

ReKoord-projektet

Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom
sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet

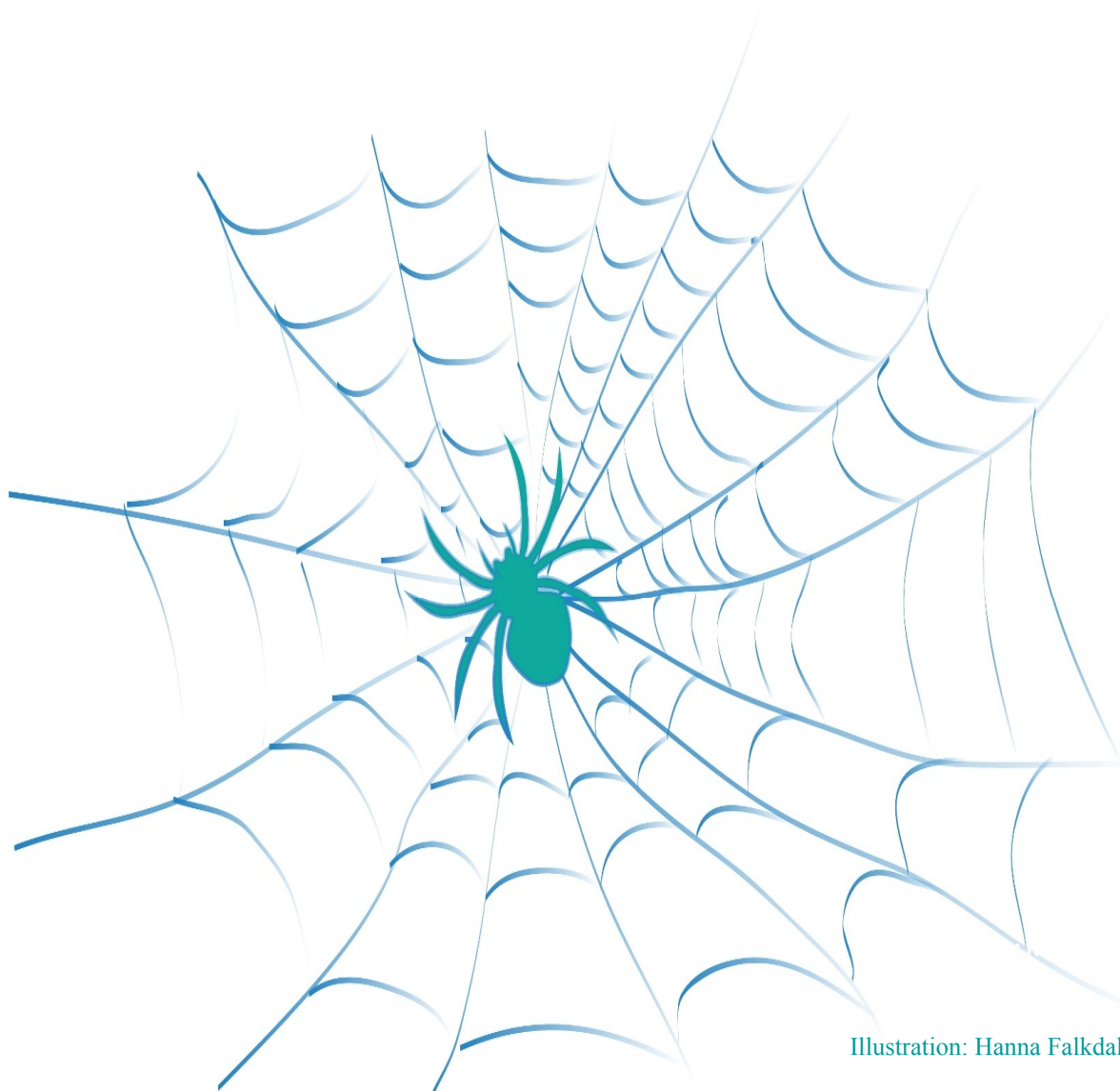


Illustration: Hanna Falkdal

Umeå 2013-09-02

Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet

Forskargrupp:

Annie Hansen Falkdal (AHF), projektledare, PhD, leg arbetsterapeut, rehabiliterings-/socialförsäkringsforskare, Staben för verksamhetsutveckling, Västerbotten läns landsting

Sonya Hörnqvist Bylund (SHB), PhD, biomedicinsk analytiker, arbetsmiljöforskare, Staben för verksamhetsutveckling, Västerbotten läns landsting

Curt Edlund (CE), PhD, socionom, rehabiliterings-/socialförsäkringsforskare, Inst. för hälsovetenskap, Mittuniversitetet, Östersund

Urban Janlert (UJ), professor, leg läkare, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå Universitet och Staben för verksamhetsutveckling, Västerbottens läns landsting

Birgitta Bernspång (BB), professor, leg arbetsterapeut, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Vice dekan medicinska fakulteten, Umeå Universitet

Tre av forskarna (AHF, SHB CE) har deltagit i insamlingen av utvärderings-/forskningsmaterialet, i analysarbetet och i arbetet med spegling av annan forskningslitteratur samt med rapportskrivningen. Resultaten av dessa arbeten har successivt diskuterats i regelbundna möten med de två professorerna (BB och UJ).

FÖRORD

Att utvärdera koordinatorsfunktionen inom hälso- och sjukvårdens primärvård har varit ett mycket intressant uppdrag. Vi är tacksamma att regeringen gav oss detta förtroende. Vi kände sedan tidigare till att det var olikheter mellan landstingen, både vad gäller organisation och omfattning av koordinatorsverksamheten. Det har dock överraskat oss att det är så stora olikheter både mellan och inom landstingen.

Vi tackar alla som välvilligt deltagit i intervjuer och genom att svara på enkäter, dessutom att vi fått möjlighet att delta i koordinatorsträffar och att hålla fokusgruppintervjuer i samband med träffar i nätverk av processledare. Vi tackar också ledning, samverkansansvariga och personliga handläggare inom Försäkringskassan samt ledning och arbetsförmedlare inom Arbetsförmedlingen som gett oss tid för intervjuer och intresserat deltagit i dessa.

Tack till Sofia Nordin som på ett förtjänstfullt sätt skrev ut en del av de inspelade intervjuerna.

SLUTSATSER

- En samlad bedömning från studien är att funktionen koordinator har en mängd positiva effekter för patienters rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering samt för samverkan med externa aktörer. Ett uttryck som återkommer ofta är ”spindeln i nätet”. *Patienter* beskriver koordinatören som ett bollplank som visar engagemang, respekt och förståelse. *Medarbetare* värdesätter koordinatörens kunskap i försäkringsmedicin och att denne byggt upp nätverk och struktur som underlättar. *Externa aktörer* uttrycker att koordinatörerna på hälsocentraler ger dem ”en väg in i vården” genom att förmedla information och bidra till att möjliggöra tidigare rehabilitering.
- En viktig faktor för framgångsrikt koordinatorsarbete är att ämnesområdet försäkringsmedicin blir mera känt och implementerat inom hälso- och sjukvården och att samarbetet med externa parter intensifieras. Genom koordinatörer, som kan ses som ett redskap för försäkringsmedicin, blir sjukskrivningsprocessen effektivare och mer kvalitetssäkrad och patientens sjukvårdsprocess kan därigenom bli kortare. Detta innebär i regel att även sjukskrivningstiderna kan förkortas.
- I studien har identifierats framgångsfaktorer som bidrar till att koordinatorsfunktionen optimeras. Viktiga förutsättningar för att kunna utföra uppdraget är stöd och tydligt mandat från chefen, tydligt uppdrag och tydliga rutiner, tid för uppdraget samt god struktur och kontinuitet i bemanning. Stöd från processledning och koordinatorsnätverk är avgörande då koordinatorsarbetet ofta är ett ensamarbete. Rätt urval av patienter är också viktigt liksom fungerande team, god samverkan med läkare och med externa aktörer i samhället.
- Landstingsledningens uppdragsbeskrivning om koordinators arbete på hälsocentraler ska vara tydlig och förutom uppdrag ska även anges vilka patienter som ska prioriteras. Det ska också framgå vad som förväntas av hälsocentralen och koordinatören i förhållande till processledningen, till exempel att delta i utbildningar och koordinatorsträffar. Lokala riktlinjer bör upprättas på varje hälsocentral. Dessa riktlinjer ska innehålla samtliga uppdrag från landstingsledningen och hur enheten ska arbeta med dem i praktiken. De lokala riktlinjerna kan innehålla ytterligare uppdrag och arbetsområden. I riktlinjerna ska koordinatörens uppdrag tydligt anges i prioriteringsordning.
- Uppföljning av uppdragsbeskrivningarna måste förbättras. Koordinatorernas arbetsuppgifter och arbetsförhållanden ska följas kontinuerligt för att säkerställa att arbetsprocessen håller god kvalitet.
- Studien har visat att koordinatorsfunktionen fungerar bäst när samtliga av följande arbetsuppgifter ingår dvs. att organisera, skapa rutiner och struktur samt hantera statistik inom området. Koordinatörer ska också vara stöd till läkare och andra medarbetare i försäkringsmedicinska frågor och samordna rehabilitering. De ska även vara kunskapsförmedlare och rådgivare och kunna ge råd till läkare vid intygsskrivning. De ska vara kontaktpersoner och coacher för patienter och delta i bedömning och ge förslag till rehabiliteringsplan. Koordinatörer ska också

vara kontaktpersoner och samarbetspartners till externa aktörer som Försäkringskassa, Arbetsförmedling, socialtjänst och arbetsgivare. De ska fungera som processledningens ”förlängda arm” på hälsocentraler.

