

Hälsa- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

EN LITTERATURSTUDIE

Förord

Sedan 2006 har landstingen tilldelats medel från den så kallade sjukskrivningsmiljarden för att utveckla sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården. Samverkan och koordinering är några av de områden som landstingen arbetar med för att få till en välfungerande process. I överenskommelsen för åren 2014-2015 finns ett specifikt område med som innebär att landstingen ska vidareutveckla den organisatoriska strukturen för effektiv samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och en funktion för koordinering.

Syftet med denna rapport är att göra en litteraturstudie och beskriva det vetenskapliga stödet för hälso- och sjukvårdens koordinatorsfunktion inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Vidare att undersöka effekterna av koordinatorens insatser.

I rapporten beskrivs effekterna för patienter och medarbetare, effekter på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete, samt förutsättningar för att koordinatorsarbetet ska fungera inom försäkringsmedicinen i hälso- och sjukvården. Dessutom redovisas utvecklingen i länen inom ämnesområdet försäkringsmedicin med huvudfokus på funktionen koordinering inom hälso- och sjukvården.

Rapporten är skriven av Annie Hansen Falkdal (PhD) och Sonya Hörnqvist Bylund (PhD) på uppdrag av SKL. I referensgruppen har Cecilia Alfvén, Anna Östbom och Mariann Jansson deltagit.

Stockholm i juni 2015

Ulrika Johansson

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Ordförklaringar och definitioner	4
Sammanfattning	5
Sammanfattande lärdomar och rekommendationer	7
Behovet av koordinerande funktion.....	7
Arbetsuppgifter för koordinator	7
Arbetsuppgifter för hälso- och sjukvårdens koordinatörer	8
Kunskaper och egenskaper för koordinator	9
Generella kunskaper och egenskaper gemensamma för koordinatörer oavsett arbetsområde	9
Specifika kunskaper för hälso- och sjukvårdens koordinatörer	10
Specifika kunskaper för RTW-koordinatörer	11
Effekter av koordinatorfunktionen	11
Effekter av koordinatorfunktionen för patienter	11
Effekter av koordinatorfunktionen för medarbetare.....	11
Effekter av koordinatorfunktionen på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete	12
Ekonomiska effekter av koordinatorfunktionen	13
Förutsättningar för koordinatorsarbete inom försäkringsmedicin.....	13
Litteraturstudiens genomförande och resultat	14
Inledning	14
ReKoord-projektet	15
Socialförsäkringsutredningen	18
Uppdraget.....	19
Avgränsning i projektet.....	20
Metod	21
Resultat	23
Temaområden	23
Behovet av kommunikation, samverkan och koordinering	23
Koordinatorn - kunskaper och egenskaper	29
Effekter av koordinatorfunktionen för patienter	33
Effekter av koordinatorfunktionen för medarbetare.....	36
Effekter av koordinatorfunktionen på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete	39
Ekonomiska effekter av koordinatorfunktionen	42
Förutsättningar för arbete med koordinatorfunktion inom försäkringsmedicin...44	
Landstingens redovisningar 2014	46
Referenser	48

Ordförklaringar och definitioner

Försäkringsmedicin: Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkas och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner. (Definitionen är framtagen av Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum 2008. I detta forum ingick Sveriges Kommuner och Landsting, Försäkringskassan, SBU, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund).

Koordinator: Det finns många olika benämningar på koordinatorfunktioner. De koordinatörer som arbetar på vårdcentralerna inom området försäkringsmedicin i Sverige idag benämns vanligen rehabiliteringskoordinator. Dock förekommer också till exempel sjukskrivningskoordinator, rehabiliteringssamordnare, sjukskrivningssamordnare, rehabiliteringskoordinator. I internationell litteratur finns också många olika benämningar bland annat rehabilitation coordinator, case manager, RTW-coordinator, disability manager, disability prevention specialist, disability supervisor. I rapporten används benämningen koordinator genomgående. I några fall där det varit svårt att avgöra funktionens innehåll så används den benämning som finns i studerad artikel.

Landsting: I studien av handlingsplanerna används begreppet landsting både för regioner och landsting.

Processledare: Benämning på landstingens medarbetare som på landstingsledningsnivå leder arbetet med sjukskrivningsprocess och rehabiliteringsgaranti.

Processledning: Oftast en grupp medarbetare som arbetar tillsammans med processledaren med sjukskrivningsprocess och rehabiliteringsgaranti.

Return to Work: Återgång i arbete. RTW-coordinator används ofta i internationell litteratur som benämning på koordinator som arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering. Beteckningen används i denna rapport för koordinatörer som arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering t.ex. inom större företags personalavdelning eller inom företagshälsovård. Det kan förekomma många olika benämningar för dessa tjänster.

Stafettläkare: Läkare som inte är fast anställd kallas ibland hyrläkare, inhyrd läkare eller stafettläkare. I denna skrift används genomgående beteckningen stafettläkare.

Sammanfattning

Sedan 2006 har landstingen tilldelats medel från den så kallade sjukskrivningsmiljarden för att utveckla sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården. I överenskommelsen för åren 2014-15 infördes ett utvecklingsvillkor (villkor 3) som innebär att landstingen rekommenderas att vidareutveckla den organisatoriska strukturen för effektiv samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En funktion för koordinering, internt och externt, föreslås dessutom utvecklas kring kvinnor och män i processen. De flesta landsting har på eget initiativ arbetat för att införa koordinatörer innan det blev villkor i överenskommelsen, i första hand på vårdcentralerna. På uppdrag av regeringen genomfördes under 2012-13 en nationell utvärdering av koordinatorfunktionen, ReKoord-projektet. Huvudresultaten av projektet var att koordinatorfunktionen hade genomgående positiva effekter och beskrevs som ”spindeln i nätet”. Sjukskrivningsprocessen blev effektivare och mer kvalitetssäkrad med koordinatörer och patientens process inom sjukvården kunde därigenom förkortas.

Syftet med föreliggande studie var att fördjupa kunskaperna från ReKoord-projektet och genom förnyade litteraturstudier beskriva det vetenskapliga stödet för koordinatorfunktionen samt att undersöka effekterna av koordinatorernas insatser inom området försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården. Sökningar av nationella och internationella vetenskapliga artiklar har utförts via databaser och Google. Litteratursökningarna gav dock främst resultat om koordinatörer inom arbetslivsinriktad rehabilitering, inte om den variant av koordinatörer som verkar inom försäkringsmedicinska området i hälso- och sjukvården. För att ge en bredare bild har även relevanta utredningar och så kallad ”grå litteratur” studerats. Dessutom har landstingens redovisningar för villkor 3 för 2014 studerats och jämförts med utfallet i ReKoord-projektet.

Resultatet från litteraturstudien tyder på att det system som utvecklas i Sverige, för koordinering kring patienter inom hälso- och sjukvården och samverkan med arbetslivets aktörer, inte har motsvarighet i andra länder. Behov av koordinerande funktioner i olika stadier av patientens process tillbaka till arbetslivet verifieras i studien, likaså att processen ofta behöver starta i flera stadier samtidigt och pågå parallellt. Införandet av koordinatörer inom olika organisationer, som utvecklar gott samarbete med varandra över organisationsgränser, gynnar patientens rehabiliteringsprocess till arbete. Hälso- och sjukvården, som är en komplex organisation, är en viktig part i den samverkan och det samarbete som krävs för lyckosam återgång i arbete. Landstingens redovisningar för år 2014 visar att utvecklingen i länen fortgår, kvalitet och omfattning av koordinatorernas insatser ökar. De flesta landsting strävar mot att dess koordinatörer har tre arbetsområden; stöd till patienten, intern koordinering samt som kontaktperson och samarbetspartner till externa aktörer.

Resultaten visar att det krävs omfattande kunskaper och lämpliga personliga egenskaper för att klara av arbetet som rehabiliteringskoordinator. Delvis generella oavsett var i rehabiliteringsprocessen denne arbetar, men också kunskaper

och egenskaper som är mer specifika beroende på om arbetet ska utföras inom hälso- och sjukvården eller i arbetslivet, vilket redovisas i rapporten. Effekterna av koordinatorfunktionen beskrivs i den studerade litteraturen mycket positivt och vikten poängteras av fortsatt utveckling för att rehabilitering och återgång i arbete ska ske effektivt för individen och för samhällets alla aktörer. I rapporten beskrivs effekterna för patienter och medarbetare, effekter på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete samt ekonomiska effekt. Dessutom beskrivs förutsättningar för att koordinatorsarbetet ska fungera inom försäkringsmedicinen.

Sammanfattande lärdomar och rekommendationer

Litteraturstudien tyder på att det system för koordinering kring patienter som finns i Sverige inte har någon direkt motsvarighet i andra länder. Artiklar från t.ex. Canada, Holland och Australien visar att arbetslivsinriktad rehabilitering och återgång i arbete organiseras av företag eller organisationer utanför sjukvården, eller av arbetsgivare. Arbetssättet med koordinatörer i medicinsk rehabilitering med inriktning och samverkan mot arbetslivsinriktad rehabilitering, som nu utförs inom hälso- och sjukvården i Sverige, tycks vara unikt.

Behovet av koordinerande funktion

Utifrån studien framstår det klart att det finns behov av koordinerande funktioner i olika stadier av patientens process tillbaka till arbetslivet eller för att kunna stanna kvar i arbete utan sjukskrivning. I många fall behöver dessutom processer starta i flera stadier samtidigt och pågå parallellt. Koordinatorer/coacher i olika organisationer som utvecklar gott samarbete med varandra över organisationsgränser, kan bidra till bättre samverkan och samarbete mellan aktörerna inom hela försäkringsmedicinska området. Det i sin tur gynnar patientens rehabiliteringsprocess till arbetslivet.

Hälso- och sjukvården är en viktig part i den samverkan och det samarbete som krävs för lyckosam återgång till arbete. Den komplexa organisation som hälso- och sjukvården är, har behov av att någon fungerar som personlig kontakt och stöd till individen och koordinerar vården för individen och som också upprättar och uppehåller en organisation som faciliterar detta. De har också till uppgift att vara kontaktperson och samarbetspartner till andra organisationer och arbetsgivare. Landstingen har arbetat med utveckling av samverkan och koordinerande funktion i ett antal år med goda resultat men utvecklingen behöver fortsätta inom hälso- och sjukvården. Likaså behöver samarbetet mellan hälso- och sjukvården och olika externa parter både utvecklas och intensifieras. Det finns också behov av koordinerande funktion i den arbetsrelaterade delen av rehabiliteringsprocessen hos arbetsgivare och arbetsförmedling. Arbetsuppgifter och kunskaper som behövs hos koordinatören är dock delvis olika beroende på kontexten arbetet ska ske i, men mycket är också lika.

Hälso- och sjukvården bör bland annat ta mer kontakt med arbetsgivarna. En framgångsfaktor skulle vara att arbetsgivaren hade en koordinerande funktion, t.ex. via sin företagshälsovård, som kunde bli en effektiv samarbetspartner till hälso- och sjukvårdens koordinatörer.

Arbetsuppgifter för koordinatör

Huvuduppgift för hälso- och sjukvårdens koordinatörer inom ämnesområdet försäkringsmedicin är att få hälso- och sjukvårdens inre arbete att fungera tillfredsställande för patienter som upplever problem med att vara i arbete, så att de

kan få snabb utredning, vård och medicinsk rehabilitering. Hälso- och sjukvården är i de flesta fall första instans och det inre arbetet är grunden för att också det externa samverkansarbetet omkring individen sedan ska fungera väl. Koordinator har alltså tre viktiga funktioner: stöd till individen, koordinerande funktion inom hälso- och sjukvården samt kontaktperson och samarbetspartner till externa aktörer.

Koordinatorer inom arbetsrehabilitering, som kallas RTW-koordinatorer i denna skrift, har inte varit fokus för denna litteraturstudie. Enligt vår bedömning handlar dock de flesta internationella studier som granskats om koordinatörer inom arbetslivsinriktad rehabilitering. För att särskilja dessa koordinatörers arbetsuppgifter från hälso- och sjukvårdens koordinatörers så nämns RTW-koordinatorernas uppgifter något här. Deras arbetsuppgifter är, enligt granskade studier, bland annat att koordinera den arbetsrelaterade processen åter i arbete. De ska vara stöd till individen/arbetstagaren i denna process, men också vara kunskapsstöd till arbetsgivaren och kontaktperson och samarbetspartner till andra rehabiliteringsaktörer omkring individen.

Arbetsuppgifter för hälso- och sjukvårdens koordinatörer

Stöd till individen

Koordinatorn kan fungera som kontaktperson och coach för sjukskrivna patienter och de med risk för sjukskrivning samt delge och diskutera med patienten omkring vilka olika möjligheter som står till buds. Vanliga faktorer som diskuteras är sjukdom och symtom, socioekonomiska resurser samt arbete och dess förutsättningar. Stödja patientens delaktighet, målformulering och att kunna fatta självständiga beslut. Stödja patienter i kontakter med andra rehabiliteringsaktörer, internt inom hälso- och sjukvården och med externa rehabiliteringsaktörer. Delta i och vid behov initiera bedömning om rehabiliterings- och sjukskrivningsbehov. Ge förslag till och ansvara för upprättandet av rehabiliteringsplan.

Koordinerande funktion inom hälso- och sjukvården

Koordinatorn bör vara kunskapsförmedlare och rådgivare inom försäkringsmedicin samt den medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen och organisera, skapa struktur och koordinera rehabiliteringsprocessen inom sin enhet. Att skapa och underhålla teamarbete ingår ofta i arbetsuppgifterna, vilket också är till fördel för att kunna samordna rehabiliteringen internt och externt. I arbetsuppgifterna kan också ingå att vid behov ge råd till läkare inför sjukskrivning och vid intygsskrivning. T.ex. med att diskutera vad som är rätt sjukskrivning för individen, var i sjukskrivningsprocessen en patient befinner sig, vad som bör ingå i intyget, speciellt inom områdena ”funktion” och ”aktivitet” och dess påverkan på arbetsförmåga. Koordinatorn kan också fungera som läkarens förlängda arm i kontakten med andra rehabiliteringsaktörer internt och externt och koordinera mellan de olika aktörerna. Koordinatorn kan fungera som landstingets förlängda arm på sin arbetsenhet till landstingets processledning för försäkringsmedicinskt arbete, tillsammans med verksamhetschefen. Koordinatorn bör också hantera sjukskrivningsstatistik inom området, framför allt

sammanställa och analysera statistik tillsammans med medarbetare och verksamhetschef inför verksamhetsplanering.

Kontaktperson och samarbetspartner till externa aktörer

Hälso- och sjukvårdens koordinatörer är kontakt- och samarbetspartners till externa rehabiliteringsaktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunernas socialtjänst och arbetsgivare med dess företagshälsovård. Vårdens koordinatörer är, enligt vad som framkommit i denna litteraturstudie, en mycket viktig framgångsfaktor för god samverkan och samarbete med övriga rehabiliteringsaktörer i samhället. Detta krävs för att patienterna ska få det stöd de behöver för en framgångsrik rehabilitering och återgång i arbete, eller för att kunna stanna kvar i arbetslivet med liten eller ingen sjukskrivning.

Kunskaper och egenskaper för koordinatör

Mycket vida kunskaper krävs genom hela sjuk- och rehabiliteringsprocessen, allt från hälso- och sjukvårdens bedömning, vård och rehabilitering till kunskaper som krävs för arbetsmarknadens arbetsrehabiliterande insatser, vilket ställer mycket stora krav på personerna som ska stödja och koordinera individens process.

Generella kunskaper och egenskaper gemensamma för koordinatörer oavsett arbetsområde

Relevant kunskapsbas

En högskoleutbildning inom medicin, psykologi eller socialt arbete rekommenderas i de flesta studier som ingår i denna litteraturstudie. Alla behöver grundläggande kunskap om medicinsk terminologi, de ska övergripande kunna förstå läkarintyg, journalhandlingar mm. De ska också ha god kunskap om försäkringsmedicin och betydelsen av innehållet i definitionen av detta begrepp.

Lämpliga individuella egenskaper och kvaliteter

Koordinatorn ska vara människotillvänd och ha god förmåga till mellanmänskliga relationer, ha social kompetens och förmåga att kunna utveckla och underhålla relationer. Viktigt är också att ha förmåga att upprätthålla sekretessen. Koordinatorn bör ha samarbetsförmåga men också våga ställa krav och vara bestämd. I studierna beskrivs också många andra individuella egenskaper som behövs i arbetet som koordinatör som att vara engagerad, intresserad, positiv, vänskaplig, stödjande, empatisk, uthållig och att kunna arbeta självständigt, vara drivande, handlingskraftig och initiativrik, men också flexibel och tillmötesgående och att vara anpassningsbar och tålmodig.

