



Remissvar: Diarienummer S2018/01188/SF

## Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

Svenska Företagsläkarförbundet tackar för möjligheten att lämna synpunkter på ovan rubricerade remiss från Socialdepartementet. Rehabiliteringskoordinator är i texten förkortat till RK.

### Sammanfattning

*SFLF motsätter sig förslaget om lagstiftning om koordineringsinsatser i den föreslagna formen.*

Vi instämmer dock i att sjukskrivningsprocessen har problem och att sjuktalen är höga i Sverige, men vi anser att det finns andra förslag som bör framhållas, utvecklas och utvärderas. Regeringen bör inte detaljstyra hur vården arbetar och vilka yrkesgrupper man anställer. Det saknas dessutom evidens för att RK ger en högre återgång i arbete.

Lyckad arbetsåtergång förutsätter en av *arbetsgivaren* tidigt framtagen arbetsinriktad rehabiliteringsplan. Det finns en risk för ökad medikalisering och fördröjd arbetsåtergång vid process styrd av RK i landstingets regi där sjukdom samt tillhörande symtom riskerar hamna i fokus, snarare än förutsättningar för optimalt anpassad arbetsåtergång och plan härför under arbetsgivares ansvar.

Negativa konsekvenser för varje arbetsgivare att behöva samverka med ett mycket stort antal RK. I storstäderna kan det bli en koordinator per sjukskriven då de anställda är listade på helt olika VC.

FHV som arbetar samlat gentemot varje arbetsgivare är mycket effektivare för både arbetsgivare, den sjukskrivne och inte minst för att minska sjuktal genom möjlighet att tidigt identifiera riskmiljöer om många sjukfall uppstår hos viss arbetsgivare och mycket god möjlighet att arbeta även på organisationsnivå och förebyggande till skillnad från övrig vård som arbetar på individnivå och åtgärdande när skada redan skett.

En ytterligare koordineringsfunktion kommer att ge motsatt effekt dvs öka sjukskrivningarna och fördröja återgång i arbete. För sjukskrivna som är anställda och har en arbetsgivare lyfts fokus bort från arbetslivet till sjukvården vilket inte främjar arbetsåtergång, tvärtom.

FK föreslås ju få ett ännu tydligare uppdrag vad gäller koordineringsfunktionen vilket är positivt. För att kunna koordinera och driva processer för sjukskrivna krävs kompetens såväl inom det försäkringsmedicinska området som inom det arbetsrättsliga området. SFLF anser att det är bättre att fortbilda FK- handläggarna i både medicin, själva försäkringen samt arbetsrätt så de kan sköta försäkringen som den är tänkt.

SFLF föreslår vidare ett utökat stöd och ansvar till FHV att driva process för återgång i arbete för sjukskrivna med anställning. Utöka stödet i Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. Idag finns en begränsning när det gäller omfattning i det ekonomiska stödet dvs 200 000 kr/arbetsgivare. Rekommendation att denna begränsning tas bort. Många arbetsgivare har kommit igång med att stötta anställda att återgå i arbete och anlitar nu mer frekvent detta stöd. Att då lyfta bort fokus från arbetet och arbetsplatsen visar helt fel signaler till arbetsgivare. Det är inte bristen på rehabkoordinering i vården som ger höga sjuktal. Fokusera i stället på insatser inom sjukvården som har som målsättning att bota patienter från sjukdom.

Nya tidens psykiska ohälsa löses inte med dåtidens åtgärder kopplat till vården. Det krävs ett helt annat förhållningssätt och problemlösningssmodell genom sortering, dialog och pedagogik för att främja arbetsåtergång!! Fokus idag är att lyfta fram sjukskrivnas arbetsförmåga och matcha det med förutsättningarna i arbetet. Den aktör som har störst förutsättningar och kompetens till det är Företagshälsovård förutsatt ett evidensbaserat och kvalitetssäkrat arbetssätt.

## Diskussion om enskilda punkter i remissen

### 2.1.2 Överenskommelsen mellan staten och SKL

SFLF anser att det är bra att stimulera landstingen att ge sjukskrivningsfrågan en högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen.

