



Rektor

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Remissvar om Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

(Ert dnr S2018/01188/SF)

Karolinska Institutet har anmodats att lämna yttrande över departementspromemorian Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården (Ds 2018:5) från Socialdepartementet. Professor Kristina Alexandersson vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelningen för försäkringsmedicin har sammanställt bifogat yttrande. Forskarassistent Emilie Friberg samt Hanna Gyllensten och Veronica Svärd, postdocs, vid samma institution har deltagit i beredningen. Professor Irene Jensen samt forskarassistent Elisabeth Björk Brämberg och Katarina Kjellberg, anknuten, vid Institutet för miljömedicin (IMM) har bidragit med synpunkter.

Forskargruppens yttrande överlämnas härmed.

Beslut i detta ärende har fattats av rektor Ole Petter Ottersen efter föredragning av Erik Forsse.

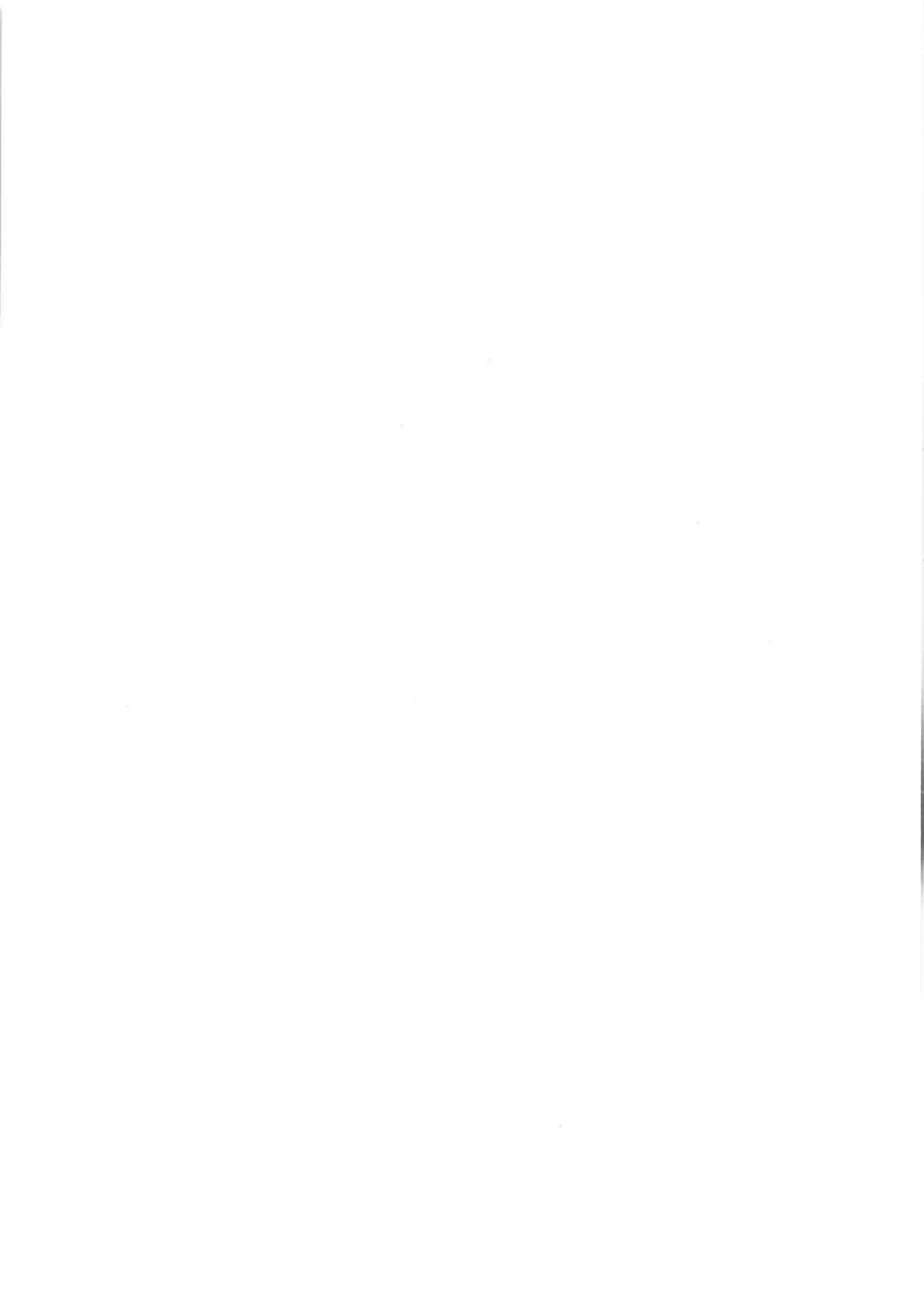


Ole Petter Ottersen



Erik Forsse

Bilaga



Yttrande om Ds 2018:5 Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

Sammanfattning

Förslaget innehåller många goda intentioner och är samtidigt problematiskt på ett flertal sätt. Detta gäller bland annat synen på att rehabiliteringskoordinatorernas arbete inte skulle vara en del av hälso- och sjukvården. Vi anser att rehabiliteringskoordinatorerna självklart ska anses vara hälso- och sjukvårdspersonal och att verksamheten ska ingå i hälso- och sjukvården, och omfattas av patientsäkerhetslagen, patientskadelagen, patientdatalag etc. – lagar som behöver revideras utifrån detta.

Urvalet av patienter som sägs kunna få denna resurs är också problematisk och kan innebära risk för onödig sjukskrivning. Vi ställer oss frågande till om den begränsning av uppdraget som rehabiliteringskoordinator som föreslås i utredningen, innebära att funktionen kommer att ha önskad effekt.