Inriktning på rehabilitering

Koordinatorer bör förstå rehabiliteringens grundläggande idé och ha insikt om arbetets värde för människan och om betydelsen av helhetsperspektiv på människans olika domäner i livet och de roller som dessa kräver av individen och hur detta påverkar arbetsförmåga. Förstå behovet av grundläggande bedömning av rehabiliteringsbehov både på individnivå och i omgivande kontext (i arbete,

hem, fritid) innan insatser sätts in. För koordinatören i en rehabiliteringsprocess är det en viktig egenskap att effektivt kunna lösa problem tillsammans med nyckelpersonerna i rehabiliteringen.

Organisatoriska och administrativa förmågor

Att koordinatören har god organisations- och administrativ förmåga anses mycket viktigt. Likaså att vara tillgänglig, strukturerad, ha ledarförmåga, att kunna "ha många bollar i luften" dvs. att kunna hålla på med många saker samtidigt. Att ha omvärldskunskap vilket innebär att bl.a. känna till regelverk, uppdrag, arbetssätt, struktur och kultur, ansvar och roller, kontaktvägar internt och till externa aktörer.

Kommunikativ förmåga

Koordinatören bör ha kunskap i samtalsmetodik och kommunikation för att kunna genomföra intervjuer, samtal och möten samt förmåga att kunna kommunicera i en komplex social process.

Förmåga att främja återgång i arbete

Koordinatören bör ha förmåga att upprätta god kontakt med individen, att veta hur man tar tillvara individens resurser och att kunna motivera denne till arbetsåtergång alt. att vara kvar i arbete. Att kunna upprätta god kontakt och gott samarbete med andra rehabiliteringsaktörer runt individen. För att klara arbetet som koordinator behövs också bedömningskunskap, problemlösnings- och konfliktlösningsförmågor och kunskaper.

Erfarenhet

Att ha livserfarenhet är näst intill en förutsättning för att orka med arbetet anser många, likaså att vara erfaren inom sitt ämne/kunskapsområde.

Specifika kunskaper för hälso- och sjukvårdens koordinatörer

De behöver ha god kunskap om medicinsk bedömning, vård och rehabilitering och om hälso- och sjukvårdens organisation och kontaktvägar. Det är också en fördel att ha arbetat inom hälso- och sjukvården tidigare. Det skiljer något mellan koordinatörer i primärvård och koordinatörer på specialistkliniker på det sättet att i primärvård är koordinatören generalist, alltså har kännedom om många olika områden. De bör kunna mycket om samhället, arbetsmarknaden och kontaktvägar inom sin vårdcentrala verksamhetsområde. Koordinator på specialistklinik bör kunna sin kliniks specialområde väl och kontaktvägar till, i första hand, den enskilde patientens hemort och dess generalister på vårdcentralen. De flesta koordinatörer inom hälso- och sjukvården arbetar även själva med utredning och bedömning om vård och rehabiliteringsbehov och ger stöd till individen. Detta innebär att professionell kompetens krävs för dessa uppgifter. Många koordinatörer har också arbetsuppgiften att leda rehabiliteringsteamet på enheten, vilket förutsätter att de har kunskap om att arbeta i och leda team.

Specifika kunskaper för RTW-koordinatorer

Dessa har inte varit fokus för denna litteraturstudie som nämnts tidigare, men utifrån resultaten behöver RTW-koordinatorer troligen ha omfattande kunskap om arbetslivsinriktad bedömning, rehabilitering i arbetslivet och arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, viss kunskap om arbetsrelaterad juridik, den arbetsmarknad de verkar i och kontaktvägar till andra rehabiliteringsaktörer som finns omkring arbetstagare/arbets sökande de arbetar med.

Effekter av koordinatorfunktionen

Effekter av koordinatorfunktionen för patienter

Koordinatorn beskrevs ofta av patienterna som spindeln i nätet som skapat kontinuitet och gett struktur i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Koordinatorn upplevdes som ett bollplank som kunnat ge stöd, svar på frågor och praktisk hjälp. Patienter uppgav att koordinatorerna visat respekt och gott bemötande, förståelse, hjälpsamhet och ingivit förtroende. De bidrog till att minska patienternas stress, oro och känsla av utsatthet. De upplevde sig stärkta av att ha någon som de kunde diskutera med och som fanns med genom processen.

Koordinatorerna hade haft stor betydelse för rehabiliteringen och återgången i arbete. De hade underlättat kontakterna med vårdcentralen och hade uppfattats som den primära kontakten och mellanhanden till hälso- och sjukvården. Patienter upplevde det viktigt att någon håller ihop vården och kan se hela situationen. Patienterna satte också stort värde på koordinatorn som en stödjande person som hade underlättat kontakterna med andra aktörer, samordnat rehabiliteringen och underlättat teamarbete kring patienten. Läkare ansåg att koordinatorerna hade en viktig uppgift att identifiera personer med risk för långtidssjukskrivning och att uppmärksamma dem på aktuella patienter och sjukskrivningstider. Läkarna ansåg också att koordinatorn var viktig som stöd till patienter vars egen drivkraft saknades eller var nedsatt.

Funktionen med en koordinator hade medfört en smidigare vårdprocess. Koordinatorfunktionen beskrevs bland annat som ”en nyckelperson” för att hela rehabiliteringsprocessen ska bli framgångsrik och som ”en revisor” som ser till att patienterna får den rehabilitering de har behov av. Processen effektiviserades med en koordinator som ofta ”låg steget före” och kunde initiera möten innan en sjukskrivning blivit aktuell, de kunde hjälpa och motivera patienterna att finna andra lösningar på sina arbetsrelaterade problem.

Effekter av koordinatorfunktionen för medarbetare

Olika professioner inom hälso- och sjukvården beskriver att de blir avlastade av koordinatorn och kan därmed koncentrera sig på sitt eget uppdrag och får därmed mer arbetsro och bättre arbetsmiljö. Läkare uppskattade att inte vara ensamma om arbetet med sjukskrivna och sjukskrivning, särskilt uppskattat var detta på enheter som bemannades med stafettläkare. Arbets sättet med koordinator och team gjorde att arbetet för läkaren med bedömning av arbetsförmåga

och sjukskrivning inte längre kändes fullt så betungande. Bedömning av arbetsförmåga med deltagande av olika professioner resulterade i ökad precision vid bedömningen av sjukskrivning samt stärkte förmågan att identifiera individuella behov av rehabilitering.

Läkare har i någon studie syns vara uppdelade i två läger, antingen de som uppskattar att samarbeta med en koordinator, eller de som är tveksamma och inte förstår vitsen med funktionen. Andra studier visar att tveksamma läkare ändrar sig när de får möjlighet att prova på arbets sättet. De ansåg det vara positivt och avlastande för dem bland annat för att patienten redan var väl informerad av koordinatorm om sjukskrivning och dess konsekvenser, vilket underlättade för läkarna vid patientmötet.

Chefer inom hälso- och sjukvården beskrev faktorer som de ansåg var främjande för intern samverkan bl. a. etablerade team, ekonomiska stimulansmedel, koordinators kompetens, ökad samsyn och rutiner för samarbete. Verksamhetschefer på vårdcentraler påtalade att arbets sättet med sjukskrivningsprocessen och med koordinatörer hade förbättrat möjligheten att skapa struktur och kontroll över det interna arbetet på vårdcentralen. Det strukturerade arbets sättet smittade också av sig på andra vårdprocesser som också fick mer struktur.

Effekter av koordinatorfunktionen på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete

Samarbetet mellan hälso- och sjukvårdens personal och Försäkringskassans medarbetare har under de senare åren utvecklats i positiv riktning. Många utvecklingsprojekt i samverkan mellan flera parter pågår också i landet. Det påtalas dock att samverkan kring sjukskrivna och de med risk för sjukskrivning skulle behöva intensifieras med ytterligare parter, bland annat mellan hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen och mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare och deras företagshälsovård. I det senare fallet ses behov av utveckling av koordinatorfunktioner hos arbetsgivare.

Flera utvärderingar påvisar också positiva effekter av koordinatorfunktionen inom hälso- och sjukvården och koordinatörerna beskrivs som framgångsfaktorer i arbetet med sjukskrivningsprocessen. Implementeringen av beslutsstödet och rehabiliteringsgarantin har också underlättats med hjälp av koordinatörerna liksom arbetet med att höja kvaliteten i läkarintygen. Det påtalas dock att man haft för lite fokus på arbete och arbetsliv i den multimodala rehabiliteringen inom rehabiliteringsgarantin. Dessutom påpekas att man behöver samarbeta mer med företagshälsovården, vilket också är önskemål från koordinatörer inom hälso- och sjukvården. Detta understryker behovet av en intensifierad utveckling av samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare och dess företagshälsovård.

Från flera håll påtalas behovet av ekonomiska medel för att hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta det framgångsrika arbetet som genomförts inom försäkringsmedicinen med bland annat koordinatörer. Chefer inom hälso- och sjukvården påtalar svårigheter för dem att planera när de inte har kontroll över medel för koordinatörer.

Ekonomiska effekter av koordinatorfunktionen

Det är ännu sparsamt med forskning kring den variant av koordinatörer som nu arbetar inom det försäkringsmedicinska området i hälso- och sjukvården i Sverige. Detta faktum gäller även utförda studier om ekonomiska effekter av denna funktion. En av de redovisade studierna handlar om insatser från koordinatörer som arbetar med sjukskrivna i primärvården i Sverige. Det är ett pågående forsknings- och utvecklingsprojekt i Stockholms läns landsting som visar positiva ekonomiska resultat. Tre studier, av dem två litteraturstudier, handlar om både medicinsk, social och arbetsplatsinriktad rehabilitering där någon form av rehabiliteringskoordinator/coach/samordnare ingår i insatserna. Den sista redovisade studien handlar om arbete med koordinatörer som får anses ligga närmare arbetsplatsinriktad rehabilitering än medicinsk sådan. Även om studerade artiklar var få, indikeras att det finns ekonomiska vinster med att ha tillgång till en koordinator i samband med sjukskrivnas återgång i arbete, både inom hälso- och sjukvården och hos andra aktörer.

Förutsättningar för koordinatorarbete inom försäkringsmedicin

Chefsstödet är den avgjort vanligaste förutsättningen för att koordinatörer ska få möjlighet att utföra ett gott koordinatorarbete. Koordinatören bör få uppbackning och mandat för sitt uppdrag. Chefen förväntas se till att uppdraget är förankrat i verksamheten, att medarbetarna har förståelse för koordinatorns uppdrag och arbetsuppgifter och att de medverkar i arbetet kring patienterna. En förutsättning för detta är att uppdragsbeskrivningarna är tydliga och inte alltför övergripande.

Det är viktigt att koordinatoruppdraget ges tillräcklig omfattning i arbetstid och att den avsatta tiden används till uppdraget. Planeringen av arbetet underlättas av schemalagda, fasta tider för koordinatorssysslor, t.ex. för möten med externa rehabiliteringsaktörer. Koordinatorerna bör ha tid för att upparbeta nya rutiner och arbetssätt.

Viktiga faktorer är också stödet från den centrala processledningen i hur koordinatörerna ska hitta sin roll i verksamheterna. Koordinatorsnätverk betraktas som mycket viktiga då uppdraget är ett utpräglat ensamarbete.

Väl utvecklat och metodiskt samarbete med läkare är viktigt i koordinatoruppdraget. En förutsättning är att läkarna är villiga att arbeta tillsammans med en koordinator mot målet för en säker återgång i arbetet för patienten. Likaså är det viktigt att andra medarbetare är positiva till att arbeta i team. Tydliga rutiner för möten, bokning och uppföljning underlättar koordinatorns arbete. Det är viktigt att det finns kända rutiner för att koordinator ska kunna få kännedom om patienter i behov av insatser, t.ex. tillgång till statistik över sjukskrivna och att medarbetare hänvisar patienter till koordinator.

Dålig kontinuitet i bemanningen, som projektanställningar och stafettläkare gör det svårare för koordinator att kunna utföra sitt uppdrag.

Litteraturstudiens genomförande och resultat

Inledning

Genom den så kallade sjukskrivningsmiljarden, statliga stimulansmedel för sjukskrivningsområdet, har landstingen sedan 2006 successivt tilldelats medel för att utveckla sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården och i samverkan med andra aktörer¹. Utvecklingsvillkor för sjukskrivningsmiljarden har satts upp i överenskommelsen mellan staten och SKL. Dessa ska uppfyllas för att landstinget ska få tilldelning av stimulansmedlen. I landstingen tillsattes ansvariga för uppdragen i sjukskrivningsmiljarden, så kallad processledning med en eller flera processledare.

I ett av sjukskrivningsmiljardens villkor för åren 2014-15, Villkor 3 om tidig samverkan föreslås att landstingen utvecklar en funktion för koordinering, för effektiv samverkan kring kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Koordinatorfunktionen kan ges ansvaret för att vara rådgivare och kunskapsförmedlare, kontaktperson eller samarbetspartner till andra aktörer samt kontaktperson eller coach till sjukskrivna. Målsättningen är att koordinatorfunktionen har en bred förankring inom hälso- och sjukvården för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Funktionen har både en intern och extern roll i samverkan, t.ex. att verka för tidig kontakt inom vården, möjliggöra tidig extern samverkan och samarbete runt individen med andra aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun.

Införandet av rehabiliteringskedjan² inom Försäkringskassan med tidsbestämda gränser där rätten till sjukpenning bedöms, har inneburit att behovet av tidiga insatser inom hälso- och sjukvården blivit allt större. Vidare har en rehabiliteringsgaranti införts³ som ska öka möjligheterna för personer att snabbt få behandling och rehabilitering och därmed lättare återfå sin arbetsförmåga. Arbetet med patienters sjukskrivningsprocess och med rehabiliteringsgarantis genomförande förutsätter att läkare och andra professioner har goda kunskaper inom försäkringsmedicin. Dessutom förutsätter arbetet inom rehabiliteringsgarantin med multimodal rehabilitering för patienter med smärta att enheterna bedriver verksamhet i team.

¹ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Sjukskrivningsmiljarden, 2006//2015.

² Proposition 2007/08:136. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.

³ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Rehabiliteringsgaranti för 2008//2015.

I början av 2000-talet påbörjades i några landsting pilotprojekt med någon form av samordnare/ koordinator för sjukskrivna patienter^{4 5}. Dessa landsting tillsatte koordinatörer på hälsocentraler. Koordinatorerna skulle skapa struktur i sjukskrivningsprocessen genom tidiga och samlade bedömningar och insatser, samt utveckla teamarbete internt och i samverkan med andra aktörer i samhället. Intentionen var att få en kontaktperson och coach för de enskilda patienterna och kontaktperson för medarbetare inom hälso- och sjukvården och i kontakter med externa aktörer. I uppdraget ingick bland annat att utveckla rutiner och koordinera rehabiliteringsinsatser. Försöken föll väl ut men det var först i samband med införandet av de statliga stimulansmedlen för sjukskrivningsprocessen⁶ som utvecklingen av arbetssättet tog mer fart i flertalet landsting. Arbetssättet med rehabiliteringskoordinator har sedan successivt startats och vidareutvecklats utifrån landstingens egna initiativ. Rehabiliteringskoordinatorer/coacher/case managers kan finnas hos flera aktörer i Sverige för att arbeta med personer som av olika anledningar har svårt att klara sitt arbete. RTW-koordinatörer (Return To Work) med kompetens inom arbetsmiljöfrågor kan exempelvis finnas inom företag och organisationer eller deras företagshälsovård, hos privata och offentliga rehabiliteringsaktörer och inom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen^{7 8 9}.

ReKoord-projektet

På uppdrag av regeringen genomfördes under 2012-2013 en nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet i hälso- och sjukvården i Sverige. Arbetet redovisades i en rapport ”ReKoord-projektet, Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet”¹⁰. Ett omfattande material låg till grund för denna rapport. Både kvalitativ och kvantitativ metod användes. Totalt besvarade 297 patienter, 199 koordinatörer och 21 processledare enkäter. Koordinatorer, verksamhetschefer, processledare, läkare, andra medarbetare, chefer och handläggare på Försäkringskassan samt arbetsförmedlare på Arbetsförmedlingen, totalt 133 personer har intervjuats individuellt och/eller i fokusgrupper. Utvärderarna besökte dessutom de flesta landsting, träffade processledningar och deltog i många nätverksträffar med koordinatörer för att ytterligare fördjupa informationen.

⁴ Sackrisson m.fl. Tidig arbetsförmågebedömning i samband med sjukskrivning på vårdcentral, 2007.

⁵ Eklind. Utveckling av rehabiliteringsarbetet i Sörmland, 2005.

⁶ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Sjukskrivningsmiljarden, 2006//2015.

⁷ Arnetz m.fl. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism, 2003.

⁸ Andersson m.fl. Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation- an international literature review, 2011.

⁹ Chungong m.fl. Utvärdering av projektet MedUrs. Samverkan och rehabilitering av personer som varit långtidssjukskrivna, 2014.