Vi anser däremot att det finns allmänna synpunkter att man på förhand i överenskommelsen redan siktar mot en permanent funktion för rehabiliteringskoordinering som man gjort.

SKL en arbetsgivarsammanslutning och har inte en myndighetsroll så som beskriven på s.13, där man agerar mot att styra arbetssätt mot just en utvald koordineringsfunktion.

Dessutom är upplägget för att få ta del av medlen villkorad

*"för att få del av medel fr. ök. krävs att koordineringsfunktionen omfattar individuellt stöd till patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna, samverkan internt inom vården, kartläggning av individens rehabiliteringsbehov, uppföljning av statistik om sjukskrivningsmönster och kontakter med arbetsgivare, AF, FK och kommunen vid behov och efter patientens samtycke"*

vilket är en s.k. ekonomistyrning som drivs in i en komplex kunskapsorganisation.

## 2.2 Rehabiliteringsfunktionen

### 2.2.1 Utvecklingen av koordineringsfunktionen

De första koordinatorens viktigaste uppgift var att fungera som kontaktperson.

Det finns ingen referens till påståendet att erfarenheterna var positiva i pilotprojektet. Granskar man Rekoordstudien 2013 går det att utläsa att de läkare som var kritiska exkluderades.

Färre än tio läkare, den profession som är ansvarig för bedömning, differentialdiagnostik och utfärdar sjukintygen, var tillfrågade i studien.

### 2.2.2 Rehabiliteringsfunktionen idag

Rehabiliteringskoordinatorer har drivits igenom på bred front och finns idag i någon form i alla landsting. Man har hållit riktade landstingsutbildningar, använt sig av SKL:s metodbok som refererar till ursprungspiloten Rekoord 2013. Arbetssättet är likartat men stödet som ges varierar.

Utifrån kompetensbeskrivningen för RK ter sig de i underlaget beskrivna arbetsuppgifterna helt orimliga. För att exempelvis kunna genomföra fysiska arbetsplatsbesök med förslag till anpassning av arbetsplatsen och ge förslag på rehabåtgärder krävs kvalificerad yrkesmedicinsk kunskap. Samtidigt uttrycks att rehabkoordinatorer ej sysslar med medicinsk bedömning eller terapi.

**SFLF anser att sättet och de otydliga förväntningarna är en riskfaktor för rollförvirring i vården bland redan befintliga yrkesprofessioner.**

## 2.3 Utvärderingar och erfarenheter

### 2.3.1 Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinatorer (RK) Stockholms läns landsting

Den RCT (randomized controlled study) som man refererar till som utförts av Stockholms läns landsting i samarbete med konsultbolaget Health Navigator har ett studieupplägg där de två studerade grupperna fick ”treatment as usual” mot tillägget RK.

Eftersom tillskottet av RK är ett nettotillskott av resurser torde en intressantare jämförelse vara att studera en intervention där man ger tillskott i form av utökad läkartid/läkarresurs i motsvarande omfattning som RK.

Resultatet i den här studien visade en viss effekt, men bara i vissa subgrupper (vissa diagnosgrupper) samt väldigt sent i förloppet (ca ett år).

**Den starkaste invändningen är att studien inte är publicerad i referentgranskad tidskrift, dvs. upplägget och tolkningen av resultatet är inte granskat av erfarna forskare.**

### 2.3.2 Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet Västerbottens läns landsting

Ånyo återkommer man till Rekoordstudien 2013. Den som arbetar med koordinering bör ha medicinsk kompetens.

### 2.3.3 En litteraturstudie, Sveriges Kommuner och Landsting

Samma författare som till Rekoordstudien 2013. Det är ett cirkelargument där författare hänvisar till det som samma författare redan skrivit.

**Det sammantagna vetenskapliga underlaget anser SFLF är undermåligt.** Det brister i upplägg, omfattande bias föreligger. Det fåtal studier som finns refereras i en form av cirkelargumentation vilket kan ge ett intryck av ett betydande vetenskapligt stöd.

Intrycket är att man på förhand har beslutat att välja rehabkoordinator som insats och drivit detta med ekonomiska medel.

