancerstrategin.

#### *Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering*

Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering framgår av förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. Arbetslivsinriktad rehabilitering och verksamhet för unga med funktionshinder är olika former av arbetsmarknadspolitisk verksamhet enligt 5 § i förordningen. Enligt 11 § innebär arbetslivsinriktad rehabilitering att den som är i behov av särskilt stöd erbjuds utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. I enlighet med 12 § andra stycket i förordningen samverkar Arbetsförmedlingen med Försäkringskassan för att öka möjligheterna till egen försörjning genom förvärvsarbete för den som får aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken. Av 14 § förordningen (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen framgår att Arbetsförmedlingen särskilt ska samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Arbetsförmedlingen ska i samma syfte samverka med Försäkringskassan, kommun och landsting enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (se avsnitt 4.3.7).

#### *Kommunens socialtjänst ansvarar för biståndsinsatser*

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

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

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

företräder patienter, brukare och anhöriga. Det ska finnas en ledningsgrupp för verksamhet med personligt ombud. Ledningsgruppen ska ha representanter för kommunen, landstingets primärvård och psykiatri, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Patient-, brukar- och anhörigorganisationer ska erbjudas att delta i ledningsgruppen.

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

I Socialstyrelsens lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2018 framgick att 253 kommuner hade verksamhet med personligt ombud under 2018. Antalet klienter var 9 517, varav 4 028 män och 5 489 kvinnor.

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

#### *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*

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



paragraf delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Finansiell samordning får enligt 1 § lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser bedrivas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och landsting för att uppnå en effektiv resursanvändning. Insatserna ska avse individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och syfta till att dessa uppnå eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete (2 § samma lag). Verksamheten bedrivs av särskilda samordningsförbund där de samverkande parterna är medlemmar (4 §). I förarbetena till lagen gjordes bedömningen att nära 5 procent av befolkningen i arbetsför ålder kunde vara i behov av omfattande stöd från flera aktörer för att kunna arbeta, och således utgöra målgrupp för insatser enligt lagen (prop. 2002/03:132 s. 49).

Den finansiella samordningen är en frivillig form av lokal samverkan mellan de parter som nämns ovan. Enligt Försäkringskassans uppföljning av samordningsförbundens insatser (Försäkringskassans dnr 013742-2017) fanns det 82 samordningsförbund som innefattade 247 av Sveriges 290 kommuner vid slutet av 2016. Samordningsförbunden finansierar både individinriktade och strukturövergripande insatser. De individinriktade insatserna syftar till att hjälpa personer med komplex problematik att återgå till eller komma in på arbetsmarknaden. De strukturövergripande insatserna vänder sig främst till myndighetspersonal och arbetsgivare för att utbilda kring olika målgruppers behov och för att främja och utveckla samverkan. Enligt uppföljningen finansierade samordningsförbunden under 2016 totalt 1 133 olika insatser, varav 54 procent var individinriktade och 46 procent var strukturövergripande. Deltagarna i de insatser som finansierades av samordningsförbund hade generellt sett en låg utbildningsnivå och komplex problembild samt hade behövt olika former av offentlig försörjning under mer eller mindre lång tid före insatsstart. Resultatet av Försäkringskassans uppföljning av verksamheterna talar för att insatserna leder till en positiv utveckling för deltagarna.

### 3.6.3 Koordineringsinsatser – en ny skyldighet för landstingen

#### Ny lag om koordineringsinsatser

**Regeringens förslag:** Det ska införas en skyldighet i lag för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter. Koordineringsinsatserna ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för att främja patienternas återgång till eller inträde i arbetslivet. Landstingens skyldigheter ska regleras i en särskild lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

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

**Promemorians förslag och bedömning:** Överensstämmer delvis med regeringens. I promemorian föreslås att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

**Remissinstanserna:** De allra flesta av remissinstanserna, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och samtliga landsting och patientorganisationer som yttrat sig, tillstyrker eller ställer sig i huvudsak positiva till förslaget. Många remissinstanser framhåller att det arbete som rehabiliteringskoordinatorerna utför i dag fyller en viktig funktion för patienterna och vissa betonar koordinatorernas betydelse för övrig vårdpersonal och som kontaktpersoner för arbetsgivare. *Statskontoret* avstyrker förslaget och anför att hälso- och sjukvården visserligen har en viktig roll i att främja återgång i arbete, men att det finns risker för bristande enhetlighet och för ökad otydlighet i ansvarsförhållandena mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. *Statskontoret* anser också att förändringar som påverkar rehabiliteringssamordningen inte bör genomföras utan att Försäkringskassans arbete med samordningsansvaret samtidigt analyseras. Även *Mittuniversitetet* anför att det bör förtydligas vilka roller som respektive instans ska ha. *Svenska läkaresällskapet (SLS)* avstyrker förslaget och menar att det saknas evidens för att koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården är effektiva åtgärder, att det finns oklarheter kring tillsynen av verksamheten och hur förslaget förhåller sig till pågående utredningar. Ytterligare

några remissinstanser anför att forskningsläget är oklart, bl.a. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)* och *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)*. *Vårdanalys*, *Karolinska institutet (KI)*, *SLS* och *Sveriges neurologförening* anser att förslaget kan strida mot prioriteringsordningen och behovsprincipen inom hälso- och sjukvården och ge upphov till undanträngningseffekter. *SKL* och några landsting menar att det bör framgå av en särskild bestämmelse i den nya lagen att prioriteringsordningen ska gälla även när någon ges koordineringsinsatser. *Forte* anser att lagstiftning kan begränsa landstingens lokala utvecklingsarbete i samverkan med andra aktörer. *Sveriges Företagshälsor* och *Svenska Företagsläkarföreningen* avstyrker förslaget bl.a. av det skälet att företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsprocessen har förbisetts och kan påverkas negativt av förslaget genom att samarbetet med arbetsgivarna kan förändras och föreslår i stället ett utökat ansvar för företagshälsovården och en ytterligare betoning av Försäkringskassans samordningsansvar eftersom det skulle vara mer effektiva åtgärder. *Sveriges läkarförbund* och *Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)* anför att koordinatörer visserligen fyller ett behov men att det är ett uttryck för att sjukskrivningsprocessen inte fungerar och att det behövs en omfattande översyn av systemet. *SFAM* avstyrker förslaget. Några remissinstanser instämmer i bedömningen att koordineringsinsatserna inte utgör hälso- och sjukvård enligt definitionen i HSL medan *Västra Götalands läns landsting*, *Värmlands läns landsting*, *KI* och *Akademikerförbundet SSR* anser att insatserna är hälso- och sjukvård. *Socialstyrelsen* menar att bedömningen att insatserna inte är hälso- och sjukvård inte är självklar och kan leda till gränsdragningsproblem när det gäller tillämpligt regelverk. *Socialstyrelsen* ställer sig också frågande till hur bestämmelserna i HSL om hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation ska kunna omfatta även koordineringsinsatserna utan en särskild reglering om det. *Mittuniversitetet* anser att lagförslaget är bra men ifrågasätter om landstingen ska ansvara för en verksamhet som har som målsättning att återföra människor till arbetslivet, eftersom det i huvudsak inte är en medicinsk insats. *Sveriges läkarförbund* anser att det är en demokratisk rättighet att kunna få överprövning, vilket även bör gälla koordinering. *Försäkringskassan*, *Arbetsgivarverket*, *KI*, *Svenskt Näringsliv* och *Funktionsrätt Sverige* anser att

koordineringsinsatser även ska ges i förebyggande syfte innan en patient har blivit sjukskriven. *Försäkringskassan* och *KI* menar att förslaget utesluter patienter som på grund av sjukdom eller skada ännu inte kommit in i arbetslivet. Bland andra *KI*, *Svenska Företagsläkarföreningen*, *Lunds universitet* och *Mittuniversitetet* anför att förslaget är otydligt i vissa delar. Det som nämns är bl.a. otydlighet i fråga om vilka som ska få koordineringsinsatser, vem som ska göra den bedömningen, hur insatserna ska utföras och vem som kan initiera insatserna. *Myndigheten för ungdoms- och civilsambällesfrågor (MUCF)* efterfrågar en beskrivning av hur ungas särskilda behov ska beaktas.

### Skälen för regeringens förslag och bedömning

*Behov av åtgärder för att öka stödet till individen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*  
Regeringen har i olika sammanhang uppmärksammat behovet av stöd till individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (se avsnitt 3.5). En åtgärd för att öka stödet till individen som har nämnts är en permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i vad som redovisas i promemorian kan regeringen konstatera att många sjukskrivna patienter utöver medicinsk vård och behandling behöver stöd och vägledning genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom hälso- och sjukvården. Det handlar om att få stöd och motivation till att se sin egen förmåga, till att genomgå sådan vård och behandling som främjar deltagande i arbetslivet, att vårdens insatser för den enskilde samordnas internt och att vården samverkar med andra aktörer kring den enskilda sjukskrivna patienten. Det har visat sig att rehabiliteringskoordinatorer inom vården kan tillgodose dessa behov. Som framgår i bakgrundsavsnittet (3.6.2) är koordinatorens insatser uppskattade av patienter och övrig vårdpersonal på flera sätt, och insatserna tycks även vara effektiva för många patienters återgång i arbete. Den positiva bilden av koordinatorens arbete har också bekräftats av ett stort antal remissinstanser. Regeringen anser därför att stödinsatser som består av personligt stöd, intern samordning och extern samverkan ska göras permanenta. Inom hälso- och sjukvården finns visserligen redan ett antal stöd- och samordningsfunktioner (se Nuvarande regelverk under avsnitt 3.6.2). Det ingår

dock inte i någon av landstingens obligatoriska uppgifter att ge stöd och samordna insatser till individen för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet eller att i det syftet samverka med externa aktörer.

*Mittuniversitetet* ifrågasätter om landstingen ska vara ansvariga för en verksamhet som har som mål att återföra människor till arbetslivet, med hänvisning till att det i huvudsak inte är en medicinsk insats. Regeringen menar att även om främjande av sjukskrivna patienters deltagande i arbetslivet i formell mening är en ny uppgift för landstingen, så är det inte frågor som är nya eller främmande för hälso- och sjukvården. I avsnitt 3.6.2 beskrivs att god hälsa och god vård är begrepp som ska ges en vidare innebörd än att bara avse rent medicinska aspekter, och att hälso- och sjukvården ska arbeta utifrån en helhetssyn på patienten. Att det handlar om verksamhet med mål att återföra människor till arbetslivet bör därför inte hindra att landstingen ska vara ansvariga för uppgifterna. Regeringen föreslår därför att det ska bli obligatoriskt för alla landsting att erbjuda sådana insatser. Insatserna ska kunna organiseras och erbjudas inom befintliga samordningsstrukturer inom hälso- och sjukvårdens verksamheter om det bedöms lämpligt, men det är landstinget som avgör hur arbetet ska utföras. Koordineringsinsatserna kan således genomföras av eller tillsammans med en vårdsamordnare eller en fast vårdkontakt som utsetts enligt patientlagen (2014:821) eller av någon annan inom vården. Regeringen återkommer nedan till frågan om huruvida insatserna ska anses som hälso- och sjukvård eller inte och vad insatserna ska innehålla.

#### *Behövs nya stödinsatser inom rehabiliteringsprocessen?*

Försäkringskassan har sedan länge ett samordningsansvar för försäkrade som har behov av rehabiliteringsåtgärder för att få tillbaka sin arbetsförmåga. Förutom att samordna olika aktörers insatser innefattar Försäkringskassans ansvar bl.a. att klarlägga individens behov, att samverka med andra aktörer och att verka för att dessa vidtar sina respektive åtgärder. I samordningsansvaret ingår bl.a. att motivera den försäkrade att delta i rehabiliteringen och att stötta den försäkrade i kontakterna med andra aktörer (prop. 1990/91:141 s. 90 f., se även avsnitt 3.6.2). Försäkringskassan har dock inte något ansvar för att stötta och vägleda individen inom hälso- och

sjukvården eller för att samordna insatser inom vården. Försäkringskassan kan inte heller föra den medicinska direktdialogen om den enskilda individen som bör finnas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren och andra aktörer som har ansvar för olika åtgärder. Regeringen anser därför, även med beaktande av Försäkringskassans samordningsansvar, att det finns ett behov av koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Bland annat *Statskontoret* och *Mittuniversitetet* påtalar risk för ökad otydlighet i ansvarsförhållandena mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Regeringens avsikt är att den lag som föreslås ska bidra till en tydligare ansvarsfördelning mellan olika aktörer. Regeringen återkommer i det följande till hur detta ska åstadkommas. Regeringen anser således inte att det finns skäl att avstå från att genomföra promemorians förslag av de skäl som *Statskontoret* och *Mittuniversitetet* anför.

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

*Statskontoret* anser att förändringar som påverkar rehabiliteringssamordningen inte bör genomföras utan att Försäkringskassans arbete med samordningsansvaret samtidigt analyseras. Ett antal remissinstanser, bl.a. *Sveriges läkarförbund*, *KI*, *SLS*, *SFLF* och *Sveriges företagshälsor*, anför också att insatserna i stället bör riktas till andra aktörer, exempelvis arbetsgivaren eller företagshälsovården, att det behövs en större

översyn av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att andra statliga utredningar som rör dessa och närliggande frågor bör inväntas. Regeringen instämmer i att det är av avgörande betydelse för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess att samtliga aktörer gör det de har ansvar för att göra. Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården är en av många åtgärder som behövs för att stärka stödet till individen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Som nämns ovan har ett antal åtgärder som rör andra aktörer i processen redan genomförts, och behov av ytterligare åtgärder undersöks i olika utredningar. Regeringen menar att förslagen i denna proposition ska ses som en del av detta arbete, närmare bestämt den del som riktar sig till landstingen och hälso- och sjukvårdsverksamheten. Analyser och insatser som rör Försäkringskassans samordnings- och tillsynsarbete och utveckling av andra aktörers insatser bör enligt regeringens mening kunna ske parallellt med de förslag som nu lämnas. Regeringen bedömer dock att det inte finns anledning att ändra någon annan aktörs ansvar med anledning av de förslag som lämnas i denna proposition.

*Finns det evidens för att koordineringsinsatserna är effektiva?*

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

*Är det nödvändigt att lagstifta?*

Koordineringsfunktionen har varit frivillig för landstingen under ett antal år. Att fortsätta att ge landstingen incitament att upprätthålla koordineringsverksamheten på frivillig väg genom överenskommelser är dock inte lämpligt av flera skäl. Ett skäl är att regeringen bedömer att det kommer att finnas ett kontinuerligt behov av individuellt stöd i sjukskrivningsprocessen för

vissa patienter för att främja arbetsförmågan och deltagande i arbetslivet. Det bör därför säkerställas att sådant stöd erbjuds i alla landsting. Om verksamheten är frivillig och bara hanteras genom överenskommelser försvåras den långsiktiga planeringen av koordineringsverksamheten och det skulle inte heller finnas några garantier för att landstingen fortsätter att erbjuda sådant stöd. Samma sak skulle gälla om uppgiften skulle göras permanent på annat sätt än genom obligatorisk lagstiftning, t.ex. genom att reglera en möjlighet för landstingen att ansöka om statsbidrag för verksamheten enligt villkor i en förordning. Utan lagstiftning skulle det också kunna finnas oklarheter kring den lagliga grunden för verksamheten och för personuppgiftshanteringen samt kring hur funktionen ska organiseras och förhålla sig till hälso- och sjukvårdens verksamheter i övrigt och till andra aktörers ansvar. Regeringen bedömer därför att landstingen genom lag bör bli skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser. Genom lagregleringen kommer samma krav att gälla för alla landsting, vilket skapar förutsebarhet och främjar en jämlik behandling av enskilda. Härigenom kommer bl.a. sekretesskydd och rättslig grund för personuppgiftshantering tydligt regleras i lag.

*Behöver skyldigheten att tillhandahålla koordineringsinsatser regleras i en ny lag?*

Hälso- och sjukvård innebär enligt HSL:s definition att medicinskt förebygga, utreda och behandla patientens sjukdomar och skador, och då även erbjuda medicinsk rehabilitering. Begreppet hälso- och sjukvård bör i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens. Med medicinskt utbildad personal avses även personal vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering (prop. 1981/82:97 s. 44). Koordineringsinsatserna omfattar varken medicinsk behandling eller medicinska utredningar eller bedömningar. Det krävs inte heller någon medicinsk utbildning för att kunna utföra insatserna. Enligt regeringens mening ska avgränsningen mot hälso- och sjukvårdsinsatser inte heller göras utifrån vem som utför tjänsten utan i stället utifrån vad som är det primära syftet med åtgärden. Regeringen anser därför i likhet med promemorians bedömning att koordineringsinsatserna inte är hälso- och sjukvårdsinsatser

enligt definitionen i HSL. Att det i många fall kan vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som tillhandahåller insatserna föranleder ingen annan bedömning. *Västra Götalands läns landsting*, *Värmlands läns landsting*, *KI* och *Akademikerförbundet SSR* gör en annan bedömning. *Socialstyrelsen* menar att bedömningen inte är självklar och att det kan leda till gränsdragningsproblem när det gäller vilket regelverk som är tillämpligt. Att olika lagar blir tillämpliga på olika insatser som tillhandahålls av landstingen skulle naturligtvis i vissa situationer kunna leda till gränsdragningsproblem. Regeringen konstaterar dock att det redan i dag finns situationer då olika lagar reglerar landstingens verksamhet. Förutom HSL gäller exempelvis lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar och smittskyddslagen (2004:168). Hälso- och sjukvårdens personal är således van vid att arbeta utifrån olika men närliggande författningar, och förslaget torde därför inte försvåra verksamheten.

Hälso- och sjukvårdslagen reglerar landstingens allmänna skyldigheter på hälso- och sjukvårdsområdet. Lagen innehåller bestämmelser både om insatser som enligt 2 kap. 1 § 1 HSL definieras som hälso- och sjukvård, dvs. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, och om hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation. Även om koordineringsinsatserna inte är hälso- och sjukvård bör de dock ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och vara en del av den verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården som organisation. Insatserna är nära förknippade med hälso- och sjukvårdsinsatser och utförs ofta av eller tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen. Nya uppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamheten skulle kunna regleras i HSL även om de inte ryms inom definitionen av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Avsikten är dock att HSL ska vara en målinriktad ramlag. Regeringen anser därför att det inte är lämpligt att i HSL reglera en särskild skyldighet att till en viss patientgrupp erbjuda individuellt stöd som inte är hälso- och sjukvårdsinsatser. Det finns inte heller någon annan lag där skyldigheten lämpligen bör regleras. Regeringen föreslår därför att det införs en ny lag som reglerar skyldigheten för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för sjukskrivna patienter.

I promemorian anförs att de bestämmelser i HSL som rör hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation även ska tillämpas i fråga om de

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

#### *Vilka patienter ska erbjudas insatserna?*

I promemorian föreslås att koordineringsinsatser ska erbjudas patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Det anges inte uttryckligen i lagtexten att förslaget avser sjukskrivna patienter, men det klargörs i promemorians motivtexter. Tanken med lagstiftningen är att den ska gälla just för sjukskrivna, och regeringen anser därför att det bör framgå av lagtexten. Målgruppen är patienter som på grund av skada eller sjukdom i någon utsträckning är förhindrade att delta i arbetslivet, och som läkare inom vården utfärdat intyg för, dvs. sjukskrivna patienter. Patienterna kan vara sjukskrivna från ett arbete med t.ex. sjuklön eller sjukpenning, eller vara 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 inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet där det normalt förekommer patienter som sjukskrivs, både inom primärvård och inom specialistvård. Insatserna ska erbjudas till kvinnor och män i samma omfattning utifrån behov.