- Lämplig kompetens för koordinatorsuppdraget är såväl teoretiska och erfarenhetsmässiga kunskaper som personliga egenskaper. Kunskaper som rekommenderas är försäkringsmedicin och omvärldskunskap. Detta omfattar bland annat regelverk, uppdrag, arbetssätt, struktur och kultur, ansvar och roller, kontaktvägar internt och till externa aktörer. Medicinsk kunskap och rehabiliteringskunskap behövs och tidigare erfarenhet av arbete inom hälso- och sjukvården underlättar. Det är också viktigt för koordinatören att ha kunskaper i samtalsmetodik och kommunikation, att arbeta i och leda team, samt kunskap om hur man tar tillvara patientens resurser och motiverar till förändring. Viktiga egenskaper för koordinatören är att vara uthållig och kunna arbeta självständigt men ändå ha samarbetsförmåga och social kompetens. Organisationsförmåga och administrativ skicklighet är nödvändiga egenskaper, liksom att vara drivande, handlingskraftig och initiativrik och kunna ha ”många bollar i luften”.
- I studien har fyra modeller identifierats. De innehåller olika mängd av arbetsuppgifter. Störst effekt, i form av positiva erfarenheter hos patienter, medarbetare och samverkanspartners, uppnås där koordinatörerna har flest arbetsuppgifter d.v.s. den modell som kallas ”Spindeln i nätet”. En förhoppning är att denna modell ska sprida sig till allt fler landsting.
- Studien visar på goda erfarenheter av koordinatorsfunktionen. Det har dock krävts ett intensivt, tålmodigt och långsiktigt arbete för att uppnå stabila strukturer och rutiner, vilket ännu inte uppnåtts överallt. Det är nödvändigt att arbetssättet med koordinatörer fortgår och utvecklas med en strävan efter ständiga förbättringar. Det finns farhågor att koordinatorsfunktionen försvinner om särskilt avsatta medel upphör.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
ORDFÖRKLARINGAR	6
BAKGRUND TILL PROJEKTET	8
Syfte	9
Avgränsning i projektet	10
Bakgrundsfaktorer som kan påverka koordinatorsarbetet	10
MATERIAL OCH METOD	15
RESULTAT	18
Landstingens organisation för koordinator	18
Uppdragsbeskrivningar	20
Innehåll i koordinatorsfunktionen	21
Lämplig kompetens för koordinatorsfunktioner	26
Framgångsfaktorer och hinder för arbetet	29
Effekter av koordinatorsfunktionen	38
Invandrare	42
Genus	43
SAMMANFATTNING AV RAPPORTER FRÅN LANDSTINGEN	44
IDÉER OCH TIPS FRÅN LANDSTINGEN	54
DISKUSSION	56
SAMMANFATTNING	63
REFERENSER	65

ORDFÖRKLARINGAR

Aktörer, rehabiliteringsaktörer – i studien innefattar begreppet de organisationer i samhället som på olika sätt är aktörer i en persons rehabilitering för att klara arbetslivet, som hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten, arbetsgivare och deras företagshälsovård. Benämningen **externa aktörer** innefattar i studien alla som finns utanför hälso- och sjukvården.

Försäkringsmedicin – definition: *"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"*. Nationellt försäkringsmedicinskt forum 2008.

FMR – försäkringsmedicinsk rådgivare. Läkare som arbetar inom Försäkringskassan som rådgivare till personliga handläggare m.fl.

Hälsocentral – används genomgående i rapporten oavsett om landstingen använder denna benämning på sina primärvårdscentraler eller kallar dem vårdcentraler. I sammanfattningarna av landstingens utvärderingar används den beteckning som finns i rapporten. I citaten används den benämning som informanten använt.

Koordinator – genomgående i rapporten används denna beteckning. Det är en funktion som **inom** hälso- och sjukvården har ett samordnande uppdrag för sjukskrivningsområdet. Det kan också handla om förebyggande av sjukskrivningsbehov, och/eller samordning av behandling och rehabilitering med syfte att underlätta att stanna kvar i eller att återgå i arbete. Funktionen har visat sig ha många olika beteckningar, till exempel koordinator, samordnare, sjukskrivningskoordinator, sjukskrivnings-samordnare, rehabiliteringskoordinator, rehabiliteringssamordnare, kontaktperson, coach, case manager och lots. Koordinatorsfunktionen ska inte förväxlas med Försäkringskassans personliga handläggare som har samordningsansvar. Deras uppgift är att samordna för en individ **mellan** samhällets olika rehabiliteringsaktörer.

Case manager – en person som gentemot en enskild patient/klient utreder behov, planerar och samordnar insatser, förmedlar och följer upp kontakter med olika vårdgivare etc.

Landsting – används i rapporten både för de som idag benämns landsting men också för de som benämns regioner.

Medicinska sekreterare - nyare yrkesbeteckning för läkarsekreterare.

Mötesformer och teamsammansättningar - många olika benämningar finns i länen för de interna och externa möten som hålls inom området försäkringsmedicin, och de grupper av medarbetare/samverkansaktörer som förekommer. Här används följande benämningar:

Bedömningsteam – grupp av professioner inom hälsocentral som var och en träffar patient och gör bedömningar av dennes behov av vård och rehabilitering. Vanligen ingår koordinator, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator och/eller psykolog. Leds ofta av koordinatören.

Rehabiliteringsteam – grupp av professioner inom hälsocentral som arbetar tillsammans med patienters rehabilitering. Innehåller oftast samma professioner som i bedömningsteamet. Leds ofta av koordinatör.

Rehabiliteringsmöte – ett möte omkring den enskilde patienten. I mötet deltar de professioner från rehabiliteringsteamet som behövs. Det kan också ingå handläggare från externa aktörer.

Avstämningsmöte är Försäkringskassans instrument för möte omkring försäkrad. I mötet ingår ofta någon eller några från vården liksom andra för personen viktiga aktörer.

Beredningsgrupp – möte mellan vårdens rehabiliteringsaktörer och externa aktörer för att stämma av gemensamma ärenden, t.ex. vem som för tillfället har ansvaret att agera tillsammans med patienten, bokning av rehabiliteringsmöten och avstämningsmöten o.s.v.

Patient - i denna rapport används benämningen ”patient” eftersom utgångspunkten för detta forskningsarbete är förlagt i hälso- och sjukvården och den vanligaste benämningen för vårdens avnämare fortfarande är ”patient”.

Processledning – Landstingets centralt anställda som har till uppgift att ta in ny kunskap om försäkringsmedicin och att omsätta detta till landstingets arbetssätt samt att föra ut det i verksamheterna. Det är mycket olika hur man organiserat detta arbetsområde, det kan vara en sammanhållen grupp tjänstemän eller så kan arbetsuppgifterna vara ”utströdda” på tjänstemän inom landstingsledningens olika enheter.

SKL – Sveriges Kommuner och landsting

Verksamhetschef – används genomgående i studien som benämning på chefen på hälsocentralen.

BAKGRUND TILL PROJEKTET

Dagens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess fungerar inte optimalt när det gäller dess olika faser, åtgärder och aktörer. Detta visar sig på individnivå genom långa väntetider, vilka sällan är medicinskt eller arbetslivsinriktat motiverade¹. En av aktörerna är hälso- och sjukvården som är en stor organisation i varje län med många olika verksamheter och många medarbetare. Denna rapport handlar om de koordinatörer som införts på senare år inom hälso- och sjukvårdens primärvård för att utveckla vårdens del av människors möjligheter att arbeta.