¹⁰ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

I ReKoord-projektet redovisades att 19 av landets 21 landsting hade infört någon form av koordinatörer inom hälso- och sjukvården. I de flesta fall hade detta genomförts inom utvecklingsarbetet med sjukskrivningsprocessen och med stöd av sjukskrivningsmiljarden. Antalet koordinatörer inom hälso- och sjukvårdens primärvård i Sverige uppskattades till 500 personer, vilka arbetade mellan fem procent upp till heltid med uppdraget. Syftet med deras arbete var t.ex. att optimera hälso- och sjukvårdens arbete med bedömning, vård, rehabilitering och stöd till personer som är sjukskrivna eller riskerar att bli sjukskrivna, så att de snabbare ska kunna komma tillbaka till arbetslivet alternativt stanna kvar i arbete. Dessutom var uppdraget att vara länk och samarbetspartner till andra rehabiliteringsaktörer i samhället. I de flesta landsting bedömdes att det i första hand var primärvården som behövde utvecklas för att motsvara sjukskrivna patienters behov av utredning, vård och rehabilitering i så tidigt skede som möjligt. Successivt har arbetssättet även inriktats på arbete med förebyggande insatser för att motverka behov av sjukskrivning. Många landsting har dessutom börjat införa koordinatörer på vissa specialistkliniker.

De huvudsakliga resultaten av ReKoord-projektet var att koordinatörfunktionen hade genomgående positiva effekter. Såväl koordinatörerna själva liksom medarbetare, chefer och patienter beskrev funktionen som ”spindeln i nätet”. Externa samarbetspartners beskrev koordinatörfunktionen som ”en väg in” i hälso- och sjukvården. Sjukskrivna patienter och de med risk för sjukskrivning var nöjda med koordineringen inom hälso- och sjukvården och med externa aktörer. Införandet av koordinatörer hade utökat hälsocentralernas utbud, vilket medförde att medarbetarna kunde vara till större nytta för patienterna, vilket i sin tur påverkade medarbetarnas arbetstillfredsställelse positivt. Förändringarna hade gett bättre arbetsmiljö för läkare och andra medarbetare. Koordinatörerna hade medverkat till att samarbetet med externa aktörer fördjupats. Informanterna i utvärderingen påtalade bland annat att sjukskrivningsprocessen blev effektivare och mer kvalitetssäkrad med koordinatörer och patientens process inom sjukvården kunde därigenom bli kortare. En konsekvens av en effektivare sjukvårdsprocess antogs därför vara att sjukskrivningstiden också förkortades.

Studien visade att koordinatörfunktionen fungerade bäst när samtliga av följande arbetsuppgifter ingick att (se även figur 1, sid 18):

- organisera, skapa rutiner och struktur
- hantera sjukskrivningsstatistik inom området
- vara stöd till läkare och andra medarbetare i försäkringsmedicinska frågor
- samordna rehabilitering
- vara kunskapsförmedlare och rådgivare och kunna ge råd till läkare vid intygsskrivning
- vara kontaktperson och coach för patienter och delta i bedömning och ge förslag till rehabiliteringsplan
- vara kontaktperson och samarbetspartner till externa aktörer som Försäkringskassa, Arbetsförmedling, socialtjänst och arbetsgivare
- fungera som processledningens ”förlängda arm” på hälsocentraler.

Ytterligare slutsatser som drogs och råd som gavs i ReKoord-rapporten för att koordinatorsarbetet ska bli framgångsrikt var bland annat att ämnesområdet försäkringsmedicin görs mer känt, utvecklas och implementeras inom hälso- och sjukvården och att samarbetet med externa parter intensifieras. Dessutom bör landstingsledningens uppdragsbeskrivning för koordinatorfunktionen vara tydlig. Lokala riktlinjer som täcker landstingsledningens uppdrag men som även kan även innehålla ytterligare uppdrag bör upprättas på varje enhet. Uppföljningar bör också ske kontinuerligt. I studien identifierades fler framgångsfaktorer som bidrar till att koordinatorfunktionen optimeras:

- stöd och tydligt mandat från chefen
- tydligt lokalt uppdrag
- tydliga rutiner
- tid avsatt för uppdraget
- god struktur och kontinuitet i bemanning
- stöd från processledning och koordinatorsnätverk
- rätt urval av patienter
- fungerande team, gott samarbete med läkare och övriga medarbetare
- god samverkan med externa aktörer i samhället

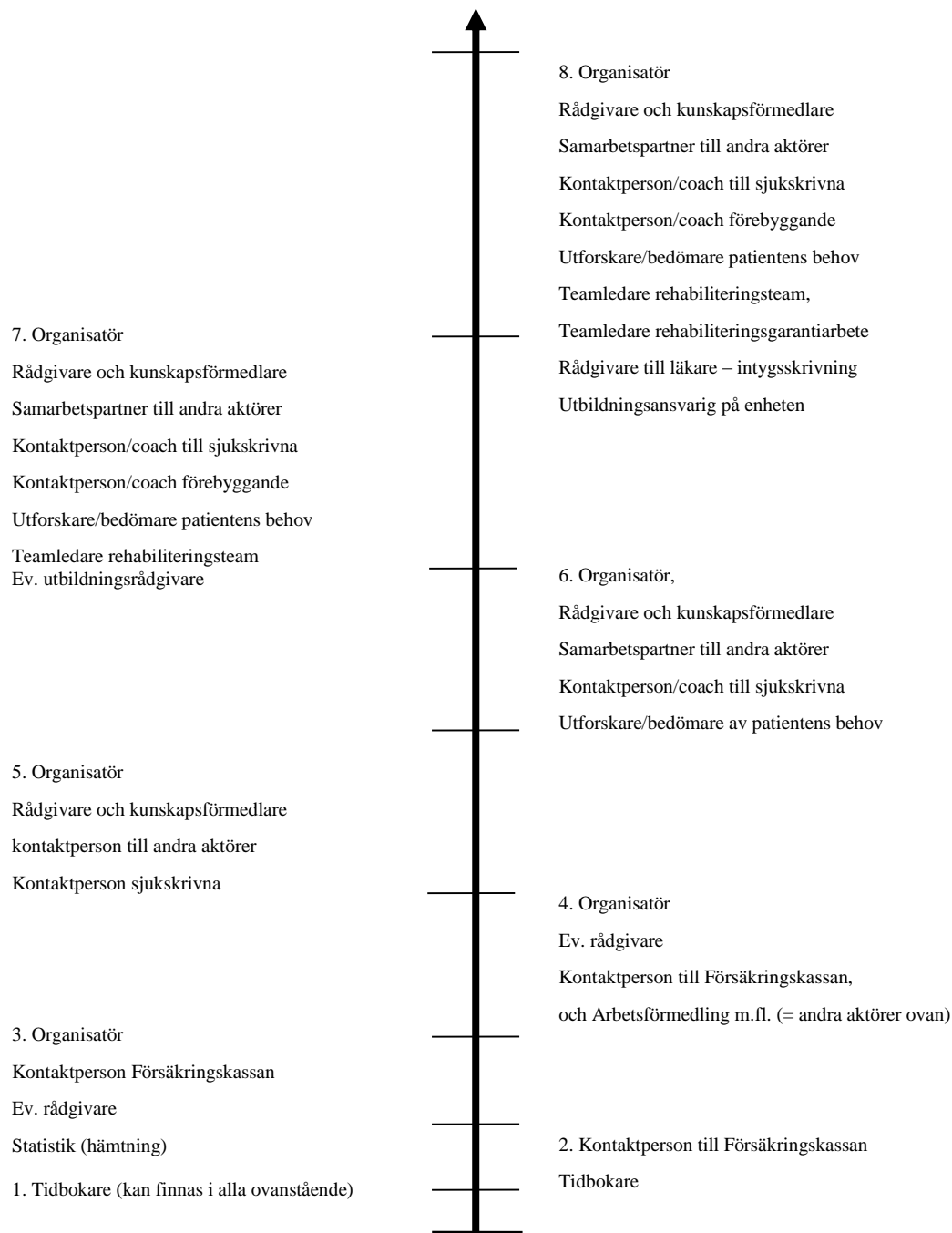
I studien identifierades också såväl teoretiska och erfarenhetsmässiga kunskaper som personliga egenskaper som anses lämpliga för koordinatorsuppdraget. Kunskaper som rekommenderades var:

- försäkringsmedicin och omvärldskunskap, t.ex. regelverk, uppdrag, arbetssätt, struktur och kultur, ansvar och roller, kontaktvägar internt och till externa aktörer
- medicinsk kunskap och rehabiliteringskunskap och tidigare erfarenhet av arbete inom hälso- och sjukvården
- samtalsmetodik och kommunikation
- att arbeta i och leda team
- hur man tar tillvara patientens resurser och motiverar till förändring

Viktiga egenskaper som rekommenderades var att:

- vara uthållig och kunna arbeta självständigt
- ha samarbetsförmåga och social kompetens
- ha organisationsförmåga och administrativ skicklighet
- vara drivande, handlingskraftig och initiativrik och kunna ha ”många bollar i luften”

I ReKoord-rapporten utvecklades, utifrån enkätsvar och intervjuer en figur, ”Stegen” för att illustrera hur olika omfattningen av uppdrag kunde vara i koordinatorsrollen i landstingen. I botten av ”Stegen” var koordinators uppgift enbart att boka tider för möten, medan åttonde steget innebar omfattande arbetsuppgifter, se figur 1 nedan.



Figur 1: Figuren avser att ge en beskrivning av hur olika arbetsuppgifterna var som vanligen ingick i koordinatoruppdraget, enligt enkäter och intervjuer med koordinatörer i ReKoord-projektet, Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C, Janlert U, Bernspång B.

Socialförsäkringsutredningen

I den så kallade Socialförsäkringsutredningen¹¹ föreslås bland annat resursförstärkningar för att stärka landstingens arbete med sjukskrivningar. Ett av förslagen innebär att ett permanent statsbidrag införs för koordinerande funktioner i hälso- och sjukvården, vilka förväntas svara för kontinuiteten i hälso- och sjukvården och utveckla processen för arbetsåtergång samt att förbättra arbets-

¹¹ SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring.

miljön. Utredningen menar att införandet av koordinatörer kräver långsiktiga förutsättningar genom öronmärkta stimulansmedel för att skapa kontinuitet i bemanning och kompetens. Multiprofessionella team leds ofta av koordinatörer. I utredningen understryks att det inte måste vara behandlande läkare som ska samverka med andra myndigheter eller organisationer, eller ta ansvaret för rehabiliteringsplaneringen. Detta kan, beroende av behovet, skötas av en samordnare, koordinator eller team.

Utredningen understryker att hälso- och sjukvårdens insatser ska fokusera på arbetsåtergång och att en engagerad och ansvarstagande arbetsgivare ska samarbeta med sjukvården. Återgång i arbete påskyndar tillfrisknandet och stärker patientens självförtroende och bör ske redan innan full arbetsförmåga nås. Arbetsgivarens centrala roll för patientens återgång i arbete är oberoende av om patientens besvär är orsakade av arbetet eller inte.

Ansvaret för att tidigt upptäcka behovet av stöd och åtgärder och arbeta för samverkan mellan olika aktörer behöver förtydligas. I utredningen föreslås att hälso- och sjukvården ska ges förstärkta resurser för ett ökat ansvar för patientens återgång i arbete. Förslaget från utredningen innebär att hälso- och sjukvården oftare ska ta direktkontakt med arbetsgivare för patienter, vars sjukskrivning kan förkortas eller undvikas och diskutera hur de kan medverka i patienternas återgång i arbete.

Kommittén föreslår att sjukskrivningsmiljarden förstärks och ett statsbidrag införs permanent från januari 2017. Kommittén spekulerar om att den förändrade sjukskrivningsprocessen med tidiga kontakter med arbetsgivaren och hälso- och sjukvården skulle kunna leda till att könsskillnaderna i sjukskrivning jämnas ut, vilket också förslaget om kravet på rehabiliteringsplanering skulle göra.

Uppdraget

Syftet med föreliggande studie var att utöka kunskaperna från ReKoord-projektet¹² med aktuellt forskningsläge inom området försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården. Vidare skulle det vetenskapliga stödet för koordinatorfunktionen undersökas, liksom effekter av koordinatorarbete genom att:

- studera aktuella nationella och internationella forsknings-, utvecklings- och utvärderingsarbeten inom området
- studera landstingens redovisningar/handlingsplaner för villkor 3 i Sjukskrivningsmiljarden 2014¹³, dvs. Tidig samverkan och koordinering i sjukskrivningsprocessen och jämföra detta med utfallet i ReKoord-projektet.

¹² Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

¹³ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Sjukskrivningsmiljarden, 2015.

Avgränsning i projektet

Huvudsyftet i denna studie var att studera effekter av rehabiliteringskoordinatorers insatser, dock är samverkan en viktig del i koordinatorernas uppdrag varför resultat inom intern och extern samverkan finns med i studieresultaten i viss omfattning.

Olika rehabiliteringsmodeller och dess eventuella effekter tas inte upp. Det är ett eget område som skulle innebära specifika och omfattande sökningar och analyser.

Metod

I studien har sökningar av vetenskapliga artiklar utförts via databaser och Google. De sökord som användes i olika kombinationer var: case manager, rehabilitation coordinator, rehabilitation, primary health care, return to work. De studier som tagits med från den internationella sökningen har vanligen någon form av koordinatörer med i upplägget eller handlar om behovet av samverkan, kommunikation eller koordinering kring individer som har problem med att klara arbete, eller har behov av hjälp för återgång i arbete. Vid sökning på Google användes även svenska ord; rehabkoordinator, rehabiliteringskoordinator, sjukskrivningskoordinator, koordinering, rehabilitering och återgång i arbete. Ingen kvalitativ värdering har utförts av artiklar och rapporter.

Litteratursökningen visade, att det ännu är mycket sparsamt med forskningslitteratur omkring den variant av koordinatörer som verkar inom det försäkringsmedicinska området i hälso- och sjukvården i Sverige. Utvärderingen ReKoord-projektet¹⁴ är den mest omfattande. För att ge en bredare bild tas därför även med relevanta utredningar, främst i form av regeringsuppdrag och även så kallad ”grå litteratur”. I detta sammanhang innebär det mindre utvärderingar utförda i olika landsting ofta med hjälp av forskare och forskarstudier, eller uppsatser utförda av studenter vid högskolor och universitet. I ett fall nämns vissa resultat från en pågående utvecklings- och forskningsstudie i Stockholms läns landsting som har direkt koppling till koordinatörer i hälso- och sjukvård i Sverige¹⁵.

Hälften av referensmaterialet består av vetenskapliga artiklar och resten av utredningar, främst i form av regeringsuppdrag samt grå litteratur. Cirka 160 dokument lästes igenom varav hälften bedömdes vara relevanta för denna utvärdering. I rapporten ingår också vissa erfarenheter och upplysningar som framkom vid besök i landstingen, benämnda egna landstingskontakter, t.ex. i författarnas kommentarer och kapitlet Landstingens redovisningar 2014.

Samtliga landsting har inlämnat redovisningar/handlingsplaner till Försäkringskassan och SKL om det arbete som skett under år 2014 utifrån villkoren inom ramen för Sjukskrivningsmiljarden samt vilka planer som finns för vidare arbete under 2015. För att utröna vilken utveckling som sker i landstingen inom villkoret om tidig samverkan och koordinering har landstingens handlingsplaner och information från egna landstingskontakter ställts i relation till resultaten från ReKoord-projektet.

Villkor 3 Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen innehåller två delar:

¹⁴ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

¹⁵ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Sjukskrivningsmiljarden, 2015.

- landstingen ska vidareutveckla en organisatorisk struktur för effektiv samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet på lokal och regional nivå,
- de ska utveckla en funktion för koordinering för effektiv samverkan och samordning.

I villkor 3, del 2 framgår också att:

- Funktionen för koordinering ska utvecklas för effektiv samverkan kring kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Koordinatorfunktionen ska vara rådgivare och kunskapsförmedlare, kontaktperson eller samarbetspartner till andra aktörer samt kontaktperson eller coach till sjukskrivna. Målsättningen är att koordinatorfunktionen ska ha bred förankring inom hälso- och sjukvården för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Funktionen ska ha både en intern och en extern roll i samverkan, t.ex. verka för tidig kontakt och samarbete inom hälso- och sjukvården, möjliggöra tidig extern samverkan och samarbete runt individen med andra aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen.

Resultat

Resultatet redovisas i två huvuddelar, Temaområden och Landstingens redovisningar 2014. Varje del följs av författarnas kommentarer.

Temaområden

Resultaten av litteratursökning och genomgång av nyare utvecklings- och utvärderingsarbeten samt av nationell och internationell forskningslitteratur presenteras i sju temaområden:

- Behovet av kommunikation, samverkan och koordinering
- Koordinatorn – kunskaper och egenskaper
- Effekter av koordinatorkfunktionen för patienter
- Effekter av koordinatorkfunktionen för medarbetare
- Effekter av koordinatorkfunktionen på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete
- Ekonomiska effekter av koordinatorkfunktionen
- Förutsättningar för koordinatorsarbete inom försäkringsmedicin

Behovet av kommunikation, samverkan och koordinering

Många faktorer påverkar kort- och långtidssjukskrivning och längden på sjukskrivningstiden, bland annat hur bedömning sker av rehabiliterings- och sjukskrivningsbehovet och att det blir en sjukskrivning som är rätt för individen. Likaså är processen och samarbetet mellan olika rehabiliteringsaktörer viktiga faktorer för hur återgången till arbetslivet fungerar. Vanliga faktorer som diskuteras är sjukdom och symtom, socioekonomiska resurser samt arbete och dess förutsättningar.