Enligt lagrådsremissens förslag ska landstingen vara skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser till enskilda patienter under villkor att dessa är sjukskrivna och har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller inträda i arbetslivet. Avsikten är inte att det ska gå att överklaga en bedömning att en patient inte ska erbjudas koordineringsinsatser. *Sveriges läkarförbund* anför att det är en demokratisk rättighet att kunna få en överprövning. Regeringens avsikt är dock att den föreslagna lagen, på samma sätt som hälso- och sjukvårdslagen och annan hälso- och sjukvårdslagstiftning, ska vara en skyldighetslag och inte en rättighetslag. Det innebär att koor-

dineringsinsatser ska vara en skyldighet för landstinget att erbjuda men inte en rättighet som den enskilde kan utkräva på juridisk väg (jfr prop. 2016/17:43 s. 71). *Lagrådet* anför att det bör övervägas om inte lagtexten behöver justeras så att det skönsmässiga momentet i myndighetens beslutsfattande blir tydligare, om avsikten är att besluten inte ska kunna överklagas av enskilda. Med hänsyn till *Lagrådets* synpunkter anser regeringen att det finns anledning att i lagtexten ange att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja patienternas återgång till eller inträde i arbetslivet, och att insatserna ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det är alltså inte i lagen som det anges närmare vilka patienter som ska erbjudas koordineringsinsatser. Det blir i stället en fråga för landstingen att säkerställa att koordineringsinsatser finns tillgängliga för patienter i de fall där det utifrån landstingens bedömning kan anses som en lämplig insats.

Landstingen ska enligt förslaget erbjuda koordineringsinsatser efter behov. De allra flesta sjukskrivna har inte behov av sådana insatser utan återfår sin arbetsförmåga och kan utan några särskilda stödinsatser återgå till arbete eller annan sysselsättning efter en sjukskrivning. De situationer då det sannolikt kan bli aktuellt för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser kan exempelvis vara när en patient har återkommande sjukskrivningsperioder eller när en sjukskrivning av något skäl kan befaras bli långvarig. Det kan också handla om en patient som har eller har haft återkommande problem med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta. Diagnosen bör dock inte vara avgörande, utan landstingen 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 landstingets erfarenheter och andra utvärderingar av för vilka patienter särskilda stödinsatser har positiv effekt.

Bland annat *KI* anför att det är otydligt hur urvalet av vilka som ska erbjudas koordineringsinsatser ska gå till och *Statskontoret* ser en risk i att tillämpningen inte blir enhetlig. Regeringen anser dock att det varken är möjligt eller önskvärt att uttryckligen i författning närmare ange vilka patientgrupper som ska erbjudas insatser eller hur urvalet ska göras. En sådan uppräknings skulle riskera att utesluta patientgrupper som i dag inte kan förutses ha behov av koordineringsinsatser. Sam-

tidigt skulle patienter inom en viss patientgrupp kunna få insatser utan att ha behov av det. Regeringen menar att det utöver de ramar som anges här är nödvändigt att lämna till landstingen att avgöra när koordineringsinsatser ska erbjudas.

Det är sannolikt ofta svårt att på ett tidigt stadium av en sjukdom bedöma om en patient behöver koordineringsinsatser. För att resurserna ska kunna användas effektivt bör insatserna därför erbjudas i ett skede där man med viss säkerhet kan anta att insatserna kan vara meningsfulla, dock med beaktande av att insatserna sannolikt blir mer effektiva ju tidigare de sätts in. Enligt promemorian bör det därför inte införas någon skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser i förebyggande syfte, dvs. innan sjukskrivningen är ett faktum. *Försäkringskassan*, *Arbetsgivarverket*, *KI*, *Svenskt Näringsliv* och *Funktionsrätt Sverige* menar att landstingen bör erbjuda koordineringsinsatser även i förebyggande syfte. Regeringen anser dock att landstingen inte ska vara skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser innan en patient har blivit sjukskriven. Detta med tanke på svårigheterna att tidigt bedöma när det finns behov av koordineringsinsatser, och att skyldigheter för landstingen inte ska gå längre än vad som är nödvändigt och motiverat.

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

*Vårdanalys*, *KI* och *SLS* bedömer att förslaget kan strida mot prioriteringsordningen och behovsprincipen inom hälso- och sjukvården och ge upphov till undanträngningseffekter. Prioriteringsordningen, som regleras i 3 kap. 1 § andra stycket HSL innebär bl.a. att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Koordineringsinsatserna är enligt regeringens bedömning inte hälso- och sjukvård. Det innebär att nämnda bestämmelse i

HSL inte kommer att bli tillämplig på koordineringsinsatser. När det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser till patienter som samtidigt får koordineringsinsatser gäller behovsprincipen för denna patientgrupp på samma sätt som för övriga patienter, och koordineringsinsatserna ska inte ge någon förtur till vård och behandling för dessa patienter. Regeringen anser därför inte att det behöver införas någon upplysningsbestämmelse i den nya lagen om att prioriteringsordningen ska gälla även när någon ges koordineringsinsatser, så som föreslås av *SKL* och några landsting. Att behovsprincipen och prioriteringsordningen gäller för alla hälso- och sjukvårdsinsatser följer av HSL som sedan länge tillämpas inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten måste vara att alla bestämmelser i HSL fortsätter att gälla på samma sätt som tidigare även med den nya lagen. En upplysningsbestämmelse skulle snarare, enligt regeringens mening, kunna leda till tveksamhet om hur övriga bestämmelser i HSL ska tillämpas i fråga om koordineringsinsatser. Regeringen har förståelse för de farhågor som remissinstanserna ger uttryck för, särskilt med tanke på svårigheter på vissa håll att rekrytera personal till hälso- och sjukvården. Regeringens avsikt är att förslaget ska belasta hälso- och sjukvårdsverksamheternas resurser i så liten utsträckning som möjligt, framför allt genom finansiering och genom att ge landstingen möjlighet att i viss utsträckning utforma insatserna utifrån sina egna förutsättningar. Regeringen föreslår inte heller att koordineringsinsatserna endast ska få utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

*SLS* efterfrågar en djupare analys av hur det säkerställs att de grupper som inte ska erbjudas koordineringsinsatserna inte kommer att diskrimineras. Regeringen kan konstatera att koordineringsinsatser inte är relevanta åtgärder för alla patienter utan bara för vissa sjukskrivna. De patienter som inte är aktuella för arbetslivet diskrimineras inte genom att inte erbjudas koordinering för återgång till arbetslivet. Dessa patienters behov av samordningsinsatser ska i stället tillgodoses av exempelvis en fast vårdkontakt. Det finns redan exempel på insatser som uttryckligen bara ska erbjudas vissa berörda grupper, t.ex. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för döva och hörselskadade (8 kap. 7 § HSL), och en grundprincip för alla insatser inom hälso- och sjukvården är att vård och behandling bara ska ges till den som behöver det. Regeringen anser således inte att förslaget kom-

mer att leda till diskriminering eller annat åsidosättande av några grupper. *MUCF* efterfrågar en beskrivning av hur ungas särskilda behov ska beaktas. Regeringen anser att unga människor som sjukskrivs är en grupp som kan ha särskilt behov av koordineringsinsatser, om det finns indikationer på att det är en sjukskrivning som kan bli långvarig om inte särskilda insatser ges. Att unga människor fastnar i onödigt långa sjukskrivningar bör många gånger kunna undvikas genom att koordineringsinsatser sätts in. Nedan föreslås att insatserna ska utformas tillsammans med patienten, vilket kan vara särskilt viktigt när det gäller unga människor.

### Vilket landsting ska ansvara för koordineringsinsatserna?

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

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

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

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

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

**Skälen för regeringens förslag:** I promemorian föreslås att landstingets ansvar ska omfatta de patienter som landstinget ska ge vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § HSL, vilket bl.a.

omfattar de som är bosatta i landstinget. *Gotlands kommun* och *Värmlands läns landsting* anser dock att koordineringsinsatserna i första hand ska erbjudas av det landsting där patienten får sin vård även om det är utanför hemmalandstinget. Regeringen ser att det finns fördelar och nackdelar med båda alternativen men anser att det förslag som förespråkas i promemorian är enklast att tillämpa i praktiken, framför allt med tanke på möjligheterna att planera och samverka lokalt med andra aktörer. Regeringen föreslår därför i enlighet med promemorian att landstingets skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser som utgångspunkt endast ska gälla gentemot de patienter som landstinget ska ge vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § HSL. Det innebär att skyldigheten gäller dem som är bosatta eller har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) inom landstinget eller som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 24 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och patienter som ges vård av exempelvis en privat vårdgivare enligt avtal med landstinget. Det medför att vårdlandstinget inte är skyldigt att erbjuda koordineringsinsatser till en patient som i enlighet med det fria vårdvalet (8 kap. 3 § HSL) väljer att få vård i ett annat landsting än det där han eller hon är bosatt. I promemorian föreslås att ett landsting ska få sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för. Det anges att avtal kan ingås både med andra landsting och med privata aktörer. Regeringen anser att det är viktigt att främja kontinuitet och att ge möjlighet till att hålla ihop insatser till enskilda patienter. Regeringen föreslår därför i likhet med promemorians förslag att berörda landsting ska ha rätt att i enskilda fall komma överens om att koordineringsinsatserna ska erbjudas av det landsting som ger vård och behandling med anledning av sjukskrivningen. För att säkerställa att en sådan ordning inte står i strid med 2 kap. 1 och 2 §§ kommunallagen (2017:725) behöver rätten att ingå sådana överenskommelser regleras i den föreslagna lagen, vilket påtalas av *SKL*. Regeringen föreslår därför att bestämmelsen får ett sådant tillägg.

Landstingen bör även i övrigt få avtala med andra, framför allt privata vårdgivare, om att utföra uppgifterna enligt lagen. Att patienter som ges vård av privata vårdgivare även erbjuds koordineringsinsatser när det behövs bör således

säkerställas genom att skyldigheterna enligt den föreslagna lagen tas med vid utformningen av regelböcker och förfrågningsunderlag inför avtalsskrivning med privata vårdgivare. Landstingen måste därvid ta hänsyn till att det finns både små och stora privata vårdgivare som har olika förutsättningar när det gäller att organisera nya insatser. I vissa landsting i dag har insatserna i stället samlats hos landstinget, som tillhandahåller dem även till patienter hos privata vårdgivare, vilket också är ett sätt att säkerställa behovet hos samtliga patienter oavsett vem som tillhandahåller vården. Landstinget ska även ha möjlighet att ingå avtal med privata vårdgivare om att på motsvarande sätt utföra koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs i landstingets regi, om landstinget tycker att det är en lämplig lösning.

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

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

#### **Koordineringsinsatser för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet**

---

**Regeringens förslag:** Koordineringsinsatserna ska bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Landstingets ansvar för koordineringsinsatserna ska inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

---

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

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna är delade i sin uppfattning om huruvida förslaget främjar förutsebarhet och jämlikhet för patienter i olika delar av landet eller om det medför risk för bristande enhetlighet för patienter beroende på var de bor. *Västmanlands läns landsting* och *Örebro läns landsting* anför att landstingen måste ges utrymme att utforma insatserna själva och



*Forte* anför att samverkan behöver utformas utifrån lokala förutsättningar och de enskilda patienternas behov. Flera remissinstanser efterfrågar en mer detaljerad reglering av insatserna, bl.a. *KI, Mittuniversitetet, Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin* och *Sveriges Arbetsterapeuter*. *Statskontoret* anför däremot att förslaget avviker från de grundläggande principerna för styrningen av hälso- och sjukvården genom att vara relativt detaljerat.

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

*Västmanlands läns landsting* och *Örebro läns landsting* instämmer i förslaget när det gäller vad koordineringsinsatserna ska innehålla. *SKL*, ett flertal landsting samt *Forte* anser dock att koordineringsinsatserna även ska omfatta en kartläggning av patientens sociala situation och motivationsinsatser och utredning av insatser från aktörer eftersom koordineringen annars inte kommer att bidra effektivt till återgång till arbetslivet. *SKL* och några landsting anser att koordineringen också ska omfatta vägledning i sjukskrivningsprocessen, utveckling av rutiner, försäkringsmedicinska frågor, statistik samt stöd till chefer. *Arbetsförmedlingen* anser att samverkansskyldigheten kan bli problematisk i förhållande till aktörer som inte har samma skyldighet. *Statskontoret* menar att Parlamentariska socialförsäkringsutredningens tidigare förslag

(SOU 2015:21 Mer trygghet och bättre försäkring, Del 1 s. 629) om ett generellt krav på hälso- och sjukvården att samverka med övriga aktörer kan vara en mer adekvat lösning som inkluderar fler grupper.

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

### Skälen för regeringens förslag

*Landstingens ansvar ska inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för*

Det är av grundläggande betydelse för ett väl fungerande 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. I promemorian föreslås att landstingets ansvar för koordineringsinsatser inte ska omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter, utan bara behov som hälso- och sjukvården ansvarar för. Regeringen instämmer i det förslaget, och anser således inte att *Försäkringskassan* och landstingen ska ha ansvar för samma eller liknande stödinsatser till den enskilde, vilket *SKL*, några landsting och *TCO* inte ser något hinder för. Flera remissinstanser, bl.a. *Statskontoret*, påtalar en risk för otydlighet när det gäller olika aktörers ansvarsområden. Regeringen föreslår därför att skyldigheten för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser inte ska avse sådana insatser som andra aktörer ansvarar för. Koordineringsinsatserna ska bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av landstingen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och inte avse insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. En närmare beskrivning av vad landstingets ansvar för koordineringsinsatser ska omfatta följer nedan.

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

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

Med personligt stöd avses samtalsstöd och andra insatser för att motivera den sjukskrivna patienten att vara delaktig i den vård som krävs för att få eller återfå arbetsförmåga. Det personliga stödet ska även underlätta för patienten att

hitta lösningar och att på egen hand klara att genomföra vårdinsatser så att han eller hon inte drabbas av en längre sjukskrivning än nödvändigt. Det personliga stödet bör även innebära att den sjukskrivna patienten får en kontaktperson att vända sig till i fråga om rehabiliteringsplaneringen och sjukskrivningsprocessen inom vården och förhållandet till andra aktörers ansvar. Kontaktpersonen ska dock inte ha rollen som ombud för patienten. *Forte*, *SKL* och många landsting anser att koordineringsinsatsernas personliga stöd bör omfatta en bredare kartläggning av patientens livssituation, behov och insatser som även andra aktörer har ansvar för. *Jönköpings läns landsting* och *TCO* anser att sådana insatser behövs för vård och behandling. Regeringens förslag innebär att landstingen endast har ansvar för sådant personligt stöd som krävs för patientens vård och behandling. Om det krävs viss kartläggning av patientens behov eller av andra aktörers insatser för att vården ska bli effektiv, ska det naturligtvis ingå i koordineringsinsatserna. Däremot ska inte alla behov av insatser för återgång i arbete som upptäcks av landstingen inom ramen för koordineringsinsatserna också tillgodoses av landstingen. De uppgifter som omfattas av Försäkringskassans ansvar inom samordning och tillsyn ska inte vara en skyldighet för landstingen att utföra. Det är som huvudregel Försäkringskassans och inte landstingens ansvar att klarlägga behov av rehabilitering på arbetsplatsen, på det sociala området eller i andra delar och att verka för att behoven tas om hand av rätt aktör. Det är också Försäkringskassans ansvar att tillgodose patientens behov av motivation och stöd när det gäller sådana insatser (se vidare avsnitt 3.6.2). Regeringen föreslår nedan att landstinget ska informera Försäkringskassan när man inom ramen för koordineringsinsatserna ser att det kan finnas ett behov av en bredare kartläggning och av samordningsinsatser som inte ligger inom landstingets ansvar. Försäkringskassan ska vidare som alla myndigheter informera och vägleda individen i fråga om innebörden av beslut och i de sakfrågor som myndigheten ansvarar för, dvs. sjukförsäkringsfrågor i detta fall. *Statskontoret*, *Försäkringskassan* och ytterligare några remissinstanser anför att det finns risk för otydlighet när det gäller gränsen mellan Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens ansvar. Regeringen understryker därför att de koordineringsinsatser som landstingen föreslås bli skyldiga att erbjuda avgränsas till landstingens ansvar i rehabiliterings-

processen, dvs. koordineringsinsatser för vård och behandling. TCO anser att det blir en onaturlig uppdelning om landstingen ska hänvisa till Försäkringskassan när olika behov upptäcks. Regeringen menar dock att det inte är ovanligt att olika myndigheter har olika ansvar för enskilda individer, och att myndigheterna i praktiken behöver hitta lämpliga lösningar och övergångar så att respektive aktör kan genomföra sina insatser utan att det blir svårt att förstå för individen.

Den samordning, breda kartläggning och stödfunktion som många rehabiliteringskoordinatorer i dag erbjuder, men som inte föreslås bli någon obligatorisk uppgift för landstingen, omfattas i många fall av Försäkringskassans samordningsansvar. Regeringen har gett Försäkringskassan i uppdrag att förstärka sitt arbete när det gäller samordning och stöd till individen (se avsnitt 3.6.2), vilket tillsammans med förslaget om informationsöverlämning från landstingen till Försäkringskassan bör ge goda förutsättningar för att enskildas behov blir omhändertagna. För övrigt vill regeringen poängtera att förslaget avser vilka skyldigheter landstingen ska ha, och det står i övrigt enskilda landsting fritt att själva avgöra vad de anser att de kan och bör erbjuda enskilda patienter.

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

Utöver personligt stöd ska koordineringsinsatserna omfatta intern samordning inom hälso- och sjukvården. Det som avses är samordning av olika åtgärder inom hälso- och sjukvården som kan ha betydelse för en sjukskriven patients möjlighet att återgå till eller inträda i arbetslivet. Intern samordning ska på samma sätt

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

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

på arbetstagarnas hälsa. Samverkansskyldigheten är inte avsedd för sådan information.

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

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

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

*Vad ska insatserna kallas?*

Ordet koordinering betyder samordning. De insatser som lagförslagen omfattar handlar till en del om samordning av insatser kring patienten, men omfattar även personligt stöd med motivationsåtgärder och samverkan med externa aktörer. Som påpekas i promemorian talar detta för att insatserna borde kallas något annat än koordinering. Uttryck som rehabiliteringskoordinator, funktion för koordinering och koordineringsinsatser har dock blivit etablerade som beskrivning av landstingens arbete med dessa uppgifter. I promemorian föreslås därför att insatserna ska kallas koordineringsinsatser. Även ordet rehabilitering förekommer ofta i dessa sam-

manhang. Till exempel kallas de som arbetar med uppgifterna för rehabiliteringskoordinatorer, och det arbete de utför beskrivs ibland som koordinering inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Ordet rehabilitering används med något olika innebörd inom olika delar av sjukskrivningsprocessen (se avsnitt 3.6.2). Koordinatorerna arbetar i ett gränsland mellan sjukvård och behandling, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. I promemorian lagförslag används ordet koordineringsinsatser. Skälet för det är att termen rehabilitering skulle kunna bli missvisande och antyda att insatserna ska ges i ett senare skede av sjukskrivningen när övrig vård och behandling är avslutad, eller begränsas till en uppgift inom ett landstings särskilda rehabiliteringsverksamhet. Eftersom detta inte är avsikten väljer regeringen att kalla landstingets nya obligatoriska uppgift för koordineringsinsatser. *Värmlands Läns Landsting* menar att ordet rehabiliteringskoordinatorer bör användas i stället för koordineringsinsatser. *Skåne läns landsting* förordar att namnet ska vara koordinator för samordning inom hälso- och sjukvården. Regeringen anser att det väsentliga är att landstingen får en lagreglerad skyldighet att erbjuda vissa insatser till patienter som behöver det. Vad den som utför insatserna ska kallas är inte något som regeringen har för avsikt att styra. Genom att använda begreppet koordineringsinsatser i lagtexten tydliggörs att det inte är fråga om en viss obligatorisk organisationsform utan just om vissa åtgärder.