Koordinatorer finns hos flera aktörer i Sverige för att arbeta med personer som av olika anledningar har svårigheter att klara sitt arbete. De kan till exempel vara verksamma inom företagshälsovård, arbetsförmedling, rehabiliteringskliniker eller privata rehabiliteringscentra. Försäkringskassan har också koordinerande funktioner, personliga handläggare som har ansvar för samordningen mellan rehabiliteringsaktörerna för de försäkrade. Vårdens koordinatörer har dock ett annat uppdragsområde än ovan nämnda. Syftet med deras arbete är att optimera vårdens 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 är uppdraget att vara länk och samarbetspartner till andra rehabiliteringsaktörer i samhället.

Genom den så kallade sjukskrivningsmiljarden, statliga stimulansmedel för sjukskrivningsområdet, har landstingen sedan 2006 tilldelats medel för att utveckla sjukskrivningsprocessen inom vården och i samverkan med andra aktörer². Införandet av rehabiliteringskedjan³ inom Försäkringskassan med tidsbestämda gränser, där rätten till sjukpenning bedöms, har inneburit att behovet av tidiga insatser inom vården blivit allt större. Vidare har en rehabiliteringsgaranti⁴ införts som ska öka möjligheterna för personer att snabbt få behandling och rehabilitering och därmed lättare återfå sin arbetsförmåga. Arbetet inom vården med patienters sjukskrivningsprocess, och med rehabiliteringsgarantins genomförande, förutsätter att läkare och andra professioner har goda kunskaper inom försäkringsmedicin. Dessutom förutsätter arbetet i rehabiliteringsgarantin att enheterna bedriver verksamhet i team.

I början och mitten av 2000-talet påbörjades i några landsting pilotprojekt med någon form av samordnare/koordinator för sjukskrivna patienter. Dessa landsting tillsatte koordinatörer på hälsocentraler. Koordinatorerna skulle utveckla organisationen inom det som idag kallas försäkringsmedicin och utveckla teamarbete internt och i samverkan med andra aktörer i samhället. Intentionen var att få en kontaktperson för de enskilda patienterna, för medarbetare inom vården och i kontakter med externa aktörer. Försöken utföll väl⁵, men det var först i samband med införandet av de statliga stimulansmedlen för sjukskrivningsprocessen² som utvecklingen av arbetssättet tog fart. Arbetssättet med koordinator inom hälso- och sjukvården har sedan successivt spridits

¹ Försäkringskassan. Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, 2013.

² Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Sjukskrivningsmiljarden, 2006 //2013

³ Försäkringskassan. Rehabiliteringskedjan 2008.

⁴ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Rehabiliteringsgaranti för 2008 //2013.

⁵ Sackrisson L, Edlund C. Tidig arbetsförmågebedömning i samband med sjukskrivning på vårdcentral, 2007.

till nästan alla landsting i Sverige men med olika innehåll. I de flesta av dessa 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 utökats till kliniker och inriktats på att arbeta med förebyggande insatser för att motverka behov av sjukskrivning.

Syfte

Projektets syfte är att utföra en nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet i hälso- och sjukvården.

Frågeställningar

1. Hur ser organisation, uppdrag och innehåll för koordinator ut och vilken/vilka professioner arbetar i rollen som koordinator?
2. Vilka effekter av rollen koordinator ses när det gäller nöjdhet hos patienter, medarbetare och samverkanspartners?
3. Vilken kunskap/kompetens är den mest optimala för rollen som koordinator inom detta område?

Planerad metod och arbetssätt för projektet

Arbetet delas in i fyra delar utifrån ovanstående tre frågeställningar samt sammanställning av rapporten.

1. Uppdragets organisation och innehåll

Ett stort antal frågeställningar behöver besvaras; Ingår sjukskrivningsprocess och/eller rehabiliteringsgaranti i uppdraget? Omfattning av tjänst i förhållande till antalet listade patienter i arbetsför ålder? Hur är organisationen för koordinatören? Vad innebär uppdraget: patientnära funktion (coach), samordnare team (teamledare), och/eller kontaktperson med externa parter? Material och metod: Kontakt tas med alla processledare för sjukskrivningsprocess och rehabiliteringsgaranti i länen för insamling av utvärderingar/forskningsartiklar som berör koordinatorsfunktionen. Bearbetning, analys och sammanställning av insamlat material genomförs. Utifrån insamlat material avgör forskargruppen vilka ytterligare frågor som behöver belysas när det gäller att få en bild av uppdragets innehåll och olikheter. Lämpliga metoder kan vara intervjuer och/eller enkäter till ett strategiskt urval av koordinatörer, verksamhetschefer, läkare och andra medarbetare inom hälso- och sjukvården, samverkanspartners inom försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst och arbetsgivare/FHV i länen.

2. Effekter gällande nöjdhet med rollen koordinator

Även här finns ett stort antal frågeställningar; Hur upplever koordinatörer sitt arbete? Hur upplevs rollen av medarbetare inom vården, och av samverkanspartners (försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst, arbetsgivare och företagshälsovård)? Här tas även upp vilken samverkan med andra aktörer som koordinatören deltar i och erfarenheterna av detta. Material och metod: Insamlade utvärderingar/forskningsartiklar från länen som berör koordinatorsfunktionen enligt ovan studeras med frågeställningarna i del 2. Bearbetning, analys av materialet genomförs utifrån frågeställningarna. Utifrån resultatet av den kunskap materialet gett avgör forskargruppen vilka ytterligare frågor som behöver belysas när det gäller att få en bild av nöjdhet med koordinatorsfunktionen. Lämpliga metoder för detta kan vara genom intervjuer och/eller enkäter till ett strategiskt urval av koordinatörer, verksamhetschefer,

läkare och andra medarbetare inom hälso- och sjukvården, samverkanspartners inom försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst och arbetsgivare/FHV i länen.

3. Kunskap och kompetens för rollen som koordinator

Allt insamlat material kommer att användas för denna del av projektet.

Metod: Utifrån det insamlade materialet och analyserna utformas ett förslag på lämplig kunskap/kompetens som visat sig vara den mest optimala för rollen som koordinator inom området försäkringsmedicin (d.v.s. sjukskrivning, förebyggande av sjukskrivningsbehov och rehabilitering för aktuella grupper).

4. Rapport

Arbetet avslutas med sammanställning av resultaten av ovanstående arbete, litteratursökning i databaser för att få underlag till forskningsmässig spegling av resultaten, och till sist rapportskrivning. Rapporten levereras till Socialdepartementet senast 2 september 2013, med muntlig lägesbeskrivning på Socialdepartementet i maj, 2013.

Avgränsning i projektet

Effekter på sjukskrivningsfrekvens och arbetsåtergång har inte analyserats i detta projekt, och fanns inte heller med i projektuppdraget. Många faktorer påverkar både sjukskrivning och återgång i arbete utöver koordinators arbete, faktorer som i många stycken är svåra att ha kontroll över. Det är därför inte möjligt att analysera och dra slutsatser om effekter av koordinators arbete utifrån analyser av sjukskrivningsfrekvens eller återgång i arbete. Att analysera avnämares erfarenheter av arbetssättet med koordinators visat däremot på hur dessa funktioner upplevs av patienter, medarbetare i vården och av andra aktörer omkring patienterna.

I detta projekt har koordinatorsfunktionen inom primärvården studerats, men inte inom sjukhuskliniker. Införandet av koordinators har skett successivt i de olika länen, de flesta har börjat med att införa dem på hälsocentraler i primärvård. I ett antal län har i senare skede också införts koordinators på vissa sjukhuskliniker. I primärvården kan det ses rätt stor likhet över landet när det gäller hälsocentralernas uppdrag och uppbyggnad. Däremot skiljer det mycket mellan klinikerna. Dessa är olika när det gäller patientklientel, uppdrag, organisation och arbetsinnehåll. Erfarenheter från arbetsgivare, företagshälsovård och kommunernas socialtjänst ingår inte heller i denna studie. Materialet från landstingens processledningar och medarbetare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen var omfattande, vilket krävde betydande arbetsinsatser så tid fanns inte i detta projekt för insamling av ytterligare information.

I rapporten redovisas inte från vilka län resultaten kommer, eftersom det inte är syftet med studien. Fokus har legat på att se vilka olika varianter av arbetssätt som finns samt effekterna av dessa arbetssätt.

Bakgrundsfaktorer som kan påverka koordinatorsarbetet

Olika uppdrag och därmed följande organisationsförändringar internt inom hälso- och sjukvården och hos andra aktörer påverkar koordinators roll och arbetsmöjligheter. På grund av de höga sjukskrivningstalen i början av 2000-talet har staten tillsatt stimulansmedel inom olika områden och för olika aktörer. Det övergripande syftet med dessa åtgärder är att minska sjukskrivningarnas längd och antal. Nedan följer några exempel.