Det finns dock fler faktorer som kan påverka längden på sjukskrivningen och till och med i vissa fall vara huvudorsak till förlängning av sjukskrivning. En av dessa faktorer kan enligt flera forskare vara hur själva sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genomförs^{16 17 18 19}. I det svenska systemet är ansvaret uppdelat på olika aktörer. Hälso- och sjukvården är oftast den aktör, förutom arbetsgivaren, som individen har första kontakt med, på grund av dess ansvar för funktionsbedömning och diagnostik²⁰. Hälso- och sjukvården har också ansvar för den medicinska rehabiliteringen, vilken kan åligga olika enheter under rehabiliteringens gång. Likaså kan bedömning och diagnostik ske i olika skeden av processen för individen inom hälso- och sjukvården. Det har tidigare visat sig att processen och samarbetet, eller snarare brist på samarbete, inom hälso- och

¹⁶ Ekberg. Den relativa arbetsförmågan. 2014, s.151.

¹⁷ Andersen m.fl. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders, 2012.

¹⁸ Lynöe m.fl. Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare, 2011.

¹⁹ Svensson m. fl. Pride, empowerment, and return to work: on the significance of promoting social emotions among sickness absentees, 2006.

²⁰ Ekberg. Den relativa arbetsförmågan, 2014 s 145.

sjukvårdens olika delar och mellan olika professioner har kunnat fördröja rehabilitering tillbaka i arbete.

Det har skett en hel del förändringar i socialförsäkringen som påverkar arbetet hos samtliga aktörer i samband med sjukskrivning. En av de mer omfattande är att det finns en bortre gräns för sjukskrivning, den så kallade rehabiliteringskedjan²¹. Fokus har utökats från återgång i arbete till reintegration på arbetsmarknaden. Genom detta ska fler individer som tidigare ansetts sakna arbetsförmåga nu prövas på nytt för återgång i arbete. I en studie av Ståhl och medarbetare²² analyseras vilka effekter professionella inom rehabilitering ser att de nya reglerna ger. Resultatet visar att det krävs insatser för att utveckla samarbetet mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård, arbetsgivare och dess företagshälsovård. De professionella anser dessutom att det krävs att patienterna engageras i omfattande aktiviteter, även om de enligt studien kan uppleva det som meningslöst med tanke på gruppens brist på anställningsbarhet.

Läkare har en viktig roll eftersom de ska utreda om sjukdom föreligger, samt bedöma om sjukdomen påverkar funktion och aktivitetsförmåga, som i sin tur kan påverka arbetsförmågan. Läkaren är också den som vid behov kan starta en rehabiliteringsprocess tillsammans med andra aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården. Brain och Conlon²³ framhåller att kommunikation är den kritiska komponenten i samband med insatser för dessa patienter. De anser att läkaren måste vara villig att arbeta tillsammans med en koordinator mot målet för en säker återgång i arbetet för patienten. Koordinatorn kan fungera som läkarens förlängda arm och vara koordinator mellan de olika aktörerna. Författarnas slutsats var att ett sådant arbetssätt tillåter läkaren att göra det den är bäst på, dvs. att praktisera medicin och att arbetssättet kan ge en vinn-vinn situation för alla berörda parter. Sveriges läkarförbund har efterfrågat en koordinatorfunktion som kan stötta patienter i kontakten med olika aktörer och att ha kunskap om vilka olika möjligheter som står till buds²⁴.

Många av koordinatörerna i primärvården i Sverige har som huvuduppgift att skapa och underhålla teamarbete på sin arbetsenhet²⁵. En svensk studie²⁶ har visat att samarbete mellan olika professioner i rehabiliteringen kan korta sjukskrivningarna. I studien har också beräknats de positiva ekonomiska konsekvenserna av teamarbete, samt konstaterats att effekterna varar över en sexårsperiod. En viktig aspekt för att utveckla strategier hos individen för att öka dennes

²¹ Proposition 2007/08:136. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.

²² Ståhl m.fl. Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system, 2011.

²³ Brain m.fl. The case management approach to work-related injuries, 1996.

²⁴ Sveriges läkarförbund. Sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen – ett policyprogram från Sveriges läkarförbund, 2005.

²⁵ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

²⁶ Kärrholm m.fl. Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office, 2008.

möjligheter att delta i ett hållbart arbetsliv, är hur bemötandet hos olika aktörer som är involverade påverkar denne.

Det talas ofta om ”det goda mötet”. Ett gott möte med ett stödjande förhållningssätt kan understödja den enskildes psykosociala resurser såsom självkänsla, känsla av kontroll och förmåga att hantera stress²⁷. I det goda mötet eftersträvas ömsesidighet, delaktighet, möjlighet för individen att fatta självständiga beslut samt respekt för dennes värderingar och upplevelse av mål och mening i livet²⁸. I en enkätstudie med ett stort antal deltagare undersöktes långtidssjukskrivnas upplevelser av professionella aktörer inom hälso- och sjukvård samt Försäkringskassan²⁹. I studien, som visade att hög andel av deltagarna upplevt positiva möten (92 respektive 73 %), kunde tre aspekter av interaktion identifieras; kompetens, personligt bemötande och förtroende och tillit.

I en nyligen publicerad artikel³⁰ intervjuades 21 personer som var eller hade varit sjukskrivna och sökt en eller flera professioner på vårdcentral i samband med sjukskrivning. Från studien redovisades två teman som belyser viktiga områden som sjukskrivna personer upplever positiva och nödvändiga i deras möten med professionella på hälsocentral. Det första temat var ”Tillit i relationen” som för hälso- och sjukvårdens professionella innebar att de är professionella, innehar kunskap, ger tidsutrymme, står för kontinuitet och helhetsperspektiv. För patienten innebar temat att denne kände sig lyssnad på, trodd, bekräftad och involverad. Det andra temat ”Struktur och balans” innehåller deltagarnas uppfattning om faktorer som kan stödja processen till återgång i arbete. Det innebar för hälso- och sjukvårdens professionella att de står för planeringen och klargör strukturen i vård-/rehabiliteringsprocessen, stödjer aktivitetsbalanseringen och utvecklingen i processen. För patienten innebar temat att denne vet vad som kommer att hända, vet vad som kan förväntas och innehar aktivitetsbalans.

En för individen samordnande funktion/stödperson inom hälso- och sjukvården har stort värde för individen likväl som för andra aktörer i samhället som finns omkring individen och i många fall anses denna funktion vara den viktigaste för

²⁷Ekberg. Den relativa arbetsförmågan, 2014 s 169.

²⁸ Marty m.fl. The experts speak: the critical ingredients of Strengths model case management, 2001.

²⁹ Müssener m.fl. Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave, 2008.

³⁰ Sturesson m.fl. Healthcare encounters and return to work: a qualitative study on sick-listed patients' experiences, 2014.

ett positivt utfall^{31 32 33 34 35 36 37 38 39}. En slutsats som också dras av Söderberg och Müssener är att det behövs en stödperson, en som har en samordnande roll som bidrar till att rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen präglas av ökad kontinuitet⁴⁰. Ericson beskriver⁴¹ att huvuduppgiften för primärvårdens koordinatörer är att samordna arbetet med rehabiliteringsgarantin med multimodala team och KBT-terapeuter och arbeta för att förebygga eller minska behovet av sjukskrivning. Koordinatorerna fungerar också som kontaktpersoner med interna och externa rehabiliteringsaktörer.

I en fokusgruppsstudie med 44 koordinatörer från sjukvården och handläggare från Försäkringskassan studerades vad som utgör misslyckade och lyckade rehabiliteringsfall⁴². Båda aktörerna betonar vikten av samverkan för att nå framgång i rehabiliteringen. I en kanadensisk undersökning studerades 1002 patienter som deltog i ett sex veckors behandlingsprogram⁴³. Syftet var att beskriva prediktiva faktorer associerade med framgångsrik RTW för patienter med kronisk smärta. I studien fann man att signifikanta prediktorer för lyckad återgång i arbete var involvering av en RTW-koordinator och att ett behandlingsprogram upprättas så tidigt som möjligt. En av insatserna var tillgång till koordinatörer som till professionen var arbetsterapeut, sjukgymnast eller kinesiolog anställda av sjukhus. Dessa besökte patienternas arbetsplatser och träffade arbetsledare för att identifiera hinder för återgång i arbete. Koordinatören identifierade tänkbara lösningar, medverkade till en rehabiliteringsplan och höll underhandskontakt med patienten. I en genomgång av nio randomiserade och kontrollerade studier, konstaterade Schandelmaier⁴⁴ att effekterna av koordi-

³¹ Augutis. Koordinatorer i sjukskrivningsprocessen inom primärvården, Västernorrland, 2010.

³² Gardner m.fl. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators, 2010.

³³ Forssell m.fl. Sjukskrivning som hjälper. Erfarenheter av koordinatorstöd och eget ansvarstagande, 2011.

³⁴ Hörnvist Bylund m.fl. Samverkan underlättar distriktsläkares arbete med sjukskrivning. Västerbottens modell ger stöd genom sjukskrivningsmiljarden, 2012.

³⁵ de Vries m.fl. Return to work after sick leave due to depression: A conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians, 2012.

³⁶ Nymann m.fl. Patienters upplevelser av sjukskrivningscoachens betydelse i sjukskrivningsprocessen, 2011.

³⁷ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

³⁸ Ericson. Sjukskrivningskoordinators roll. Patientens perspektiv, 2014.

³⁹ SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring, parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

⁴⁰ Ekberg. Den relativa arbetsförmågan, 2014 s 168.

⁴¹ Ericson. Utvärdering – Sjukskrivningskoordinators roll inom landstinget i Kalmar län, 2013.

⁴² Bülow. Fallberättelser om arbetslivsinriktad rehabilitering - En fokusgruppsstudie, 2013.

⁴³ Hamer m.fl. Predicting return to work following treatment of chronic pain disorder, 2013.

⁴⁴ Schandelmaier m.fl. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials, 2012.

nerade rehabiliteringsåtgärder är snabbare återgång i arbete, bättre funktionsförmåga och mindre smärta. I rekommendationerna för åtgärder nämns tidiga kontakter, arbetsplatsens ansvar, dialog med den sjukskrivna och tillgång till en kontinuerlig stödperson, t.ex. en koordinator som kan förbättra kontinuiteten, vilket kan innebära en hållbar återgång i arbete.

Soklaridis och medarbetare⁴⁵ skriver att det finns evidens för att personliga, sociala och psykosociala faktorer på arbetet spelar en viktigare roll än individuella fysiska faktorer hos individen eller fysiska krav i arbetet för arbetsåtergång. I artikeln vidgas också synen mot fler perspektiv. Författarna menar att i rehabiliteringsarbete måste fokus förflyttas bortom enbart psykosociala faktorer till även sociopolitiska och ekonomiska faktorer. Även i en ny svensk bok om återgång i arbete⁴⁶ tas fler perspektiv än arbete upp som viktiga. Det hävdas att ”individen måste ses i den kontext och miljö där denne är verksam och lever sitt liv”. Författarna anser att man inte bara ska se till arbetet, utan till individens hela livssituation. För att klara av detta anför de att det behövs ett flervetenskapligt synsätt. Aktiviteter och aktivitetsförmåga i samtliga livets domäner är sammankopplade med arbetsförmåga vilket poängterar vikten av att se människan i sin helhet⁴⁷. Det finns också studier som visat på att förmågan att vara delaktig i aktiviteter samvarierar med ökad hälsa, välbefinnande och livskvalitet^{48 49}.

Arbetsgivare, liksom Arbetsförmedlingen när det gäller arbetslösa, är viktiga parter för att hela kedjan ska fungera för individen att komma tillbaka till, eller kunna stanna kvar i arbetslivet. Ekberg påtalar att det ofta saknas kontakt och dialog mellan arbetsgivare och andra aktörer och att en kontinuerlig kontakt- och stödperson saknas vilket betonas vara betydelsefullt för den sjukskrivna individen⁵⁰. En litteraturstudie⁵¹ hade syftet att undersöka möjligheter och hinder som anställda med mentala störningar upplevde i samband med återgång i arbete. Där framkom att bristande koordinering mellan sociala och rehabiliterande system var hinder i rehabiliteringsprocessen. I studien belystes också att arbetsgivare fann det svårt att avgöra på egen hand när det var lämpligt för arbetsåtergång och att implementera anpassningar på arbetsplatsen och de upplevde behov av stöd i dessa frågor. I Socialförsäkringsutredningen⁵² föreslås att hälso- och sjukvården tidigare och oftare bör ta kontakt med arbetsgivare och diskutera hur de kan bidra till patienternas återgång i arbete.

⁴⁵ Soklaridis m.fl. Looking upstream to understand low back pain and return to work: Psychosocial factors as the products of system issues, 2010.

⁴⁶ Ekberg. Återgång i arbete, 2015.

⁴⁷ Ekberg. Den relativa arbetsförmågan, 2014 s 149.

⁴⁸ Eriksson m.fl. Occupational gaps in everyday life one year after stroke and the association with life satisfaction and impact of stroke, 2012.

⁴⁹ Johansson m.fl. Participation in everyday occupations in a late phase of recovery after brain injury, 2007.

⁵⁰ Ekberg. Den relativa arbetsförmågan, 2014 s 159.

⁵¹ Andersen m.fl. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders, 2012.

⁵² SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring, parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

I boken *Den relativa arbetsförmågan* sammanfattar Ekberg ett antal grundbultar för en god rehabiliteringsprocess åter i arbetslivet:

- tidig bedömning av eventuellt behov av åtgärder, utöver klinisk bedömning
- den sjukskrivnes aktiva deltagande i utformande av åtgärdsprogram
- engagemang från arbetsplatsen, om sådan finns
- anpassningar på arbetsplatsen till den sjukskrivnes förutsättningar
- kontinuerligt stöd och koordinering under rehabiliteringsprocessen mellan olika aktörer
- kontinuerlig kommunikation mellan aktörerna och med den sjukskrivne
- stöd i kontakter med nya eller alternativa arbetsplatser

Författarnas kommentarer

Ovanstående sammanställning av behov som framkommit i många forskningsartiklar och utvecklings-/utvärderingsrapporter talar för att samverkan är mycket viktig. Parterna ska vara skolade för att utföra tidig bedömning med helhetsinriktning, för att upptäcka rättvisande behov av både medicinsk och arbetsinriktad rehabilitering. Likaså visar litteraturen vikten av bred samverkan med arbetsgivare och andra aktörer för att lägga upp ett rehabiliteringsprogram som syftar till återgång i arbete, där hänsyn tas till en eventuell möjlighet att individen kan stanna kvar i arbetslivet på deltid även under behandling. Det senare kan vara möjligt att uppnå om arbetsgivaren involveras i upprättandet av rehabiliteringsplaneringen.

Fasta strukturer behöver utvecklas ytterligare för samverkan mellan olika samhällsliga aktörer som arbetar med sjukskrivna och för att motverka sjukskrivningar. Utvecklingen behöver ske på flera plan, från nationell till regional (län) och vidare till lokal samverkan. Ett nationellt samarbete mellan SKL, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, kallat "Utvecklat Samspel"⁵³ redovisade utvecklingsområden när det gäller samverkan på alla nivåer, från nationell till lokal nivå. Denna utredning kan rekommenderas som råd för vidare utveckling av samverkan mellan olika samhällsliga organisationer.

Arbetsgivare och Arbetsförmedlingen är viktiga parter för att hela kedjan ska fungera för att patienten ska kunna komma tillbaka till eller kunna stanna kvar i arbetslivet. Rimligt är att koordinatorn på tidigt stadium i rehabiliteringsprocessen tar kontakt med arbetsgivaren (med individens godkännande och/eller som stöd till denne i kontakten). Det har diskuterats hur tidigt det är lämpligt för en koordinator att ta kontakt med en sjukskriven person speciellt i fråga om patienter med stressrelaterade symtom eller psykisk sjukdom. Vår åsikt är dock att det inte skadar att ta tidig kontakt om den görs respektfullt och som en presentation av att det finns hjälp att få om behov uppstår och att insatser sker vid rätt tidpunkt för individen. Tidig kontakt som sker på rätt sätt ger fördelar för alla och ingen onödig fördröjning behöver uppstå.

⁵³ Försäkringskassan. Svar på uppdrag i regleringsbrev: Samlad redovisning avseende Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, 2013.

I den nyligen framlagda Socialförsäkringsutredningen föreslås att hälso- och sjukvården tidigare och oftare bör ta kontakt med arbetsgivare. Om förslagen går igenom, kommer detta uppdrag sannolikt att falla på koordinators i samverkan med läkare och team. Med tanke på att det är ont om läkare i Sverige så påtalar även detta behov av koordinators.