### Patientens samtycke krävs

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

**Promemorian förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanserna tillstyrker eller kommenterar inte förslaget. *Arbetsgivarverket*, som har förståelse för förslaget ur sekretessperspektiv, anser att det finns en risk för att arbetsgivaren inte får möjlighet till samarbete med vården om patientens samtycke krävs, och lyfter fram vikten av den anställdes eget ansvar i rehabiliteringsprocessen. Även *Arbetsgivar-*

verket, TCO, Lunds universitet och KI efterfrågar ett tydliggörande av konsekvenserna av att patienten inte samtycker, särskilt mot bakgrund av bestämmelserna i socialförsäkringsbalken om att den enskilde har en skyldighet att medverka till sin egen behandling och rehabilitering. KI ifrågasätter också hur läkaren ska agera om Försäkringskassan ställer frågor om koordinering i de fall en patient inte medgivit att information ges till Försäkringskassan och om det ingår i Försäkringskassans samordningsuppdrag att ta initiativ till koordineringsinsatser.

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

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

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

erna ska genomföras och föreslår att det ska framgå av den föreslagna lagen.

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

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

#### **Skyldighet att lämna information till Försäkringskassan**

**Regeringens förslag:** Om en patient som ges koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska landstinget informera Försäkringskassan om det. Informationen ska dock bara lämnas om patienten samtycker till det.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer huvudsakligen med regeringens.

**Remissinstanserna:** *Jönköpings kommun*, *Malmö kommun* och *Östersunds kommun* anser att förslaget är bra och att det bör ge Försäk-

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

### Skälen för regeringens förslag

#### *Landstingen ska informera Försäkringskassan*

Hälso- och sjukvården har ofta en tidig och nära kontakt med patienter som sjukskrivs. Genom den kartläggning av patientens behov inom hälso- och sjukvården som i många fall kommer genomföras inom koordineringsinsatserna, kan även andra behov som ska tillgodoses av andra aktörer komma att upptäckas. Ovan beskriver och föreslår regeringen att koordineringsinsatserna inte ska omfatta någon skyldighet att tillgodose alla sådana behov som upptäcks. Regeringen anser dock att det är viktigt att Försäkringskassan får vetskap om att enskilda individer kan ha sådana behov som andra aktörer än landstingen ansvarar för, eftersom det ingår i Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar att verka för att alla nödvändiga åtgärder för en effektiv rehabilitering vidtas. Kunskapen om att det kan finnas sådana behov för en patient bör inte stanna hos landstinget, utan landstingen bör informera Försäkringskassan när man ser att det kan finnas sådana behov hos en patient. I förarbetena till bestämmelserna i socialförsäkringsbalken om Försäkringskassans samordningsansvar framgår att av-

sikten varit att myndigheten ska vara beredd på att ta emot sådana signaler från hälso- och sjukvården (prop. 1990/91:141 s. 90). Där anges att Försäkringskassan ska ha ett generellt ansvar att se till att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering, och att Försäkringskassan i det arbetet bl.a. får hjälp av de signaler som kan finnas i utlåtanden om den försäkrades arbetsförmåga. Det anges också att det är av vikt att Försäkringskassan i varje sjukärende uppmärksammar frågan om en eventuell rehabilitering. Regeringen anser att det finns skäl att utveckla den informationsöverföring som förutsattes och föreslår därför i enlighet med promemorians förslag att det införs en informationskyldighet för landstingen i koordineringsärenden.

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

*Arbetsgivarverket* och *Svenskt Näringsliv* anser att information även bör lämnas till arbetsgivare. Regeringen instämmer i att det är viktigt att alla berörda aktörer får information som är nödvändig för deras arbete. Den skyldighet som föreslås i denna proposition är dock tänkt att säkerställa att samordningsinsatser för den enskilde kommer till stånd, och det är därför informationen ska lämnas till Försäkringskassan. Information kan naturligtvis lämnas även till andra aktörer om den enskilda patienten medger det, men regeringen föreslår ingen skyldighet för landstingen i det avseendet.

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

#### *Samtycke och integritet*

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

Försäkringskassan anför att myndigheten inte har något samordningsansvar om det inte finns något ärende som kan kopplas till 30 kap. SFB, vilket innebär att informationen som lämnas från landstingen inte alltid kan kopplas till ett pågående socialförsäkringsärende. Försäkringskassan menar att det i sin tur betyder att myndigheten inte kan garantera att den information som lämnas i alla situationer kommer att omfattas av socialförsäkringssekretess enligt 28 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Sekretess gäller enligt den bestämmelsen hos Försäkringskassan för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs och uppgiften förekommer i ärende bl.a. enligt lagstiftningen om allmän försäkring,

arbetskadeförsäkring eller annan ekonomisk förmån för enskild. Regeringens bedömning är att koordineringsinsatser i den övervägande majoriteten av fall kommer ges till patienter som kan anses ha ett sådant ärende, och att den information som med den enskildes samtycke överlämnas till Försäkringskassan därmed kommer att omfattas av sekretess. Om Försäkringskassan i något fall finner att uppgifter inte kan anses förekomma i ett ärende kommer uppgifterna i vart fall alltid omfattas av sekretess enligt 21 kap. 1 § OSL, även om det är en svagare sekretess än enligt 28 kap. OSL. Enligt 21 kap. 1 § OSL gäller sekretess för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, missbruk, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

#### *Förfarande och rutiner för uppgiftslämnande*

Enligt promemorians förslag ska det inte krävas några särskilda rutiner för landstingets informationsöverlämnande till Försäkringskassan. SKL och några landsting anför att det redan i dag förekommer att Försäkringskassan via läkarintyg uppmärksammas på att det finns behov av samordning, men de menar att det är viktigt att utarbeta en gemensam struktur. Försäkringskassan menar att det är helt avgörande för att deras verksamhet inte ska drabbas negativt att det ställs krav på innehåll och formalia för överlämnandet. Regeringen instämmer i att det krävs rutiner för att informationsöverlämnandet ska fungera på ett bra sätt, men anser inte att det är något som bör lagregleras. Som SKL och landstingen påpekar förekommer sådant informationslämnande redan i dag genom läkarintyg.

#### **Tillsyn och patientsäkerhet**

---

**Regeringens förslag:** Patientsäkerhetslagen och patientskadelagen ska gälla även i fråga om koordineringsinsatser. En bestämmelse som slår fast detta ska föras in i den nya lagen.

---

**Promemorians förslag:** Överensstämmer inte med regeringens förslag. Promemorians bedömning är att varken patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, eller patientskade-

lagen (1996:799) ska tillämpas på koordineringsinsatser.

**Remissinstanserna:** *Västmanlands läns landsting* och *Örebro läns landsting* instämmer i promemorians bedömning med hänvisning till att koordineringsinsatserna inte är medicinska insatser och inte heller utgör hälso- och sjukvård enligt definitionen i HSL. *Socialstyrelsen* anför däremot att det kan uppstå gränsdragningsproblem om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar som koordinatörer och anser att även om koordinatören inte är legitimerad bör denne ändå omfattas av ett yrkesansvar. *Socialstyrelsen* anser vidare att det inte kan uteslutas att vårdskador kan inträffa i samband med koordineringsinsatser. *Socialstyrelsen* ifrågasätter också om det är lämpligt att vissa lagar på hälso- och sjukvårdsområdet är tillämpliga medan andra inte är det. *Inspektionen för socialförsäkringen* är tveksam till om patienternas skyddsbehov tillgodoses och anför att det kan innebära oklarheter för personalen om koordinering betraktas som vård enligt patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, men inte enligt andra hälso- och sjukvårdslagar. *KI* anför att en rehabiliteringskoordinators agerande allvarligt kan skada en patient, t.ex. genom olämplig kommunikation med patientens arbetsgivare, myndigheter och andra organisationer eller genom ett bemötande av patienten som leder till att patientens hälsa försämras. *SKL* och ett antal landsting, bl.a. *Stockholms läns landsting*, *Blekinge läns landsting* och *Norrbottnens läns landsting* anser att PSL och patientskadelagen bör gälla för koordineringsinsatserna och anför att en sådan ordning stämmer med journalföringskravet, eftersom journal förs av medicinska skäl och patientsäkerhetsskäl. Även om koordinatörerna inte bedriver hälso- och sjukvård per definition finns det enligt *SKL* och landstingen skäl att låta koordinatörerna omfattas av ett yrkesansvar. Rehabiliteringskoordinatörerna bör därför enligt bl.a. *SKL* och *Kronobergs läns landsting* hänföras till kategorin hälso- och sjukvårdspersonal i PSL och stå under tillsyn från *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)*. *Stockholms läns landsting* och *Gotlands kommun* menar att insatserna kan medföra skada inom områdena motivation, kommunikation, informationsöverföring och samverkan. *Sveriges läkarförbund* ser risker med förslaget att PSL och patientskadelagen inte ska omfatta denna verksamhet och menar att ansvaret bör likna det för övriga yrkesgrupper inom vården. *SLS* anser

att frågan om patientsäkerhetslagens tillämplighet och risken för patientskador inom koordineringsarbetet måste ses över och att insatserna skulle kunna medföra lidande och psykisk skada. Flertalet klagomål som inkommer till kliniker och patientnämnder är enligt *SLS* hänförliga till kommunikationsbrister och bemötandeproblem, och den typen av fel kan få allvarliga konsekvenser.

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

**Skälen för regeringens förslag:** I PSL finns bestämmelser som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet (1 kap. 1 § PSL). Av förarbetena till lagen framgår att med ”därmed jämförlig verksamhet” avses bl.a. provtagning, analys eller annan utredning som utgör ett led i bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling och verksamhet vid enheter för rättspsykiatriska undersökningar (prop. 2009/10:210 s. 188). I lagen finns bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, tillsyn och bestämmelser om legitimation och straffbestämmelser m.m. Med hälso- och sjukvård avses i PSL verksamhet som omfattas av HSL, tandvårdslagen (1985:125) och ett antal andra särskilt uppräknade lagar (1 kap. 2 § PSL). Patientsäkerhetslagen kan enligt regeringens bedömning i sin nuvarande lydelse inte anses vara tillämplig på sådan verksamhet som föreslås i den nya lagen om koordineringsinsatser.

Patientskadelagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). Om verksamheten bedrivs av privat vårdgivare efter avtal med offentlig vårdgivare, är det dock den offentlige vårdgivaren som ska ha försäkringen. Med hälso- och sjukvård avses i patientskadelagen sådan verksamhet som omfattas av HSL, tandvårdslagen (eller lagen om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. PSL,



vilket följer av 1 kap. 3 § PDL. Sedan den 1 januari 2019 omfattas även verksamhet enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar. Patientskadeersättning kan lämnas för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av bl.a. undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Regeringens uppfattning är att inte heller patientskadelagen som den nu är formulerad är tillämplig på koordineringsinsatser enligt den lag som föreslås.

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

Detta innebär visserligen en något utökad administration och fler arbetsuppgifter för vårdgivarna. Av förarbetena till PSL framgår dock att det patientsäkerhetsarbete som krävs enligt lagen kan anpassas till omständigheterna och till risknivån inom verksamheten (prop. 2009/10:210 s. 86). I och med att PSL ändras så att den omfattar koordineringsinsatser

kommer den personal som utför insatserna anses som hälso- och sjukvårdspersonal enligt PSL. Någon ändring som förtydligar det är enligt regeringens mening inte nödvändig.

### Dataskydd vid koordineringsinsatser

**Regeringens förslag:** När koordineringsinsatser ges ska patientdatalagen vara tillämplig. En bestämmelse som anger att patientdatalagen gäller när koordineringsinsatser ges enligt lagen 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.

**Regeringens bedömning:** Några andra registerförfattningar än PDL behöver inte ändras.

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

**Remissinstanserna:** *Socialstyrelsen* tillstyrker promemorians förslag. *Datainspektionen* har inget att erinra. Vissa remissinstanser, bl.a. *Arbetsgivarverket*, anför att kravet på journalföring kan medföra att den enskilde blir orolig för att uppgifter sprids och tveka om att lämna samtycke till koordineringsinsatser. *SKL* anser att den som utför koordineringsinsatser bör omfattas av skyldigheten att föra patientjournal, att det behövs en ny ändamålsbestämmelse som täcker koordineringsinsatserna och att bestämmelsen om sammanhållen journalföring bör ändras så att den kan användas för koordineringsinsatser. *Stockholms läns landsting*, *Gotlands kommun*, *Skåne läns landsting*, *Kronobergs läns landsting*, *Uppsala läns landsting*, *Dalarnas läns landsting*, *Västernorrlands läns landsting* och *Norrbottnens läns landsting* framför liknande synpunkter som *SKL*.

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

De flesta remissinstanserna har inte yttrat sig över promemorians bedömning. *Datainspektionen* har inga invändningar. *Skåne läns landsting* anser att kontakt mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan ska kunna ske innan det finns ett aktuellt ärende.

### Skälen för regeringens förslag och bedömning

#### *Koordineringsinsatserna ska dokumenteras*

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

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

#### *Koordineringsinsatserna bör dokumenteras i patientjournalen*

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

Verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser kommer till stor del att bedrivs integrerat med hälso- och sjukvården, av eller tillsammans med hälso- och sjukvårdpersonal. Regeringen anser därför i enlighet med promemorian att det mest rimliga är att koordineringen dokumenteras i patientjournalen. Därigenom har både personalen och patienten enbart en enda journal att förhålla sig till och det finns möjlighet att följa koordineringen och sambandet mellan koordinering och vård och behandling. Regeringen föreslår därför att PDL:s bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal och övriga bestämmelser kring journalföringen ska ändras så att de blir tillämpliga även på koordineringsverksamhet, vilket sker genom att 1 kap. 3 § PDL ändras till att omfatta även koordineringsverksamhet. När det gäller den risk som bl.a. *Arbetsgivarverket* påtalar om att individer kan känna oro för att information sprids, hänvisar regeringen till de skyddsbestämmelser som finns i PDL när det gäller personuppgifter i patientjournaler. Enligt 4 kap. 2 § PDL ska vårdgivaren begränsa behörighet för åtkomst till uppgifter om patienter, och patienten har enligt 4 kap. 4 § PDL viss rätt att spärra uppgifter i patientjournalen. Dessa bestämmelser kommer att gälla även för uppgifter om koordineringsinsatser, och regeringen anser därmed att det finns tillräckligt skydd för att information inte obehörigen sprids.

*Skyldighet att föra patientjournal*

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

*Sammanhållen journalföring ska kunna tillämpas i koordineringsverksamhet*

I 6 kap. PDL finns bestämmelser om sammanhållen journalföring. Enligt 6 kap. 1 § får en vårdgivare, under de förutsättningar som anges i 6 kap. 2 §, ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 i PDL. De ändamål som anges är fullgörande av skyldigheter när det gäller journalföring enligt 3 kap. PDL, att upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter samt administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars förorsakas av vård i enskilda fall. En vårdgivare får således ha direktåtkomst till uppgifter som behandlas av en annan vårdgivare för dessa ändamål. En ytterligare förutsättning för direktåtkomst är att förutsättningarna i 6 kap. 2 § PDL är uppfyllda. Enligt den bestämmelsen gäller följande. En uppgift om att det finns spärrade uppgifter om en patient får göras tillgänglig för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring. Även uppgift om vilken vårdgivare som har spärrat uppgifterna får under vissa förutsättningar göras tillgänglig. Andra uppgifter om patienten får inte

göras tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring om patienten motsätter sig det, och uppgifterna ska i så fall spärras. Enligt 6 kap. 2 § tredje stycket PDL ska patienten informeras om vad den sammanhållna journalföringen innebär och om möjligheten att spärra uppgifter innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring. Enligt 6 kap. 2 § femte stycket PDL ska ospärrade uppgifter om patienten göras tillgängliga för de vårdgivare som är anslutna till systemet med sammanhållen journalföring.

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

PDL för att vårdgivare (i PDL:s mening) ska kunna behandla uppgifter som gjorts tillgängliga genom sammanhållen journalföring för koordineringsinsatserna i enlighet med promemorians förslag, vilket SKL och ett antal landsting anför. Regeringen föreslår därför en sådan ändring av paragrafen.

*Alla bestämmelser om journalföring ska gälla för koordineringsinsatser*

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

*Förutsättningar för personuppgiftshantering inom koordineringsverksamheten*

Regeringen föreslår som framgår ovan att koordineringsinsatserna ska dokumenteras i patientjournalen och att bestämmelser om journalföring ska vara tillämpliga i fråga om koordineringsinsatserna. Att dokumentera och journalföra innebär behandling av personuppgifter. Insatser för att koordinera vården för en patient handlar till stor del om patientkontakt, samordning av olika insatser inom vården och samverkan med externa aktörer kring en enskild patient. Inom koordineringsverksamhet kommer således personuppgifter behöva hanteras dels för journalföring, dels för annan administration kring insatserna, såsom vid dialogen med andra aktörer. De uppgifter som kommer behöva hanteras är bl.a. grundläggande identifikationsuppgifter såsom namn, personnummer och kontaktuppgifter till patienten, men också uppgifter om patientens hälsa såsom diagnos, arbetsförmåga, orsaker till sjukskrivning, sjukskrivningstid samt genomförda och planerade insatser. Även andra uppgifter om sjukskrivningen och den enskilda patientens enskilda förhållanden kan behöva hanteras för att koordineringsinsatserna ska kunna utföras.

För att personuppgiftshantering, som innebär ett intrång i den personliga integriteten, ska vara tillåten måste den uppfylla de krav som ställs i dataskyddsregelverket. EU:s dataskyddsförordning (Europaparlamentets och rådets förordning [EU] 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG) är direkt tillämplig och kompletteras i Sverige av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen). Enligt 1 kap. 6 § dataskyddslagen gäller att om en annan lag eller förordning innehåller någon bestämmelse som avviker från dataskyddslagen, ska den bestämmelsen tillämpas. Landstinget och andra vårdgivare som landstinget har avtalat med om att utföra uppgifter kommer att vara personuppgiftsansvariga för personuppgiftsbehandlingen och kommer i den egenskapen att behöva bevaka att den personuppgiftsbehandling som sker är laglig och korrekt utifrån bestämmelserna i dataskyddsförordningen och i nationell lag.

*Rättslig grund enligt dataskyddsförordningen*

För att personuppgiftsbehandling ska vara tillåten enligt dataskyddsförordningen krävs att behandlingen omfattas av någon av de rättsliga grunder som anges i förordningen (artikel 6). En av de rättsliga grunderna är att personuppgiftsbehandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e). Grunden för behandlingen ska vara fastställd i enlighet med nationell rätt eller i unionsrätten (artikel 6.3). Regeringen bedömer i prop. 2017/18:105 s. 56–57 att alla uppgifter som riksdagen eller regeringen gett i uppdrag åt statliga myndigheter att utföra är att anse som allmänt intresse. Regeringen anför därvid att om uppgifterna inte vore av allmänt intresse skulle myndigheterna inte ha ålagts att utföra dem. På motsvarande sätt menar regeringen i propositionen att även de obligatoriska uppgifter som ålagts kommuner och landsting att utföra är av allmänt intresse i dataskyddsförordningens mening, eftersom det är upp till varje medlemsstat att fastställa de uppgifter som är av allmänt intresse. Vidare menar regeringen att det inte spelar någon roll om den personuppgiftsansvarige är en offentlig eller en privat aktör. Om den uppgift som den personuppgiftsansvarige utför är av allmänt intresse och denna uppgift är fastställd i enlighet med unionsrätten eller den nationella rätten finns därmed en rättslig grund

för nödvändig behandling enligt artikel 6.1 e. Det saknar då betydelse om en privat aktör utför verksamheten på direkt uppdrag av en myndighet eller på eget initiativ.