Sjukskrivningsmiljarden

En av dessa åtgärder är den så kallade sjukskrivningsmiljarden vars syfte är att öka kvaliteten i bedömning, vård och rehabilitering för människor i yrkesverksam ålder som upplever problem att stanna kvar i, eller efter en sjukskrivning återgå i arbete. Landstingen ska genomföra utveckling och åtgärder i hälso- och sjukvården inom vårdens del av detta arbete⁶. Överenskommelser har tecknats, årligen eller för några år åt gången sedan 2006. Arbetet i landstingen har inneburit omfattande utveckling av kunskap, metoder och organisation. Exempel på aktiviteter som skett eller pågår; ledningssystem för sjukskrivning har införts i landstingets övergripande ledningssystem i många landsting och system har införts för elektroniskt överförbara medicinska underlag mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Kunskapsökning pågår inom jämställd sjukskrivning och om förbättring av läkarintygens kvalitet. Ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd har införts, dvs. rekommendationer för försäkringsmedicinskt arbete och rekommenderade tider vid sjukskrivning⁷. Samverkan utvecklas internt på varje enhet inom landstinget och arbete i team har utvecklats. Samverkan utvecklas också mellan primärvård och specialistkliniker och med externa rehabiliteringsaktörer. Koordinatorer har tillsatts i många landsting på landstingets eget initiativ. I ett antal landsting finns också läkare som har försäkringsmedicinskt uppdrag på hälsocentralerna. Hälso- och sjukvården tillhandahåller också Försäkringskassan fördjupade medicinska underlag, dvs. teambaserade medicinska underlag och särskilt läkarutlåtande. I vissa län pågår för närvarande prov med införande av en aktivitetsförmågeutredning.

Rehabiliteringsgaranti

Ytterligare stimulansmedel avsattes av regeringen från och med 2008. Utifrån årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL får landstingen uppdrag inom ramen för en rehabiliteringsgaranti⁸. Huvudsyftet med rehabiliteringsgarantin är att de diagnosgrupper som står för merparten av både korta och långa sjukskrivningar ska erbjudas utökad möjlighet till medicinsk rehabilitering, för att främja individernas arbetsförmåga samt att förebygga sjukskrivning. Patienter i åldern 16-67 år ska få tillgång till bedömning, vård och rehabilitering för att lättare kunna stanna kvar i, eller återgå i arbete efter sjukskrivning. Rehabiliteringsgarantin gäller för patienter som bedöms ha lättare eller medelsvår psykisk ohälsa (depression, ångest eller stressrelaterad ohälsa) eller långvarig smärta i axlar, nacke eller rygg. Behandlingsmetoderna ska vara evidensbaserade vilket för psykisk ohälsa innebär kognitiv beteendeterapi eller interpersonell psykoterapi. Patienter med långvarig smärta ska erbjudas multimodal rehabilitering, vilket innebär en kombination av välplanerade och synkroniserade insatser i form av olika behandlingsmetoder som utförs av ett team bestående av olika professioner. Medel har också avsatts för forskning inom området, REHSAM, som är ett forskningsprogram för bättre och effektivare rehabilitering för diagnosgrupperna inom rehabiliteringsgarantin. Programmet påbörjades 2009 och har inneburit tre utlysningar åren 2009 - 2011. I överenskommelsen för Rehabiliteringsgarantin ingår att de positiva resultat som kan framkomma genom forskningen ska implementeras inom hälso- och sjukvården.

Utveckling av försäkringsmedicin

I de senaste årens överenskommelser mellan staten och SKL om sjukskrivningsmiljarden finns bl.a. ett villkor om kompetenssatsning i försäkringsmedicin för läkare

⁶ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Sjukskrivningsmiljarden, 2006 //2013.

⁷ Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning, 2007.

⁸ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Rehabiliteringsgaranti för 2008 //2013.

och andra berörda professioner. För att detta ska komma till stånd måste det finnas en uppbyggd organisation inom landstingen som kan hantera hela området försäkringsmedicin. Detta är ett eftersatt område inom hälso- och sjukvården generellt, men området utvecklas. I många landsting där försäkringsmedicin nu ges ökad uppmärksamhet har det påbörjats arbete som innefattar lämplig organisation på vårdgivar- liksom verksamhetsnivå.

Hälso- och sjukvården har uppdraget att bedriva god och säker vård och behandling⁹ och i detta uppdrag ingår försäkringsmedicinskt arbete. Utifrån gällande lagar och föreskrifter^{10 11 12 13} åligger det vårdgivaren att fullfölja uppdragen som innefattar bland annat kvalitet och säkerhet i utfärdandet av intyg inom hälso- och sjukvården, kompetensförsörjning i försäkringsmedicin till läkare och andra berörda professioner och att samverka med andra berörda myndigheter och aktörer, i sjukskrivningsärenden och andra försäkringsmedicinska frågor.

År 2008 togs en ny definition fram för försäkringsmedicin av Nationellt försäkringsmedicinskt forum. I detta forum ingick Sveriges Kommuner och Landsting, Försäkringskassan, SBU, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund:

"Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner".

Definitionen visar på det inbördes förhållandet mellan sjukvårdens och olika försäkringars uppdrag för individen och hur dessa påverkar varandra. Inom hälso- och sjukvården görs varje dag bedömningar inom det försäkringsmedicinska fältet. Försäkringsmedicinsk kunskap och förhållningssätt innebär att interaktionen mellan sjukdom och försäkring beaktas i samband med utfärdande av intyg/medicinska underlag och vid val av behandling och rehabilitering. Nytt- och skadeeffekter av t.ex. sjukskrivning ska övervägas och man ska utfärda intyg och utlåtanden med beaktande av verifierbarhet och försäkringars villkor. För att vården ska fullfölja sitt uppdrag krävs att personalen har kunskap om diagnostik, funktions- och aktivitetsbedömningar, rehabilitering, vetenskapliga aspekter, lagar, regler och praxis i samhället samt hur olika försäkringar kan påverka och påverkas av olika medicinska tillstånd. Samverkan med andra aktörer som exempelvis Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten, arbetsgivare och företagshälsovård ingår också. Patienten och dennes hela livssituation har en central roll i försäkringsmedicinskt arbete och i den samverkan som ska ske med andra berörda myndigheter och instanser.

De flesta län har en längre tid haft någon form av kommitté för arbetet inom sjukskrivningsområdet. Tidigare kallades de vanligen sjukskrivningskommittéer och bestod i huvudsak av läkare från olika discipliner. Successivt har detta förändrats efter att staten tillsatt stimulansmedel för utveckling av området. Allt fler landsting har nu kommittéer

⁹ Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård, 2009.

¹⁰ Hälso- och sjukvårdslagen

¹¹ Patientsäkerhetslagen

¹² Patientdatalagen

¹³ Socialstyrelsens föreskrifter

som benämns försäkringsmedicinsk kommitté och deltagare är inte enbart läkare utan även andra rehabiliteringsprofessioner ingår. I vissa län finns också representanter för Försäkringskassan m.fl. externa aktörer med i kommittén. Landstingens ledning för försäkringsmedicin och sjukskrivningsprocess leder ofta dessa kommittéer.

Rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan¹⁴, som infördes i sjukförsäkringen 2008, innebär att sjukskrivnas arbetsförmåga bedöms och prövas vid olika tidpunkter. Efter 90 dagar prövas arbetsförmågan mot ordinarie arbete och efter 180 dagars sjukskrivning mot hela arbetsmarknaden. Införandet av rehabiliteringskedjan har påverkat arbetet i hälso- och sjukvården bl.a. genom krav på snabbare tillgång till hälso- och sjukvårdens resurser. Den har dessutom gett ökat behov av nya intyg om sjukdom. Personer utförsäkras och får efter det en prövoperiod på Arbetsförmedlingen. Av dem som inte har möjlighet att återgå i arbetslivet kommer de flesta åter till sjukvården, för att få ny bedömning och intyg om sjukdom inför ställningstagande till pension.

Utveckling av samverkan

Utveckling av samverkan externt är som nämnts ovan ett av de nya målen i senaste årets överenskommelse mellan staten och SKL i sjukskrivningsmiljarden¹⁵. I ett regeringsuppdrag till Försäkringskassan som benämns ”Utvecklat samspel” är uppdraget främst att förbättra och utveckla samarbetet mellan de olika aktörerna inom sjukskrivningsprocessen på strukturnivå. Deltagare i detta arbete har hittills varit Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen. En första rapport från gruppens arbete lämnades till Socialdepartementet i maj 2013¹⁶. I svaret föreslås bl.a. fortsatt gemensam satsning, och med gemensamma incitament från staten, för ett utvecklat och mer strukturerat samarbete mellan samhällets aktörer omkring sjukskrivna personer och de som riskerar sjukskrivning.