Vi ställer oss även mycket frågande till hur realistisk den ekonomiska kalkylen är. Nuvarande förslag innebär att i praktiken kommer landstingen inte att kunna leva upp till intentionerna i den föreslagna lagen. Vi anser även att en förändring av denna magnitud kräver att medel avsätts för forskning om dess effekter, både för professionellas arbete inom hälso- och sjukvården och inom andra organisationer, såsom Försäkringskassan samt effekter för patienter. Resurser behövs även för att på ett adekvat sätt utveckla akademisk utbildning av rehabiliteringskoordinatorer. Det vetenskapliga stödet för införandet av en sådan resurs är synnerligen begränsat. Vilka patienter alternativt diagnoser ska omfattas? För närvarande är kunskapen om effekten av rehabiliteringskoordinator synnerligen begränsad, och gäller framförallt vissa diagnosgrupper.

Ordval och begrepp

Det finns ett flertal skrivningar i promemorian som är problematiska. Det är positivt att man använder skrivningen "åter i arbetslivet" dvs. inte "åter i arbete". Dock är det problematiskt att termen "åter i arbetslivet" används. Detta är alltför exkluderande. Ett flertal av personerna som är långtidssjukskrivna/har aktivitetsersättning/försörjningsbidrag pga. av sjukdom har aldrig varit i arbetslivet, av olika anledningar. De kan vara för unga, fortfarande studera, nyligen ha anlänt till Sverige, eller har pga. av sin sjukdom/skada inte kommit in i arbetslivet. Skrivningen bör ändras så att även dessa patienter har rätt till koordineringsinsatsen. Med nuvarande text omfattar lagförslaget/koordineringsfunktionen inte dessa grupper – är det verkligen avsikten? Vi utgår ifrån att det inte är fallet och föreslår att texten ändras till 'deltagande i arbetslivet'.

Inte heller de som beviljats hel eller partiell sjukersättning omfattas enligt nuvarande skrivning. Även om temporär sjukersättning inte kan beviljas sedan 1/7 2008 så ska sjukersättning kontinuerligt utvärderas (även om detta inte sker i någon större omfattning) och koordineringsinsatsen kunna vara aktuell även för personer som skulle vilja få hjälp in i arbetslivet. En person som har sjukersättning på hel- eller deltid och som önskar arbeta alternativt göra det i större omfattning än tidigare, bör också kunna ha rätt till koordineringsfunktionen.