Förslaget till lag om koordineringsinsatser innehåller obligatoriska uppgifter för landstingen. Ovan redovisas skälen för varför det är angeläget att införa sådana. Regeringen bedömer att regleringen är proportionell för att nå det mål som eftersträvas. Regeringen bedömer därför att uppgiften att tillhandahålla koordineringsinsatser är av allmänt intresse i den mening som avses i dataskyddsförordningen. Det allmänna intresset för personuppgiftsbehandling fastställs genom den nya lagen. Landstingen och de privata aktörer som utför koordineringsinsatser kommer därigenom ha en rättslig grund för att behandla personuppgifter i samband med koordineringsinsatserna.

För att personuppgiftsbehandlingen ska vara tillåten krävs därutöver att landstingen och andra utförare tillämpar dataskyddsförordningens allmänna bestämmelser om personuppgiftshandling. Det handlar bl.a. om principerna i artikel 5. Principerna innebär bl.a. att uppgifterna ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt i förhållande till den registrerade, att uppgifterna ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål, att uppgifterna ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas och att de ska vara korrekta och om nödvändigt uppdaterade. Vidare krävs bl.a. att uppgifterna behandlas i enlighet med principerna om integritet och konfidentialitet.

#### *Rätten att behandla känsliga personuppgifter*

Som redogjorts för ovan kommer personuppgifter om människors hälsa att behöva hanteras inom verksamhet med koordineringsinsatser. När det gäller behandling av uppgifter om en persons hälsa är huvudregeln att sådan behandling är förbjuden (artikel 9.1 i dataskyddsförordningen), även om det finns en rättslig grund enligt artikel 6. Det finns dock en rad undantag från förbudet som möjliggör behandling av uppgifter om hälsa och andra sådana så kallade känsliga personuppgifter. Enligt ett av undantagen (artikel 9.2 h) får behandling av känsliga personuppgifter ske om behandlingen är nödvändig av skäl som hör samman med bl.a. förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin, tillhandahållande av hälso- och sjukvård och behandling på grundval

av unionsrätten eller den nationella rätten, eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. Undantaget gäller under förutsättning att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare som omfattas av tystnadsplikt. Det krävs enligt dataskyddsförordningen att behandlingen av känsliga personuppgifter är nödvändig. Med nödvändig avses inte att uppgiften inte går att utföra utan personuppgiftshandling, utan att behandlingen kan anses nödvändig om den leder till effektivitetsvinster. Regeringen har uttalat att det i dagsläget mer eller mindre regelmässigt anses vara nödvändigt att använda tekniska hjälpmedel och därmed behandla personuppgifter på automatisk väg, eftersom en manuell informationshantering inte utgör något realistiskt alternativ för vare sig myndigheter eller företag (prop. 2017/18:105 s. 47). Regeringen bedömer att personuppgiftsbehandling av koordineringsinsatserna ryms inom undantaget i artikel 9.2 h eftersom insatserna kommer utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och den personuppgiftsbehandling som kommer behövas kommer vara nödvändig av skäl som hör samman med hälso- och sjukvård och även yrkesmedicin.

För att känsliga personuppgifter ska få hanteras inom hälso- och sjukvårdsverksamhet krävs enligt dataskyddsförordningen också att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en person som omfattas av tystnadsplikt enligt gällande rätt. Bestämmelser om tystnadsplikt för personer verksamma inom hälso- och sjukvården finns när det gäller landstinget i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen. Regeringen bedömer nedan att offentlighets- och sekretesslagen omfattar även verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser. Det innebär att tystnadsplikt kommer att gälla för dem som arbetar med koordineringsinsatserna inom landstingens hälso- och sjukvård. När det gäller privata vårdgivare regleras tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal i 6 kap. 12–16 §§ PSL. Regeringen föreslår i ovan att även PSL gälla i fråga om koordineringsinsatserna. Den tystnadsplikt som enligt dataskyddsförordningen krävs för behandling av känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvård kommer därmed att gälla för alla som arbetar med koordineringsinsatserna.

#### *PDL och koordineringsinsatserna*

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

giftshantering som krävs inom ramen för koordineringsinsatserna att vara tillåten enligt förordningen. Förordningen ställer inte krav på att de särskilda ändamålen för personuppgiftshantering eller förutsättningar i övrigt fastställs i nationell rätt. Det finns dock inte något som hindrar att detta görs om bestämmelserna uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionellt mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket). I skäl 41 i dataskyddsförordningen anges att den rättsliga grunden bör vara tydlig och precis och dess tillämpning förutsägbar för personer som omfattas av den. Patientdatalagen kompletterar dataskyddsförordningen när det gäller personuppgiftshantering inom hälso- och sjukvårdsverksamhet och innehåller bl.a. särskilda ändamålsbestämmelser. Vårdgivare ska således tillämpa både dataskyddsförordningen och kompletterande bestämmelser i PDL och dataskyddslagen. Regeringen anser att bestämmelserna om personuppgiftsbehandling i PDL även bör omfatta personuppgiftshantering enligt den föreslagna lagen om koordineringsinsatser. Därigenom blir det tydligt och förutsebart både för den som ska utföra uppgifterna och för registrerade vilken behandling av personuppgifter som är tillåten. Det innebär visserligen att koordineringsinsatser ska anses vara hälso- och sjukvård i PDL:s mening, men inte enligt HSL, vilket kan innebära vissa oklarheter för vårdpersonalen. Alternativet är dock att föreslå en egen registerlag för koordineringsinsatserna, eller att enbart låta dataskyddsförordningen och dataskyddslagen vara tillämpliga i fråga om personuppgiftsbehandling inom koordineringsverksamhet. Regeringens bedömning är att det skulle vara ännu mer otydligt för tillämpare inom hälso- och sjukvården att ha olika regelverk att förhålla sig till när det gäller personuppgiftsbehandlingen. Regeringen föreslår därför att PDL ändras för att den ska bli tillämplig på koordineringsverksamheten. I den nya lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter bör det införas en bestämmelse som slår fast PDL:s tillämplighet på koordineringsinsatser enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. På samma sätt som för patientskadlagen och PSL bör det införas en bestämmelse om att PDL gäller när koordineringsinsatser ges enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

#### *Vilken ändring krävs i PDL?*

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

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

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

Regeringen föreslår som nämns ovan att koordineringsverksamheten ska journalföras. Personuppgiftshantering för att föra journal är ett tillåtet ändamål för hantering enligt PDL. Övriga åtgärder inom koordineringsverksamheten som kommer kräva personuppgiftsbehandling är att ge stöd till patienten, att samordna insatser internt, att samverka externt med andra aktörer och att ge information till Försäkringskassan om en enskild patients behov av rehabiliteringsåtgärder enligt socialförsäkringsbalken. Eftersom koordineringsverksamheten föreslås utgöra vård i

PDL:s mening ryms sådan övrig personuppgiftshandling inom ändamålet som anges i 2 kap. 4 § 2 PDL, nämligen behandling som behövs för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föräns av vård i enskilda fall. Begreppet administration ska enligt regeringens bedömning i det här sammanhanget inte ges alltför snäv betydelse utan bör omfatta olika göromål som krävs för vården av en patient. Ändamålsbestämmelsen i PDL fyller således enligt regeringens bedömning de behov som finns för att tillåta personuppgiftsbehandling i samband med koordineringsinsatser och behöver därför inte ändras.

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

*Sökbegränsningar, andra skyddsåtgärder samt bestämmelser om nationella kvalitetsregister*

Vid all behandling av känsliga personuppgifter är det särskilt viktigt att reglera och begränsa handlingen för att minska integritetsintrånget och

risker för skador. I 2 kap. 8 § PDL finns begränsningar i fråga om känsliga personuppgifter som sökbegrepp. I PDL finns också grundläggande bestämmelser om inre sekretess och elektronisk åtkomst. Begränsningarna utgör enligt regeringens mening lämpliga skyddsåtgärder för behandlingen av känsliga personuppgifter även inom koordineringsverksamheten.

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

*Personuppgiftshandling och dataskydd hos andra aktörer*

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

Enligt 1 kap. 6 § dataskyddslagen gäller att om en annan lag eller en förordning innehåller någon bestämmelse som avviker från dataskyddslagen ska den bestämmelsen tillämpas. Det innebär att om det inte finns bestämmelser som avviker från dataskyddslagen så ska dataskyddslagen tillämpas. Sådan personuppgiftshandling som inte kan förutses, till exempel då en myndighet tar emot personuppgifter men inte har något pågående ärende, regleras normalt inte i särskilda registerförfattningar. I de situationerna ska dataskyddslagen således tillämpas. Enligt 3 kap. 3 § första stycket 1 dataskyddslagen får känsliga person-

uppgifter behandlas av en myndighet med stöd av artikel 9.2 g i EU:s dataskyddsförordning om uppgifterna har lämnats till myndigheten och behandlingen krävs enligt lag. Vid behandling som sker enbart med stöd av den paragrafen är det förbjudet att göra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter. Regeringens bedömning är att det därigenom finns laglig grund för myndigheter att hantera personuppgifter som lämnas till dem från hälso- och sjukvården även i de fall myndigheten inte har något pågående ärende. Det finns således inget hinder för hälso- och sjukvården att kontakta Försäkringskassan innan det finns ett aktuellt ärende, vilket *Skåne läns landsting* påpekat att det kan finnas behov av.

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

När det gäller Försäkringskassans mottagande av information om en enskild persons behov av rehabiliteringsåtgärder enligt socialförsäkringsbalken (SFB) gör regeringen följande bedömning. Förutsättningarna för Försäkringskassan att behandla personuppgifter är reglerade i 114 kap. SFB. Enligt 114 kap. 7 § 2 SFB får Försäkringskassan behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades eller annans rättigheter eller skyldigheter i fråga om förmåner och ersättningar som handläggs av Försäkringskassan ska kunna bedömas eller fastställas. Enligt fjärde

punkten i samma paragraf får personuppgifter behandlas för att handlägga ärenden. Känsliga personuppgifter får behandlas om uppgifterna lämnats till myndigheten i ett ärende eller är nödvändiga för handläggningen av ett ärende (114 kap. 11 § första stycket SFB). Uppgifter om hälsa får därutöver behandlas om det är nödvändigt för det ändamål som anges i 114 kap. 7 § 2 SFB. Rehabiliteringsåtgärder utgör en förmån enligt socialförsäkringsbalken. De patienter som ska ges koordineringsinsatser enligt den nya lagen och som således kan komma i fråga för informationsöverlämningen är alltid sjukskrivna i någon form. De torde således som regel ha ett pågående ärende hos Försäkringskassan. Regeringens bedömning är att de redovisade bestämmelserna i 114 kap. SFB är tillräckliga för att Försäkringskassan ska ha laglig grund för att ta emot och hantera information om en enskild persons eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder elektroniskt. Sådan behandling är enligt regeringen bedömning både nödvändig och proportionerlig i förhållande till ändamålet. För det fall information lämnas om en person som inte har ett pågående ärende, eller inte omfattas av något av övriga ändamål i 114 kap. SFB, ska Försäkringskassan tillämpa dataskyddslagen på det sättet som redovisas ovan i detta avsnitt.

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

## Sekretess

---

**Regeringens bedömning:** Insatser enligt den föreslagna lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter omfattas av befintliga sekretessbestämmelser.

---

**Promemorians bedömning:** Överensstämmer med regerings.

**Remissinstanserna:** *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* instämmer i promemorians bedömning.

**Skälen för regeringens bedömning:** Verksamhet med koordineringsinsatser kommer att innefatta hantering av uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden.



Sekretess gäller enligt 25 kap. 1 § OSL, inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. I förarbetena anfördes i fråga om tillämpningsområdet för paragrafen att det centrala området är den slutna och öppna sjukvården. Även den förebyggande medicinska hälsovården, t.ex. den som bedrivs vid mödra- och barnvårdscentralerna och inom den psykiska barn- och ungdomsvården omfattas. Med hälso- och sjukvård avses inte bara den som bedrivs i organisatoriskt självständiga former utan också den som utgör inslag i annan förvaltning, t.ex. inom skolväsendet, socialtjänsten, kriminalvården eller försvarsmakten. Av förarbetena följer vidare att den personal för vilken sekretessen gäller i första hand är medicinsk personal. Inom den organisatoriskt självständiga hälso- och sjukvården kommer sekretessen emellertid även att gälla annan personal än sådan som räknas till medicinalpersonal, t.ex. arbetsterapeuter, logopedier och psykologer, under förutsättning att de är i allmän tjänst (prop. 1979/80:2 Del A s. 165–166). Mot denna bakgrund gör regeringen bedömningen att uttrycket ”inom hälso- och sjukvården” i 25 kap. OSL inte är begränsat till att gälla enbart verksamhet där medicinska insatser ges. Koordineringsinsatser enligt den nya lagen ska utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och regeringen bedömer därför att den verksamheten omfattas av sekretessen i 25 kap. OSL. Sekretessen i 25 kap. 1 § bedöms utgöra ett fullgott sekretesskydd för de uppgifter som kan tänkas förekomma i verksamheten.

Koordineringsinsatser kan även utföras inom enskilt bedriven verksamhet. Det handlar i första hand om privata vårdgivare som genom avtal med landstingen tillhandahåller hälso- och sjukvård. I 6 kap. PSL finns bl.a. bestämmelser om tystnadsplikt inom enskild vårdverksamhet. Enligt 6 kap. 12 § PSL får den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Tystnadsplikten gäller även i förhållande till patienten själv, om det med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten. Den som tillhör eller har tillhört hälso- och

sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får enligt 6 kap. 13 § PSL inte heller obehörigen röja en uppgift från en enskild om någon annan persons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att det finns en risk för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till uppgiftslämnaren utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs. Enligt 6 kap. 16 § PSL får den som, utan att höra till hälso- och sjukvårdspersonalen, till följd av anställning eller uppdrag eller på annan liknande grund deltar eller har deltagit i enskilt bedriven hälso- och sjukvård inte obehörigen röja vad han eller hon därvid fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Den som arbetar med koordineringsinsatser till patienter kommer att få del av uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga uppgifter. Regeringen föreslår ovan att patientsäkerhetslagen ska vara tillämplig på den föreslagna lagen om koordineringsinsatser genom att begreppet hälso- och sjukvård enligt patientsäkerhetslagen även föreslås omfatta verksamhet enligt den föreslagna lagen om koordineringsinsatser. Regeringen föreslår också att patientsäkerhetslagens tillämplighet ska följa av en materiell bestämmelse i den nya lagen. Bestämmelserna om tystnadsplikt kommer således vara tillämpliga i fråga om personal som arbetar med koordineringsverksamhet inom enskild bedriven verksamhet.

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

#### **Kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatser bör inte regleras i lag**

---

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

---

**Promemorians bedömning:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Örebro läns landsting, Skåne läns landsting, Västmanlands läns landsting, Blekinge läns landsting och Riksorganisationen för

*idéburen välfärd (Famna)* instämmer i att varje arbetsgivare själv bör avgöra vilken kompetens som krävs för koordineringsinsatserna. Flera landsting, bl.a. *Skåne läns landsting* och *Värmlands läns landsting*, menar att landstingen ska kompenseras ekonomiskt för uppdragsutbildningar. *Västra Götalands läns landsting*, *Stockholms läns landsting*, *Uppsala läns landsting*, *Värmlands läns landsting* och *Gotlands kommun* anser att det krävs ett legitimationsyrke inom vården eller hälso- och sjukvårdsutbildning för koordineringsuppdraget och *Uppsala läns landsting* förordar att rehabiliteringskoordinatoren får en yrkestitel. *Akademikerförbundet SSR* anser att det ska krävas högskoleutbildning och att hälso- och sjukvårdens kuratorer har den kompetens som krävs. Även *KI* anser att det torde krävas t.ex. legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer.

**Skälen för regeringens bedömning** Möjligheterna att reglera kompetens för ett visst yrke styrs av EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv (Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer). Ett reglerat yrke är enligt direktivet en eller flera former av yrkesverksamhet där det genom lagar och andra författningar direkt eller indirekt krävs bestämda yrkeskvalifikationer för tillträde till eller utövande av verksamheten eller någon form av denna eller att använda en viss yrkestitel. Den övergripande inriktningen är att minska antalet reglerade yrken. Särskilda krav för att utöva yrkesverksamhet ska endast ställas när det finns angelägna skäl för det, som t.ex. patientsäkerhet, konsumentskydd och säkerhet för allmänheten. Sverige har ett antal reglerade yrken inom hälso- och sjukvården. Enligt 4 kap. 1 § PSL finns 21 legitimationsyrken som ger särskilda s.k. skyddade yrkestitlar, bl.a. legitimerade läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Sedan den 1 juli 2019 är även legitimerad hälso- och sjukvårdskurator ett reglerat yrke med skyddad yrkestitel. För att få legitimation för de reglerade yrkena krävs som regel viss i lag angiven utbildning. Dessa yrken har reglerats efter en intresseavvägning. För ett antal av yrkena är legitimationen knuten till en ensamrätt att utöva yrket och det finns arbetsuppgifter som enligt lag eller annan föreskrift enbart får utföras av vissa yrkesgrupper. Som huvudregel regleras dock inte vilka yrkesgrupper som ska utföra olika uppgifter inom hälso- och sjukvården. Av 5 kap. 2 § HSL framgår dock att det där det bedrivs hälso- och sjukvård ska finnas den

personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Det blir därigenom en fråga för landstingen att säkerställa rätt kompetens.

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

Universitet och högskolor har en långtgående frihet att styra över utbildningsutbudet och ansvarar i huvudsak själva för vilka utbildningar som de väljer att ge. Beslut om utbildningsutbud, inriktningar och ämneskombinationer samt dimensionering ska fattas utifrån studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov på nationell nivå. Lärosäten kan inom ramen för sina examenstillstånd erbjuda kurser eller utbildningar som leder till examen. Härigenom har universitet och högskolor möjlighet att erbjuda utbildningar och kurser som det finns ett behov av. Mot bakgrund därav föreslår inte regeringen reglering av någon särskild examen för rehabiliteringskoordinatorsyrket.

#### Lagen anpassas till ändringen av beteckningen för kommuner på regional nivå

**Regeringens förslag:** Lagförslagen om koordineringsinsatser ska anpassas till att beteckningen för kommuner på regional nivå ändras från landsting till region.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer inte med regeringens förslag. I promemorian används beteckningen landsting i stället för region.

**Remissinstanserna:** Några remissynpunkter har inte hämtats in på förslaget inom ramen för detta lagstiftningsärende.

**Skälen för regeringens förslag:** I propositionen En ny beteckning för kommuner på regional nivå och vissa frågor om regionindelning (prop. 2018/19:162) föreslår regeringen att beteckningen för kommuner på regional nivå från och med den 1 januari 2020 ska ändras från landsting till region. Lagförslagen som avser koordinerings-

insatser bör anpassas till den nya beteckningen på så sätt att region används genomgående, i stället för landsting.

#### **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

**Regeringens förslag:** Lagändringarna ska träda i kraft den 1 februari 2020.

**Regeringens bedömning:** Det finns inte behov av några övergångsbestämmelser.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer inte med regeringens förslag. I promemorian föreslås att lagändringarna ska träda i kraft den 2 januari 2019.