En förbättrad sjukskrivningsprocess

Till Försäkringskassan har också lämnats ett uppdrag som har beröringspunkter med ”Utvecklat samspel” ovan, men till skillnad från den som handlar om strukturell nivå. är detta inriktat på att utveckla samverkan omkring kunden. En kartläggning har resulterat i en rad utvecklingsområden, både intern inom Försäkringskassan och i relation till vården. Bland annat ska Försäkringskassans handläggning differentieras för att hälso- och sjukvården ska kunna identifiera ”riskärenden”. Sjukskrivande läkare och arbetsgivare borde vara en mer naturlig del tidigt i en sjukskrivningsprocess.

Arbetsförmedlingens nya uppdrag

Arbetsförmedlingen har fått nya uppdrag, vilket bl.a. innebär att de ska delta aktivt i rehabiliteringskedjan och därigenom utöka sina insatser inom området. Arbetsförmedlingen ska också arbeta med etableringsinsatser för nyanlända. Regeringen har ålagt Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket och länsstyrelsen att tillsammans samråd med Sveriges Kommuner och Landsting utveckla och förbättra samverkan och samordning av ansvar och roller för socialt stöd samt landstingens medverkan i etableringsprocessen. Arbetsförmedlingen betonar att det behövs bättre

¹⁴ Försäkringskassan. Rehabiliteringskedjan, 2008.

¹⁵ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Sjukskrivningsmiljarden, 2013.

¹⁶ Försäkringskassan. Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, 2013.

samverkan och samarbete med hälso- och sjukvården vid planering och beslut om insatser för arbetssökande med funktionsnedsättningar.

Fyrpartssamverkan

En lag¹⁷ reglerar finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och landsting för att uppnå en effektiv resursanvändning. Ett samordningsområde kan omfatta en eller flera kommuner eller delar av kommuner. Insatserna inom denna samordning ska inriktas på personer som behöver samordnade rehabiliteringsinsatser och ska syfta till att de uppnår eller förbättrar sin arbetsförmåga.

¹⁷ Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

MATERIAL OCH METOD

Den planerade arbetsgången enligt ovan har i stora drag följts. Omfattande material har insamlats, se sammanställning i tabell 1. Data har insamlats med kvantitativ metod i enkäter. Erfarenheter om koordinatorfunktionen och effekterna av detta arbetssätt har insamlats med kvalitativ metod genom intervjuer. Kvalitativ metod ger en djupare förståelse för olika företeelser och lämpar sig väl för att studera erfarenheter och upplevelser¹⁸.

Patienter

Patienters synpunkter om koordinatorfunktionen beskrivs i en utvärdering genomförd i Västerbotten under åren 2006 – 2010¹⁹. I denna utvärdering besvarade 297 patienter enkäter i samband med att de träffade koordinator på sin hälsocentral. En uppföljande enkät sändes till dem efter tre månader (187 svar). Denna utvärdering presenteras separat i resultatavsnittet. Citat från patienter härrör till största delen från denna studie. Från intervjuer med koordinators, annan personal i landstingen och representanter från Försäkringskassan finns också utsagor från patienter och beskrivningar hur patienter uppfattar koordinatorfunktionen.

Koordinatorer

Författarna har deltagit vid nätverksträffar med koordinators från tolv landsting. Koordinatorerna besvarade en enkät med fasta frågor om vilka arbetsuppgifter som ingår i uppdraget (rehabgaranti, tidig bedömning, rehabteam, kontaktperson, tidbokning m.m.) och vilka arbetsuppgifter som de ansåg vara de viktigaste. Vidare ingick frågor om uppdragsbeskrivningen stämmer med de uppgifter som de faktiskt utför, om de anser sig ha stöd från närmaste chef, samt om tiden räcker för att utföra uppdraget.

Vid nätverksträffar fick koordinators i grupper diskutera kring kompetens och vilka kunskaper och egenskaper de anser vara viktiga för rollen. De fick också beskriva vilka faktorer de upplever som underlättande i arbetet som koordinator och vad de ser som hinder i sitt arbete. De diskuterade också erfarenheter av samarbetet med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare m.fl. Fem koordinators har intervjuats enskilt per telefon med samma enkätfrågor. Dessa koordinators valdes slumpvis utifrån listor. I en fokusgrupp intervjuades tio koordinators om sina erfarenheter av uppdraget.

Processledare

I samband med två processledarträffar har fokusgruppintervjuer genomförts med åtta processledare. Utöver dessa träffar har intervjuer genomförts, via telefon och personligen med ytterligare åtta processledare. De tillfrågades bl.a. om koordinators rekrytering och uppdrag, organisation av funktionen, hur de stöttar koordinators och om konsekvenser av arbetssättet.

Läkare

Fyra enskilda intervjuer med läkare samt en fokusgruppsintervju med fem deltagande läkare har genomförts. De ombads bl.a. beskriva sina erfarenheter av samarbetet med

¹⁸ Dahlgren L m.fl. Qualitative methodology for international public health, 2007.

¹⁹ Hörnqvist Bylund S, Edlund C. Västerbottens modell. Utvärdering av ett utvecklingsprojekt inom Sjukskrivningsmiljarden, 2011.

koordinatorer, om de arbetar i team och vilken kompetens en koordinator bör ha. Vi försökte komma i kontakt med några läkare som vi visste var negativa till teamarbete och arbete med koordinatorer, men de var inte intresserade av att intervjuas.

Verksamhetschefer på hälsocentraler

Enskilda intervjuer med sex hälsocentraler har genomförts. Frågorna gällde bl.a. koordinatorernas uppdrag, rekrytering av koordinatorer och deras erfarenheter av arbetssättet med koordinatorer.

Försäkringskassan

En fokusgruppsintervju har hållits med tre personer från Försäkringskassans regionledning inom en av landets fyra regioner. De tillfrågades om bl. a. samverkansrutiner, kontaktvägar och erfarenheter från arbetssättet med koordinatorer. Tre fokusgruppsintervjuer samt enskilda intervjuer har hållits med sammanlagt 19 personliga handläggare på Försäkringskassan. Handläggarna angav att de samlat in synpunkter från sina kollegor inför intervjuerna. Frågorna gällde bl.a. i vilka sammanhang de kommer i kontakt med hälso- och sjukvården, vilka erfarenheter de har av samarbetet med vården och deras erfarenheter av koordinatorfunktionen.

Arbetsförmedlingen

Fem arbetsförmedlare tillfrågades bl.a. om sina erfarenheter av samarbetet med koordinatorer i ett delprojekt²⁰.

Övriga

Intervjuer gjordes också med en forskare och en utbildare inom området. Frågorna till dessa gällde främst samverkan respektive koordinatorrollen.

Genomförande

Intervjuer i fokusgrupper och enskilt genomfördes under november 2012 till juni 2013 på plats som valdes av deltagarna. Intervjuerna varade mellan 45 minuter till tre timmar och utgick från olika intervjuguider beroende av informanter. Intervjuerna inleddes med att syftet med intervjun beskrevs och informanterna upplystes om att de uppgifter som framkom skulle hanteras konfidentiellt. Intervjuerna avslutades med att synpunkter som inte framkommit under intervjun efterfrågades. Intervjuerna spelades in och direkt efteråt skrevs spontana kommentarer ner av intervjuerna. Ordagrann utskrift av intervjuerna gjordes av forskarna själva samt av en person som inte deltagit vid intervjuerna.

Analys

Innehållsanalys, inspirerad av Lundman och Hallgren Graneheim²¹, har utförts på intervjuerna och på de öppna svarsalternativen i enkäterna. Analyserna har diskuterats fortlöpande i forskargruppen. Citat från informanterna redovisas för att förtydliga resultaten. De tre författarna har olika förståelse för området. Samtliga har erfarenhet av intervjustudier. Flera metoder har använts och utvärderingen har gjorts från flera perspektiv, med olika yrkeskategorier och med personal från olika myndigheter.

²⁰ Nordenberg J, Lundin S. Arbetsförmedlars erfarenheter av samverkan med andra myndigheter och vårdens rehabiliteringskoordinatorer, 2013.

²¹ Lundman B, Hallgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys, 2008.

Övriga frågor i enkäterna beskrivs med deskriptiv statistik. Vid redovisning av högsta och lägsta procentandelar, har landsting, där mindre än åtta personer svarat på frågan inte tagits med, men de ingår i beräkningen av totala värden.