En annan viktig grupp är patienter som drabbas av en kronisk sjukdom som beräknas riskera påverkar deras funktion men ännu inte gör det i någon större utsträckning. Även dessa

patienter kan vara i behov av koordineringsinsatser, t.ex. i termer av diskussion med arbetsgivare, ställningstagande till annan utbildning eller annat arbete för att kunna ha en större långsiktighet i sitt arbetsliv än vad som kanske är möjligt med nuvarande inriktning. Exempel är vissa neurologiska sjukdomar och hjärt-kärl sjukdomar.

Vi vänder oss även mot skrivningar typ 'bli frisk och återgå i arbete' (sid 55). Rätt till sjukpenning är inte relaterat till om en person har en sjukdom eller skada, utom om denna sjukdom eller skada leder till funktionsnedsättningar som reducerar patientens arbetsförmåga till minst 25 % i relation till kraven i sitt arbete eller kraven i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. En stor andel av de patienter som avses omfattas av koordineringsinsatsen, kommer aldrig att bli 'friska' i meningen inte ha funktionsnedsättningar pga. av sjukdom eller skada.

I bakgrundsbeskrivningen bör man tydliggöra att de synnerligen låga siffrorna 2010 var de lägsta någonsin, dvs. sedan 1955, då försäkringen infördes – och förvärvsfrekvensen var lägre både i högre åldrar och bland kvinnor – dvs. en större hälsoselektion in i arbetslivet. Vi vänder oss också mot skrivningen om 'den kraftiga ökningen' av sjukfrånvaro sedan 2010. Sverige hade en kraftig ökning av sjukfrånvaron under senare delen av 1990-talet. Ökningen sedan 2010 har varit förhållandevis modest.

Koordineringsfunktionen bör vara en del av hälso- och sjukvård

Vi anser att denna funktion självklart bör vara en del av den ordinarie hälso- och sjukvården och bör omfattas av de lagar och bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården. Det finns ett flertal olika argument för detta.

Självklart kan en rehabiliteringskoordinators agerande allvarligt skada en patient, om t.ex. uppgifter som inte borde kommit arbetsgivare, anhöriga (t.ex. när risk finns för våld eller annan typ av misshandel), andra myndigheter eller organisationer till del gör detta. Detsamma gäller om rehabiliteringskoordinators bemötande av patienten leder till att patientens hälsa försämras, eller att patienten blir passiviserad, får dålig självkänsla etc. Många kuratorer har t.ex. sedan länge motsvarande arbetsuppgifter i vården idag och ingen skulle komma på tanken att hävda att deras arbetsuppgifter inte ingår i hälso- och sjukvården.

Vad händer om koordinatören är en person med legitimation och i sitt yrke även har andra kontakter med patienten, i vården, som t.ex. kontaktsjuksköterska – och patienten önskar klaga över/anmäla behandling/bemötande/sekretessbrott etc.? Ska då den professionella kunna säga att nej – just det som patienten vill klaga över/anmäla skedde inom ramen för min koordineringsuppgift, så IVO, patientombudsmannen etc., ska inte lägga sig i det? Hur göra denna avskiljning? Vad säger lagen om att legitimerad, anställd personal skulle utföra arbetsuppgifter inom ramen för hälso- och sjukvården men inte anses ansvarig för det enligt gällande lagstiftning?

Vilka patientgrupper avses och när skall insatsen erbjudas?

Vilka patientgrupper som avses behöver tydliggöras samt när i sjukskrivningsprocessen koordinatorsinsatsen skall erbjudas.

I lagförslaget ligger tyngdpunkten på tid för insats vid etablerad sjukskrivning. Här finns en uppenbar risk att läkares sjukskrivningsbeteende styrs mot att sjukskriva så att patienter ska kunna bli erbjudna koordineringsinsatsen, dvs. effekten blir snarare att fler personer

sjukskrivs än färre. Patientgruppen bör definieras så att förebyggande insatser kan inkluderas. Förebyggande insatser kan vara olika beroende på patientgrupp och behov av koordineringsinsatser kan variera.