**Remissinstanserna:** Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Kronobergs läns landsting, Uppsala läns landsting, Västernorrlands läns landsting och Norrbottens läns landsting m.fl. tillstyrker promemorians förslag förutsatt att omfattningen av uppdraget och tillhörande finansiering överensstämmer med deras synpunkter.

**Skälen för regeringens förslag och bedömning:** Regeringen föreslår att den nya lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter och ändringarna i PDL, PSL och patientskadlagen ska träda i kraft den 1 februari 2020. Landstingen arbetar redan med koordineringsverksamhet och det torde därför inte krävas någon längre tids förberedelse med anledning av den nya lagen. För att inte motverka det arbete med koordineringsinsatser som pågår i landstingen på frivillig grund med anledning av överenskommelsen mellan staten och SKL bör lagförslagen inte träda i kraft senare. Den skyldighet för landstingen att lämna information till Försäkringskassan som föreslås är dock en ny obligatorisk åtgärd för landstingen och för Försäkringskassan, som i sina remissvar betonat behovet av att utveckla rutiner för informationsöverföringen. Regeringen inser att myndigheterna behöver tid att utarbeta rutiner för detta men anser att de befintliga formerna för överföring av information, exempelvis via läkarintyg, bör kunna användas i vart fall inledningsvis. Regeringen bedömer också att det inte behövs några övergångsbestämmelser.

### **3.6.4 Uppföljning**

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

### **3.6.5 Konsekvenser**

#### *Allmänt om konsekvenserna av förslagen*

Regeringens förslag syftar till att ge ökat stöd till individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom hälso- och sjukvården. Förslagen syftar även till att ansvarsområdet för landstingen i förhållande till övriga aktörer i processen ska bli tydligt så att ingen enskild faller mellan stolarna. En målsättning är att förslagen ska leda till nationell enhetlighet i det stöd som enskilda sjukskrivna patienter får samtidigt som landstingen ges möjlighet att utforma insatserna utifrån egna förutsättningar. En beskrivning av vad regeringen vill uppnå samt alternativa lösningar finns i avsnitt 3.6.3.

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

#### *Landstingen och kommunerna*

Förslaget till ny lag innebär nya obligatoriska uppgifter för landstingen. Konsekvenserna av det är framför allt att landstingen måste utforma och organisera koordineringsinsatserna så att de uppfyller kraven i lagen. Alla landsting erbjuder redan i dag koordineringsinsatser i någon form. De praktiska konsekvenserna är därför mer begränsade än när helt nya funktioner och insatser ska införas. Det som är helt nytt för landstingen är skyldigheten att informera Försäkringskassan. Det innebär att landstingen måste utveckla lämpliga former för informationslämnandet. Flera remissinstanser, bl.a. SKL anför att sådan infor-

mationslämning ofta sker redan i dag i de läkarintyg som lämnas till Försäkringskassan. Det innebär enligt regeringens mening att vissa rutiner redan finns även om de sannolikt behöver utvecklas. Det finns också ett pågående projekt med elektronisk informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan som utvecklas och finansieras inom ramen för regeringens överenskommelse med SKL om En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018. Det systemet skulle kunna vara användbart även för detta ändamål. Det finns således redan vissa rutiner och lösningar som landstingen kan utgå ifrån i det fortsatta arbetet, även om det kommer vara upp till landstingen och Försäkringskassan att gemensamt avgöra vilken form för informationslämnandet som är lämpligast.

Kommunernas ansvar för enskildas behov förändras inte genom förslagen i denna proposition. Kommunerna får genom den samverkansskyldighet för landstingen som ingår i koordineringsinsatserna en kontaktväg in i vården, för att med patientens medgivande kunna diskutera de behov som finns i fråga om rehabilitering tillbaka till arbete eller till inträde i arbetslivet. Detta torde underlätta kommunernas arbete.

#### *Den kommunala självstyrelsen*

Förslaget innebär att landstingen åläggs nya obligatoriska uppgifter vilket innebär en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett inskränkningen. Bestämmelsen innebär att det krävs en proportionalitetsprövning vid inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. I promemorian har alternativ till obligatorisk lagstiftning diskuterats, bl.a. att föreskriva om statsbidrag för frivillig verksamhet eller att fortsätta med överenskommelser mellan staten och SKL. Promemorians samlade bedömning är att det krävs lagstiftning med skyldigheter för landstingen för att säkerställa dels att patienter ges likvärdigt stöd i hela landet, dels att landstingen har rättslig grund för personuppgiftshandling. Ytterligare ett alternativ skulle vara att regeringen helt avstår från författning eller annan form av styrning och lämnar till landstingen att avgöra om stödinsatser ska ges till sjukskrivna patienter och hur sådana insatser i så fall kan och bör utformas. Regeringen instämmer i promemo-

rians bedömning. Sammantaget gör regeringen bedömningen att lagförslaget är motiverat med hänsyn till det övergripande syftet, att ge ökat stöd till enskilda i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och ökad förutsebarhet både för enskilda och för landstingen. Regeringens bedömning är att behovet av stöd till individen i hälso- och sjukvårdens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess inte kan tillgodoses på ett för den kommunala självstyrelsen mindre ingripande sätt än att landstingen ges en lagstadgad skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter. Regeringen anser därför att fördelen med förslaget att i lag reglera nya insatser som landstingen ska vara skyldiga att erbjuda överväger den nackdel som ingreppet i den kommunala självstyrelsen utgör.

#### *Minskning av sjukfrånvaron kan inte beräknas*

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

#### *Försäkringskassans ansvar ändras inte*

Förslaget innebär ingen förändring av Försäkringskassans samordningsansvar eller ansvar i övrigt. Landstingen föreslås få en skyldighet att informera Försäkringskassan om vilka enskilda personer som kan ha behov av att rehabiliteringsbehoven klarläggs eller att andra insatser inom Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar vidtas. Avsikten med det förslaget är att underlätta för Försäkringskassan att identifiera individer som har behov av att sådana samordningsinsatser genomförs. Enligt promemorians bedömning kommer informationsmottagandet inte att bli någon betungande uppgift för Försäkringskassan. Regeringen instämmer i bedömningen i promemorian att förslagen kommer underlätta för Försäkringskassan att identifiera de enskilda försäkrade som har behov av insatser

inom samordningsansvaret. Förslaget kommer initialt att innebära ett visst merarbete för Försäkringskassan när det gäller att gemensamt med landstingen utarbeta rutiner för informationshanteringen. Som beskrivits i ovan angående landstingen finns det dock redan vissa informationskanaler mellan myndigheterna som skulle kunna användas och utvecklas.

#### *Begränsade konsekvenser för Inspektionen för vård och omsorg*

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

#### *Konsekvenser för Arbetsförmedlingens arbete*

Arbetsförmedlingens ansvar för insatser förändras inte genom förslagen. Genom den skyldighet att samverka med andra aktörer som landstingen föreslås få och som utgör en del av koordineringsinsatserna, kommer Arbetsförmedlingen att ha kontakter med landstingen och övriga vårdgivare i fråga om enskilda personer som är sjukskrivna. Det bör främja samverkan och Arbetsförmedlingens arbete med att vidta rätt insatser.

#### *Konsekvenser för patienter*

Förslagen om en skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser innebär att vissa enskilda patienter får stödinsatser i sjukskrivningsprocessen. Förslaget om en skyldighet för landstingen att lämna information till Försäkringskassan kan antas innebära förutsättningar för att fler sjukskrivna patienter kan få insatser som de behöver och att färre faller mellan stolarna. Flera undersökningar, utvärderingar och erfarenheter av arbetet med rehabiliteringskoordinatorer visar på positiva erfarenheter för patienterna (se avsnitt 3.6.2).

#### *Konsekvenser för arbetsgivare*

Förslagen förändrar inte arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetsförhållanden, för rehabiliteringsverksamhet för anställda och för att ta fram en plan för återgång i arbete. Regeringen bedömer dock att koordineringsinsatserna medför en förnkling för arbetsgivaren genom att det skapas en

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

#### *Konsekvenser för företag och andra privata vårdgivare*

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

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

Enligt förslagen ska landstingen ansvara för att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter efter behov, vilket innebär att landstingen måste säkerställa att patienter som får vård av privata vårdgivare också får del av koordineringsinsatser. Sådana villkor brukar regleras i vårdavtal som landstingen ingår med privata vårdföretag. De privata vårdföretagen har sannolikt något olika förutsättningar för att utföra koordineringsinsatser genom avtal med landstingen, framför allt beroende på storleken på företagen. Andra konsekvenser för företagen är de skyldigheter som följer av patientsäkerhetslagen. Det patientsäkerhetsarbete som koordineringsinsatserna kommer att föranleda kommer dock inte vara omfattande och kommer sannolikt att kunna samordnas med det befintliga patientsäkerhetsarbetet. För nya aktörer krävs en anmälan till IVO som är tillsynsmyndighet, men den administrativa och tidsmässiga insatsen för det måste an-

ses begränsad. IVO har elektroniska blanketter som kan användas för ändamålet.

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

#### *Konsekvenser för jämställdheten*

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

Sjukfrånvaron är högst, och har ökat mest, för kvinnor. Ökningen beror huvudsakligen på psykisk ohälsa. Ett antal studier har indikerat att bakomliggande social problematik kan vara en orsak till nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning och Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att våld i nära relationer ofta leder till sjukskrivning (Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet, Socialstyrelsen, 2013). Det kan således antas att en viss del av sjukskrivningarna bland män, men framför allt bland kvinnor, orsakas av våld i nära relationer.

Mot bakgrund av betydelsen av att väga in jämställdhetsfrågor i allmänhet och frågor om våld i nära relationer i synnerhet som faktorer bakom ohälsa och sjukfrånvaro, ingår dessa frågeställningar som integrerade villkor i samtliga insatsområden i överenskommelsen mellan staten och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2019. Det gäller således även i villkoret Funktion för koordinering. Syftet med att ha med dessa aspekter i överenskommelsen är att verka för att jämställdhet och frågor om våld i nära relationer ska vara integrerade delar i landstingens kvalitetsarbete med sjukskrivning och rehabilitering.

De koordineringsinsatser som föreslås av regeringen ska utformas i samråd med patienten. Jämställdhetsaspekterna kommer därför behöva beaktas såväl i varje enskilt fall som i planering och uppföljning av verksamheten. Den medvetenhet om frågorna som har främjats genom överenskommelsen bör kunna fortsätta genomsyra koordineringsinsatserna, vilket bidrar till uppfyllelsen av delmålen och det övergripande jämställdhetspolitiska målet.

När det gäller delmålet att kvinnor och män ska ha samma möjligheter att vara ekonomiskt självständiga gör regeringen följande bedömning. För individen medför sjukskrivning lägre inkomster och en ökad risk för att permanent slås ut från arbetsmarknaden med sjukersättning. Att minska skillnaderna mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivning är således angeläget för att regeringens mål om ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män ska kunna uppnås. Koordineringsinsatserna bedöms kunna leda till snabbare återgång i arbete och minskad sjukfrånvaro för de patientgrupper som får del av dem. Eftersom kvinnor är sjukskrivna i större omfattning än män är det rimligt att anta att koordineringsinsatserna särskilt gynnar kvinnor.

Sammantaget bedöms koordineringsinsatserna bidra till att skillnaderna i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män minskar. Förslagen bedöms därför bidra till ökad ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män.

#### *Konsekvenser för barn och unga*

Syftet med koordineringsinsatserna är att främja sjukskrivna patienters återgång till eller inträde i arbetslivet. De personer som är under 18 år och som arbetar eller förväntas delta i arbetslivet omfattas av förslaget och påverkas på samma sätt som övriga patienter. Det föreslås i avsnitt 3.6.3 att insatserna så långt det är möjligt ska utformas tillsammans med patienten. Dialog och samarbete med patienten kan vara särskilt viktigt med unga med tanke på deras ålder. De kan i än högre grad än andra patienter vara i en utsatt position hos myndigheter och inom hälso- och sjukvården, vilket ska beaktas av den som utför koordineringsinsatserna. Regeringen bedömer att förslaget inte har några direkta konsekvenser för yngre barn. För yngre barn kan dock förslaget få konsekvenser indirekt genom att deras föräldrar eller andra vuxna i barnets närhet, t.ex. förskole- och skolpersonal, får del av koordineringsinsatser som bidrar till bättre hälsa hos de vuxna vilket sannolikt påverkar barns tillvaro positivt.

#### *Brottslighet, miljö, integration*

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

### *Konsekvenser för den personliga integriteten*

Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen). Den ökade behandlingen av personuppgifter som kommer att ske med anledning av förslagen i denna proposition innebär ett visst intrång i den personliga integriteten. Detta gäller i synnerhet som även känsliga personuppgifter kan komma att behandlas. Dessa omständigheter har redovisats och analyserats i avsnitt 3.6.3. Regeringen bedömer sammanfattningsvis att de fördelar som förslagen bedöms medföra får anses överväga det intrång i den personliga integriteten som förslagen innebär.

### *Konsekvenser för Sveriges internationella åtaganden*

I avsnitt 3.6.3 redogörs för betydelsen av EU:s dataskyddsförordning i förhållande till förslagen i denna proposition. Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser för eller stå i strid med de skyldigheter som följer av EU-lagstiftningen eller Sveriges internationella åtaganden.

### *Kostnadsmässiga konsekvenser*

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

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

**Remissinstanserna:** Statskontoret menar att en närmare analys behövs i fråga om förslaget innebär helt nya åtaganden för landstingen som kräver full finansiering eftersom landstingen redan i dag har krav på att planera och genomföra rehabiliteringsåtgärder. SKL och ett stort antal landsting menar att kostnaden för koordineringsinsatser är betydligt högre än promemorians. SKL menar att kostnaden i stället är 920 miljoner kronor årligen år 1 och 2 och 917 miljoner kronor årligen fr.o.m. år 3. SKL motiverar det dels med att koordineringssuppletet bör vara bredare, dels

med att det saknas ersättning för ett antal kostnader och dels med att beräkningarna i vissa delar har fel utgångspunkt. Många landsting ansluter sig till SKL:s beräkningar. *Stockholms läns landsting* anför, med utgångspunkt i att funktionen behöver vara bredare än enligt förslaget, att kostnaden därigenom bör ligga på cirka 500 miljoner kronor. *Uppsala läns landsting* anför att en egen beräkning hösten 2017 visar på kostnader om 11,7 miljoner kronor inom primärvården i landstinget, 8,7 miljoner kronor inom sjukhusverksamheterna och 1,6 miljoner kronor för centralt processstöd.

När det gäller promemorians beräkning menar SKL och många landsting att den varken är heltäckande eller rättvisande eftersom den bygger på ett arbete som befinner sig i en utvecklingsfas och eftersom väsentliga områden i koordineringsfunktionen utelämnats i förslaget (se avsnitt 3.6.3 om remissinstansernas synpunkter på lagförslagen). *Karolinska institutet (KI)* anför att den föreslagna ersättningsnivån och antal tjänster motsvarar den lägsta nivå som KI räknat fram.

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

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

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

## Skälen för regeringens bedömning

### *Landstingen*

Enligt promemorian är koordineringsverksamheten väl utbyggd inom primärvården i samtliga landsting men under utveckling inom specialistvården. När verksamheten är fullt utbyggd i både primär- och specialistvård beräknas antalet rehabiliteringskoordinatorer och processledare motsvara 656 helårstjänster totalt inom landstingen. Promemorians beräkningar baseras på de uppgifter som 13 landsting redovisade till Försäkringskassan under hösten 2017. Regeringen konstaterar att de uppgifter som promemorian baserat sina bedömningar på är uppgifter som landstingen själva har lämnat, och att beräkningarna tar hänsyn till behov av fortsatt utbyggnad, främst inom specialistvården. Regeringen anser därför att dessa utgångspunkter kan ligga till grund för beräkning av kostnaderna. SKL och landstingen anser vidare att förslaget till finansiering är för lågt med hänsyn till att koordineringsuppdraget bör vara mer omfattande än vad som föreslås i promemorian. Regeringen har i avsnitt 3.6.3 föreslagit att kravet på koordineringsinsatsernas omfattning ska vara i enlighet med promemorians förslag. Promemorians förslag i fråga om vilka insatser som ska åläggas landstingen kan således ligga till grund för beräkning av kostnaderna. SKL, landstingen och KI menar att ett antal ytterligare kostnadsposter bör ingå i finansieringen. Regeringen finner dock att dessa kostnader tagits med i beräkningarna i promemorian, framför allt som övriga kostnader.

När det gäller utbildningskostnader anser regeringen att det inte är sådana nya skyldigheter som ska finansieras. Förslaget innebär inte att personalen ska få några utbildningskostnader ersätta, 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.

Totalt beräknas landstingens kostnader för koordineringsfunktionen med landstingens nuvarande ambitionsnivå och omfattning på koordineringsinsatser uppgå till 530 miljoner kronor 2020. Primärvården står för ungefär 67 procent av kostnaderna. Motsvarande andel inom specialistvården uppskattas vara 27 procent medan kostnaderna för processledning beräknas till 6 procent.

### *Landstingen ska kompenseras enligt finansieringsprincipen*

Finansieringsprincipen gäller för statligt beslutade obligatoriska åtgärder som direkt tar sikte på kommunal verksamhet. Principen innebär att kommuner och landsting inte ska behöva höja skatten eller prioritera om annan verksamhet för att finansiera statliga beslut. Finansieringsprincipen är grundläggande för de ekonomiska relationerna mellan staten och kommunsektorn, och gäller i båda riktningarna. Finansieringsprincipen är inte lagreglerad men är godkänd av riksdagen (prop. 1993/94:150, bilaga 7) och tillämpas sedan 1993. Principen gäller när riksdagen, regeringen eller en myndighet ändrar reglerna för den kommunala verksamheten och när förändringarna direkt tar sikte på kommuner och landsting. Om staten fattar beslut som gör att kommunal verksamhet kan utföras billigare än tidigare, ska de statliga bidragen enligt principen minskas i motsvarande mån.

Finansieringsprincipen ska tillämpas bl.a. när frivilliga uppgifter blir obligatoriska, vilket är fallet med de förslag som lämnas i propositionen. Statskontoret ifrågasätter om inte delar av de uppgifter som föreslås bli obligatoriska redan åvilar landstingen, och därför inte ska finansieras. I avsnitt 3.6.2 har regeringen beskrivit landstingens nuvarande uppdrag när det gäller hälso- och sjukvård och rehabilitering. Landstingen har visserligen en skyldighet att erbjuda rehabilitering och att ta fram en rehabiliteringsplan, men sådana insatser är delar av vård och behandling och omfattas inte av det förslag som lämnas i denna proposition. Regeringens uppfattning är därför att de insatser som föreslås inte redan ingår i landstingets obligatoriska ansvar sedan tidigare.

De krav på koordineringsinsatser som föreslås i denna promemoria 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 koordinatörer i dag med kunskapsförmedling och utveckling av rutiner och arbetsätt när det gäller sjukskrivning och rehabilitering. Detta ingår inte i de nya krav som föreslås för



landstingen när det gäller koordineringsinsatser, utan är en uppgift som vilar på landstingen att utföra i någon form redan i dag. Regeringen gör bedömningen att landstingen ska kompenseras med 361 miljoner kronor enligt den kommunala finansieringsprincipen för att täcka kostnaderna för de obligatoriska uppgifter som koordineringsinsatserna kommer innebära för landstingen. Se vidare utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämnning*.

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

#### *Kostnader för andra än landstingen*

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

Försäkringskassan och bör kunna hanteras inom myndighetens anslagsram.