Utvärderingar av koordinatorsfunktionen har utförts i flera landsting. Rapporter av mer omfattande karaktär redovisas. Vi valde att inte läsa dessa rapporter förrän efter sammanställning av studiens resultat.

Tabell 1. Redovisning av vilka landsting som besökts respektive kontaktats via telefon, hur kontakter med koordinatorsfunktioner och processledare skett, i vilka landsting processledare och koordinatorsfunktioner svarat på enkäter.

Landsting	Besök / telefonkontakt	Kontakter koordinatorsfunktioner	Kontakter processledning	Enkät svar processledare	Enkät svar koordinatorsfunktioner
Blekinge	Telefonkontakt	Enskild intervju	Enskild intervju	X	-
Dalarna	Besök	Koordinatorsträff	Enskild intervju	X	6
Gotland	Besök	Koordinatorsträff	Fokusgrupp	X	4
Gävleborg	Besök	Koordinatorsträff	-	X	7
Halland	Besök	Koordinatorsträff	Enskild intervju	X	34
Jämtland	Besök	Koordinatorsträff	Fokusgrupp	X	7
Jönköping	Telefonkontakt	Enskild intervju	Enskild intervju	X	-
Kalmar	Telefonkontakt	Enskild intervju	Enskild intervju	X	-
Kronoberg	Telefonkontakt	Enskild intervju	Enskild intervju	X	-
Norrbottnen	Besök	Koordinatorsträff Enskilda intervjuer	Fokusgrupp	X	16
Skåne	Besök	Koordinatorsträff	Fokusgrupp	X	19
Stockholm	Besök	-	Enskild intervju	X	-
Södermanland	Besök	Koordinatorsträff	Fokusgrupp	X	29
Uppsala	Besök	Enskilda intervjuer	Enskild intervju	X	-
Värmland	Besök	Enskild intervju	Enskild intervju	X	-
Västerbotten	Besök	Koordinatorsträff Enskilda intervjuer Fokusgrupp	Fokusgrupp	X	32
Västernorrland	Besök	Koordinatorsträff	Fokusgrupp	X	21
Västmanland*	-	-	Fokusgrupp	X	-
Västra Götaland	Besök	Koordinatorsträff	Fokusgrupp	X	24
Örebro*	-	-	-	X	-
Östergötland	Telefonkontakt	Enskild intervju	Enskild intervju	X	-
	Besök i 14 län och telefonkontakt med 5 landsting	11 koordinators-träffar, 1 fokusgrupp med 10 deltagare, 46 enskilda intervjuer	4 fokusgrupper med 20 deltagare från 9 landsting, 10 enskilda intervjuer med 1-2 deltagare	21 enkät svar	199 enkät svar

* Markerade län, dvs. Västmanland och Örebro, som uppgivit att de inte har koordinatorsfunktioner, har inte studerats vidare i detta projekt.

RESULTAT

Koordinatorer i primärvård för arbete inom försäkringsmedicin finns i alla landsting utom två. Koordinatorsfunktionen skiljer mycket dels mellan landstingen men även mellan hälsocentralerna inom många av landstingen.

Motiven för att börja med koordinatorsfunktion kan skilja mellan landstingsledning, processledning och verksamhetschefer, likaså mellan verksamhetschef och dennes medarbetare. Ledningspersoner framhåller de höga sjukskrivningstalen och hög belastning på läkare som de viktigaste motiven. Processledningar ser koordinatorsfunktionen som en ”förlängd arm” ut i verksamheterna för att på plats kunna arbeta med attityd- och organisationsförändringar.

Sjukskrivningsberget som vi hade, berodde delvis på att alla väntade på alla, och att man glömde bort patienterna. Vi ville ha en ordningsman i klassen, vars huvuduppdrag var att ingen tappades bort och att se till att det fanns en plan, att det inte bara rann ut i sanden (processledare).

Man framhåller också att vården går emot mer och mer specialiserade insatser även inom primärvården.

Det pratas om psykiatripersonal i primärvård. I en alltmer specialiserad tillvaro behövs det den här, jag skulle vilja kalla det för lots. Vi som personal inom vården kommer att vara duktiga på specialiserade områden, hela tiden/.../Jag skulle tippa att behovet av koordinators bara kommer att öka. Det ska gå snabbt, det ska vara effektivt. Vi kommer att ha färre resurser i sjukvården om tio år, därför att vi har alltfler äldre (processledare).

Verksamhetschefer framhåller även de den höga belastningen på läkare, som är ett bristyrke i nästan hela landet och speciellt i primärvården, som motiv för att pröva att arbeta med koordinator. Ju närmare patienten medarbetaren finns, desto större fokus ligger på patientens behov. Läkare, sköterskor och rehabiliteringspersonal framhåller behovet av att få en organisationsförändring i verksamheten där stödet till patienten ökar och där patientens behov tillgodoses oavsett om det rör sig om bedömning, vård, eller rehabilitering.

Resterande resultat redovisas i följande avsnitt:

- Landstingens organisation för koordinator
- Uppdragsbeskrivningar
- Innehåll i koordinatorsfunktionen
- Framgångsfaktorer och hinder för koordinatorsarbete
- Lämplig kompetens för koordinators
- Effekter av koordinatorsfunktionen

Landstingens organisation för koordinator

Som nämnts tidigare finns det många olika sätt för hur man organiserar arbetet med koordinators i landet. En av anledningarna är troligen att varje landsting har sin egen

organisationsstruktur för ledning av hälso- och sjukvården. I vissa landsting finns en sammanhållen grupp som hanterar frågor som rör sjukskrivning, förebyggande av sjukskrivning och medicinsk rehabilitering för människor i arbetsför ålder. I andra landsting är arbetsuppgifterna utspridda på många personer och enheter inom landstingsledningen. Försäkringsmedicin är det begrepp som många landsting börjar använda för detta ämnesområde. Koordinatorsfunktionen är i vissa landsting medvetet kopplat till försäkringsmedicin, men fortfarande har många landsting inte en klar struktur för detta arbete.

I de flesta landsting ersätts hälsocentralerna med medel från sjukskrivningsmiljarden för koordinatorsfunktion, vanligen baserat på antalet listade patienter. I några landsting utgår samma ersättning till alla hälsocentraler oberoende av patientantal, t.ex. ersätts 20 eller 40 procent av en heltidstjänst. I något landsting får hälsocentralerna ingen ersättning för uppdraget men landstingsledningen bekostar utbildningar inom området, och i vissa fall ersätts också enheten för att anställa vikarier för kursdeltagare. Flera landsting har skrivit in i hälsovalskraven att hälsocentralen ska ha en samordnare för sjukskrivna och ibland också arbeta med förebyggande arbete. Förhoppningen med detta är att hälsocentralerna ska fortsätta med funktionen, oavsett om medel finns från sjukskrivningsmiljarden. Dock har flera av processledarna i dessa län uttalat farhågor om stimulansmedlen dras in. De är övertygade om att tjänsten kan finnas kvar ”på papperet”, men att koordinatorsarbetet kommer att minska och så småningom dö ut om inte öronmärkta medel fortsätter. Redan idag ses att i de län där det inte ges ut direkta medel för tjänsten utan man lägger det på någon att utföra i sin ordinarie tjänst, till exempel som sjukgymnast eller sjuksköterska, så är det färre uppdrag som i praktiken utförs inom försäkringsmedicin.

Två huvudspår för rekrytering kan ses. Ett är att koordinatören väljs från ordinarie personal på enheten, och får då vanligen delad tjänst mellan sitt ordinarie arbete och koordinatorsfunktionen. En annan variant är en organisation där flera hälsocentraler delar på en heltidsanställd koordinator. Båda varianterna har för- och nackdelar. Det är ovanligt att koordinatorstjänster utannonseras, vilket troligen beror på att funktionen hittills vanligen bekostats med tillfälliga stimulansmedel.

De beskrivna fördelarna med att välja koordinator från den egna enheten är att denne redan ingår i arbetslaget, och är väl insatt i hälsocentralens verksamhet och kontext. För koordinator som delar sin arbetstid mellan sitt ordinarie arbete, som till exempel arbets-terapeut och som koordinator kan däremot innebära svårigheter att prioritera mellan uppdragen. Många har uttalat att de har lätt att låta ordinarie arbetsuppgifter ”ta över”. Avgörande i detta sammanhang tycks vara om de måste utföra koordinators-uppdraget inom sin ordinarie tjänst eller om de fått tillräcklig och speciellt avsatt tid för detta. Vilka arbetsuppgifter som innefattas i koordinatorsuppdraget i relation till den avsatta tiden påverkar hur väl man kan utföra dessa.