Trots försök till en RCT föreligger inte någon evidens då ingen av studierna är publicerade i peer review tidskrifter och man kan inte säga att de få studierna är generaliserbara. Eftersom ingen av de undersökningar som refereras är referentgranskad saknas egentligt, vetenskapligt värde.

**Slutsatsen blir att det saknas evidens för effekten av RK .**

## 2.4 Olika aktörers ansvar för rehabilitering av sjukskrivna

### 2.4.3

Hela detta stycket bekräftar att rehabiliteringsansvaret redan juridiskt sett ligger under Försäkringskassan.

Förslaget RK i sjukvården innebär en stor risk för rollförvirring då två olika aktörer i princip har samma uppdrag. Kostsamt för samhället.

#### 2.4.4 Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering

Genom att lägga koordineringsuppdraget på offentlig sjukvård förskjuts vikten vad gäller differentiering, problemlösning, rehabiliteringsinsatser mm från Företagshälsovården som redan i dag är en oberoende expertresurs i arbetsmedicin, mot offentligt finansierad sjukvård.

Detta trots att vi vet att den offentligt drivna sjukvården i dag har mycket knappa läkarresurser för att kunna göra ett kvalitativt arbete med sjukskrivningsprocessen och där kunskap om försäkringsmedicin och samarbetet med arbetsgivaren är svårarbetat.

Det vore mycket olyckligt att inte bygga ut och använda den redan befintliga expertresursen inom företagshälsovård för att jobba mot att få ned sjuktal i redan upparbetade kanaler för samarbete med Försäkringskassa och arbetsgivare med en instans som väl känner till förhållanden på arbetsplatsen. Det blir ett sätt att medikalisera än mer om RK läggs inom offentligt driven sjukvård.

FHV har god kännedom att många med framförallt muskulo-skeletal smärta och psykisk ohälsa kan ha ett mycket komplicerat, mångfacetterat bakgrundspanorama, där social stress hemma, personlighetsfaktorer, motivationsbrist, dysfunktionella arbetsplatser påverkar. Att identifiera detta och psykopedagogiskt kommunicera detta för en RK inom sjukvården utan gedigen arbets- och försäkringsmedicinsk kunskap och erfarenhet är omöjligt.

**Snarare finns risken att en RK förvirrar och fördröjer processen för arbetsgivaren.**

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

Här står ingenting att Företagshälsovården tillhör de normalt förekommande aktörerna idag. Det är inte sant att den samlade erfarenheten av RK är positiv, i Rekoord utelämnades läkare som var negativa. Enstaka läkare är positiva, sant.

Det redovisas ingenstans i underlaget el. i lagförslaget att man samverkat m. läkarförbundet el. läkarsällskapet.

Noterar att man inte sökt samarbete tidigt i förloppet med företrädare för den profession som ansvarar för utfärdandet av sjukintyget.

#### FHV och FK 2.4.4

I förarbetena och förslag saknas helt referenser till utländska erfarenheter. I exempelvis Nederländerna lyckades man på bara några år nästan halvera sjuktalen. Detta skedde genom förskjutning av det ekonomiska ansvaret för sjukfrånvaro mot arbetsgivarna samt en kraftig förstärkning av företagsläkarrollen.

Om detta arbetssätt och funktion som det påstås skulle fungera behövs inga stimulanspengar. Så blotta behovet av stimulanspengar indikerar att det på olika nivåer finns stora problem med arbetssättet och metoden. Dessutom innebär ekonomisk styrning i sig (ekonomisk stimulering) risk för påverkan av arbetsmiljön samt för professionen/professionerna som ska styras. Avsaknaden av reflektion över riskerna med dessa ekonomiska styrmedel är anmärkningsvärd!

Av underlaget att döma har företrädare för den profession som har att utfärda sjukintygen (läkaren) inte involverats förrän mycket sent i denna process (FHV, distriktsläkarföreningen, läkarförbundet, svenska läkarsällskapet)

**När regeringen nu väljer att lagstifta om en viss funktion i sjukvården ter det sig orimligt att inte också lagstifta om nyckelfunktioner i övrigt i sjukvården.** Man måste då tex. lagstifta om att det finns kirurger på kirurgkliniker, att psykiatriker ska stå för psykiatriska bedömningar, och så vidare. En betydligt mer angelägen fråga är kontinuiteten mellan läkare och patienten i vården. Men här har man ändå valt att tillåta mottagningar fortsätta sin verksamhet trots att fast läkare saknas.