Det behövs dessutom en diskussion kring att patienter med möjlighet att utföra arbete/försörja sig själva kan komma att prioriteras i vården (vilket strider mot intentionerna i portalparagrafen i HSL om 'god vård på lika villkor') och måste tas vare sig funktionen läggs under HSL eller ej.

Ledning och styrning av koordinatorfunktionen

Självklart bör verksamheten omfattas av samma typ av ledning och styrning som annan hälso- och sjukvård, dvs. strategier för kompetensutveckling, för samarbete och samverkan, för kvalitetssäkring etc. måste finnas, följas upp och baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta underlättas om verksamheten och den anställda personalen omfattas av samma lagar som övriga i hälso- och sjukvården.

Omfattning

Förslaget är att landstingen blir skyldiga att "ge personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet". Detta är ett relativt långtgående stöd, som om det blir permanent och obligatoriskt också kan bli något som patienter förväntar sig och som därmed kan förväntas öka i omfattning med det här lagförslaget (om landstinget har ett absolut krav att genomföra det, kommer patienter också kunna hålla dem ansvariga om de inte uppfyller kravet, genom exempelvis kö-baserad ransonering av tider). Enligt tidigare överenskommelser har landstingen åtagit sig att införa rehabiliteringskoordinatorer mot ersättning (och om de inte gjort detta har de inte fått ersättning). Utredningens förslag innebär att samtliga landsting ska erbjuda funktionen. Hur urvalet av dem som ska få den ska gå till är synnerligen otydligt beskrivet. Ska kösystem inrättas? Hur ska prioritering i dessa gå till?

Skulle ett lagstadgat krav på att erbjuda en sådan koordinator exempelvis kunna ligga till grund för att patienter anmäler vårdgivaren (i så fall till vem) och/eller att patienten enligt vårdgarantin har rätt att efter tre månader vända sig till en alternativ vårdgivare och skicka räkningen till landstinget?

Stockholms läns landsting visade i sin genomgång något ökad användning av öppenvård, men positiv påverkan i form av reducerad sjukskrivning. Det är alltså inte så att vården verkar kunna prioritera om sina insatser så att koordineringen i slutänden resulterar i minskad vårdförbrukning, även om det är möjligt att spekulera (baserat på en viss visad förbättrad följsamhet till behandling och viss ökad livskvalitet) om att insatserna i ett längre perspektiv skulle kunna minska sjuklighet generellt. Med vissa typer av ersättningssystem inom vården skulle detta i längden kunna leda till besparingar, men det är en spekulering och gäller inte för alla ersättningssystem. Det är även otydligt hur vårdgivare ska prioritera koordineringsverksamheten jämfört med andra insatser om det är underbemannat och den aktuella koordinatören har just den bakgrund som behövs för att möta patienter med större behov. På sidan 90 står det om "finansieringsprincipen" och att det inte förväntas finnas någon undanträngning.

Den föreslagna ersättningsnivån och antal tjänster motsvarar den absolut mest konservativa beräkningen som vi gjorde i framtagande av olika modeller för beräkning av kostnader för rehabiliteringskoordinatorer (1).

Däremot omfattas inte andra utgifter i utredningens beräkningar, såsom för tolk och resor – kostsamma utgifter. Kostnader för rehabiliteringskoordinatorns medverkan i avstämningsmöten bör också ingå. En ytterligare kostnad, som måste finansieras på något sätt, är utbildningen av rehabiliteringskoordinatorer, liksom handledning av dem i deras verksamhet.

Att notera alltså, att den beräkning vi gjorde resulterade generellt i en avsevärt mycket högre tidsåtgång i form av antal helårsarbetstid (särskilt i en modell där vi utgick från beskriven tidsåtgång), samtidigt som vi då fortfarande uteslöt patientgrupper som skulle kunna vara aktuella för detta stöd. Utifrån beskrivningen i promemorian är det svårt att avgöra om skillnaden i skattad tid motsvaras av att utredningen utesluter vissa delar av koordineringsfunktionen. För att kunna bedöma rimligheten i utredningens beräkning behövs mer information om hur många patienter som avses omfattas (inte hur många som får stödet idag utan hur många som får rätt till stöd när det lagstadgas) och hur stor insatsen förväntas vara per patient (något som idag skiljer sig åt mellan landstingen och därför behöver utredas mer på djupet). Om man inte gör den typen av kopplingar till ersättningsnivån så hamnar vi i samma situation som tidigare, med oklara förväntningar, om än att finansieringen möjligen kan ses som säkrad för något längre tid, i alla fall på landstingsnivå (dock inte nödvändigtvis på vårdgivarnivå).