Några landsting har valt att tillsätta få koordinatörer i länet men som har uppdraget på heltid. De har i många fall ansvar för flera hälsocentraler. Antalet hälsocentraler är vanligen beroende på antal läkare och antalet listade patienter på hälsocentralerna. Detta är dock inte huvudorsaken i samtliga fall. Ibland har storleken på de medel landstinget avsatt för koordinatorsverksamheten påverkat hur många hälsocentraler koordinatören fått på sitt ansvar. Några av de intervjuade koordinatörerna, i två av de besökta länen,

har ansvar för sex - sju hälsocentraler vardera. Dessa hälsocentraler är dessutom belägna i glesbygd, vilket innebär att mycket tid går åt till resor. Läkare och verksamhetschefer på dessa hälsocentraler uppskattar tjänsten, men anser att omfattningen är alltför liten. Koordinatören finns sällan på deras hälsocentral och uppfattas inte som en del i arbetslaget. Läkare påtalar att det är svårt att komma ihåg ärenden till koordinatören under den korta tid som denne finns på arbetsplatsen.

Med det stora området koordinatören har nu, det är ju klart när hon inte är på plats så tänker man inte på henne alla gånger. När man har funktionen på plats så nyttjar man den på ett annat sätt, man fikar och pratar och man kvistar in. Är man längre ifrån glömmar man (verksamhetschef).

Man har ju en massa ärenden i huvudet som man kommer på när man ser henne, det blir ju annat när hon inte är här (läkare).

Uppdragsbeskrivningar

Alla landsting har någon form av uppdragsbeskrivning för koordinatörerna. Ambitionerna i landstingens uppdrag till enheterna skiljer mycket. Uppdragsbeskrivningarna är i regel mycket omfattande. Vid jämförelse mellan uppdragsbeskrivningen och vad koordinatörerna anger vara de tre viktigaste arbetsuppgifterna finns diskrepanser i flera landsting. På en enkätfråga till koordinatörerna om uppdragsbeskrivningen stämmer med vad de i praktiken gör, svarar 22 procent att deras arbetsuppgifter och uppdragsbeskrivningarna inte stämmer. På många hälsocentraler görs dessutom egna uppdragsbeskrivningar och det förekommer att dessa inte stämmer med landstingets centrala uppdragsbeskrivning, t.ex. kan hälsocentralen ha tagit bort uppdrag från den centrala beskrivningen. I några landsting har man skrivit en kortform av uppdragsbeskrivningen som inte överensstämmer med originalet.

I vissa uppdragsbeskrivningar finns flera nivåer med ”skall”, ”bör” och ”kan”. Några landsting har i sin uppdragsbeskrivning detaljstyrt koordinatörens arbete, t.ex. att koordinatören ska se till att patienten skriver på samtyckesblanketten, eller att koordinatörerna ska avsätta tid för administrativa sysslor. I några uppdragsbeskrivningar blandas kunskapskrav med arbetsuppgifter. Några landsting har angivit kring vilka patienter koordinatörerna ska koncentrera sina insatser, t.ex. nysjukskrivna, långtidsjukskrivna eller förebyggande verksamhet. I några uppdragsbeskrivningar framgår vilka professioner koordinatörerna ska samverka med i sjukskrivningsfrågor, som t.ex. att utveckla sjukskrivningsrutiner tillsammans med verksamhetschef och läkare eller att en central uppgift för koordinatörer är stödet till läkare. I några uppdrag ingår också att koordinatören ansvarar för villkor i sjukskrivningsmiljarden, bl.a. jämställd sjukskrivning. Det kan också framgå att koordinatören ska delta i processledningens möten och utbildningar.

En del koordinatörer anger att de, när de startade med uppdraget inte fick information om vad som förväntades av dem. Uppdragsbeskrivningarna är inte kända för alla koordinatörer, deras kollegor eller för samverkande aktörer. De beskriver också att flera arbetsuppgifter läggs till allteftersom.

Generellt kan sägas att uppföljningar av koordinatorfunktionen inte gjorts i den omfattning som är lämpligt. Flera verksamhetschefer har nämnt att de inte har fullständig kontroll över vad pengarna från sjukskrivningsmiljarden som enheterna får för koordinatorsuppdraget går till, men att de flesta har planer på att ”styra upp detta”. Andra processledare anger däremot att de regelbundet går igenom avtal och uppdrag på enheterna tillsammans med koordinatorschefer, verksamhetschefer och ibland läkare med särskilt ansvar inom försäkringsmedicin. I landsting där koordinatorfunktionen ingår i vårdvalet tillfrågas processledningen av revisorerna om vilka frågor som ska ställas till verksamheterna.

Där har vi lyckats. Fått vara med och skrivit in i regelboken och faktiskt fått med vad vi har tyckt skulle vara med. Sen har vår hälsovalschef förankrat och fått politiskt beslut på det. Det står att det ska finnas rehabteam med de och de kompetenserna (processledare).

Innehåll i koordinatorfunktionen

De uppgifter som koordinatorerna utför kan beskrivas på olika sätt. En variant är mer kvantitativ. Via enkät till de koordinatorschefer som deltog i koordinatorsträffarna erhöles en variant av svar som redovisas i tabell 2. Spridningen är stor mellan landstingen i fråga om vilka arbetsuppgifter koordinatorerna har, vilket syns i högsta och lägsta värde mellan landstingen.

Tabell 2. Andel, %, av koordinatorerna som utför olika arbetsuppgifter enligt enkätsvar från elva landsting.

Arbetsuppgifter	Andel %	Antal svar	Högsta och lägsta andel
Sjukskrivningsprocessen	89	197	65-100
Rehabiliteringsgarantin	83	188	63-100
Tidig bedömning tillsammans med läkare	54	180	41-83
Leder rehabteamet på enheten	68	191	21-90
Leder beredningsgrupp/team med interna + externa parter	48	178	11-81
Bygger kontaktnät med övriga aktörer	89	190	61-100
Fungerar som patientens kontaktperson/coach	74	183	50-95
Fungerar som teamets "tidbokare"	69	178	41-84

Det andra sättet att redovisa vilka uppgifter som utförs är att använda de beskrivningar av arbetsuppgifterna som framkommit i intervjuerna. I figur 1 beskrivs uppgifterna som ett kontinuum, eller en steg, där i ena änden finns de koordinators som endast arbetar med tidbokning, till andra änden där koordinators arbetar med hela spektret av arbetsuppgifter som utkristalliserats. Ett mindre antal koordinators har den översta respektive nedersta grupperingen av arbetsuppgifter. Efter figuren följer kortfattade beskrivningar av de olika uppdragen/arbetsuppgifterna.



Figur 1. Beskrivning av arbetsuppgifter som vanligen ingår i koordinatorsuppdraget enligt enkäter och intervjuer med koordinators.

Kortfattade beskrivningar av de olika uppdragen/arbetsuppgifterna

Tidbokare

Oftast en medicinsk sekreterare eller mottagningsköterska som bokar tider för patienter, egen personal och externa aktörer till olika planeringsmöten som t.ex. rehabiliteringsmöten (interna och med externa aktörer) eller avstämningsmöten. Fasta mötestider finns vanligen inte, eller man har inte fått ett sådant system att fungera.

Organisatör

Denna koordinator har ett mer omfattande ansvar att tillsammans med verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare (alternativt läkare med försäkringsmedicinskt uppdrag på enheten) lägga upp interna riktlinjer för försäkringsmedicinskt arbete på enheten och att se till att dessa följs, och utvecklas vid behov. Har ofta nära kontakter med landstingets processledning. Vanligen är detta en person med rehabiliteringsutbildning som arbetsterapeut eller sjukgymnast, men kan också vara en sjuksköterska med specialkunskap inom rehabilitering och försäkringsmedicin.

Rådgivare och kunskapsförmedlare

Har mer kunskap om försäkringsmedicinskt arbete och om landstingets organisation än som är vanligt hos andra på enheten. Kan genom detta vara rådgivare till sina medarbetare om försäkringsmedicinska frågor och även i viss mån till andra rehabiliteringsaktörer genom sin kunskap om vårdens organisation och uppdrag. Oftast är detta en person med rehabiliteringsutbildning.

Kontaktperson till andra rehabiliteringsaktörer i samhället

Enhets kontaktperson när det gäller sjukskrivning och därmed följande rehabilitering. I vissa fall är koordinatören enbart kontaktperson till Försäkringskassan, i andra fall kontaktperson med ett vidare perspektiv, som kontakt och samarbete med andra enheter inom vården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunens socialtjänst, arbetsgivare och företagshälsovård. Koordinatorerna arbetar inte med de sjukskrivna förutom när de tas upp i bedömningsgrupp.