För att få en uppfattning om hur många patienter som kan vara aktuella för kontakt med koordinator kan nämnas att på över 80 % av hälsocentralerna i Västerbotten var antalet sjukskrivna den 1 mars 2015 fler än hundra personer. Av dessa hade hälften varit sjukskrivna längre än tre månader. Därtill tillkommer patienter som inte är sjukskrivna, men ändå har behov av stöd och insatser från en koordinator. Självklart är det så, att inte alla sjukskrivna behöver möta en koordinator, men exemplet ger ändå en fingervisning om att det kan vara ett stort antal patienter i behov av stöd och därmed understryker vikten av att koordinatorserna får information om dessa.

Koordinatorn - kunskaper och egenskaper

För att arbeta som rehabiliteringskoordinator inom hälso- och sjukvården krävs omfattande kunskaper och lämpliga personliga egenskaper samt kompetens att nyttja dessa på bästa sätt för patienten/individ^{54 55}. Det centrala, rapporterar Marty och medarbetare⁵⁶, är att stödpersonen har erfarenhet av att modifiera sitt beteende för att möta individen utifrån hans/hennes situation och ambition. Flera studier tyder på att professionella inom hälso- och sjukvården som använder ett mer respektfullt förhållningssätt, bidrar till att individen kan ta tillvara sin förmåga att arbeta⁵⁷. Professionella kan underlätta sjukskrivnas rehabilitering tillbaka i arbete genom en klar struktur genom processen och stöd i att balansera sitt vardagsliv och sin återgång i arbete⁵⁸. Gardner och medarbetare⁵⁹ har genomfört en litteraturstudie vars syfte var att beskriva kompetenser som en rehabiliteringskoordinator behöver. De listar tio viktiga kompetenser för koordinatorfunktionen. Dessa var:

- lämpliga individuella egenskaper och kvaliteter
- relevant kunskapsbas
- inriktning på rehabilitering och insikt om arbetets värde för människan
- organisatoriska och administrativa förmågor
- bedömningskunskap
- kommunikativ förmåga

⁵⁴ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

⁵⁵ Shaw m.fl. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability, 2008.

⁵⁶ Marty m.fl. The experts speak: the critical ingredients of Strengths model case management, 2001.

⁵⁷ Müssener. Det goda mötet – en viktig del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, 2012.

⁵⁸ Sturesson m.fl. Healthcare encounters and return to work: a qualitative study on sick-listed patients' experiences, 2014.

⁵⁹ Gardner m.fl. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators, 2010.

- förmåga till mellanmännsliga relationer
- konfliktlösningsförmåga
- problemlösningsförmåga
- förmåga att främja återgång i arbete

Den kunskap som koordinatörerna i ReKoord-studien värderade högst var god kunskap inom försäkringsmedicinens alla delar, vilket också innefattar mycket av det som listats ovan. Shaw och medarbetare⁶⁰ beskrev i en litteraturstudie att koordinatörer som arbetar med återgång i arbete ska ha god kompetens inom många områden, t.ex. kunskap om juridik, medicin och social problemlösning och kliniska intervjuer. En studie har utförts i Australien⁶¹, där det tycks finnas ett väl uppbyggt system med RTW-koordinatörer. Författarna har gått vidare utifrån bland annat Gardner och medarbetare ovan och tar fram individuella egenskaper och förmågor, professionell kunskap och kunskap att kunna hantera RTW-processen. I studien lyfts speciellt fram att det är mycket viktigt med en koordinatör i den komplexa process som en rehabilitering tillbaka i arbetslivet är, men det påpekas samtidigt att valet av rätt person för tjänsten är mycket viktigt. En koordinatör som inte har erforderliga egenskaper och kunskaper för sin roll och förmåga att nyttja dessa kan ha en diametralt motsatt påverkan på processen, vilket kan öka kostnader och lidande för patienten och ge minskad produktivitet för arbetsgivaren. Egenskaper som kommit fram i ovanstående studie:

Vänskaplig	Uthållig	Empatisk
Ledarförmåga	Medlidsam	Sällskaplig
”Mångsysslare”(multi-task)	Stödjande	Anpassningsbar
Organiserad	Bestämd	Tålmodig
Livserfaren	Ämnes-/kunskaperfaren	

I fokusgrupper med 75 RTW-koordinatörer identifierades egenskaper, viktiga för att lyckas som koordinatör⁶². Dessa faktorer sammanställdes och bedömdes i en internetbaserad enkät av 148 koordinatörer i USA, Canada och Australien. Resultaten visade att förmåga att kunna utveckla och underhålla relationer, kommunicera i en komplex social process samt effektivt kunna lösa problem tillsammans med nyckelpersonerna i rehabiliteringen är viktiga egenskaper. Vidare framgick att förmåga att upprätthålla sekretessen, tillgänglighet samt god organisations- och planeringsförmåga tycks vara viktiga faktorer för att bli framgångsrik som koordinatör.

⁶⁰ Shaw m.fl. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability, 2008.

⁶¹ Bohatko-Naismith m.fl. The role of the Australian workplace return to work coordinator: essential qualities and attributes, 2015.

⁶² Pransky m.fl. Development and validation of competencies for return to work coordinators, 2010.

I vissa studier hävdas att stödpersonens profession spelar mindre roll än personens skicklighet och förmåga att förmedla stöd⁶³ ⁶⁴. I ReKoord-projektet framkom vid intervjuer med koordinatörer och deras medarbetare att professionell kunskap var mycket viktigt för att klara uppdraget som koordinator inom hälso- och sjukvården men minst lika viktigt var det att ha personlig lämplighet för arbetet⁶⁵. I en utvärdering i ett landsting om koordinatorfunktionen beskrevs att koordinatörernas grundprofession inte var lika viktig som att ha sjukvårdsutbildning⁶⁶. Dessutom betonades viktiga personliga egenskaper t.ex. framhölls att vara strukturerad, flexibel, människotillvänd, tillmötesgående, engagerad, intresserad, drivande, positiv, socialt kompetent, erfaren och att våga ställa krav. I en NICE-rapport (National Institute for Health and Clinical Excellence, UK) redovisas en studie som gör gällande att de personer som gör bedömningar, utredningar och ger stöd, vilket är fallet med många av de koordinatörer som nu arbetar i hälso- och sjukvården, måste ha professionell kompetens för dessa uppgifter⁶⁷.

Davis and Rinaldi⁶⁸ hävdar att det viktiga för vilken profession som är lämplig att arbeta som case manager är professionens kapacitet att kunna utforska de mer komplexa roller, uppgifter och meningsfulla aktiviteter som finns individuellt hos patienten och utifrån det kunna guida individen till rätt arbetsrelaterade val. Vidare anser de att god effekt i social integration och att kunna återgå i arbete bara kan uppnås om professionen kan se och förstå individens perspektiv, kan säkerställa kvaliteten genom att vara uppdaterad på aktuell evidensbaserad praxis, har systematisk inriktning på sina insatser och har god kunskap om den lokala arbetsmarknaden. Författarna anser att främst arbetsterapeuter besitter dessa kunskaper i sin grundprofession. Resultat från ReKoord-projektet visade att flest koordinatörer i primärvård 2012-13 var till professionen arbetsterapeuter, tätt följda av fysioterapeuter i antal⁶⁹. Gardner och medarbetare⁷⁰ fann även de i en litteraturstudie med artiklar från ett antal länder att vanligaste professionen var arbetsterapeuter men företagssköterskor och ergonomer (i många fall troligen fysioterapeuter) var nästan lika många i de studerade artiklarna. Författarna drar inte någon slutsats om lämplig profession utifrån de viktigaste kompetenser de fann. Däremot konstaterar de att det krävs

⁶³ James m.fl. The return-to-work coordinator role: qualitative insights for nursing, 2011.

⁶⁴ Russo m.fl. An organizational case study of the case manager's role in a client's return-to-work programme in Australia, 2002.

⁶⁵ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

⁶⁶ Ericson. Utvärdering – Sjukskrivningskoordinatorernas roll inom landstinget i Kalmar län, 2013.

⁶⁷ Gabbay m.fl. NICE guidance on long-term sickness and incapacity, 2011.

⁶⁸ Davis m.fl. Using an evidence-based approach to enable people with mental health problems to gain and retain employment, education and voluntary work, 2004.

⁶⁹ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

⁷⁰ Gardner m.fl. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators, 2010.

noggrant urval av de personer som ska arbeta som koordinatörer och att de behöver träning och fortlöpande fördjupningsutbildning.

Författarnas kommentarer

Hälso- och sjukvårdens koordinatörer inom ämnesområdet försäkringsmedicin har som huvuduppgift att få hälso- och sjukvårdens inre arbete att fungera tillfredsställande för individer/patienter som upplever problem med att vara i arbete. Som konstaterats ovan är hälso- och sjukvården i de flesta fall första instans och det inre arbetet är grunden för att också det externa samverkansarbetet omkring individen sedan ska fungera bra. Hälso- och sjukvården är en komplicerad organisation med många olika ämnesområden, professioner och olika kliniker på sjukhusen samt primärvårdens vårdcentraler. Samarbetet mellan dessa skulle kunna förbättras. Därför är en koordinerande funktion som fungerar som stöd för individen som söker hälso- och sjukvård, avgörande för att individen ska få snabb utredning, vård och medicinsk rehabilitering vid behov. Koordinatören har alltså tre viktiga funktioner: stöd till individen, koordinerande funktion inom vården, kontaktperson och samarbetspartner till externa aktörer.

Som nämns i inledningen finns det rehabiliteringskoordinatörer/coacher/case managers inom olika organisationer och myndigheter i Sverige men de har delvis olika uppdrag. Beroende på vilket uppdrag och hur kontexten är i deras organisation blir också koordinatörns arbetsuppgifter olika. Andersson och medarbetare⁷¹ fann sju olika typer av samarbetsmodeller men konstaterar att det inte finns någon optimal modell för samarbete som kan användas överallt, utan det handlar mycket om vad som passar i den specifika kontexten. Dock kan konstateras att koordinatörer i olika organisationer som utvecklar gott samarbete med varandra över organisationsgränser, kan bidra till bättre samverkan och samarbete mellan aktörerna inom hela försäkringsmedicinska området. Det i sin tur gynnar patientens rehabiliteringsprocess till arbete.

På några hälsocentraler redovisas att samarbete och en delning av uppdragen för koordinator på två anställda är det sätt som de anser praktiskt möjligt för att få organisationen att fungera hos dem. Det kan t.ex. vara delning mellan professionerna arbetsterapeut och kurator eller arbetsterapeut och medicinsk sekreterare. Samtliga arbetsuppgifter som ingår i "stegen" i bilagan är viktiga för en koordinatorfunktion men enligt vårt förmenande skulle en del av dem kunna ingå i ordinarie arbetsuppgifter för andra anställda på enheten. Det kan t.ex. vara att ta fram statistikuppgifter om sjukskrivning till koordinatören som sedan kan analysera dem och informera verksamhetschef m.fl. inför verksamhetsplaneringar.

Andra arbetsuppgifter kan vara att boka tider för möten. I möjligaste mån bör mötestider vara schemalagda vilket innebär att arbetet med att boka tider kan minimeras. Att vid möten ha en sekreterare som sköter minnesanteckningar och journalföring, har provats på vissa håll och visat sig underlätta arbetet för både

⁷¹ Andersson m.fl. Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review, 2011.

koordinator och övriga teammedlemmar. Teamledare skulle också kunna vara en arbetsuppgift som annan än koordinatören kan ha. Dock finns det nackdelar med detta. Det kan innebära att koordinatören inte får den överblick som denne behöver för att kunna hålla i alla trådar som ingår i uppdraget att koordinera.

Som ses i villkoret i sjukskrivningsmiljarden är det relativt omfattande uppdrag som en koordinerande funktion bör ha. Den koordinerande funktionen innehas vanligen av en anställd koordinator. Om alla punkter i uppdragen ska följas så behövs omfattande tjänsteyrime. I ReKoord-projektet gjordes en skattning av omfattning till en heltidstjänst som koordinator på en vårdcentral med 16-18000 listade i åldern 16-65 år, men att ge en generell rekommendation är svårt eftersom det är många faktorer som påverkar, t.ex. koordinatörens kompetens, sjukdomspanoramat hos listade patienter, vilka resurser som finns hos medarbetare och omgivningsfaktorer. På senare tid har också föreslagits att hälso- och sjukvården ska få mer ansvar för direktkontakter och samarbete mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare, eller mellan vården och Arbetsförmedlingen. Det innebär ett utökat uppdrag för vården som kommer att kräva tid och arbetsinsatser. Koordinatören skulle kunna vara lämplig att även ta på sig uppgifter inom detta, i samarbete med övriga medarbetare, men i så fall behöver även dessa arbetsuppgifter ges tjänsteyrime.

Effekter av koordinatorfunktionen för patienter

I en enkätstudie som besvarades av 297 patienter⁷² lovordades vårdcentralernas koordinatörer i övervägande delen av kommentarerna. Koordinatören beskrevs ofta som spindeln i nätet och som ett bollplank som haft stor betydelse och som kunnat ge svar på patientens frågor. Det lyftes speciellt fram att koordinatören visat respekt och förståelse och givit praktisk hjälp, underlättat kontakterna med hälsocentralen och skapat kontinuitet. De hade dessutom underlättat kontakterna med andra aktörer. Patienterna beskrev att interna och externa kontakter hade underlättats tack vare koordinatören och att de fått stöd och struktur under sjukskrivningsprocessen. Nio patienter intervjuades om sin upplevelse av koordinatörer i landstinget i Kalmar län⁷³. Patienterna beskrev att de fått ett bra bemötande och hade uppfattat koordinatörer som förstående, hjälpsamma och förtroendeingivande. De beskrev att koordinatörerna hjälpte till med praktiska detaljer som tidbokning, receptförnyelse och samordning av möten. Patienterna uppfattade koordinatörerna som den primära kontakten och mellanhand till hälso- och sjukvården. Koordinatörerna bidrog till att minska den stress och utsatthet som patienter kan uppleva. Patienterna beskrev positiva konsekvenser av koordinatörernas insatser som tidigare vårdkontakter, färre läkarkontakter, minskad oro samt att ha tillgång till en stödjande person som underlättar kontakter med externa instanser. Funktionen med en koordinator har medfört smidigare sjukskrivnings- och vårdprocess och beskrevs som en spindel i nätet.

⁷² Hörnqvist Bylund m.fl. Västerbottens modell. Utvärdering av ett utvecklingsprojekt inom Sjukskrivningsmiljarden, 2011.

⁷³ Ericson. Sjukskrivningskoordinatörens roll. Patientens perspektiv, 2014.

I en studie från Region Gotland intervjuades sex patienter⁷⁴ som även de beskrev koordinatörerna som spindeln i nätet och var positiva till deras stödjande, förmedlande och koordinerande insatser. Patienterna kände sig omhändertagna och beskrev att de uppskattade att ha tillgång till någon som brydde sig om, hörde av sig, lyssnade och förstod och t.ex. kunde reda ut ersättningsfrågor. Koordinatorerna beskrevs ligga steget före, ibland redan innan sjukskrivning var aktuell, t.ex. genom att initiera avstämningsmöte. Detta antogs effektivisera processen. I en pågående randomiserad utvecklings-/forskningsstudie i Stockholm⁷⁵ beskriver patienterna att koordinatörerna bidrar till att ”motivera och hitta arbetsrelaterade lösningar”. I studien randomiseras patienter till två grupper, där den ena gruppen får ”standardvård” och den andra får stöd av koordinatörer som till professionen är sjukgymnaster, arbetsterapeuter eller sjuksköterskor. Insatsen är att patienterna erbjuds stöd, coachning och samordning av koordinatörer. Studien omfattar patienter i åldern 16-65 år som söker hjälp i primärvården för smärta eller psykisk ohälsa. Utfallsvariabler är återgång i arbete, vårdkostnader och livskvalitet (Norén AM och Landström S, personlig kommunikation 3 feb 2015).

Koordinatorerna som intervjuades på Gotland⁷⁶ saknade en kontaktperson inom företagshälsovård, vilket de ansåg skulle minska dubbelarbete kring patienterna. I en utvärdering av multimodal rehabilitering i Södra Älvsborg beskrivs koordinatörerna som en viktig aktör i rehabiliteringsprocessen⁷⁷. Funktionen kan betraktas som ”en revisor med uppgift att bevaka att sjukskrivna får tillgång till rekommenderad och evident rehabilitering”. Vidare konstaterar utvärderaren att en koordinatör med tydligt uppdrag borgar för snabb och effektiv rehabilitering.

En systematisk litteraturstudie, som behandlar forskningsartiklar mellan 1990 och 2003 om återgång i arbete efter muskuloskeletal och smärtrelaterade sjukdomar och symtom, visar att resultatet påverkas av många olika faktorer⁷⁸. Från att individen klarar av den fysiska funktionen som krävs till komplexa förutsättningar som tilltro, roller och uppfattningar hos rehabiliteringsaktörerna. Dessutom framkom att det ofta finns sociala och kommunikativa hinder som kan motverka effektivt rehabiliteringsarbete. Ytterligare en systematisk litteraturstudie visar att någon som behöver stödinsatser stärks av att ha en person som man kan vända sig till⁷⁹. Också Gardner och medarbetare⁸⁰ påtalar att koordinatörerna är en nyckelperson för att hela rehabiliteringsprocessen till arbete ska bli

⁷⁴ Löfstedt. Rehabkoordinator i primärvården inom Region Gotland – för en förbättrad sjukskrivningsprocess, 2011.