Dokumentation

Vi håller med om att de åtgärder som vidtas inom ramen för koordineringsfunktionen ska dokumenteras i patientjournal. Det bör dock framgå om det även ska dokumenteras i journalen om patienten sagt nej till rehabiliteringskoordinatorkontakt/insats och inte medgivit att information om detta dokumenteras.

Jämlikhetsaspekter på tillgång till koordineringsinsats

Lagförslaget innehåller krav på samtycke från patienter som erbjuds insatsen. Vi ser här risker som kan ha betydelse för tillgång till vård på lika villkor. Det framgår i de rapporter som skrivits om koordinatörer/samordnare att många patienter tackar nej. Det finns en risk när insatsen är ”frivillig” att det är resurssvaga individer som i högre grad avböjer detta stöd just pga. att det är kopplat till samverkan med olika myndigheter och arbetsgivaren. Att få tillgång till insatsen kan få direkt betydelse för individens ekonomi, fortsatta karriär- och löneutvecklingsmöjligheter på arbetsplatsen. Här finns således risk att en resursstark grupp tackar ja till erbjudandet om koordineringsinsats och där det inte heller finns några konflikter på arbetsplatsen för den enskilde att ta hänsyn till. Sett ur ett jämlikhetsperspektiv kan insatsen riskera att öka klyftorna mellan olika grupper.

Andra aktörers ansvar

Vi håller med om utredningens förslag om att respektive inblandad aktörs ansvar för åtgärder för att främja deltagande i arbetslivet kvarstår och att landstingens ansvar för koordinering inte omfattar insatser som andra aktörer ansvarar för, enligt andra föreskrifter. Vi vill dock påpeka att utredningens beskrivning av vad som ingår i Försäkringskassans samordningsuppdrag är vidare än vad som beskrivs i deras uppdrag.

Utredningen föreslår att det ska finnas uttryckligt samtycke från patienten för att kunna bryta sekretess gentemot annan aktör, dvs. kommunicera med andra aktörer. Detta torde vara självklart. Dock är det i förslaget oklart hur detta ska hanteras då det även anges att landstingen ska ha informationsskyldighet gentemot Försäkringskassan.

Utredningen utgår från att dess förslag kommer att leda till att Försäkringskassans samordningsansvar underlättas av att landstingen får informationsskyldighet när landstinget ser ett samordningsbehov. Det är oklart hur detta ska ske om patienten nekar till koordineringsinsats eller till att information ges till Försäkringskassan.

Försäkringskassan

Sjukvården ska, enligt förslaget, endast informera Försäkringskassan om koordinatorsinsatser om patienten medger detta. Här behöver flera aspekter tydliggöras. Hur ska läkaren agera om Försäkringskassan, t.ex. i den elektroniska 'Fråga-svar-funktionen' som de flesta läkare har med Försäkringskassan, frågar om koordinatorfunktion är inkopplad i ärendet, i fall där patienten inte medgivit att information om detta ges till Försäkringskassan? Hur ska koordinatören agera om Försäkringskassans handläggare ringer och frågar om hen har kontakt med den (långtids)sjukskrivne patienten?

Ingår det i FKs samordningsuppdrag att ta initiativ till att hälso- och sjukvården kopplar in en rehabiliteringskoordinator i vissa ärenden? Vad händer om hälso- och sjukvården säger nej? Eller patienten säger nej? Kan Försäkringskassan i det senare fallet neka sjukpenning med motivering att patienten inte medverkar till åtgärder som kan bryta sjukskrivningen?