### 3.2

Otydligt vem som ska bedöma vilka patienter som ska få stöd.

#### 3.2.5 Kompetens att utföra rehabinsatser

Vem beslutar om innehållet i kurserna?

### 3.7 Journalföring

Förslagen omfattar dessutom en omfattande journalapparat med en uttryckt avsikt att följa upp effekter av koordinering och ingångna insatser gränsande till det medicinska. Detta börjar sannolikt för en låg effektivitet och en omfattande administration som ytterligare kommer att belasta sjukvården.

### 3.13 Utvärdering av koordineringsinsatserna

Om förslaget varit väl genomarbetat och vilat på stadig vetenskaplig grund borde inget av detta finnas. Det är för sent att utvärdera och förändra när lagen väl trätt i kraft och en stor mängd redan utbildats. Samhällsekonomiskt slöseri!

## 4. Konsekvenser

**Konsekvenser för arbetsgivare:** risk att RK inom VC inte "lämnar ifrån sig" ärendet till FHV - då kommer SAM bli lidande, eftersom korrekta samband inte låter sig identifieras (ses av många olika vårdcentraler i stället för *en* företagshälsa).

### 4.3 Landstingen

Många uppgifter om problem med rollfördelning och det är inte en enad läkarkår som är positiv till hur det här fungerar. Om rollfördelningen blir otydlig finns risk för arbetsmiljöproblem för såväl läkare som RK.

Den övergripande ansvarsfrågan eller vem som kontrollerar och ansvarar för kvalitetsutfall för den villkorade koordineringen har överhuvudtaget ej beaktats i detta arbetsupplägg.

Den beräknade kostnaden kommer enligt SFLF inte att uppvägas av den mycket marginella effekten på sjuktalet som en RK kan få.

**SFLF föreslår i stället att man tar ett vidare omtag, tittar på internationella erfarenheter och alternativet att lyfta företagshälsovårdsfunktion och arbetsgivaransvar och förstär-**

## **ka Försäkringskassans koordinerande funktion för att sänka sjukfrånvaro och stödja individen i sjukskrivningsprocessen.**

Det saknas helt konsekvensanalys för specifika professioner i landstingen.

Det saknas helt konsekvensanalys för företagshälsovården!

SFLF vänder sig mot att koordinatorn enligt SKL:s metodbok får rådgivande roll för läkare och annan vårdpersonal samt utbildningsansvar inom vårdenheter (sid. 16). Detta ansvar bör ensamt åvila Försäkringskassan och av Socialstyrelsen godkända utbildningar.

I följande exempel finns ett ifrågasättande av rollen utifrån kompetens, kunskap, utbildning och ansvar:

Sid 16: ”och strävan bör enligt metodboken vara att koordinatorn ska ha den mest avancerade nivån i sitt uppdrag”;

sid 17: ”koordinatorn brukar bedöma risken för långtidssjukskrivning och analysera individens arbetsförmåga i förhållande till kraven på arbetsplatsen.”;

sid 18 under rubrik Intern samverkan inom vården: ”Koordinatorn är på vissa håll med i planering av arbetet på vårdenheten och leder teamarbete kring sjukskrivning och rehabilitering”).

Arbetsgivaren använder sig av företagshälsovård (FHV) som besitter arbetsmedicinsk kompetens för arbetsinriktad rehabilitering. Denna funktion finns redan och kan inte ersättas av föreslagna RK.

sid 19: ”följer med patienten till arbetsplatsen för att undersöka arbetsmiljön och förutsättningarna för anpassningar.... ..kan handla om att koordinatorn förmedlar information till arbetsgivaren om vad som behöver anpassas på arbetsplatsen, men också om att arbetsgivaren har behov av att diskutera t.ex. när och hur det är lämpligt att ta de första kontakterna med en sjukskriven arbetstagare och vad diagnosen och den nedsatta arbetsförmågan betyder i praktiken”

Sjukskrivningsfrågor är läkares ansvar och vid behov av utbildning/stöd bör detta tillskapas på annat vis.