⁷⁵ Norén m.fl. Effects of case management program in insurance medicine, a randomized controlled trial, 2014.

⁷⁶ Löfstedt. Rehabkoordinator i primärvården inom Region Gotland – för en förbättrad sjukskrivningsprocess, 2011.

⁷⁷ Hällås. Projekt Multimodal rehabilitering i Södra Älvsborg, 2013.

⁷⁸ MacEachen m.fl. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury, 2006.

⁷⁹ Franche m.fl. Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature, 2005.

⁸⁰ Gardner m.fl. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators, 2010.

framgångsrik, vilket även MacEachen och medarbetare konstaterade utifrån sin litteraturstudie.

Det upplevs viktigt att det finns någon som kan se patientens hela situation⁸¹. I en intervjustudie har olika professioner i hälso- och sjukvården intervjuats om hur de upplever koordinatorrollen⁸². De beskriver att koordinatören fungerar som en kontaktperson mellan alla rehabiliteringsaktörer, samordnar rehabiliteringen och underlättar teamarbete. Koordinatören har koll på sjukskrivningslängden och långtidssjukskrivna har därmed mindre risk att ”falla mellan stolarna”. Att koordinatören är väl insatt i patientens problematik och fungerar som ett viktigt stöd till denne t.ex. vid avstämningsmöten påtalas också i intervjustudien. Patienten får hjälp av någon ”som håller i trådarna”, vilket kan vara viktigt för patienter som t.ex. är utmattade och inte själva förmår att ha kontroll. Att koordinatören är väl insatt i patientens problematik och fungerar som ett viktigt stöd till denne t.ex. vid avstämningsmöten påtalas också i studien.

De läkare som intervjuades i ReKoord-projektet uttryckte samtliga sig positivt om koordinatorfunktionen. De påvisade att koordinatörerna hade en viktig uppgift när det gällde att identifiera personer med risk för långtidssjukskrivning och att uppmärksamma läkarna på aktuella patienter och sjukskrivningstider. Läkarna ansåg också att koordinatören var viktig som stöd till patienter vars egen drivkraft saknades eller var nedsatt.

Författarnas kommentarer

Koordinatorerna hade underlättat kontakterna med vårdcentralen och hade uppfattats som den primära kontakten och mellanhanden till hälso- och sjukvården. Troligen har det varit lite olika på vilket sätt detta arbete skett beroende på vilket uppdrag koordinatören haft. I ett landsting hade de t.ex. hjälpt till med praktiska detaljer som tidbokning, receptförnyelse och samordning av möten, uppgifter som andra koordinatörer med ett vidare uppdrag troligen inte handhar men möjligen kan förmedla.

Det har visat sig vara positivt både för patient och för läkare att det finns en koordinator som är speciellt kunnig inom försäkringsmedicin. Läkare har bland annat tagit upp att koordinatören kan identifiera personer med risk för långtidssjukskrivning och kan uppmärksamma läkaren på aktuella patienter och på deras sjukskrivningstider, vilket är underlättande för läkarna när de sedan träffar patienten och ska diskutera sjukskrivning och rehabilitering.

Det är viktigt att rätt insatser sätts in tidigt, dels med tanke på rehabiliteringskedjans tidsgränser, men också på grund av att rehabiliteringspotentialen sjunker redan efter en kort sjukskrivning.

Det bör finnas mer information om möjligheterna att få tillgång till stöd från koordinator. Några län gör reklam för funktionen genom affischering på

⁸¹ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

⁸² Ericson. Utvärdering – Sjukskrivningskoordinatörens roll inom landstinget i Kalmar län, 2013.

vårdcentralen eller presentation på hemsidan, vanligen med fotografi. När annonsering sker om koordinatorsanställning bör tjänsten benämnas koordinator. Ingår uppdraget i annan tjänst bör båda uppdragen stå i rubriken t.ex. arbetsterapeut/rehabiliteringskoordinator, eftersom det är olika tjänster med olika behov av kunskaper.

Effekter av koordinatorfunktionen för medarbetare

I en studie om ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning underströk chefer på alla nivåer betydelsen av professionell samverkan, t.ex. teamarbete runt patienten⁸³. De faktorer som beskrevs som främjande för intern samverkan var bl. a etablerade team, ekonomiska stimulansmedel, koordinators kompetens, ökad samsyn och rutiner för samarbete. Koordinatorer beskrivs också som en stödjande funktion gentemot chefen, t.ex. nämnde verksamhetschefer ofta att de gett uppdrag till koordinator, t.ex. i fråga om att skapa riktlinjer. En intervjustudie med verksamhetschefer på vårdcentraler visade att de ansåg att arbetssättet som införts med sjukskrivningsprocessen och med sjukskrivningskoordinator har förbättrat möjligheten att skapa struktur och kontroll över det interna arbetet på vårdcentralerna⁸⁴. De antydde att struktur och kontroll underlättade för att skapa möten mellan aktörerna, vilket i sin tur således underlättade både intern och extern samverkan omkring individen. Eriksson och Jonasson skriver att den tydlighet kring arbetet med sjukskrivningar, som den nya strukturen och kontrollen ledde till, också kunde skapa en tryggare arbetssituation för aktörerna.

I en intervjustudie om koördinatorsrollen med olika professioner i hälso- och sjukvården beskrivs att de blir avlastade av koördinatoren och kan därmed koncentrera sig på sitt eget uppdrag⁸⁵. Det upplevs viktigt av medarbetare och externa aktörer att det finns någon som håller ihop vården och som kan se hela situationen, som hjälper till att samordna internt inom vården och med externa parter⁸⁶. Patienten får hjälp av någon som håller i trådarna, vilket kan vara viktigt för patienter som t.ex. är utmattade och inte själva förmår att ha kontroll påtalas också i intervjustudien av Ericsson⁸⁷. Läkare i den pågående utvecklings-/forskningsstudien i Stockholm rapporterar att koördinatoren ”förstärker rehabiliteringsprocessen, avlastar personalen och säkerställer att patienten får arbetsanpassad behandling i rätt tid”⁸⁸ (Landström S, personlig kommunikation 3 feb 2015).

⁸³ Alexanderson m.fl. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning, 2013.

⁸⁴ Eriksson m.fl. Tillitens förutsättningar. En studie om tillit i sociala processer, 2008.

⁸⁵ Eriksson. Upplevelser av koördinatorsrollen i rehabiliteringsprocessen, 2014.

⁸⁶ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koördinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

⁸⁷ Ericson. Sjukskrivningskoördinators roll. Patientens perspektiv, 2014.

⁸⁸ Norén m.fl. Effects of case management program in insurance medicine, a randomized controlled trial, 2014.

I en utvärdering om sjukskrivningskoordinators roll i ett län visade läkarnas svar på en enkät att läkarna tycktes vara delade i ”två läger”⁸⁹. Antingen var de positiva till koordinatorkfunktionen och utnyttjade den, eller så var de mer tveksamma till nyttan eller hade inte haft tid att ”förstå hur att samarbeta”. Flera av läkarna som intervjuades i ReKoord-projektet uppgav att de från början varit negativa till att ha en koordinator på enheten⁹⁰. De såg inte att det fanns ett behov, men när de väl fått möjlighet att samarbeta med koordinator ändrades deras inställning och de ville inte vara utan denna funktion. Läkarna ansåg att det var positivt och avlastande för dem själva att det fanns en koordinator på enheten. De uppskattade att det fanns någon inom enheten som såg till att rehabiliteringsprocessen kom igång och som hade kontroll på vad som hände den enskilde patienten. I en stor studie av Alexanderson och medarbetare svarade 30 % av tillfrågade läkare att de, en gång i veckan till någon gång i månaden, ”saknade en person, (t.ex. en coach, lots eller koordinator) som samordnar för patienten”⁹¹. På vissa hälsocentraler träffar patienter som söker för sjukskrivning först koordinatorm eller talar med denne i telefon. Läkarna upplever att det underlättar för dem när de sedan ska diskutera eventuell sjukskrivning med patienten⁹².

Flera rapporter och forskningsartiklar har beskrivit att läkare betraktar arbetet med sjukskrivning och sjukskrivna som en problematisk och betungande arbetsuppgift^{93 94}. Carlsson och medarbetare uppger i en nyligen publicerad studie att läkarna också kan uppleva att det är ett arbetsmiljöproblem för dem⁹⁵. I en stor intervjustudie med läkare i Sverige framgår att läkare på vissa specialistkliniker upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte är tillräcklig⁹⁶. Av läkare på smärtmottagning, onkologi, rehab, ortopedi och företagshälsovård möter 60-70% minst sex gånger per vecka patienter i sjukskrivningsärenden. Motsvarande andel för primärvården är 33 %. De enheter där störst andel läkare upplevde sjukskrivningsärenden som arbetsmiljöproblem var vårdcentraler, ortopedkliniker, smärtmottagningar och psykiatri.

⁸⁹ Ericson. Utvärdering – Sjukskrivningskoordinators roll inom landstinget i Kalmar län, 2013.

⁹⁰ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorkfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

⁹¹ Alexanderson m.fl. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning, 2013.

⁹² Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorkfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

⁹³ Alexanderson m.fl. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning: resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004, 2013.

⁹⁴ Engblom. Sickness certification when experienced as problematic by physicians, 2011.

⁹⁵ Carlsson m. fl. General practitioners' perceptions of working with the certification of sickness absences following changes in the Swedish social security: a qualitative focus-group study, 2015.

⁹⁶ Alexanderson m.fl. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning: resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004, 2013.

I en intervjustudie beskrev läkare att de upplevde stora svårigheter att bedöma arbetsförmåga inför sjukskrivning⁹⁷. Studien pekar på att bedömning av arbetsförmåga kräver samarbete mellan olika yrkesgrupper och att samarbete kan öka precisionen vid bedömning av sjukskrivning samt stärka förmågan att identifiera individuella behov av rehabilitering. Carlsson och medarbetare⁹⁸ visar dock att läkarna från primärvården anser att bedömning av arbetsförmåga och sjukskrivning blivit något mindre betungande på senare tid, dels för att patienterna är mer medvetna om regelverket för sjukskrivning, men troligen också tack vare att läkarna nu samarbetar mer med koordinator och andra professioner i teamet.

Läkarna uppskattar att inte behöva vara ensamma om arbetet med sjukskrivna patienter och att vid behov kunna få stöd vid bedömning och intygsskrivning. Inte minst uppskattas detta vid enheter som har många stafettläkare i primärvården. I en rapport konstateras att när vårdcentralen är bemannad med stafettläkare är det vanligt att rehabiliteringskoordinatören har den samlade informationen kring rehabiliteringsprocessen för patienten, vilket antas öka kontinuiteten och patientsäkerheten⁹⁹, ett förhållande som också påvisades i ReKoord-projektet. Även Nilsson påtalar att dålig kontinuitet i läkarbemanning medför negativa effekter för patienten¹⁰⁰. På enheter där patienter i huvudsak möter stafettläkare kan en koordinator bidra till kontinuiteten kring patientens vård, som stöd till patienterna och kan, genom att ge information till stafettläkare, tillsammans med övrig personal stå för kontinuiteten omkring patienterna¹⁰¹.

Författarnas kommentarer

Flera studier har visat på att arbetet för läkare med sjukskrivningar och sjukskrivningsintyg kan upplevas så stressande så att det blir ett arbetsmiljöproblem. Med tanke på det stora antalet sjukskrivningar och på frekvensen av upplevda problem med sjukskrivningsärenden vore det motiverat att införa koordinatörer inte bara i primärvård utan även på kliniker som har hög sjukskrivningsfrekvens och där läkarna upplever sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem t.ex. inom ortopedi, smärtrehabilitering och psykiatri. Läkare uppskattar också att det finns någon att dela ansvaret med för sjukskrivna patienter. I många fall kan läkarna dessutom få stöd i den viktiga beskrivningen som behövs i patientens sjukintyg. Läkare och andra medarbetare uppskattar att koordinatören sköter kontakter med sjukskrivna och med andra aktörer omkring dem. Läkare och andra medarbetare "får tid att sköta sitt, arbeta med det de är bra på".

⁹⁷ Sturesson m.fl. Work ability as obscure, complex and unique: Views of Swedish occupational therapists and physicians, 2013.

⁹⁸ Carlsson m. fl. General practitioners' perceptions of working with the certification of sickness absences following changes in the Swedish social security: a qualitative focus-group study, 2015.

⁹⁹ Hällås. Projekt Multimodal rehabilitering i Södra Älvsborg, 2013.

¹⁰⁰ Nilsson. God läkarkontinuitet kan ge bättre vårdresultat, 2009.

¹⁰¹ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

Det har också påvisats i samtal vi haft med koordinators på ett regionsjukhus att specialistklinikernas arbete har underlättats genom att koordinators får ett kontaktnät av koordinators på vårdcentralerna i hela regionen. Detta har gett en "direktledning" från specialistenheten vid utslussning av patienter till hemkommuner, i de fall när patienterna har fortsatt behov av stöd i hemsituationen och vid återgång i arbete.

De intervjuade koordinatorserna i ett landsting uppgav att de saknade en kontaktperson inom företagshälsovård, vilket de ansåg skulle minska dubbelarbete kring patienterna. En funktion hos arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen som kan fungera som samverkans- och samarbetspartner till hälso- och sjukvårdens koordinators är viktigt för att kedjan ska fungera tillfredsställande.

Det har i många fall uttryckts problem med att inte alla läkare vill samarbeta med en koordinator. I samband med intervjuer för ReKoord-projektet visade en vårdcentralchef på en större vårdcentral en intressant ståndpunkt. Hon menade att de inte hade något problem med detta eftersom hon inte tog in en läkare varken för fast anställning eller som vikarie/stafettläkare om inte denne var inställd på att arbeta i team. En läkare som börjat sin anställning men inte uppfyllde kraven fick sluta. Att chefen kunde vara så bestämd hängde troligen ihop med att vårdcentralen var väl grundbemannad och hon kunde därigenom ställa krav. Många andra chefer tog upp avsaknad av ordinarie läkare som ett dilemma. Cheferna ville utveckla teamarbete men om stafettläkarna inte ville delta i detta arbetssätt så fick chefen acceptera denna ståndpunkt för att överhuvudtaget få läkare på tjänsterna.

Effekter av koordinatorfunktionen på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete

Samarbetet mellan hälso- och sjukvårdens personal och Försäkringskassans medarbetare har genom senare åren förbättrats avsevärt (genomgång landstingens redovisning 2014). Till exempel har Landstinget i Jönköpings län och Försäkringskassan infört koordinators (rehabiliteringssamordnare som de kallar dessa) respektive Fk-samordnare (socialförsäkringssamordnare är deras benämning) för att bland annat underlätta och förbättra kommunikationen i processen för sjukskrivna¹⁰². Syftet är att skapa ett effektivt samarbete som bygger på en helhetssyn och som krävs för att stödja patienter med många och komplexa behov. Koordinators och FK-samordnare träffas regelbundet för att diskutera frågor som rör arbetet med sjukskrivning. Koordinators kan kontakta FK-samordnare tidigt i processen för att diskutera frågor som rör sjukfrånvaro i allmänhet eller regler och föreskrifter. Denna samverkan innebär att patienter tidigt kan få rätt stöd och information och den ger möjlighet till utbildningsinsatser liksom ömsesidig förståelse för roller och ansvar. God kommunikation och interaktion mellan koordinators och FK-samordnare snabbar upp pro-

¹⁰² Nohammar. Experience of early stage collaboration between the Swedish Social Insurance Agency and Jönköping's health care county, 2014.

cessen för patientens återgång i arbete. Kommunikationskanaler och samordning har underlättats och myndigheterna har kunnat samordna tjänster på det mest effektiva sättet för patienter.

I ett flertal landsting tas upp att samarbete också behöver utvecklas med andra aktörer, bland annat med Arbetsförmedlingen. I en studie av Nordenberg och Lundin intervjuades arbetsförmedlare, i ett län med väl uppbyggt samarbete, om sina erfarenheter av samverkan med andra aktörer¹⁰³. Studien visade bland annat att arbetsförmedlarna upplevde samverkan över organisationsgränser som central. Utifrån sina erfarenheter av att arbeta tillsammans med hälso- och sjukvårdens koordinatörer ansåg de att dessa hade en avgörande roll i vårdens arbete med andra myndigheter.