Enligt utredningen kan landstingen informera Försäkringskassan om behov av samordning från Försäkringskassans sida. Vår omfattande enkät till 34.000 läkare i hela Sverige (54 % svarsfrekvens) visar dock att en femtedel av de sjukskrivande läkarna från hela Sverige som 2017 svarade på en enkät tyckte att det var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser (21 %), att Försäkringskassan inte kontaktar läkaren trots att läkaren bitt om det, samt att Försäkringskassan inte deltar i avstämningsmöten/rehabmöten (11 %) (3). Hur rehabiliteringskoordinatören ska agera i situationer när annan aktör inte tar sitt ansvar kan behöva ses över.

Lagförslaget innebär att innehållet i insatserna skall utformas av landstingen själva. Här lämnas "fältet fritt" utan att insatsen definieras ordentligt. Vi har i tidigare utvärderingar av den nationella rehabiliteringsgarantin sett att beteendet hos vårdgivarna inte förändras (4). Implementeringsforskning har även visat att det inte går att föra in nya arbetssätt i en organisation och få till en beteendeförändring (i detta fall vårdgivarnas/rehabiliteringskoordinatorernas) genom enbart oklart definierade påbud utan att klart och tydligt definiera vad som förväntas och vilka krav på kompetens det innebär.

Eftersom koordineringsinsatsen har som syfte att stödja personer att delta i arbetslivet är det oftast aktuellt att arbetsgivare, och eventuellt företagshälsovård om sådan finns, alternativt Arbetsförmedlingen samverkar.

Lagförslaget behöver ta hänsyn till hur befintlig eller presumtiv arbetsgivare/Arbetsförmedlingen skall kunna få relevant information om den sjukskrivnes hälsotillstånd, samt hur hälso- och sjukvården skall kunna samverka med arbetsgivaren utan att sekretessbelagd information om patienten sprids. Detta är centralt sett från patientens rätt till integritet, men även sett ur arbetsgivarens perspektiv. Centralt här är att de olika

inblandade aktörerna inte omfattas av samma sekretesslagstiftning. Arbetsgivaren behöver sannolikt få information om hälsotillståndet och hur personens funktion är påverkad, för att kunna få möjlighet att verkligen förstå patientens problematik och för att kunna bidra med hur arbetsåtergången kan stödjas. Här finns dessutom risk att patienter som har en god relation till sin arbetsgivare tackar ja till insatsen och får del av vård, samtidigt som andra patienter som har en utsatt position som arbetstagare, tackar nej och inte får del av insatsen. I förlängningen leder det till ojämlik tillgång till vård.

Kompetenskrav

I promemorian nämns att koordinatören behöver kunskap om hälso- och sjukvårdsprocesser, försäkringsmedicin och övriga aktörers ansvarsområden. Vi håller med om detta, men anser att även annan kompetens behövs, i termer av kunskap, färdigheter och förhållningssätt.

En viktig utgångspunkt är att koordineringsinsatsen är en länk i rehabiliteringsprocessen, där koordinatören blir en mellanhand mellan sjukvård, den sjukskrivne, arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedling och andra eventuellt involverade aktörer (t.ex. företagshälsovård, kriminalvård, socialtjänst). Samtidigt ställs inga krav på vare sig kunskaper om medicin, arbetshälsa, lagstiftning och regler, vad som påverkar individens beteenden, olika aktörers skyldigheter och möjligheter, socialförsäkringen, samtaltsteknik (t.ex. motiverande samtal (dvs. inte behandlande samtal)) eller kompetens avseende att inneha en samordnande funktion och facilitera samtal mellan olika aktörer. Detta sätt att arbeta skiljer sig från att arbeta individinriktat och att, som är brukligt inom hälso- och sjukvården, i första hand vara patientens företrädare.