Sidan 20: ”... fungerar många gånger som stöd till läkare, annan vårdpersonal och olika vårdaktörer i sjukskrivningsfrågor och intygsskrivning. Det förekommer att hälften av arbetstiden läggs på sådant internt stödarbete som inte är direkt kopplat till en viss patient.”

Erfarenheter från några landsting 2.3.4:

”Försäkringskassan inte prioriterar samordningsansvaret för enskilda patienter, särskilt inte tidigt i en process”. ”Det innebär dock i praktiken att koordinatorena inom landstinget utför uppgifter som egentligen vilar på Försäkringskassan, vilket många tycker är olyckligt”.

### **2.4.3 Försäkringskassans ansvar för rehabilitering**

Vidare ska FK se till att åtgärderna påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl (30 kap. §§10 och 11 SFB) ..mer aktiv och offensiv roll.. ske genom ett aktivare rehabiliteringsarbete med arbetsplatsen som bas och med rehabiliteringsersättningen som verksamt hjälpmedel.

**SFLF föreslår att FK:s roll stärks utifrån evidens:** förstärkt stöd för tidig arbetsinriktad rehabilitering i samverkan mellan arbetsgivare, arbetstagare (den sjukskrivna) och företagshälsovård.

#### 2.4.4 Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering

Företagshälsovården är avsedd att vara arbetsgivarens oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering.

SFLF anser utifrån gällande kunskapsläge och beslutad lagändring den 1 juli 2018 om upprättande av plan för arbetsåtergång att rehabiliteringsprocessen främjas genom nyttjandet av arbetsmedicinsk expertis inom företagshälsovård. Här finns samlad kunskap och kompetens att identifiera och beskriva nödvändiga samband mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa med bästa förutsättningar att leda process mot hållbar arbetsåtergång.

#### 2.5 Samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvården

Sid. 46: Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. Överenskommelsen ska bidra till utvecklingen av tillgängligheten till primärvården och samordningen av patienternas vårdinsatser. Satsningen ska främja dels en förstärkt vårdgaranti och dels införandet av patientkontrakt.

SFLF anser att sjukskrivningsansvaret tidigast möjligt bör överföras till försäkringsmedicinsk alt. arbetsmedicinsk specialist genom att stöd ges arbetsgivaren för upprättande av tidig arbetsinriktad rehabiliteringsplan där en rörlig ersättningsdel kopplad till sjuktal skulle bidra till optimerad organisatorisk och social arbetsmiljö med ytterligare sänkning av sjuktalet som följd.

#### **SFLF avstyrker förslaget enligt 3.1**

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

med motiveringen att det inte räcker med att

”den sammanlagda erfarenheten är positiv och att det i ett par utvärderingar syns en minskning av antalet sjukskrivningsdagar för vissa patientgrupper” (sid 48).

Evidensen är mycket svag. Sambandet mellan hälsa och återgång i arbete är komplext och otillräckligt studerat. SFLF skulle hellre se att framförallt primärvården avlastas genom att försäkringsmedicinsk alt. arbetsmedicinsk specialist/team för tidig (senast fyra veckor) arbetsinriktad rehabilitering främjas. Föreslås därför utökad samarbete mellan primärvård och arbetsmedicinsk specialitet.

SFLF är vidare oroade över den konsekvens som stimulansmedel, tillförda från staten genom överenskommelse kring sjukskrivningsprocessen mellan staten och SKL, kan få.

sid 50: ”Om verksamheten är frivillig och bara hanteras genom överenskommelser finns det inga garantier för att landstingen fortsätter att erbjuda sådant stöd”

Arbetsgivarens roll minskar och företagshälsovården får inget stöd.