I en uppföljning av Inspektionen för socialförsäkringen, om effekterna av sjukskrivningsmiljarden beskrivs koordinatörer som framgångsfaktorer i arbetet med sjukskrivningsprocessen i stort sett i alla landsting¹⁰⁴. Uppföljningen påvisar också att koordinatörerna har haft betydelse för att underlätta implementeringen av beslutsstödet och att höja kvaliteten på läkarintygen. I en annan utvärdering som handlar om implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin framgår att koordinatörer underlättat landstingens arbete med rehabiliteringsgarantin¹⁰⁵. I ytterligare en utvärdering som gällde effekter av multimodala team inom rehabiliteringsgarantin beskrevs faktorer som leder till en framgångsrik rehabilitering¹⁰⁶. Förutom rehabiliteringens omfattning och personalens inställning beskrevs samverkan med externa aktörer som en viktig beståndsdel, främst för patienter med en historia av lång sjukskrivning. I utvärderingen konstaterades dessutom att man haft för lite fokus på arbetsrelaterade insatser och att man måste ta mer hjälp av företagshälsovården. En studie visade att hållbar återgång i arbete för långtidssjukskrivna kan ske om man använder ett holistiskt förhållningssätt som innehåller god kommunikation mellan alla involverade aktörer; den anställde, arbetsgivare som tillhandahåller arbetsträning och stödjande arbetsmiljö, en stödjande social miljö och en RTW-koordinator som kan stödja och involvera alla rehabiliteringsaktörer¹⁰⁷. På nationell nivå genomfördes 2013 en utredning, ”Utvecklat samspel”¹⁰⁸ på uppdrag av regeringen. Försäkringskassan skulle tillsammans med hälso- och sjukvården samt andra aktörer utveckla samspelet i sjukskrivningsprocessen för att förbättra det tidiga stödet till sjukskrivna. I utredningen föreslogs bland annat att ekonomiska medel till koordinerande funktioner skulle öronmärkas för

¹⁰³ Nordenberg m.fl. Arbetsförmedlares erfarenheter av samverkan med andra myndigheter och vårdens rehabiliteringskoordinatörer, 2013.

¹⁰⁴ Leijon m.fl. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010, 2011.

¹⁰⁵ Bakshi m.fl. En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin, 2011.

¹⁰⁶ Hellman m.fl. En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin, 2014.

¹⁰⁷ Dekkers-Sánchez m.fl. What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave? Perspectives of vocational rehabilitation professionals, 2011.

¹⁰⁸ Försäkringskassan. Svar på uppdrag i regleringsbrev: Samlad redovisning avseende Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, 2013.

att inte äventyra arbetet kring sjukskrivna eller personer med risk för sjukskrivning.

Arbetsgivare märker oftast alltför sent att något behöver göras för att förhindra eller förkorta sjukfrånvaron bland anställda. I landstinget i Jönköpings län testas en ny metod där läkaren i samråd med patienten direkt tar kontakt med dennes arbetsgivare för ett trepartssamtal¹⁰⁹. Syftet är att tidigt identifiera patientens förmåga att arbeta samt initiera och planera för en eventuell rehabilitering. Det är viktigt att patienten, vårdgivaren och arbetsgivaren, eller för arbetssökande Arbetsförmedlingen, har en tidig dialog för att klargöra om patienten kan stanna kvar på jobbet eller vara arbetssökande, möjligen med justerade uppgifter under sjukskrivningsperioden. Arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen kan också få information om särskilda åtgärder behöver vidtas beroende på patientens medicinska status. Samtalet genomförs i ett tidigt skede, senast fyra veckor efter den första sjukfrånvarodagen. Trepartsmöte kan också bli aktuellt, vilket innebär ett fysiskt möte mellan patienten, den ansvarige läkaren och arbetsgivare/Arbetsförmedlingen. En uppföljande studie av 38 möten/samtal har visat att sjukfrånvaron har undvikits i ca tio fall, varav vissa med risk för långvarig sjukskrivning. I de flesta fall har sjukskrivningen förkortats och läkaren har haft en tydlig plan för rehabiliteringen. Intervjuer med patienter och arbetsgivare har visat att båda parter är mycket nöjda med metoden. Författarna tror att denna metod leder till att arbetssituationen bättre kan anpassas till patientens behov och minska frånvaron och missnöje på arbetsplatsen.

Samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer är ofta en nödvändig strategi för att undvika att patienter ”faller mellan stolarna” när olika organisationer är inblandade. I ett samverkansprojekt mellan Hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Västerbottens län¹¹⁰ var huvudsyftet att stärka patienters resurser och förutsättningar i sin rehabilitering. Koordinatorer på hälsocentraler var motorer i projektet. Koordinatorer och kontaktpersoner på myndigheterna har utvecklat en samverkanskompetens med djupare kunskap kring den egna verksamheten liksom insyn i andra myndigheters verksamhetsutövning. Projektet gav tydligare ansvarsfördelning och parallella processer, vilket bland annat ledde till att patienterna kunde nås tidigare genom den samverkan som påbörjats. Samverkan har stärkts genom kontinuerliga teamträffar, handläggartträffar och seminarier. Struktur och rutiner har utvecklats för samverkan och samsynen och förståelsen mellan myndigheter har ökat i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering.

Författarnas kommentarer

Många samverkansprojekt pågår i landet. I de flesta fall innehåller de också utveckling av koordinatorfunktion inom hälso- och sjukvården, ovan nämnda är bara ett axplock.

¹⁰⁹ Ekvall m.fl. Early contact with the employer/employment services- three –party meeting /call, 2014.

¹¹⁰ Edlund. Slutrapport av Närsjukvårdsprojektet (NAFS) om samverkan mellan Närsjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialtjänst, 2011.

Om patienternas process i hälso- och sjukvården fungerar effektivt och tillfredsställande så har många vittnat om att sannolikheten är stor att även sjukskrivningstiden förkortas. I vissa fall kan man se att sjukskrivningstiden förlängts, t.ex. vid smärtherehabilitering. En förhoppning är att rehabiliteringen med denna mer omfattande insats gör att nyinsjuknande och nya sjukskrivningar kommer att minska eller upphöra. Det måste dock till långtidsstudier för att kunna verifiera detta.

Ovan nämns ett projekt med tidig telefonkontakt mellan läkaren och arbetsgivaren redan vid patientens läkarbesök. Vi har erfårit vid egna landstingskontakter att om kontakt inte kan åstadkommas direkt, så kan ärendet lämnas över till koordinatoren för att denne ska upprätta kontakt med arbetsgivaren.

Ekonomiska effekter av koordinatorkfunktionen

Som nämnts tidigare finns det ännu inte mycket forskning kring den variant av koordinatörer som nu arbetar inom det försäkringsmedicinska området i hälso- och sjukvården i Sverige. Detta faktum gäller även utförda hälsoekonomiska studier på denna funktion.

I Stockholms läns landsting genomförs dock sedan oktober 2012 ett forsknings- och utvecklingsprojekt med randomiserad, kontrollerad design som även innefattar hälsoekonomi, som tidigare nämnts¹¹¹. Utfallsvariabler är återgång i arbete, vårdkostnader och livskvalitet. Preliminära resultat visar att interventionsgruppen avslutar sjukskrivning snabbare än kontrollgruppen. Interventionsgruppen har i genomsnitt 42 dagar snabbare återgång i arbete än kontrollgruppen – vilket motsvarar en kostnadsbesparing på i genomsnitt 25 400 kronor per patient. Ingen skillnad i vårdkonsumtion har kunnat påvisas (Landström S, Norén AM, personlig kommunikation 3 feb 2015).

I en randomiserad studie¹¹² som jämförde två metoder för rehabilitering av personer i sjukskrivning på grund av muskuloskeletala symtom, fann man en total kostnadsvinst mellan en interventions- och en kontrollgrupp efter sex månader om 1360 USD per person i interventionsgruppen och 10660 USD efter 12 månader. Kontrollgruppen fick sedvanlig rehabilitering som var vanligt förekommande och interventionsgruppen fick rehabilitering av ett interdisciplinärt team och en koordinator som fanns med i hela processen. Teamet och koordinatoren arbetade inom tre områden: aktivitet riktad till individen både medicinskt och socialt, aktivitet riktad till arbetsplatsen och aktivitet riktad till omgivningen.

¹¹¹ Norén m.fl. Effects of case management program in insurance medicine, a randomized controlled trial, 2014.

¹¹² Bültmann m.fl. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomised controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders, 2009.

Franche och medarbetare¹¹³ visade i en systematisk litteraturstudie av tio kvalitativa artiklar att det fanns stark evidens för att arbetsplatsinriktat stöd kan reducera arbetsförmåga och därmed associerade kostnader. Komponenter i dessa studier var: koordinator för stöd och samordning i arbetsåtergång, tidig kontakt tillsammans med arbetaren på arbetsplatsen och erbjudande om genomgång angående behov av arbetsanpassning, kontakt mellan hälso- och sjukvårdens rehabiliteringspersonal och arbetsgivaren på arbetsplatsen, ergonomisk tillsyn i arbetssituationen samt återkommande tillsyn med justeringar vid behov.

I en litteraturstudie av Carroll och medarbetare¹¹⁴ undersöktes om rehabilitering som involverade arbetsplatsen var mer effektivt och mer kostnadseffektivt än rehabilitering som inte involverade arbetsplatsen. Fyra av de ingående tio artiklarna tog också upp kostnadseffektiviteten i interventionerna. Resultatet visar att interventioner som involverar arbetstagaren, hälso- och sjukvårdspersonal och arbetsgivare, som arbetar tillsammans för att modifiera för arbetstagaren, var mer tidsbesparande och kostnadseffektiva än rehabiliterande interventioner utan samverkan mellan dessa aktörer och med enbart insatser på arbetsplatsen. Detta gällde även om insatserna på arbetsplatsen var kompletterade med fysisk träning.

I en randomiserad studie med en interventions- och en kontrollgrupp av personer med muskuloskeletal sjukdomar/symtom, kunde man räkna fram den direkta kostnadsbesparingen till 1195 USD per person i interventionsgruppen¹¹⁵. Den huvudsakliga skillnaden mellan insatserna för grupperna var att interventionsgruppen hade proaktivt stöd av en case manager och en ergonom i samband med återgången i arbete. De som deltagit i interventionsgruppen återgick i arbete betydligt tidigare än kontrollerna och i uppföljningar efter återgången i arbete, hade de betydligt lägre antal dagar i sjukskrivning. Det var också signifikant högre andel i interventionsgruppen som fått en fullständig rehabiliteringsutredning i ett tidigare skede än i kontrollgruppen.

Författarnas kommentarer

Endast en studie i ovanstående beskrivning handlar om insatser från rehabiliteringskoordinatorer som arbetar med sjukskrivna i primärvården i Sverige¹¹⁶. Det är ett pågående utvecklingsprojekt som visar positiva resultat. Tre studier, av dem två litteraturstudier, handlar om både medicinsk, social och arbetsplatsinriktad rehabilitering där någon form av rehabiliteringskoordinator/coach/samordnare ingår i insatserna. Den sista redovisade studien handlar om

¹¹³ Franche m.fl. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature, 2005.

¹¹⁴ Carroll m.fl. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions, 2010.

¹¹⁵ Arnetz m.fl. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study, 2003.

¹¹⁶ Norén m.fl. Effects of case management program in insurance medicine, a randomized controlled trial, 2014.

arbete med koordinatorsfunktioner som får anses ligga närmare arbetsplatsinriktad rehabilitering än medicinsk sådan.

Även om studerade artiklar var få indikeras att det finns ekonomiska vinster med att ha tillgång till en rehabiliteringskoordinator/coach i samband med sjukskrivnas återgång i arbete, både inom hälso- och sjukvården och hos andra aktörer.

Förutsättningar för arbete med koordinatorsfunktion inom försäkringsmedicin

Det finns både framgångsfaktorer och hinder som påverkar möjligheterna att fullfölja ett gott koordinatorsarbete. I ReKoord-projektet¹¹⁷ nämndes många faktorer som påverkar arbetet som koordinator. Chefsstödet beskrevs som den avgjort vanligaste förutsättningen för ett gott koordinatorsarbete. Chefen behöver ta sitt arbetsgivaransvar, backa upp koordinatören, ge mandat för uppdraget och presentera uppdraget inför övriga personalen. I Socialstyrelsens och Försäkringskassans kartläggning av landstingens arbete redovisas att verksamhetschefer har lämnat ifrån sig ansvaret för kunskap om sjukskrivning eftersom de upplevt att koordinatörerna haft huvudansvaret för sjukskrivningsfrågorna¹¹⁸. Detta är ett problem eftersom chefen är den som har huvudansvaret och behöver vara insatt i hur arbetet utförs och inte minst stödja koordinatören i dennes arbete.

En annan viktig påverkansfaktor är tillgången till tid. Koordinatorer anger att de har för lite tid för uppdraget. En pressad arbetssituation gör att sjukskrivningsfrågor prioriteras lågt och koordinatorsuppdraget kommer i andra hand. Tidsbrist medför svårigheter för koordinatörerna att boka in möten och innebär att det blir svårt att hinna uppbeta nya rutiner och arbetssätt.

Koordinatorernas uppdrag måste vara tydligt och förankrat i verksamheterna. Medarbetarnas förståelse för koordinatörens uppdrag och arbetsuppgifter är av stor betydelse. Uppdragsbeskrivningarna får inte vara alltför övergripande, diffusa och tolkningsbara. Viktiga faktorer är också stödet från den centrala processledningen. Koordinatorerna behöver stöd i hur de ska hitta sin roll i verksamheterna. De uppfattar sina koordinatorsnätverk som mycket viktiga då uppdraget är ett utpräglat ensamarbete.

Många koordinatorsfunktioner har som huvuduppgift att arbeta för att teamarbete utvecklas och underhålls. Detta kräver att medarbetare har viljan att arbeta i team och ser nytta av detta sätt att arbeta. Samarbetet med läkare är en viktig faktor i koordinatorsuppdraget. Nära samverkan och regelbundet avsatt tid för möten med läkare underlättar koordinatörens arbete. Tydliga rutiner för möten, intern logistik kring processer, bokning och uppföljning är en förutsättning för att koordinatörens arbete ska fungera. En förutsättning för det koordinerande arbetet

¹¹⁷ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

¹¹⁸ Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor, 2015.

är att det finns rutiner som gör att koordinatören kan nå patienter där insatser behövs, att rätt patienter identifieras och att de kommer i god tid. Tillgång till statistik över sjukskrivna är en förutsättning för att koordinatörerna ska komma i kontakt med patienter med behov av stöd. Kontinuitet i bemanningen är en viktig faktor för att koordinatören ska kunna utföra sitt uppdrag¹¹⁹. Chefer på olika nivåer i landstingen och processledare har beskrivit att statens långsiktiga mål med sjukskrivningsmiljarden har varit svåra att förutse. De ansåg också att sjukskrivningsmiljarden var för kortsiktig med sina successiva tidsbegränsade överenskommelser. Kontinuiteten i bemanningen av koordinatörfunktionen försvåras eftersom verksamhetsledning inte har kontroll över tilldelningen av de statliga stimulansmedlen. Landstingens arbete med att göra sjukskrivningsprocessen kvalitetssäkrad och effektiv har därför försvårats¹²⁰.

I Socialförsäkringsutredningen¹²¹ föreslås att ett permanent statsbidrag införs för koordinerande funktioner i hälso- och sjukvården, med syfte att svara för kontinuiteten i vården, att utveckla processen för arbetsåtergång samt att förbättra arbetsmiljön. I det statliga utredningsuppdraget Utvecklat samspel¹²² hävdades att införandet av rehabiliteringskoordinatorer kräver långsiktiga förutsättningar genom öronmärkta stimulansmedel för att skapa kontinuitet i bemanning och kompetens.

Författarnas kommentarer

Enligt uppgifter i handlingsplanerna från landstingen 2014 har ett antal landsting valt att lägga in uppdraget att ha koordinatör i hälsovalet. Några av dessa, och ytterligare några landsting, har gett uppdraget att ha rehabiliteringskoordinator till verksamheterna utan särskild ersättning. Att inte ha ersättning för detta extra uppdrag har visat sig ge negativa effekter för utförandet av uppdraget då det tenderar att bli enbart en pappersprodukt. Det vill säga, någon medarbetare får uppdraget som tillägg i sin ordinarie tjänst men har egentligen inte utrymme att utföra koordinatorsarbetet¹²³ (egna landstingskontakter).

¹¹⁹ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatörfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

¹²⁰ Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor, 2015.

¹²¹ SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring.

¹²² Försäkringskassan. Svar på uppdrag i regleringsbrev: Samlad redovisning avseende Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, 2013.

¹²³ Hansen Falkdal m.fl. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatörfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

Landstingens redovisningar 2014

Funktionen för koordinering anses vara en viktig del i hela arbetet med att utveckla en organisatorisk struktur för effektiv samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I arbetet med ReKoord-projektet konstaterades att 19 av landets 21 landsting och regioner hade inrättat någon form av koordinerande funktion i primärvården. I handlingsplanerna 2014 framgår att samtliga 21 landsting nu har inrättat koordinerande funktion i primärvården. Dock är det fortfarande stor skillnad på hur spridningen av funktionen är över alla länens vårdcentraler och på hur uppdraget ser ut för koordinatorena både mellan länen och inom länen. En ökande andel av länen inför också koordinatorfunktion på vissa sjukhuskliniker.