Koordineringsinsatsen behöver utformas som en funktion med kompetenskrav inom områdena försäkringsmedicin, grundläggande sjukdomslära, medicin avseende de specifika diagnoser som förväntas arbetas mot, beteendevetenskap, lagstiftning, socialt arbete, arbetsmedicin/-hälsa, samt att personen som utför uppdraget behärskar teknik som är avsedd för att stötta en person till arbetslivet. Vi har i en nyligen genomförd kunskapsöversikt undersökt vilka insatser som det finns vetenskapligt stöd för när det gäller att minska sjukskrivningslängd bland personer sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. En av de insatser som har starkast stöd är problemlösningsbaserade samtal med inriktning på arbetssituationen⁽⁵⁾, ett resultat som stöds av en internationell systematisk forskningsöversikt⁽⁶⁾. Ett tydligt kompetenskrav i lagförslaget borde därför vara att koordinatören ska ha dokumenterad kompetens inom detta¹. Koordinatören ska bland annat arbeta stödjande och motiverande. Kompetens behövs för att kunna bedöma om det som upplevs som 'bristande motivation' egentligen t.ex. är symptom på odiagnostiserad/obehandlad/ej optimalt behandlad nedstämdhet/depression, beroende, orkeslöshet orsakad av annan ej diagnosticerad sjukdom.

Den yrkesgrupp, snart godkänd för legitimation, vilket påpekas i utredningen, som har utbildningsgrund som torde krävas är t.ex. legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer. De har en tvärvetenskaplig utbildning, med juridik, beteendevetenskap, socialt arbete, hur använda sig själv som redskap i kommunikationen med patienten, kunskap om hur samhället fungerar och träning i att se helheten, inte bara individen, utan individen i sitt sammanhang. Dessutom

¹ Utbildning inom detta finns vid Karolinska Institutet
<http://www.fhvforskning.se/images/Kursinformation.pdf>

kunskap om socialtjänst, Försäkringskassa, hälso- och sjukvård, och andra aktörer såsom omsorg, kriminalvård.

Utbildning av koordinatörer

Det talas om att en ny yrkesgrupp ska etableras inom hälso- och sjukvården. För detta behövs såväl utbildning som stöd och handledning av de som har dessa komplexa uppgifter.

I utvärderingarna lyfts att rehabiliteringskoordinatören bör vara särskilt utbildad, men inte hur och i vad. En sådan funktion bör naturligtvis, liksom för andra professioner i hälso- och sjukvården, vara akademiskt förankrad, bygga på vetenskap och innebära utvecklande av ett kritiskt tänkande.

Vi håller med om vikten av en etablerad och riktad utbildning av de personer som ska fungera som rehabiliteringskoordinatörer enligt förslaget. Utbildning för detta, på t.ex. mastersnivå, som komplement till kandidatutbildning, behöver utvecklas och inrättas vid statliga universitet.

I promemorian lyfts också att funktionen skulle förstärkas om även läkarnas kompetens inom försäkringsmedicin förstärks. Detta behöver utvecklas.

Vetenskapligt underlag

Ett problem med de så kallade sjukskrivningsmiljarderna och de därpå följande överenskommelserna mellan staten och landstingen (SKL) har varit kortsiktigheten i dem och att de ofta kommit till sent på året när budget för nästa år redan är tagen. Det har inneburit att långsiktiga lösningar sällan har etablerats. Vi är överens med utredningen om att detta varit och är ett problem och att landstingen behöver bättre framförhållning. Dock är vi tveksamma till att lagstadga om detta innan mer kunskap finns om huruvida koordinering, genomförd enligt förslaget, överhuvudtaget har någon positiv effekt. Antalet studier om detta är få och i de där effekt visas tenderar rehabiliteringskoordinatörens insatser inte att överensstämma med det som föreslås i promemorian, utan vara betydligt mer omfattande. De koordineringsinsatser som gav effekt verkade i huvudsak vara de initiativ som inkluderade betydligt mer långtgående koordineringsinsatser än de som föreslås i promemorian.

Evidensläget är alltså mycket oklart, och finns nästan inte alls för den typ av insats som förslaget avser – och inte heller för många av de patientgrupper som avses här.

Utifrån bristande evidens inom många områden som rör just koordinering, hur kan evidensbaserad vård säkras i relation till koordineringsfunktionen, eller kommer lägre krav ställas på just den här delen av vården?