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

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

### 3.6.6 Författningskommentar

#### Förslaget till lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter

##### 1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.6.3.

Bestämmelsen i *första stycket*, som utformats med beaktande av *Lagrådets* synpunkter, innebär att regionerna åläggs en skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Patienterna ska erbjudas insatserna oavsett om behandling ges inom primärvården eller specialistvården. Med sjukskrivna patienter avses de patienter för vilka en läkare utfärdat intyg om att de på grund av skada eller sjukdom i någon utsträckning är förhindrade från att delta i arbetslivet. Det saknar betydelse vilken form av ersättning intyget är avsett för, t.ex. sjukpenning, aktivitetsersättning eller aktivitetsstöd. Vad som avses med koordineringsinsatser och under vilka närmare förutsättningar som regionerna är skyldiga att erbjuda sådana insatser anges i 3 §.

Kravet på att regionen ska erbjuda insatserna innebär att det är regionens ansvar att säkerställa att koordineringsinsatser ges, oavsett om patienten får vård av regionen eller av en privat vårdgivare.

Av paragrafens *andra stycke* framgår det att bestämmelserna om koordineringsinsatser även gäller en kommun som inte ingår i en region.

##### 2 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.6.3.

I *första stycket* slås det fast att regionens ansvar enligt lagen avser patienter som ges hälso- och sjukvård med stöd av 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Regionens ansvar avser därmed de patienter som är bosatta eller den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) inom regionen och de som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG)

nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Hänvisningen till 15 kap. 1 § medför att regionens ansvar även omfattar de patienter som får vård av privata vårdgivare. Avgränsningen av regionens ansvar innebär att patienter som genom det fria vårdvalet får vård och behandling och blir sjukskrivna i en annan region än hemregionen inte behöver erbjudas koordineringsinsatser av det landsting där de får vård. Hemregionen är även i de fallen ansvarigt för att se till att de patienter som behöver koordineringsinsatser får det.

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

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

### 3 §

Paragrafen, som utformats i linje med *Lagrådets synpunkter*, behandlas i avsnitt 3.6.3.

Regionen ska enligt *första stycket* ge sjukskrivna patienter koordineringsinsatser efter behov. Det är upp till regionen att avgöra vilka patienter som ska erbjudas insatser. Patienter med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller smärtproblematik eller med återkommande sjukskrivningsperioder torde ofta behöva koordineringsinsatser, men det kan också handla patienter med andra sjukdomar och skador.

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

Koordineringsinsatserna ska inte betraktas som medicinska åtgärder och omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagens (2017:30), förkortad HSL, definition av hälso- och sjukvård. Insatserna ska dock enligt bestämmelsen utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det innebär att de bestämmelser i HSL som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation kommer att bli tillämpliga på koordineringsinsatserna. Koordineringsinsatserna kan organiseras inom befintliga samordningsstrukturer inom hälso- och sjukvårdsverksamheten om det anses lämpligt, men kan också utformas på annat sätt. Bestämmelsen i 3 § ställer inte krav på att det ska utses någon särskild koordinator, utan det är upp till regionerna att organisera insatserna. 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.

Koordineringsinsatsen personligt stöd handlar huvudsakligen om motivationsåtgärder för att hjälpa patienten att se sina möjligheter och sin förmåga att kunna återgå till arbete eller träda in i arbetslivet när det är möjligt. Det handlar däremot inte om psykoterapi eller någon annan psykologisk eller medicinsk behandling.

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

i arbetslivet, till skillnad från annan samordning inom hälso- och sjukvården. Det kan handla om att all vårdpersonal arbetar på samma sätt i det individuella fallet och mot samma mål, vilket sannolikt kräver kontinuerliga avstämningar med läkare och annan vårdpersonal.

Koordineringsinsatser består vidare av samverkan med andra aktörer kring den enskilda patienten. Samverkan ska ske dels när övriga aktörer, framför allt arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen, kontaktar hälso- och sjukvården i enskilda fall beträffande en sjukskriven patient, dels när regionen ser behov av att kontakta någon av de andra aktörerna för att vården ska bli effektiv. Samverkansskyldigheten omfattar däremot inte något samordningsansvar eftersom det ansvaret vilar på Försäkringskassan. I Försäkringskassans samordningsskyldighet ligger att klarlägga den enskildes behov av rehabilitering, att se till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering och att verka för att organisationer och myndigheter, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar sådana åtgärder.

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

#### 4 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.6.3.

I bestämmelsen slås det fast att regionen ska informera Försäkringskassan om det kan antas att en patient som ges koordineringsinsatser kan ha behov av sådana rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan ansvarar för enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken. Om regionen med stöd av 2 § tredje stycket lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter har avtalat med någon annan aktör om att låta denna utföra uppgifterna enligt lagen gäller informationsskyldigheten i stället för den andra aktören. 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.

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

#### 5 §

Paragrafen, som utformats enligt *Lagrådets* förslag, behandlas i avsnitt 3.6.3.

Enligt paragrafen ska bestämmelserna i patientskadelagen (1996:799), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659) gälla när en sjukskriven patient ges koordineringsinsatser. Det innebär att bestämmelser bl.a. om rätten till patientskadeersättning och om vårdgivares skyldighet att ha en patientförsäkring kommer att bli tillämpliga på verksamhet som ger koordineringsinsatser. Det handlar även om skyldighet att föra patientjournal och om förutsättningarna för att behandla personuppgifter och om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete samt om Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn. Se även författningskommentarerna till ändringarna i 5 § patientskadelagen, 1 kap. 3 §, 3 kap. 3 § och 6 kap. 3 § patientdatalagen och 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen.

#### **Ikraftträdandebestämmelse**

Av bestämmelsen framgår att lagen ska träda i kraft den 1 februari 2020. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.6.3.

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

#### 5 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.6.3.

Genom att definitionen av begreppet hälso- och sjukvård i *första stycket* utökas till att även omfatta insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter slås det fast att bestämmelserna i patientskadelagen ska vara tillämpliga även på verksamhet enligt den lagen.

I *andra stycket* har begreppet landsting ändrats till region med anledning av förslaget i propositionen En ny beteckning för kommuner på regional nivå och vissa frågor om regionindelning (prop. 2018/19:162), om att beteckningen för kommuner på regional nivå ska ändras från landsting till region.

#### **Ikraftträdandebestämmelse**

Av bestämmelsen framgår att lagen ska träda i kraft den 1 februari 2020. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.6.3.

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

##### **1 kap. 3 §**

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.6.3.

Genom ändringen slås det fast att patientdatalagens definition av begreppet hälso- och sjukvård även ska innefatta verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Det innebär att de bestämmelser i patientdatalagen som ska tillämpas på verksamhet som enligt den lagen utgör hälso- och sjukvård på motsvarande sätt ska tillämpas på verksamhet som utgör koordineringsinsatser. I paragrafen har även begreppet landsting ändrats till region med anledning av förslaget i propositionen. En ny beteckning för kommuner på regional nivå och vissa frågor om regionindelning (prop. 2018/19:162) om att beteckningen för kommuner på regional nivå ska ändras från landsting till region.

##### **3 kap. 3 §**

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.6.3.

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

##### **6 kap. 3 §**

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.6.3.

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

#### **Ikraftträdandebestämmelse**

Av bestämmelsen framgår att lagen ska träda i kraft den 1 februari 2020. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.6.3.

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

##### **1 kap. 2 §**

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.6.3.

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

#### **Ikraftträdandebestämmelse**

Av bestämmelsen framgår att lagen ska träda i kraft den 1 februari 2020. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 3.6.3.

### 3.7 Budgetförslag

#### 3.7.1 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

**Tabell 3.4 Anslagsutveckling 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

*Tusental kronor*

År	Slagslag	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2018	Utfall	37 544 590	1 265 065	
2019	Anslag	36 946 254 <sup>1</sup>		37 292 244
<b>2020</b>	<b>Förslag</b>	<b>36 925 977 <sup>2</sup></b>		
2021	Beräknat	37 369 784		
2022	Beräknat	37 983 134		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 2 885 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift sedan hänsyn tagit till regleringsbeloppet för 2017 som uppgick till -441 320 tkr.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för sjukpenning, rehabiliteringspenning, närståendepenning och arbetshjälpmedel enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. Anslaget får vidare användas för utgifter för boendetillägg och sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall enligt socialförsäkringsbalken. Anslaget får dessutom användas för utgifter som kan uppkomma med anledning av vissa bestämmelser i sjuklönesystemet, nämligen den s.k. sjuklönegarantin och det särskilda högriskskyddet enligt lagen (1991:1047) om sjuklön. Anslaget får även användas för utgifter för återbetalningspliktiga studiemedel avseende studerandes sjukperioder enligt studiestödslagen (1999:1395). Därtill får anslaget användas för utgifter för ersättning för skada orsakad av deltagare i arbetslivsinriktad rehabilitering, arbetshjälpmedel m.m. Anslaget får också användas för utgifter för statliga ålderspensionsavgifter enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

#### Kompletterande information

Bestämmelserna om ersättning för skada orsakad av deltagare i arbetslivsinriktad rehabilitering finns i förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering m.m.

#### Regeringens överväganden

##### *Sjukpenning*

Utgiftsutvecklingen för sjukpenningen styrs dels av antalet *ersatta dagar*, dels av *medelersättningen*. Antalet dagar påverkas av förändringar inom regelverk och regelverkets tillämpning och administration. Utöver detta har framför allt demografiska förändringar, utvecklingen på arbetsmarknaden samt frånvaroförändringar på individnivå betydelse för utvecklingen. Medelersättningen påverkas framför allt av ersättningsnivån samt löneutvecklingen.

Nedan redogörs för regeringens bedömning av utvecklingen framöver som i sin tur ligger till grund för utgiftsprognoserna.

En central bestämningsfaktor för den framtida volymutvecklingen är hur många sjukfall som startar. Inflödet, i termer av nya sjukfall som blir minst 30 dagar, ökade mellan 2010 och 2015 i en relativt hög takt. Denna ökning avklingade under hösten 2015 och under 2017 minskade det totala antalet startade fall. Sedan hösten 2018 har inflödet utvecklats mer stabilt och denna utveckling väntas fortsätta under 2019 vilket innebär en årlig nivå kring ca 340 000 startade sjukfall – för åren därefter antas att inflödet ökar i samma takt som arbetskraftens tillväxt (ca 0,5 procent på årsbasis).

Åren 2016 och 2017 avslutades allt fler sjukfall omkring rehabiliteringskedjans bedömningstidpunkter. Detta berodde sannolikt på Försäkringskassans arbete med att förstärka och förbättra utrednings- och bedömningsarbetet. Varaktigheten för sjukfall minskade följaktligen under denna tid. Det senaste året har minskningen dämpats och för sjukfall startade det senaste halvåret finns ingen signifikant skillnad i varaktighet jämfört med sjukfall som startade ett år tidigare. Prognosen för åren 2019–2022 innehåller inga antaganden om att sjukfallens varaktighet kommer att förändras i någon större omfattning jämfört med 2019.

Antalet sjukpenningdagar beräknas uppgå till ca 53,4 miljoner nettodagar under 2019 och ca 52,1 miljoner nettodagar 2020. Medelersättningen per nettodag för sjukpenning har för 2019 beräknats till 619 kronor och för 2020 till 627 kronor. Nyckelfaktorer i sammanhanget är hur många sjukfall som kommer att starta framöver samt i vilken takt sjukfallen kommer att avslutas.

För 2019 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till 35 879 miljoner kronor. Utgifterna för sjukpenningen inklusive

statlig ålderspensionsavgift för 2020 beräknas till 35 531 miljoner kronor. För åren 2021 och 2022 beräknas utgifterna till 35 913 respektive 36 485 miljoner kronor.

#### *Rehabiliteringspenning*

Om en försäkrad påbörjar en arbetslivsinriktad rehabilitering kan Försäkringskassan bevilja rehabiliteringspenning. Utgiftsutvecklingen för rehabiliteringspenning styrs till största delen av samma faktorer som sjukpenningutgifterna. Utgiftsutvecklingen påverkas också av i vad mån Försäkringskassan bedömer behovet av rehabilitering och påbörjar samordnade rehabiliteringsinsatser. Rehabiliteringspenningen har ända sedan 2011 minskat i förhållande till sjukpenningen. Andelen försäkrade som får rehabiliteringspenning har successivt minskat och utvecklingen accentuerades under 2016 och 2017. Sannolikt har den förändring av tillämpningen som infördes under hösten 2016 bidragit till att förstärka utvecklingen. Den försäkrade får sedan 2016 bara rehabiliteringspenning för den tid som han eller hon deltar i en åtgärd, medan resterande del av dagen ersätts med sjukpenning givet att övriga förutsättningar är uppfyllda. Sammanfattningsvis bedöms rehabiliteringspenningens andel av den sammanlagda anslagsbelastningen (vad avser sjukpenning- och rehabiliteringspenning) under prognosperioden ligga kring 2 procent.

Antalet rehabiliteringsdagar beräknas uppgå till ca 1,3 miljoner nettodagar under 2019 och 1,3 miljoner nettodagar 2020. Medelersättningen per nettodag för rehabiliteringspenning har för 2019 beräknats till 520 kronor och för 2020 till 528 kronor.

För 2019 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till 726 miljoner kronor. Utgifterna för rehabiliteringspenningen inklusive statlig ålderspensionsavgift för 2020 beräknas till 677 miljoner kronor. För åren 2021 och 2022 beräknas utgifterna till 711 respektive 729 miljoner kronor.

#### *Arbetshjälpmedel m.m.*

Försäkringskassan har särskilda medel för köp av arbetstekniska hjälpmedel, läkarutlåtanden och läkarundersökningar samt för särskilt bidrag och för ersättning för resor till och från arbetet. Försäkringskassan har främst använt medlen för köp av arbetstekniska hjälpmedel. I övrigt har medlen använts för bl.a. utgifter för läkarutlåtanden samt för bidrag till resor. Försäkringskassans behov av att köpa medicinska underlag och utlåtanden för

att bedöma rätten till ersättning och behovet av rehabilitering har minskat sedan 2011. Behovet av sådana kompletterande underlag och utlåtanden tillgodoses i stället inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården via en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting.

För 2019 beräknas utgifterna uppgå till 149 miljoner kronor. Utgifterna för arbetshjälpmedel m.m. beräknas till 150 miljoner kronor för 2020. För åren 2021 och 2022 beräknas utgifterna till 151 respektive 152 miljoner kronor.

#### *Sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall*

Den 1 januari 2012 infördes förmånerna sjukpenning i särskilda fall och rehabiliteringspenning i särskilda fall. Förmånerna kan lämnas till en försäkrad som helt eller delvis har fått tidsbegränsad sjukersättning under det högsta antalet månader som sådan ersättning kan betalas ut. Ersättningarna kan också lämnas till försäkrade vars rätt till aktivitetsersättning upphör till följd av att han eller hon fyller 30 år.

Sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall kan lämnas till en försäkrad som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI), eller till en försäkrad som har en låg SGI.

Inflödet till sjukpenning i särskilda fall utgörs numer enbart av personer som tidigare haft aktivitetsersättning och fyllt 30 år. Denna grupp förväntas öka något de kommande åren. Utgifterna för sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall beräknas därför öka under hela prognosperioden.

Utgifterna för 2019 beräknas uppgå till 157 miljoner kronor. Utgifterna för sjukpenning respektive rehabiliteringspenning i särskilda fall beräknas till 174 miljoner kronor för 2020. För åren 2021 och 2022 beräknas utgifterna till 189 respektive 201 miljoner kronor.

#### *Boendetillägg*

Den 1 januari 2012 infördes förmånen boendetillägg. Denna förmån kan lämnas till en försäkrad som fått tidsbegränsad sjukersättning under det högsta antal månader som sådan ersättning kan lämnas, om den försäkrade får sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukpenning i särskilda fall eller rehabiliteringspenning i särskilda fall. Boendetillägg kan också lämnas till en person vars aktivitetsersättning upphör till följd av att han eller hon fyller 30 år. Den som har rätt till bostadstillägg har inte rätt till boendetillägg. En

ökning i antalet mottagare samt medelersättning medför att utgifterna under prognosperioden väntas öka.

Utgifterna för 2019 beräknas uppgå till 196 miljoner kronor. Utgifterna för boendetillägg beräknas till 203 miljoner kronor för 2020. För åren 2021 och 2022 beräknas utgifterna till 210 respektive 218 miljoner kronor.

#### Närståendepenning

Närståendepenning utbetalas till den som avstår från förvärvsarbete för att vårda en närstående svårt sjuk person. Utgiftsutvecklingen för närståendepenning styrs av antal ersatta dagar samt löneutvecklingen. Antalet dagar beräknas uppgå till 163 500 under 2019 och 166 500 nettodagar 2020.

För 2019 beräknas utgifterna, inklusive statlig ålderspensionsavgift, uppgå till 185 miljoner kronor. Utgifterna för närståendepenning inklusive statlig ålderspensionsavgift beräknas till 191 miljoner 2020. För åren 2021 och 2022 beräknas utgifterna till 196 respektive 198 miljoner kronor.

#### Etableringsjobb

Regeringen föreslår resurser för etableringsjobb (se vidare utg.omr. 14 avsnitt 4.6). Reformen får påverkan på anslaget för sjukpenning eftersom fler personer kommer i arbete och får en sjukpenninggrundande inkomst. För 2021 beräknas utgifterna för sjukpenning, inklusive statlig ålderspensionsavgift, öka med 2 miljoner kronor till följd av reformen. År 2022 beräknas utgifterna öka med 3 miljoner kronor.

#### Effekter på anslaget till följd av höjda pensionsåldrar

Anslaget ökas med 22 miljoner 2020 kronor på grund av att åldersgränsen för när inkomstgrundad ålderspension tidigast kan lämnas höjs från 61 till 62 år (prop. 2018/19:133) och den s.k. las-åldern höjs från 67 till 68 år (prop. 2018/19:91). Fr.o.m. 2021 är den beräknade ökningen 44 miljoner kronor per år.

**Tabell 3.5 Härledning av anslagsnivån 2020 2022 för 1:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.**

Tusental kronor

	2020	2021	2022
<b>Anvisat 2019 <sup>1</sup></b>	<b>36 946 254</b>	<b>36 946 254</b>	<b>36 946 254</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	25 000	52 000	53 000
Varav BP20	22 000	46 000	47 000
Varav			
Höjd pensions- och las-ålder 2020	22 000	44 000	44 000
Etableringsjobb		2 000	3 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	508 978	1 039 956	1 747 956
Volym	-554 255	-668 426	-764 076
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>36 925 977</b>	<b>37 369 784</b>	<b>37 983 134</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 36 925 977 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Sjukpenning och rehabilitering m.m.* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 37 369 784 000 kronor respektive 37 983 134 000 kronor.

### 3.7.2 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.

**Tabell 3.6 Anslagsutveckling 1:2 Aktivitets och sjukersättningar m.m.**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2018	Utfall	45 805 666		1 103 647
2019	Anslag	43 943 558 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	44 011 716
<b>2020</b>	<b>Förslag</b>	<b>42 150 170 <sup>2</sup></b>		
2021	Beräknat	40 268 366		
2022	Beräknat	38 656 582		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 5 196 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift sedan hänsyn tagit till regleringsbeloppet för 2017 som uppgick till -32 360 tkr.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för aktivitets- och sjukersättning, bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning samt för kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. Anslaget får dessutom användas för utgifter för statlig ålderspensionsavgift enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

## Regeringens överväganden

Aktivitetsersättning betalas ut till personer i åldrarna 19–29 år och sjukersättning till personer i åldrarna 19–64 år. I åldrarna 19–29 år utges sjukersättning endast i hel omfattning. Utgiftsutvecklingen för aktivitetsersättning och sjukersättning är framför allt beroende av utvecklingen av antalet sjukskrivningar, den demografiska utvecklingen samt utvecklingen av prisbasbeloppet.