Företagshälsovård/Arbetsmedicin som expertresurs motarbetas härmed och ansvar utan möjlighet att påverka den sjukskrivna/arbetstagaren med hjälp av den kunskap och kännedom

som arbetsgivare/chef har angående vilka förutsättningar som krävs för att möjliggöra lyckad arbetsåtergång minskas. Företagshälsovården bistår i analys och dialog och sortering.

Problematiskt med inblandning och styrning. Risk att skada och försvåra för arbetsgivaren att fullt ut ta sitt ansvar genom en nära dialog mellan arbetsgivare och arbetstagare med stöd av företagshälsovård påverkas. Arbetsgivaren blir vidare pålagd ett av sjukvården styrt rehabiliteringsuppdrag som kan innebära ökad risk för utslagning genom att sjukrollen snarast kan komma att stärkas hos personer med ohälsa på en redan konkurrensutsatt arbetsmarknad.

### **SFLF föreslår att företagshälsovårdens roll som oberoende expertresurs i stället stärks.**

sid. 49: ”det kan således diskuteras om det finns behov av en koordineringsfunktion vid sidan av Försäkringskassans samordningsansvar. Försäkringskassan har emellertid inte ansvar för att stötta och vägleda individen inom hälso- och sjukvården eller att samordna insatser internt inom vården. Vidare har FK visserligen till uppgift att verka för att bl.a. arbetsgivaren genomför de åtgärder som behövs men kan inte föra den medicinska dialog om den enskilda individen som bör finnas direkt mellan arbetsgivaren och hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen anser därför att det finns ett behov av koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården”

**SFLF menar att Försäkringskassans samordningsansvar ska betonas ytterligare samt att nödvändig medicinsk dialog mellan arbetsgivaren, som har rehabiliteringsansvar, och hälso- och sjukvården ombesörjs bättre av företagshälsovården och att beräknad kostnad för aktuellt lagförslag i syfte att stötta och vägleda individen inom hälso- och sjukvården är orimlig utan garantier för effekt.**

Sid. 54: ”De obligatoriska koordineringsinsatserna ska bara avse det som hälso- och sjukvården ansvarar för och inte behov som ska tillgodoses av andra aktörer.”

Sid 56: ”uppgiften vid koordineringsinsatser enligt den nya lagen ska vara att främja återgång till arbetslivet med ett aktivt och drivande arbetssätt, vilket inte åligger någon annan funktion inom vården”.

**SFLF kommentar:** Här förbises individens egna ansvar samt det faktum att företagshälsovården som lyder under hälso- och sjukvårdslagar har denna funktion.

Sid. 57: ”rehab.koordinatorernas arbete till en inte obetydlig del handlar om kontakter och kommunikation med externa aktörer, i synnerhet med patientens arbetsgivare.. Arbetsgruppen föreslår därför att en samverkansskyldighet införs som en del av koordineringsinsatserna.”

**SFLF stödjer inte detta** - fungerar som det är idag och urholkar samt försvagar upparbetad dialog mellan arbetsgivare och FHV.

Sid. 58: ”Arbetsgivare förväntas dock även fortsättningsvis ha kunskaper om sina anpassningsskyldigheter och anpassningsmöjligheter och om arbetsmiljöns påverkan på arbetstagarnas hälsa. Samverkansskyldigheten är inte till för sådan kunskapsförmedling. Dessa kunskaper kan arbetsgivaren få tillgång till på olika sätt, exempelvis genom företagshälsovård. Företagshälsovården har emellertid inget annat ansvar än att fungera som resurs åt arbetsgivaren. Företagshälsovårdens uppgift är inte att ge vård och behandling till arbetstagare eller att informera om medicinska behov annat än ur ett arbetsanpassningsperspektiv”

**SFLF kommentar:** Misskreditering av FHV!

Sid 59: ”Samverkan i enskilda fall och kontakt med arbetsgivare och andra aktörer ska bara utföras i patientens intresse, och det ska inte ske mot patientens vilja.