Det finns dock en god evidens från flera systematiska litteraturöversikter för att medverkan från arbetsgivare och anpassningar av arbetet ökar sannolikheten för att sjukskrivna med anställning ska återgå i arbete (7, 8). Arbetsgivare kan behöva stöd i att finna möjliga anpassningar av arbetet för den sjukskrivne, samt i vad dessa anpassningar kan få för konsekvenser för övriga arbetsgruppen och tredje part (t.ex. barn på en förskola). För att kunna samverka med och ge stöd åt arbetsgivare vid anpassningar av arbetet för den sjukskrivna, behöver koordinatören kunskap om relationen mellan arbete och hälsa, arbetsmiljölagstiftningen, kunskap om arbetsgivarnas perspektiv, samt kunskap om andra arbetsmiljöaktörers uppdrag och arbetssätt, t ex företagshälsovården och Arbetsförmedlingen.

De studier som visar att införande av rehabiliteringskoordinator för vissa patienter leder till längre sjukskrivningar än innan införandet behöver också beaktas i detta sammanhang.

De tidigare studier som refereras till i lagförslaget har begränsat kunskapsvärde pga. begränsade urvalsområden, låg svarsfrekvens, samt att långtidsuppföljningar saknas. Dessutom är det vetenskapliga stödet avseende positiv effekt av insatserna begränsat – och flera studier visar istället på negativ effekt vad avser sjukskrivning. Studien om vårdsamordnare (en insats som liknar koordineringsinsatsen) visade bättre effekt, dvs. minskad sjukskrivning, i kontrollgruppen (de som inte fick insats) vid 3-månadersuppföljningen. En systematisk översikt visade att koordineringsprogram som syftar till att stödja personer till återgång i arbete inte minskade sjukskrivningslängd vid 6 eller 12 månader och inte heller vid längre tids uppföljning(9). Studierna var dock i huvudsak av låg eller måttlig kvalitet och författarna konstaterade att fler och bättre studier behövs. Ingen av de ingående studierna utvärderade koordinering inom hälso-och sjukvården.

Utvärdering av införandet av koordineringsinsatser

Utredningen föreslår utvärdering av interventionen. Detta håller vi med om – en så omfattande intervention, där kunskapsunderlaget för positiv effekt av den är så begränsat, kräver omfattande vetenskapligt baserad utvärdering, för att interventionen ska kunna generera ny kunskap som bas för fortsatta åtgärder.

Vi anser vidare att utvärderingen förutom analys av effekter, behöver studera och analysera dels processen för att etablera den, dels det faktiska innehållet i insatsen. Det senare måste till för att kunna förklara effekterna – en stor del av nuvarande forskning inom området har en 'black-box' approach, vilket inte är acceptabelt när det gäller en så omfattande förändring av hälso- och sjukvårdens arbete. Det behövs detaljerad information om vilka åtgärder koordinatören faktiskt vidtar för att kunna utvärdera effekterna av dem.

Medel behöver redan från början avsättas för sådan vetenskaplig utvärdering. Det bör även framgå vilken typ av effekter som man avser utvärdera.

Referenser

1. Gyllensten H, Norlund A, Alexanderson K. Beräkning av kostnader för hälso- och sjukvårdens koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
2. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer WE, Busse JW, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;3:CD011618.
3. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Svärd V. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018.: Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2018.
4. Björk Brämberg E, Klinga C, Jensen I, Busch H, Bergström G, Brommels M, et al. Implementation of evidence-based rehabilitation for non-specific back pain and common mental health problems: a process evaluation of a nationwide initiative. BMC health services research. 2015;15(1):79.
5. Björk Brämberg E, Axén I, Strömberg C, G B. Insatser via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen – Uppdatering 2018. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.

6. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DR, Nieuwenhuijsen K, Neumeyer-Grömen A, Madan I, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;12(12).
7. Cullen K, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings P, et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of occupational rehabilitation*. 2017:1-15.
8. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of occupational rehabilitation*. 2005;15(4):607-31.
9. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer W, Busse J, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *The Cochrane Library*. 2017.