Nuvarande utgiftsutveckling påverkas i hög grad av att många inte längre kommer att få sjukersättning på grund av att de fyller 65 år, i kombination med att nybeviljandet är lågt i förhållande till utflödet. Antalet nya sjukersättningar bedöms bli ca 8 000 per år under prognosperioden. Motsvarande uppgift för aktivitetsersättning är knappt 6 000 per år. Det totala antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning väntas minska under prognosperioden. År 2019 prognostiseras medelantalet vara 285 000 för att minska till 236 000 år 2022.

För 2019 beräknas utgifterna för aktivitets- och sjukersättning inklusive statlig ålderspensionsavgift till 38 943 miljoner kronor. Utgifterna för aktivitets- och sjukersättning inklusive statlig ålderspensionsavgift beräknas till 37 116 miljoner kronor för 2020. För åren 2021 och 2022 beräknas utgifterna till 35 268 respektive 33 750 miljoner kronor.

### *Bostadstillägg till personer med aktivitets- och sjukersättning*

Syftet med bostadstillägg till personer med aktivitets- eller sjukersättning är att förbättra förutsättningarna för skälighetsstandard för dem med låg ersättning. Utgiftsutvecklingen för bostadstillägget styrs av antal personer med aktivi-

tets- respektive sjukersättning. Utöver detta styrs det också av utvecklingen för prisbasbeloppet, boendekostnaderna och av medelersättningen.

För 2019 beräknas utgifterna för bostadstillägg för personer med aktivitets- och sjukersättning till 5 038 miljoner kronor. Utgifterna beräknas till 5 002 miljoner kronor för 2020. För åren 2021 och 2022 beräknas utgifterna till 4 969 respektive 4 876 miljoner kronor.

### *Kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning*

Sedan 1999 finns en särskild ersättning till arbetsgivare som anställer personer som står till arbetsmarknadens förfogande med begränsad återstående arbetsförmåga om 25 procent. Det ska i första hand vara fråga om ersättning för anställning på den ordinarie arbetsmarknaden med hjälp av lönebidrag. Om inte detta kan ske inom sex månader, ska berörda personer kunna beredas anställning hos Samhall AB. Utvecklingen av utgifterna för detta särskilda stöd styrs av antalet personer som bereds sysselsättning, faktureringsrutiner på Samhall AB och Arbetsförmedlingen, retroaktiva utbetalningar samt storleken på stödet till arbetsgivarna i varje enskilt fall.

För 2019 beräknas utgifterna till 31 miljoner kronor. Utgifterna beräknas till 32 miljoner kronor för 2020. För åren 2021 och 2022 beräknas utgifterna till 31 respektive 31 miljoner kronor.

**Tabell 3.7 Härlledning av anslagsnivån 2020 2022 för 1:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.**

	2020	2021	2022
<b>Anvisat 2019<sup>1</sup></b>	<b>43 943 558</b>	<b>43 943 558</b>	<b>43 943 558</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	638 982	1 187 570	1 716 815
Volym	-2 432 369	-4 862 761	-7 003 790
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt	-1	-1	-1
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>42 150 170</b>	<b>40 268 366</b>	<b>38 656 582</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 42 150 170 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Aktivitets- och sjukersättningar m.m.* för 2020. För 2021 och 2022



beräknas anslaget till 40 268 366 000 kronor respektive 38 656 582 000 kronor.

### 3.7.3 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning

**Tabell 3.8 Anslagsutveckling 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning**

Tusental kronor

2018	Utfall	1 342 936	Anslags-sparande	41 064
2019	Anslag	1 391 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 372 000
<b>2020</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 408 000</b>		
2021	Beräknat	1 435 000		
2022	Beräknat	1 467 000		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för merkostnadsersättning och handikappersättningar enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

#### Regeringens överväganden

Den 1 januari 2019 infördes den nya förmånen merkostnadsersättning. Anslaget omfattar med anledning av detta utgifter för merkostnadsersättning och handikappersättning (se vidare prop. 2017/18:190, bet. 2017/18:SfU23, rskr. 2017/18:388). Ett beslut om handikappersättning som har fattats enligt de äldre bestämmelserna ska enligt övergångsbestämmelserna fortsätta att gälla enligt vad som föreskrivs i beslutet, dock längst till dess att beslutet skulle ha upphört att gälla eller skulle ha omprövats om de äldre bestämmelserna fortfarande hade varit tillämpliga.

Det innebär att det kommer att ske en successiv överföring av utgifter mellan anslagsdelen Handikappersättning och anslagsdelen Merkostnadsersättning under de kommande åren. Ersättning för merkostnader inom vårdbidraget (utg. omr. 12 anslaget 1:6 *Omvårdnadsbidrag och vårdbidrag*) avskaffades fr.o.m. den 1 januari 2019 och därför belastar merkostnader för barn med funktionsnedsättning anslaget 1:3 *Merkostnadsersättning och handikappersättning* under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Antalet personer med handikappersättning uppgick under 2018 till ca 62 000. Till följd av regelförändringarna kommer antalet personer med handikappersättning minska, och antalet personer med merkostnadsersättning att öka. Antalet personer med handikappersättning väntas vid utgången av 2021 vara knappt 55 000.

**Tabell 3.9 Härledning av anslagsnivån 2020 2022 för 1:3 Merkostnadsersättning och handikappersättning**

Tusental kronor

	2020	2021	2022
<b>Anvisat 2019 <sup>1</sup></b>	<b>1 391 000</b>	<b>1 391 000</b>	<b>1 391 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
<b>Beslut</b>			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	21 000	45 000	67 000
Volym	-4 000	-1 000	9 000
<b>Överföring till/från andra anslag</b>			
<b>Övrigt</b>			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 408 000</b>	<b>1 435 000</b>	<b>1 467 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusivt beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 408 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Merkostnadsersättning och handikappersättning* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 1 435 000 000 kronor respektive 1 467 000 000 kronor.

### 3.7.4 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.

**Tabell 3.10 Anslagsutveckling 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.**

*Tusental kronor*

År	Utfall	2018	Anslags-sparande	2019
2018	Utfall	2 810 658	8 119	
2019	Anslag	2 773 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	2 700 000
<b>2020</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 608 000 <sup>2</sup></b>		
2021	Beräknat	2 504 000		
2022	Beräknat	2 404 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 193 000 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift sedan hänsyn tagit till regleringsbeloppet för 2017 som uppgick till -9 969 tkr.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för arbets-skadeersättning enligt 40, 41, 87 och 88 kap. socialförsäkringsbalken samt motsvarande äldre lagstiftning. Arbetskadeersättning kan lämnas i form av bl.a. livränta till den skadade, ersättning för tandvård samt begravningshjälp och livränta till efterlevande. Anslaget får dessutom användas för utgifter för statlig ålderspensionsavgift enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

#### Regeringens överväganden

Utgifterna inom arbetsskadeförsäkringen har de senaste åren reducerats betydligt. Antalet arbetsskadelivräntor har minskat under lång tid till följd av att antalet tillkomna ärenden varit betydligt lägre än antalet upphörda ärenden. Även yrkes-skadelivräntor och övriga ersättningar bedöms minska under prognosperioden.

#### *Effekter på anslaget till följd av höjda pensionsåldrar*

Anslaget ökas med 1,65 miljoner kronor 2020 på grund av att åldersgränsen för när inkomstgrundad ålderspension tidigast kan lämnas höjs från 61 till 62 år (prop. 2018/19:133) och den s.k. las-åldern höjs från 67 till 68 år (prop. 2018/19:91). Från och med 2021 är den beräknade ökningen 3,3 miljoner kronor per år.

**Tabell 3.11 Härledning av anslagsnivån 2020-2022 för 1:4 Arbetskadeersättningar m.m.**

*Tusental kronor*

	2020	2021	2022
<b>Anvisat 2019 <sup>1</sup></b>	<b>2 773 000</b>	<b>2 773 000</b>	<b>2 773 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 650	3 300	3 300
Varav BP20	1 650	3 300	3 300
Varav			
Höjd pensions- och las-ålder 2020	1 650	3 300	3 300
Övriga makroekonomiska förutsättningar	70 500	118 000	150 000
Volym	-237 150	-390 300	-522 300
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>2 608 000</b>	<b>2 504 000</b>	<b>2 404 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 608 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Arbetskadeersättningar m.m.* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 2 504 000 000 kronor respektive 2 404 000 000 kronor.

### 3.7.5 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet

**Tabell 3.12 Anslagsutveckling 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet**

*Tusental kronor*

År	Utfall	2018	Anslags-sparande	2019
2018	Utfall	38 867	-43	
2019	Anslag	36 349 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	37 780
<b>2020</b>	<b>Förslag</b>	<b>36 923 <sup>2</sup></b>		
2021	Beräknat	35 811		
2022	Beräknat	34 131		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 1 749 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift sedan hänsyn tagit till regleringsbeloppet för 2017 som uppgick till 370 tkr.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för ersättningar inom det statliga personskadeskyddet enligt 7, 43, 87 och 88 kap. socialförsäkringsbalken samt motsvarande äldre lagstiftning. Anslaget får också användas för utgifter för krigsskadeersättning till

sjömän enligt 7, 44, 87 och 88 kap. socialförsäkringsbalken samt motsvarande äldre lagstiftning. Anslaget får dessutom användas för utgifter för statlig ålderspensionsavgift enligt lagen (1998:676) om statlig ålderspensionsavgift.

### Regeringens överväganden

Utgifterna för ersättning inom det statliga personskadeskyddet domineras av utgifterna för äldre skador, vilka står för cirka två tredjedelar av de totala utgifterna. De sammanlagda anslagsutgifterna väntas minska över tid, vilket främst drivs av att ersättningar enligt äldre regler fasas ut.

**Tabell 3.13 Härledning av anslagsnivån 2020-2022 för 1:5 Ersättning inom det statliga personskadeskyddet**

*Tusental kronor*

	2020	2021	2022
<b>Anvisat 2019<sup>1</sup></b>	<b>36 349</b>	<b>36 349</b>	<b>36 349</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
<b>Beslut</b>			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-1 600	-1 600	-1 600
Volym	2 174	1 062	-618
Överföring till/från andra anslag			
<b>Övrigt</b>			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>36 923</b>	<b>35 811</b>	<b>34 131</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 36 923 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Ersättning inom det statliga personskadeskyddet* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 35 811 000 kronor respektive 34 131 000 kronor.

### 3.7.6 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen

**Tabell 3.14 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen**

*Tusental kronor*

2018	Utfall	2 648 880	Anslags-sparande	252 120
2019	Anslag	2 901 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	2 745 589
<b>2020</b>	<b>Förslag</b>	<b>2 508 500</b>		
2021	Beräknat	2 509 700		
2022	Beräknat	2 509 700		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag och bidrag till berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen. Medlen avser bidrag till hälso- och sjukvården för arbetet med sjukskrivningsprocessen, bidrag till arbetsgivare för arbetsplatsinriktad rehabiliteringsstöd, samt bidrag till företagshälsovården för medicinsk service. Medlen avser även kostnader för rehabiliteringsinsatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, försäkringsmedicinska utredningar enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, finansiell samordning genom samordningsförbund samt vissa förvaltningsutgifter. Därtill avser medlen utgifter för kunskapsutveckling för sjukskrivningsprocessen och åtgärder för en effektiv sjukskrivningsprocess.

### Regeringens överväganden

#### *Rehabiliteringsinsatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen*

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samarbetar i syfte att vidta insatser som bidrar till att den som är sjukskriven återfår arbetsförmågan och kan återgå i arbete. Insatserna ska bidra till att skapa goda förutsättningar för övergång till arbetsmarknaden och förkorta tiden i sjukförsäkringen. För 2019 avsattes 709 miljoner kronor till detta samarbete och dessa medel bedöms förbrukas i sin helhet.

Under 2020 avser regeringen att vidta åtgärder för att förenkla och öka flexibiliteten avseende ersättningen vid arbetslivsinriktad rehabilitering.

Rehabiliteringspenning avses bli den huvudsakliga förmånen för deltagare i arbetslivsriktad rehabilitering. En konsekvens av detta blir att utgifterna för aktivitetsstöd för personer som deltar i rehabiliteringsinsatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen minskar med cirka 9 miljoner kronor.

Utgifterna för 2020 beräknas till 700 miljoner kronor.

#### *Finansiell samordning genom samordningsförbund*

Finansiell samordning genom samordningsförbund syftar till att ge individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser stöd så att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Finansiell samordning genom samordningsförbund är en frivillig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting samt en eller flera kommuner. Vid utgången av 2018 fanns det 83 samordningsförbund som omfattade 260 av Sveriges 290 kommuner och samtliga landsting.

Av resurserna till samordningsförbunden ska Försäkringskassan bidra med statens andel motsvarande hälften av medlen. Landsting och kommuner ska bidra med varsin fjärdedel. För 2019 uppgick de statliga medlen till 339 miljoner kronor och dessa bedöms förbrukas i sin helhet.

Utgifterna för 2020 beräknas till 339 miljoner kronor.

#### *Bidrag till hälso- och sjukvården*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffade i december 2018 en överenskommelse om En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2019. Överenskommelsen ingicks av den dåvarande övergångsregeringen för att kunna upprätthålla nödvändiga samhällsfunktioner/tjänster i avvaktan på ställningstagande angående förslag till en ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården samt förslag till en lag- och förordningsreglerad form av finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring. Överenskommelsen omfattar totalt 1 326 miljoner kronor.

I denna proposition föreslås att det den 1 februari 2020 införs en lagstadgad skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet. Regeringen gör bedömningen att landstingen ska kompenseras med 361 miljoner kronor enligt den kommunala

finansieringsprincipen för att täcka kostnaderna för de obligatoriska uppgifter som koordineringsinsatserna kommer innebära för landstingen, se vidare utgiftsområde 25 anslaget 1:1 *Kommunal-ekonomisk utjämning*. Från och med 2020 minskas därför detta anslag permanent med 361 miljoner kronor.

Regeringen bedömer att det finns behov av en överenskommelse med SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för 2020 som omfattar 944 miljoner kronor.

Utgifterna för 2020 beräknas till 944 miljoner kronor.

#### *Försäkringsmedicinska utredningar*

Den 1 januari 2019 trädde lagen (2018:774) om försäkringsmedicinska utredningar i kraft. Lagen anger att ett landsting ska tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan. Landstinget har rätt till ersättning från staten för sina kostnader. Syftet med utredningarna är att tillgodose Försäkringskassans behov av att i rätt tid få tillgång till kvalificerade medicinska underlag för beslut i vissa mer svårbedömda ärenden. Utgifterna för 2019 beräknas till 250 miljoner kronor. För 2020 beräknas utgifterna till 250 miljoner kronor.

#### *Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd*

Från och med den 1 juli 2018 är arbetsgivare skyldiga att upprätta en plan för återgång i arbete för arbetstagare som varit frånvarande på grund av sjukdom i 30 dagar, om det kan antas att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar (prop. 2017/18:1, bet. 2017/18:SfU1, rskr. 2017/18:124). Denna lagreglerade skyldighet för arbetsgivare att planera och genomföra rehabiliteringsåtgärder kombinerats med ett utökat ekonomiskt stöd vid användande av expertresurser. Därför har bidraget till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd den 1 juli 2018 genom förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd utvidgats till att även omfatta bidrag för insatser som består av att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. För 2019 uppgick bidraget till 218 miljoner kronor och förbrukningen bedöms bli 160 miljoner kronor.

Utgifterna för 2020 beräknas till 218 miljoner kronor.

*Medicinsk service*

I förordningen (2017:117) om bidrag till företagshälsovården för köp av medicinsk service finns bestämmelser om bidrag till anordnare av företagshälsovård för dennes kostnader för köp av medicinsk service från offentliga eller privata vårdgivare. Syftet med bidraget är att förebygga sjukskrivning samt att vid sjukskrivning öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. Detta ska uppnås genom att bidrag lämnas för företagshälsovårdens kostnader för köp av sådan medicinsk service som ingår som ett led i bedömningen av en arbetstagares arbetsförmåga. Försäkringskassan beslutar enligt ovan nämnd förordning om utbetalning av bidrag till anordnare av företagshälsovård.

För 2019 har 55 miljoner kronor avsatts för bidrag till kostnader för medicinsk service. Bedömningen är att dessa medel förbrukas i sin helhet.

Utgifterna för 2020 beräknas till 55 miljoner kronor.

*Medel till Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen ansvarar för ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Beslutsstödet innehåller rekommenderade sjukskrivningstider för ett stort antal diagnoser. Beslutsstödet är i första hand avsedd som ett stöd för läkare, men används också av Försäkringskassans handläggare. Socialstyrelsen har sedan tidigare tillförts en miljon kronor årligen för uppföljning, utveckling och utvärdering av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. För detta ändamål tillförs Socialstyrelsen ytterligare fyra miljoner kronor årligen fr.o.m. 2020.

*Medel till Konsumentverket*

Den första januari 2019 infördes den nya förmånen merkostnadsersättning, som på sikt ersätter handikappersättning. Merkostnadsersättningen syftar till att ersätta merkostnader för barn och vuxna med funktionsnedsättning. För att effektivisera Försäkringskassans handläggning av den nya förmånen, samt för att uppnå en nationellt likvärdig tillämpning av den nya lagstiftningen, är det viktigt att det tydliggörs vad som avses med skäligen merkostnader i bedömningen av rätten till merkostnadsersättning. Regeringen kommer därför ge Försäkringskassan i uppdrag att ta fram ett nationellt metodstöd för bedömningen av vad som utgör skäligen merkostnader inom merkostnadsersättningen. I detta arbete behöver Konsumentverket bistå med uppgifter

om vad som utgör normala kostnader för personer utan funktionsnedsättning, för att möjliggöra för Försäkringskassan att i handläggningen och sitt nationella metodstöd definiera vad som avses med skäligen merkostnader för individer med funktionsnedsättning.

Konsumentverket tillförs för detta 1,5 miljoner kronor 2020, och 0,3 miljoner kronor fr.o.m. 2021, från detta anslag.

*Medel för finansiering*

Anslaget minskas med 13,5 miljoner kronor årligen fr.o.m. 2020. Minskningen används för att bidra till finansieringen av de ökade anslagen i denna proposition.

**Tabell 3.15 Härlledning av anslagsnivån 2020-2022 för 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen**

	2020	2021	2022
<i>Tusental kronor</i>			
<b>Anvisat 2019<sup>1</sup></b>	<b>2 901 000</b>	<b>2 901 000</b>	<b>2 901 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-392 500	-391 300	-391 300
Varav BP20	-390 000	-388 800	-388 800
Varav			
Obligatoriska koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården	-361 000	-361 000	-361 000
Ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering	-9 000	-9 000	-9 000
Socialstyrelsens arbete med försäkringsmedicinskt beslutsstöd	-5 000	-5 000	-5 000
Finansiering	-13 500	-13 500	-13 500
Uppdrag metodstöd merkostnadsersättning	-1 500	-300	-300
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>2 508 500</b>	<b>2 509 700</b>	<b>2 509 700</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 508 500 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag för sjukskrivningsprocessen* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 2 509 700 000 kronor respektive 2 509 700 000 kronor.

### 3.7.7 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader

**Tabell 3.16 Anslagsutveckling 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2018	Utfall	953 966		3 034
2019	Anslag	1 092 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 089 000
<b>2020</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 189 858</b>		
2021	Beräknat	1 195 341		
2022	Beräknat	1 200 129		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för sjuklönekostnader enligt lagen (1991:1047) om sjuklön.