Den organisatoriska strukturen ska enligt villkor 3 del 1 innehålla riktlinjer och rutiner för samverkan både lokalt och regionalt. I ReKoord-projektet kunde konstateras att landstingsledningarnas uppdragsbeskrivningar för koordinatörer i försäkringsmedicinskt arbete ofta var otydliga. Likaså var vårdcentralernas lokala riktlinjer för arbetet otydliga och i många fall följdes inte de centrala uppdragen från styrande nivån i landstinget. I vissa fall kunde de centrala uppdragen vara omfattande men de stämde inte överens med den tid som avsattes för att koordinatören skulle kunna utföra uppdraget fullt ut. I 2014 års redovisningar och handlingsplaner framgår att de flesta landsting försöker utveckla sina uppdrag och riktlinjer. Ett antal landsting har skrivit in uppdragen om samverkan och koordinering i vårdvalet och flera andra siktar i sitt arbete på att införa det inför nästa revidering av vårdvalets uppdrag.

I redovisningarna för 2014 framgår att många län arbetar utifrån uppdragsbeskrivningarna i ”Stegen”, figuren som togs fram i ReKoord-projektet, se sid 18. Man arbetar för att successivt klättra uppåt på stegen, vilket innebär utökning av antalet uppdrag som ingår i koordinatorsrollen. I några landsting beskrivs att samarbete och delning av uppdragen för koordinator på två anställda är det sätt som är praktiskt möjligt för att få organisationen att fungera hos dem. Det kan t.ex. vara delning mellan professionerna arbetsterapeut och kurator eller medicinsk sekreterare. I några få landsting har man valt att arbeta med koordinatoruppdraget enbart till patienter som har rätt till insatser via Rehabiliteringsgarantin¹²⁴.

De flesta län arbetar för att utveckla extern samverkan där koordinatören inom hälso- och sjukvården utgör en viktig sammanhållande länk för hälso- och sjukvården för att skapa bra samverkan runt individen inom hälso- och sjukvården och med andra parter i samhället. Kontakterna och samarbetet med Försäkringskassan är i de flesta län goda. För att ytterligare förbättra samarbetet kring

¹²⁴ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Rehabiliteringsgaranti för 2014.

stödet till sjukskrivna och förebyggande av sjukskrivning pågår fortsatta förbättringar tillsammans med Försäkringskassan. Det påtalas i flera redovisningar att även utvecklingen av kontakter och samarbete med Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och kommunernas socialtjänst måste intensifieras.

Författarnas kommentarer

Formuleringarna i överenskommelsen mellan staten och SKL som ges i villkor 3 påverkar hur hälso- och sjukvårdens ledningsnivå i landstingen och hur dess verksamhetschefer organiserar sin verksamhet. För att ta del av medlen står det bland annat att landstingen ska utveckla en organisatorisk struktur och utveckla en funktion för koordinering för effektiv samverkan och samordning inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Koordinatorfunktionen behöver ha bred förankring inom vården – alltså finnas där det finns patienter som är sjukskrivna eller riskerar sjukskrivning. Detta är ett omfattande uppdrag som innebär att landstingsledningarna bör intensifiera utbildningsinsatser samt stödet till verksamhetschefer.

Vidare påverkas vilka uppdrag som ska ingå i arbetsuppgifter för koordinatorfunktionen av de uppdrag som finns i överenskommelsen. Det framgår att koordinatörer ska vara rådgivare och kunskapsförmedlare, kontaktperson eller samarbetspartner till andra aktörer, samt kontaktperson eller coach till sjukskrivna. Detta innebär arbetsuppgifter som motsvarar ungefär nivå 5-6 i ”stegen” från ReKoord-projektet (se figur 1). Dessa arbetsuppgifter påverkar i sin tur vilka kunskaper och egenskaper koordinatören behöver ha. Vid valet av vilken person och profession som anställs som koordinator bör utgå från uppdraget och inte vad som kortsiktigt kan ses som lämpligt angående personalplanering. Koordinatoruppdraget är ett kvalificerat arbete som i de flesta fall är olämpligt för omplacering eller att läggas på en anställd som inte har erforderliga kompetenser.

Ett fåtal landsting tycks enbart arbeta med patienter som har rätt till insatser via rehabiliteringsgarantin. Att inte arbeta med alla sjukskrivna, oavsett vilken diagnos de har, kan ge ojämlika förutsättningar. Enligt uppdraget i Sjukskrivningsmiljarden ska alla sjukskrivna eller de med risk för sjukskrivning ha tillgång till koordinator om de har behov av koordinatorsinsatser.

Referenser

Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin. Stockholm: 2013.

Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A-S. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin. Stockholm: 2013.

Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2012;38(2):93-104.

Andersson J, Ahgren B, Axelsson SB, Eriksson A, Axelsson R. Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International Journal of Integrated Care* 2011;11.

Arnetz B, Sjögren B, Rydén B, Meisel R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2003;45(5):499-506.

Augutis M. Koordinatorer i sjukskrivningsprocessen inom Primärvården, Västernorrland, 2010. Rapport nr 2. Forskning och Utveckling. Landstinget Västernorrland: 2010.

Bakshi A, Hansson JL, Brommels M, Klinga C, Bonnevier H, Jensen IB. En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II. Enheten för implementerings- och interventionsforskning, Institutet för miljömedicin samt Medical Management Centrum, Institutionen för lärande, information och etik, Karolinska Institutet. Stockholm: 2011.

Bohatko-Naismith J, James C, Guest M, Rivett DA. The role of the Australian workplace return to work coordinator: essential qualities and attributes. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2015;25(1):65-73.

Brain G, Conlon MF. The case management approach to work-related injuries. *Orthopedic Clinics of North America* 1996;27(4):831-840.

Bülow P. Fallberättelser om arbetslivsinriktad rehabilitering - En fokusgruppsstudie. Hälsohögskolan. Högskolan i Jönköping, avdelningen för beteendevetenskap och socialt arbete. Forskningsrapport no 1, 2013.

Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Lysbeck Hansen C, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomised controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2009;19:81-93.

Carlsson L, Lännerström L, Wallman T, Holmström IK. General practitioners' perceptions of working with the certification of sickness absences following changes in the Swedish social security: a qualitative focus-group study. *BMC Family Practice* 2015;16:21.

Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation* 2010;32(8):607-621.

Chungong F, Svensson O. Utvärdering av projektet MedUrs. Samverkan och rehabilitering av personer som varit långtidssjukskrivna. Högskolan i Halmstad, sektionen för Hälsa och samhälle. 2014.

Davis M, Rinaldi M. Using an evidence-based approach to enable people with mental health problems to gain and retain employment, education and voluntary work. *British Journal of Occupational Therapy* 2004;67(7):319-322.

Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave? Perspectives of vocational rehabilitation professionals. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2011;37(6):481-493.

de Vries G, Koeter MWJ, Nabitz U, Hees HL, Schene AH. Return to work after sick leave due to depression; A conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. *Journal of Affective Disorders* 2012;136(3):1017-1026.

Edlund C. Slutrapport av Närsjukvårdsprojektet (NAFS) om samverkan mellan Närsjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialtjänst. Samordningsförbundet i Umeå: 2011.

Ekberg K, Eklund M, Hensing G. Perspektiv på arbetsförmåga. I: Ekberg K, Eklund M, Hensing G, red. Återgång i arbete. Processer, bedömningar, åtgärder. Lund: Studentlitteratur, 2015.

Ekberg K. Långtidssjukskrivning och rehabilitering för återgång i arbete. I: Ekberg K, red. Den relativa arbetsförmågan. Teoretiska och praktiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur, 2014.

Eklind I. Utveckling av rehabiliteringsarbetet i Sörmland. "Rehabskelettet", tidig multidisciplinär samverkan inom primärvården. Landstinget Sörmland:2005.

Eklund M, Hansen Falkdal A. Metoder för att bedöma aktivitets- och arbetsförmåga – individnivå. I: Ekberg K, Eklund M, Hensing G, red. Återgång i arbete. Processer, bedömningar, åtgärder. Lund: Studentlitteratur, 2015.

Ekvall A-B, Sundkvist E-M. Early contact with the employer/employment services- three –party meeting /call. I: De Boer W, red. Scientific knowledge and good practice in insurance medicine and social security. EUMASS Congress 2014, 11-13 September, Stockholm. Försäkringskassan: 2014.

Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Avhandling. Karolinska Institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap. Stockholm: 2011.

Ericson L. Sjukskrivningskoordinators roll. Patientens perspektiv. Linné-universitetet, Kalmar Växjö: 2014.

Ericson L. Utvärdering – Sjukskrivningskoordinators roll inom landstinget i Kalmar län. Linnéuniversitetet, Kalmar Växjö: 2013.

Eriksson G, Aasnes M, Tistad M, Guidetti S, von Koch L. Occupational gaps in everyday life one year after stroke and the association with life satisfaction and impact of stroke. *Top Stroke Rehabilitation* 2012;19:244-255.

Eriksson L. Upplevelser av koordinatorsrollen i rehabiliteringsprocessen - En kvalitativ studie. C-uppsats. Mittuniversitetet, 2014.

Eriksson T, Jonasson L. Tillitens förutsättningar. En studie om tillit i sociala processer. Programmet för personal- och arbetslivsfrågor, Institutionen för samhällsvetenskap. Mittuniversitetet, Östersund, 2008.

Forssell G, Sehlberg J, Näslund L. Sjukskrivning som hjälper. Erfarenheter av koordinatorsstöd och eget ansvarstagande. Landstinget Västernorrland. Ödeshög: Danagård LiTHO AB; 2011.

Franché 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):607-631.

Försäkringskassan. Svar på uppdrag i regleringsbrev: Samlad redovisning avseende Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen. Stockholm: 2013.

Gabbay M, Taylor L, Sheppard L, Hillage J, Bamba C, Ford F, Preece R, Taske N, Kelly MP. NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *British Journal of General Practice* 2011;61(584):e118-124.

Gardner BT, Pransky G, Shaw WS, Hong QN, Loisel P. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability and Rehabilitation* 2010;32(1):72-78.

- Hamer H, Gandhi R, Wong S, Mahomed NN. Predicting return to work following treatment of chronic pain disorder. *Occupational Medicine* 2013;63(4):253-259.
- Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C, Janlert U, Bernspång B. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet: 2013.
- Hellman T, Bonnevier H, Jensen I, Hagberg J, Busch H, Björk Brämberg E, Bergström G. En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport. Karolinska Institutet. Institutet för miljömedicin, Enheten för interventions- och implementeringsforskning. Stockholm: 2014.
- Hällås E. Projekt Multimodal rehabilitering i Södra Älvsborg. Rapport. Primärvården Västra Götaland. Västra Götalandsregionen: 2013.
- Hörnqvist Bylund S, Edlund C. Västerbottens modell. Utvärdering av ett utvecklingsprojekt inom Sjukskrivningsmiljarden. Staben för verksamhetsutveckling, Västerbotten läns landsting: 2011.
- Hörnqvist Bylund S, Johansson Ul, Edlund C. Samverkan underlättar distriktsläkares arbete med sjukskrivning. Västerbottens modell ger stöd genom sjukskrivningsmiljarden. *Läkartidningen* 2012;109(22):1090-1093.
- James C, Southgate E, Kable A, Rivett DA, Guest M, Bohatko-Naismith J. The return-to-work coordinator role: qualitative insights for nursing. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2011;21(2):220-227.
- Johansson U, Högberg H, Bernspång B. Participation in everyday occupations in a late phase of recovery after brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2007;14(2):116-125.
- Kärrholm J, Ekholm K, Ekholm J, Bergroth A, Schüldt Ekholm KS. Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office: A 6-year follow-up of vocational rehabilitation for people on sick-leave, including economic benefits. *Journal of Rehabilitation and Medicine* 2008;40(8):628-636.
- Leijon O, Gerner U, Grees N, Kaltenbrunner Bernitz B, Larsson M, Persson H. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2011:13. Stockholm: 2011.
- Lynöe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open*. 2011;1:e000246.
- Löfstedt M. Rehabkoordinator i primärvården inom Region Gotland – för en förbättrad sjukskrivningsprocess. Magisteruppsats i Ergonomi och MTO. Kungliga Tekniska högskolan. Stockholm: 2011.

MacEachen E, Clarke J, Franche R-L, Irvin E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2006;32(4):257-269.

Marty D, Rapp C, Carlson L. The experts speak: the critical ingredients of Strengths model case management. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001;24(3):214-221.

Müssener U. Det goda mötet – en viktig del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. *Socialmedicinsk tidskrift* 2/2012.

Müssener U, Festin K, Upmark M, Alexanderson, K. Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008;40(10):805-811.

Nilsson G. God läkarkontinuitet kan ge bättre vårdresultat. *Läkartidningen* 2009;106(6):344-345.

Nohammar C. Experience of early stage collaboration between the Swedish Social Insurance Agency and Jönköping's health care county. I: De Boer W, red. *Scientific knowledge and good practice in insurance medicine and social security. EUMASS Congress 2014, 11-13 September, Stockholm. Försäkringskassan: 2014.*

Nordenberg J, Lundin S. Arbetsförmedlars erfarenheter av samverkan med andra myndigheter och vårdens rehabiliteringskoordinatorer. Examensarbete. Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Arbetsterapi, Umeå Universitet: 2013.

Norén AM, Landström S. Effects of case management program in insurance medicine, a randomized controlled trial. I: De Boer W, red. *Scientific knowledge and good practice in insurance medicine and social security. EUMASS Congress 2014, 11-13 September, Stockholm. Försäkringskassan: 2014.*

Nymann M, Erlandsson S. Patienters upplevelser av sjukskrivningscoachens betydelse i sjukskrivningsprocessen. Kandidatuppsats. Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping: 2011.

Pransky G, Shaw WS, Loisel P, Hong QN, Désorcy B. Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of Occupation and Rehabilitation* 2010;20(1):41-48.

Proposition 2007/08:136. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.

Russo D, Innes E. An organizational case study of the case manager's role in a client's return-to-work programme in Australia. *Occupational Therapy International* 2002;9(1):57-75.

Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2006--2015.

Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Rehabiliteringsgaranti för 2008--2013.

Sackrisson L, Edlund C. Tidig arbetsförmågebedömning i samband med sjukskrivning på vårdcentral. Kortform av rapport om Vindelnprojektet. Försäkringskassan och Västerbottens läns landsting, 2007.

Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One* 2012;7(11):e49760.

Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2008;18(1):2-15.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor. Kartläggning och analys. 2015.

Soklaridis S, Ammendolia C, Cassidy D. Looking upstream to understand low back pain and return to work: Psychosocial factors as the product of system issues. *Social Science & Medicine* 2010;71(9):1557-1566.

SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring. Slutbetänkande av parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Sturesson M, Edlund C, Falkdal AH, Bernspång B. Healthcare encounters and return to work: a qualitative study on sick-listed patients' experiences. *Primary Health Care Research & Development* 2014;15(4):464-475.

Sturesson M, Edlund C, Fjellman-Wiklund A, Falkdal AH, Bernspång B. Work ability as obscure, complex and unique: Views of Swedish occupational therapists and physicians. *Work* 2013;45(1):117-128.

Ståhl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system. *Disability and Rehabilitation* 2011; 33(15-16):1373-1382.

Svensson T, Müssener U, Alexanderson K. Pride, empowerment, and return to work: on the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work* 2006;27(1):57-65.

Sveriges läkarförbund. Sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen – ett policyprogram från Sveriges läkarförbund. Stockholm: 2005.

Söderberg E, Müssener U. Att ta tillvara förmåga trots begränsning – teoretiska utgångspunkter och intervention. I: Ekberg K, red. Den relativa arbetsförmågan. Teoretiska och praktiska perspektiv. Lund; Studentlitteratur: 2014.

Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

En litteraturstudie

Denna rapport har tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Rapporten är skriven av Annie Hansen Falkdal (PhD) och Sonya Hörnqvist Bylund (PhD) på uppdrag av SKL. Syftet är att göra en litteraturstudie och beskriva det vetenskapliga stödet för hälso- och sjukvårdens koordinatorsfunktion inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet.

I rapporten beskrivs effekterna för patienter och medarbetare, effekter på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete, samt förutsättningar för att koordinatorsarbetet ska fungera inom försäkringsmedicinen i hälso- och sjukvården. Dessutom redovisas utvecklingen i länen inom ämnesområdet försäkringsmedicin med huvudfokus på funktionen koordinering inom hälso- och sjukvården.

Resultatet från litteraturstudien visar att det system som utvecklas i Sverige, för koordinering kring patienter inom hälso- och sjukvården och samverkan med arbetslivets aktörer, inte har motsvarighet i andra länder. Behov av koordinerande funktioner i olika stadier av patientens process tillbaka till arbetslivet verifieras i studien. Införandet av koordinatörer inom olika organisationer, som utvecklar gott samarbete med varandra över organisationsgränser, gynnar patientens rehabiliteringsprocess till arbete.

Upplysningar om innehållet
Cecilia, Alfvén, cecilia.alfven@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2015