Sid. 59: ”inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter”

**SFLF kommentar:** Vilka insatser avses? Konsekvent föreslås definierade lagstadgade statligt finansierade arbetsuppdrag som redan innehåses av andra aktörer (förutom extra stödfunktion för den sjukskrivna om denna så önskar)

Sid. 64: ”Koordineringsinsatserna omfattar inte medicinsk behandling eller medicinska utredningar eller bedömningar. Det krävs inte medicinsk utbildning för att utföra insatserna. Arbetsgruppen finner därför att koordineringsinsatserna inte är hälso- och sjukvårdsinsatser enligt definitionen i HSL”



**SFLF tillstyrker inte att rehabiliteringskoordinatorn får denna vida funktion** och ansvar som avses där samordning, utbildning, teamledning ingår med arbetsuppgifter som starkt inkräktar på andra aktörer såsom FK, AF, FHV och därtill utan medicinskt utbildningskrav.

Sid. 73: "I avsnitt 3.7 har arbetsgruppen gjort bedömningen att koordineringsinsatserna bör dokumenteras i patientjournalen.. dels för journalföringen och dels för annan administration kring insatserna, såsom vid dialogen med andra aktörer"

**SFLF kommentar:** Vi är negativa till att dialog mellan RK inklusive arbetsgivare hamnar i patientjournal. Då medicinsk utbildning inte är ett krav finns risk för missförstånd. Vidare finns risk för att arbetsgivare eller RK hamnar i arbetsrättsliga problem om felaktig sakframställan görs eller annat missförstånd sker vilket av RK dokumenteras i patientens journal.

Sid 85: "inte anledning att tillämpas bestämmelserna om förbud att röja uppgifter om en viss varus tillverkning eller innehåll eller om skyldighet att lämna viss information.. eftersom de inte kommer hantera sådan information"

**SFLF kommentar:** sid 19: "följer med patienten till arbetsplatsen för att undersöka arbetsmiljön och förutsättningarna för anpassningar" motsäger sig självt.

Arbetsmedicinsk specialist förutsätts ha goda kunskaper om arbetsmiljö, exponering och samband med sjukdom och då givetvis kunskap om varus tillverkning eller innehåll.

Sid. 87: "ett antagande är att...allt större effekt på sjukfrånvaron" "bl.a om att analysera hur patienterna uppfattar insatserna" "arbetsåtergång" "kostnader för landstingen"

**SFLF kommentar:** Finns ännu ingen tydlig evidens för någon enskild insats som har påverkan på arbetsåtergång. Kan det antas vara indicerat bara för att patienterna uppskattar insatserna? Våldigt kostsam insats utan evidens.

Sid. 91: "I och med att koordineringsinsatserna blir obligatoriska för landstingen, bör det innebära en viss permanent avlastning för övrig vårdpersonal"

**SFLF kommentar:** spekulationer, motiveras ej av kostnaden, avlastning för övrig personal åstadkoms bättre på andra sätt

Sid 91-92: "en förenkling för arbetsgivaren.. kan antas att insatserna leder till minskad sjukfrånvaro, på sikt färre sjukskrivna arbetstagare"

**SFLF kommentar:** talar i egen sak och ej säkert i arbetsgivarens! Spekulation utan saklig grund.

Sid. 93-94: "sjukfrånvaron är högst och har ökat mest för kvinnor. Ökningen beror huvudsakligen på psykisk ohälsa"

**SFLF kommentar:** Positivt att stödja denna grupp!

Sid. 96: "Det finns få utvärderingar och analyser av effekterna, och några säkra slutsatser kan ännu inte dras"

**SFLF kommentar:** Instämmer!

Sid. 102: "personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.

**SFLF kommentar:** rimligt! Dock uddlöst för motivation om inte individ vill medverka. Tidig arbetsinriktad rehabilitering kan erbjudas där arbetstagaren är skyldig att medverka. Denna process ägs och ansvaras för av arbetsgivaren samt föreslås koordineras av tillhörande företagshälsa för optimalt resultat. Noteras att företagshälsovård, som resurs besitter unik kompe-

tens, närmast konsekvent utelämnas i promemorian som föreslås lagstadgas kring vilket uppfattas illavarslande.

**SFLF är för att stödfunktion i form av kurator erbjuds den komplext sjuka patienten med etablerad sjukdomsbild**

Stockholm den 17 maj 2018

För styrelsen

Lars Hansson, ledamot SFLF.