#### Regeringens överväganden

Sedan 2015 finns en ersättning som kompenserar arbetsgivare som har höga sjuklönekostnader. Kompensationen riktar sig främst till mindre arbetsgivare. Antalet arbetsgivare som fått ersättning för sina rapporterade sjuklönekostnader 2018, vilka ersätts för 2019, uppgick till cirka 47 000. Sett till den totala rapporterade sjuklönekostnaden (drygt 23 miljarder kronor) betalas cirka 4,5 procent tillbaka till arbetsgivarna i form av ersättning för höga sjuklönekostnader. De allra minsta arbetsgivarna (med en lönesumma upp till tre miljoner kronor) är den grupp som främst fått ersättning. Av de arbetsgivare som fick ersättning var ca 70 procent sådana små arbetsgivare. Dessa små arbetsgivare fick en kompensation motsvarande 55 procent av sin totala inrapporterade sjuklönekostnad.

Försäkringskassan har redovisat en kvalitetsuppföljning av förmånen med åtgärder i syfte att öka sannolikheten för korrekta ersättningar (S2017/03474/SF). Uppföljningen visade på en relativt hög risk för felaktiga utbetalningar och därmed ett behov av utvecklingsinsatser. Kvalitetsförbättringar har delvis genomförts under 2018 och ytterligare insatser kommer att påbörjas.

Utgiften för ersättning för höga sjuklönekostnader beräknas 2019 uppgå till 1 089 miljoner kronor.

**Tabell 3.17 Härledning av anslagsnivån 2020-2022 för 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader**

Tusental kronor

	2020	2021	2022
<b>Anvisat 2019 <sup>1</sup></b>	<b>957 000</b>	<b>957 000</b>	<b>957 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym	232 858	238 341	243 129
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 189 858</b>	<b>1 195 341</b>	<b>1 200 129</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 189 858 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Ersättning för höga sjuklönekostnader* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 1 195 341 000 kronor respektive 1 200 129 000 kronor.

### 3.7.8 2:1 Försäkringskassan

**Tabell 3.18 Anslagsutveckling 2:1 Försäkringskassan**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2018	Utfall	8 467 674		362 329
2019	Anslag	8 637 554 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	8 795 659
<b>2020</b>	<b>Förslag</b>	<b>8 807 593</b>		
2021	Beräknat	8 878 397 <sup>2</sup>		
2022	Beräknat	9 013 469 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 8 748 672 tkr i 2020 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 8 754 791 tkr i 2020 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Försäkringskassans förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för forskning inom socialförsäkringens område.

#### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

För administration av vissa resultatområden disponerar Försäkringskassan avgiftsinkomster. Dessa områden avser i huvudsak administration av familjebidrag och dagpenning till totalförsvars-

pliktiga, ersättning från affärsdrivande verk samt avgifter för tjänster som tillhandahålls åt Pensionsmyndigheten. Försäkringskassans uppdrag att administrera den svenska kontaktpunkten för EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information), genom regeringsuppdrag S2009/2024/SF och S2011/2476/SF, är också avgiftsfinansierat. Myndigheten har även i uppdrag att erbjuda samordnad och säker statlig IT-drift (SSSID) genom regeringsuppdrag FI2017/03257/DF. Uppdraget är avgiftsfinansierat. Försäkringskassan har även andra avgiftsintäkter från bl.a. administration av statlig fordran samt intäkter enligt 4 § avgiftsförordningen (1992:191) och övriga ersättningar. Försäkringskassan får, utöver vad som anges i avgiftsförordningen, utföra datorbearbetningar och tillhandahålla tjänster inom systemutveckling, statistik m.m. mot ersättning. Avgifterna disponeras av myndigheten.

**Tabell 3.19 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)	Akkumulerat resultat
Utfall 2018	262 208	263 923	-1 715	-1 715
(varav				
Pensionsmyndigheten	239 565	239 565	0	0
EESSI))	0	0	0	0
Prognos 2019	330 315	330 315	0	0
(varav				
Pensionsmyndigheten	264 300	264 300	0	0
EESSI))	4 651	4 651	0	0
Budget 2020	338 445	338 445	0	0
(varav				
Pensionsmyndigheten	264 300	264 300	0	0
EESSI))	5 152	5 152	0	0

## Bemyndigande om kredit

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att för 2020 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet vid utbetalning av ersättning för vård i andra länder som inklusive tidigare utnyttjad kredit uppgår till högst 170 000 000 kronor.

**Skälen för regeringens förslag:** Krediten behövs för att finansiera Försäkringskassans betalning av utländska vårdfakturor. Sedan 2013 har landstingen och kommunerna kostnadsansvaret för vissa ersättningar vid vård utomlands genom lagen (2013:514) om landstingens och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet. Försäkringskassan betalar de utländska vårdfakturorna och kräver i efterhand ersättning från berört landsting, på grund av att en viss utredning bör göras innan utbetalning sker. Krediten ges med stöd av 7 kap. 6 § budgetlagen (2011:203). Den räntekostnad som uppstår ska betalas av landstingen. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2020 besluta om en kredit i Riksgäldskontoret för att tillgodose Försäkringskassans behov av likviditet vid utbetalning av ersättning för vård i andra länder som uppgår till högst 170 000 000 kronor.

## Regeringens överväganden

Regeringen föreslår reformer inom det arbetsmarknadspolitiska området som påverkar Försäkringskassans administration. För snabbare etablering på arbetsmarknaden för nyanlända och långtidsarbetslösa föreslår regeringen etableringsjobb, se vidare avsnitt 4.6 under utgiftsområde 14. Reformen innebär konsekvenser för Försäkringskassan främst i form av ökad administration och behov av it-investeringar. Anslaget ökas med 24 miljoner kronor 2020 för detta ändamål. År 2021 med beräknas anslaget öka med 24 miljoner kronor och 2022 med 23 miljoner kronor för samma ändamål.

Regeringen föreslår vidare att en möjlighet till utvecklingstid ska införas i syfte att bidra till anställdas behov av att utveckla sin kompetens eller utveckla ny kompetens för att stärka sin fortsatta anställningsbarhet, se vidare avsnitt 4.6. under utgiftsområde 14. Reformen innebär

konsekvenser för Försäkringskassan främst i form av ökad administration och behov av it-investeringar. Regeringen föreslår därför att anslaget ökas med 3,7 miljoner kronor 2020, med 11,2 miljoner kronor 2021 och med 18,5 miljoner kronor fr.o.m. 2022.

**Tabell 3.20 Härledning av anslagsnivån 2020 2022 för 2:1 Försäkringskassan**

Tusental kronor

	2020	2021	2022
<b>Anvisat 2019 <sup>1</sup></b>	<b>8 640 598</b>	<b>8 640 598</b>	<b>8 640 598</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	165 269	295 842	425 456
Beslut	50 368	5 729	12 112
Varav BP20 <sup>3</sup>	27 700	35 200	41 500
Varav <sup>3</sup>			
Utvecklingstid	3 700	11 200	18 500
Etableringsjobb	24 000	24 000	23 000
Överföring till/från andra anslag	-48 642	-63 772	-64 697
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>8 807 593</b>	<b>8 878 397</b>	<b>9 013 469</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.

<sup>3</sup> Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 8 807 593 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Försäkringskassan* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 8 878 397 000 kronor respektive 9 013 469 000 kronor.

### 3.7.9 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen

**Tabell 3.21 Anslagsutveckling 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen**

Tusental kronor

2018	Utfall	67 733	Anslags-sparande	1 828
2019	Anslag	68 253 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	68 398
<b>2020</b>	<b>Förslag</b>	<b>70 822</b>		
2021	Beräknat	71 969 <sup>2</sup>		
2022	Beräknat	73 070 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2019 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 70 868 tkr i 2020 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 70 868 tkr i 2020 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för socialförsäkringens förvaltningsutgifter.

#### Regeringens överväganden

Inspektionen för socialförsäkringens arbete bidrar till att värna rättssäkerhet och effektivitet inom socialförsäkringsområdet. Myndigheten har genomfört omlokaliseringen till Göteborg (S2018/00532/SF). Trots de utmaningar som detta har medfört har myndigheten på ett förtjänstfullt sätt upprätthållit verksamheten och publicerat 18 rapporter under 2018, att jämföra med 17 rapporter under 2017.



**Tabell 3.22 Härledning av anslagsnivån 2020–2022 för 2:2 Inspektionen för socialförsäkringen**

Tusental kronor

	2020	2021	2022
<b>Anvisat 2019 <sup>1</sup></b>	<b>68 253</b>	<b>68 253</b>	<b>68 253</b>
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	2 434	3 532	4 630
Beslut	135	184	187
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>70 822</b>	<b>71 969</b>	<b>73 070</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2018 (bet. 2018/19:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2019. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2021–2022 är preliminär.

<sup>3</sup> Exklusive pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 70 822 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Inspektionen för socialförsäkringen* för 2020. För 2021 och 2022 beräknas anslaget till 71 969 000 kronor respektive 73 070 000 kronor.

Bilaga 1

# Förslag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter



## Bilaga 1

## Förslag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter

## Innehåll

1	Sammanfattning av promemorian Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården (Ds 2018:5) .....	5
2	Promemorians författningsförslag .....	7
2.1	Förslag till lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet .....	7
2.2	Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) .....	8
3	Förteckning över remissinstanserna.....	9
4	Lagrådsremissens lagförslag.....	10
4.1	Förslag till lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.....	10
4.2	Förslag till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799).....	11
4.3	Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) .....	12
4.4	Förslag till lag om ändring i lagen (2018:1127) om ändring i patientdatalagen (2008:355) .....	16
4.5	Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	17
5	Lagrådets yttrande .....	18



## 1 Sammanfattning av promemorian Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården (Ds 2018:5)

### Uppdraget

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

### Bakgrundsbeskrivning

Regeringen har vidtagit ett antal åtgärder för att bryta utvecklingen med en ökande sjukfrånvaro och beslutat om ett åtgärdsprogram med olika insatsområden, där bl.a. stödet till individen och hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering lyfts fram. Staten har ingått överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om sjukskrivningsfrågan inom hälso- och sjukvården, och enligt den senaste överenskommelsen har regeringen avsatt stimulansmedel bl.a. för utveckling av en funktion för koordinering, i syfte att patienter ska få ett tidigt individuellt stöd i hälso- och sjukvården.

Samtliga landsting har utvecklat en sådan funktion och får del av dessa medel. Rehabiliteringskoordinatorerna arbetar med individuellt stöd och kartläggning, intern samverkan, kontakter med arbetsgivare och andra aktörer, uppföljning av statistik om sjukskrivning och annat verksamhetsstöd.

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

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

### Förslag

I promemorian föreslås att en ny lag införs som föreskriver en skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Insatserna ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Landstingets ansvar ska inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Det föreslås att insatserna bara ska ges om patienten samtycker till det och att de

så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Det konstateras att många patienter förutom vård och behandling har behov av någon som stöttar och vägleder dem genom processen tillbaka till arbete, och att dessa behov lett till en utveckling av koordineringsfunktionen inom landstingen. Eftersom erfarenheterna av rehabiliteringskoordinatorerna varit positiva och de fyller en viktig funktion anses att funktionen ska bli permanent och obligatorisk för landstingen, och därför krävs lagstiftning.

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

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

Det landsting som ger vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen ska ansvara för koordineringsinsatser enligt den föreslagna lagen. Det föreslås dock att landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstingen ansvarar för enligt den lagen. Därigenom läggs huvudansvaret på hemlandstinget, men för att främja kontinuitet och sammanhållen vård för patienter som får vård i ett annat landsting kan landstingen avtala om en annan uppdelning. Landstingen kan också avtala med privata vårdgivare om koordineringsinsatser, och därmed säkerställa att patienter hos de privata utförarna också får del av koordineringsinsatser.

Det föreslås att patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientskadelagen (1996:799) inte görs tillämpliga för koordineringsinsatser eftersom det inte finns någon nämnvärd risk för vårdskador. Det föreslås dock att arbetet med koordinering ska journalföras och att regler om

inre sekretess, åtkomst, sammanhållen journalföring m.m. i patientdatalagen (2008:355) görs tillämpliga. Det konstateras att det finns rättslig grund för personuppgiftshandling inom koordineringsverksamheten, och patientdatalagen föreslås tillämplig i sin helhet.

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

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

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

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

## 2 Promemorians författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs följande.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.



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

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

### 1 kap. 3 §<sup>1</sup>

*Nuvarande lydelse*

#### Uttryck

Hälsa- och sjukvård

#### Betydelse

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

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2017:60.

### 3 Förteckning över remissinstanserna

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

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

Följande instanser på remisslistan har avstått från att lämna yttrande:

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

Följande instanser utöver remisslistan har inkommit med yttrande:

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

## 4 Lagrådsremissens lagförslag

### Förslag till lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter

Härigenom föreskrivs följande.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

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

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

*Lydelse enligt SFS 2018:746*

*Föreslagen lydelse*

## 5 §

I denna lag avses med hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar *eller* lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

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

I denna lag avses med hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar *eller lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjuk- skrivna patienter*, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

---

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

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

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

*Lydelse enligt SFS 2018:747*

### 1 kap.

#### 3 §

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

Uttryck	Betydelse
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

*Föreslagen lydelse***1 kap.****3 §**

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

<b>Uttryck</b>	<b>Betydelse</b>
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, <i>lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter</i> samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.
Journalhandling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
Patientjournal	En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**3 kap.**

3 §<sup>1</sup>

Skyldig att föra en patientjournal är

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

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

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

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

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

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

**6 kap.**

3 §<sup>2</sup>

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

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

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

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

3. patienten samtycker till det.

Vårdgivaren får även behandla sådana uppgifter om

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

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

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

3. patienten samtycker till det.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2010:677.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2014:829.

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

---

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.



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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 3 kap.

#### 3 §

Skyldig att föra en patientjournal är

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Lydelse enligt SFS 2018:748*

*Föreslagen lydelse*

**1 kap.****2 §**

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

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

---

Denna lag träder i kraft den 2 januari 2019.

## 5 Lagrådets yttrande

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2018-09-12

**Närvarande:** F.d. justitierådet Ella Nyström samt justitieråden Dag Mattsson och Thomas Bull

### Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter

Enligt en lagrådsremiss den 30 augusti 2018 har regeringen (Socialdepartementet) beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

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

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av departementssekreteraren Marcus Nydén, biträdd av ämnessakkunniga Christina Fredin.

Förslagen föranleder följande yttrande av Lagrådet:

Förslaget till lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter

Lagrådsremissens förslag innebär i korthet att landstingen får en skyldighet att erbjuda s.k. koordineringsinsatser till enskilda patienter under villkor att dessa är sjukskrivna och har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller inträda i arbetslivet (1 §). Lagen är inte tänkt att ge enskilda rättigheter och myndighetens beslut ska därför inte kunna överklagas av enskilda som inte bedöms ha behov av åtgärderna i fråga. Såsom förslaget till lagtext utformats kan det dock sättas i fråga om inte enskilda ges en rättighet, låt vara att denna är beroende av en behovsprövning (jfr. HFD 2016 ref. 41 och HFD 2016 ref. 49). Om avsikten är att besluten inte ska kunna överklagas av enskilda bör det under den fortsatta beredningen övervägas om inte lagtexten behöver justeras så att det skönmässiga momentet i myndighetens beslutsfattande blir tydligare.

Förslaget till lag om ändring i patientskadelagen

I lagrådsremissen görs bedömningen att patientskadelagen bör vara tillämplig på skador som uppkommer vid de koordineringsinsatser som utförs enligt den nya lagen. Patientskadelagen föreskriver rätt till patientskadeersättning för vissa där angivna personskador och skyldighet för vårdgivare att ha försäkring som täcker skador av detta slag. Lagen gäller vid sidan av den rätt till ersättning som kan följa av allmänna skadeståndsregler.

De åtgärder som kan komma i fråga enligt den nya lagen är inte medicinska. Allmänt sett har de knappast en sådan karaktär att de skulle kunna leda till personskador. Det går ändå inte att bortse från att en koordineringsinsats någon gång skulle kunna orsaka en patient personskada. I remissen hänvisas till motivationssamtal som hålls på ett olämpligt sätt och samverkan med andra aktörer som orsakar patienten personskador. Även om tillämpningsområdet lär bli litet, framstår det enligt Lagrådets mening som ändamålsenligt och praktiskt att patienten i ett sådant fall kan utnyttja patientskadeersättningen.

För att åstadkomma detta föreslås i remissen endast att definitionen av uttrycket hälso- och sjukvård i 5 § patientskadelagen ändras så att det avser även verksamhet som omfattas av lagen om koordineringsinsatser.

Definitionen av hälso- och sjukvård avgör – förutom lagens internationella tillämplighet – vem som ska anses som vårdgivare i lagen. Begreppet vårdgivare har i sin tur omedelbar betydelse för tillämpningen av de bestämmelser i lagen där uttrycket används, t.ex. i paragraferna om försäkringsskyldighet, återkrav och preskription.

Definitionen av hälso- och sjukvård bestämmer emellertid inte vilka skador som ersätts enligt lagen, utan detta regleras genom uppräkningsregeln i 6 §. Bestämmelserna i 6 § är utformade så att rätten till patientskadeersättning inte är avhängig av definitionen. Enligt den grundläggande regeln i 6 § första stycket 1 lämnas patientskadeersättning för personskada om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat

tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

rimligt sätt i dessa situationer, med beaktande av åtgärdens natur och de principer som ligger bakom regleringen.

Lagtexten talar alltså här om ”vård”, inte om insatser som utgör hälso- eller sjukvård. Det är därför tveksamt om enbart en ändring av definitionen av hälso- och sjukvård är tillräcklig för att koordineringsinsatser ska omfattas av rätten till ersättning.

En jämförelse kan göras med lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar. Omskärelse som inte är medicinskt betingad utgör inte hälso- och sjukvård. I patientskadelagens definition av hälso- och sjukvård har emellertid lagts till verksamhet enligt lagen om omskärelse. En omskärelse av detta slag ligger förhållandevis nära de åtgärder som nämns i 6 § första stycket 1 patientskadelagen. Men det har likväl ansetts nödvändigt att i 2 § lagen om omskärelse uttryckligen föreskriva att patientskadelagen ska tillämpas när läkare utför omskärelse eller läkare eller sjuksköterska ombesörjer smärtlindring (jfr prop. 2000/01:81 s. 26 och Lagrådet på s. 47).

Liksom i lagen om omskärelse bör därmed en särskild föreskrift införas om patientskadelagens tillämplighet på koordineringsåtgärder enligt den nya lagen. Detta kan göras så att 5 § lagen om koordineringsinsatser, som enligt förslaget bara innehåller en erinran om bl.a. patientskadelagen, utformas som en materiell regel efter förebild av 2 § lagen om omskärelse. Det förhållandet att någon sådan bestämmelse inte finns i lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar föranleder ingen annan bedömning.

Det kan i och för sig invändas att regleringen av rätt till patientskadeersättning i 6 § första stycket 1 patientskadelagen inte är avfattad så att den rakt av kan tillämpas på det slag av åtgärder som kan vara aktuella vid en koordineringsinsats, till skillnad från vad som gäller vid omskärelse. Det är självfallet av stor vikt för den skadelidandes möjligheter att få patientskadeersättning att de skadefall som är ersättningsgilla anges med tillräcklig precision. Men på det hela taget får 6 § första stycket 1 anses ge uttryck för allmänna principer inom ersättningsrätten. Även om lagtexten inte är riktigt anpassad för de skadefall som skulle kunna aktualiseras vid en koordineringsåtgärd bör bestämmelsen kunna tillämpas på ett