Kontaktperson och coach till sjukskrivna

Ett uppdrag för denna koordinator är att ha inledande och uppföljande kontakter med patienter som är sjukskrivna. Denne blir ofta en form av kontaktperson och coach för patienten, både i kontakter med vården och med andra rehabiliteringsaktörer. Koordinatören blir också ofta samtalsstöd till patienten. Detta är oftast en person med rehabiliteringsutbildning och lång erfarenhet av patientarbete.

Kontaktperson och coach till sjukskrivna och patienter med risk för sjukskrivning

Denna koordinator har ett utökat uppdrag jämfört med ovanstående. I uppdraget ingår både arbete med sjukskrivna och med personer där risk uppmärksammats av läkare, andra medarbetare eller andra rehabiliteringsaktörer, med andra ord ett förebyggande arbete. Här är huvudsyftet att hjälpa patienten att få de behov tillfredsställda som gör att denne kan stanna kvar i arbetslivet. Åtgärderna kan vara såväl rehabilitering inom vården eller i många fall med kontakter med arbetsgivare eller andra aktörer. Det kan också innebära utredning om privatlivet har påverkan på patientens möjligheter att arbeta, samt att vara samtalsstöd till patienten. Denna koordinator upplevs som en bra samverkanspartner till bland andra Försäkringskassans personliga handläggare som har samordningsuppdraget. Koordinator med detta uppdrag har oftast en rehabiliterings-

utbildning som bas och omfattande vana vid arbete med utredningar, behandlingar och andra insatser för patienter.

Ledare internt rehabiliteringsteam

Detta uppdrag innebär att vara ledare för det interna rehabiliteringsteamet och om detta saknas, starta upp sådant team. Denna koordinator har oftast rehabiliteringsutbildning eller annan vårdutbildning med rehabiliteringskunskap och kan dessutom ha ledarskapsutbildning. I det interna teamet ingår vanligen koordinator, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog, om sådan finns på enheten, läkare (med försäkringsmedicinskt uppdrag och/eller patientansvarig läkare). Mottagningsköterska eller distriktssköterska ingår i vissa team.

Ledare/organisatör för internt team för arbete med patienter i rehabiliteringsgaranti

I en del landsting har man organiserat arbetet med rehabiliteringsgaranti så att det på varje hälsocentral finns ett team som gör en inledande bedömning. Vanligen ingår bedömarna i enhetens rehabiliteringsteam. På ett antal hälsocentraler utförs även insatserna inom rehabiliteringsgarantin. På mindre enheter är det ofta koordinatören som leder rehabiliteringsteam, bedömningsteam och som också har ansvar för organisation och ledning av det team som arbetar med rehabiliteringsinsatserna. I vissa län och/eller på vissa hälsocentraler är uppdraget för koordinatören enbart att vara organisatör för patienter som ingår i rehabiliteringsgarantin.

Bedömare av individens behov

Dessa arbetsuppgifter ingår i koordinatorsuppdraget om koordinatören har uppdraget att arbeta direkt med patienter och har de kunskaper som krävs för att kunna göra en kartläggning och första behovsbedömning samt ge förslag för intern rehabiliteringsplan. Dessa koordinatörer deltar oftast också i planläggning tillsammans med patient och enhetens bedömnings-/rehabiliteringsteam samt med andra rehabiliteringsaktörer.

Rådgivare till läkare om intygsskrivning

Koordinatorer som har omfattande kunskap om försäkringsmedicin, tillika bedömning av funktion och aktivitet, kan vara ett värdefullt stöd till läkare vid diskussioner om sjukskrivning och ifyllande av läkarintyg för detta ändamål. Detta är företrädesvis koordinatörer med professionen arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Organisatör av internutbildningar i försäkringsmedicin för medarbetare

Vissa koordinatörer som har uppdrag att organisera det försäkringsmedicinska arbetet har också till uppgift att se till att medarbetarna får den utbildning inom området som de har behov av. Ofta genomförs utbildningen av landstingets processledning för försäkringsmedicin alternativt upphandlade utbildare. Det förekommer också att koordinatörer själva genomför utbildning för sina medarbetare. Det kräver då en koordinator med mer omfattande kunskaper inom ämnesområdet.

Nedan beskrivs några arbetsuppgifter som inte finns med i figur 1. Därutöver finns det sannolikt ytterligare uppgifter som inte berörs i rapporten, men som utförs av enskilda koordinatörer.

Många koordinatörer fungerar som en ”förlängd arm” för landstingets processledning, som ”bärare” av kunskap om försäkringsmedicinsk utveckling och rehabilitering inom ämnesområdet till verksamheterna. Detta förekommer främst i de landsting där

kontakterna och stödet mellan landstingets processledning och koordinatorena byggs upp väl. Dessa koordinatörer medverkar i många fall också i enheternas verksamhetsuppföljning och rapportering om enhetens arbete inom försäkringsmedicinen tillbaka till landstingsledningen.

Att ta fram, bearbeta och analysera sjukskrivningsstatistik finns med i den nationella överenskommelsen för sjukskrivningsmiljarden. Det är en viktig uppgift av flera anledningar. Statistik med listor av sjukskrivna patienter på hälsocentralen tas fram kontinuerligt och fungerar som ett underlag för planering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet. Det är stora variationer om i vilken omfattning koordinatorena arbetar med statistik. Vissa koordinatörer tar enbart fram listor med sjukskrivna, medan andra även bearbetar och analyserar statistiken. Som regel genomförs den mest avancerade statistikanalysen av koordinatörer inom modellen ”Spindeln i nätet” som beskrivs nedan.

Vanligt förekommande modeller av koordinatorsuppgifter

Variationen är stor hur arbetet med att organisera koordinatörer ser ut i olika landsting som nämnts tidigare. Det är svårt att utkristallisera grupper som är organiserade på ett fullständigt likartat sätt. Nedan görs ett försök att presentera de vanligaste grupperingarna av arbetsinnehåll i fyra modeller. Varje modell är inte renodlad, dvs. alla landsting passar inte in exakt i någon modell. Dessutom finns det varianter inom varje modell.

Administratören

Administratören är framför allt tidbokare av möten av olika slag. Här har ledningen ambitionen att få till kontinuitet i teammöten. Om det är en medicinsk sekreterare som har koordinatorsuppgiften ligger oftast tonvikten på att skapa en fungerande logistik för mötena medan andra professioner kan ha mer omfattande arbetsuppgifter. Dessa koordinatörer kan vara kontaktpersoner till Försäkringskassan. Det kan också förekomma att koordinatören tar fram viss statistik över enhetens sjukskrivningar, men det är inte regel. I den här gruppen är det vanligt att koordinatören inte presenterar sig som koordinatör och har vanligen inte heller någon direkt patientkontakt.

Kontaktpersonen

Koordinatören arbetar med de uppgifter som ”Administratören” utför, men har dessutom andra uppdrag. Denna koordinatör kan vara kontaktperson förutom till Försäkringskassan även till Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och ibland också till arbetsgivare. En viktig uppgift är att sköta kunskapsförmedling och rådgivning till såväl medarbetare på den egna enheten som till andra aktörer. Är kontaktperson till sjukskrivna och presenterar sig vanligen som koordinatör. Tar fram statistik över enhetens sjukskrivna. Ingår i nätverk av koordinatörer för gemensam vidareutbildning.

Coachen

Coachen utför i regel samma uppgifter som ”Kontaktpersonen”, men med tillägg av ytterligare uppdrag. I stödet till sjukskrivna och andra patienter kan även förebyggande arbete ingå. Har i regel rehabiliteringsutbildning och kan, för att få möjlighet att nyttja den fullt ut, delegera uppgifter till andra på enheten t.ex. att ta in statistik och boka tider. Arbetar mer med bearbetning och analys av statistik över sjukskrivna än vad ”Kontakt-

personen” gör. Hjälper till att kartlägga individens rehabiliteringsbehov och verkar för att upprätta rehabiliteringsplan och dokumentera denna.

Spindeln i nätet

Arbetar med ”Coachens” arbetsuppgifter men i ännu högre grad och har dessutom fler uppgifter. Är inte bara kontaktperson till andra aktörer utan kan snarast ses som samarbetspartner till dessa. Verkar för ett gemensamt synsätt på hälsocentralen och arbetar aktivt för att starta och driva internt rehabiliteringsteam. Är oftast ledare även för externt rehabiliteringsteam. Kan ha ansvar för utbildningsplanering inom sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsområdet på enheten. Arbetar i fördjupad grad med bearbetning och analys av statistik över sjukskrivna. I många fall arbetar dessa koordinators med att hjälpa läkare att höja kvaliteten på läkarintygen. Inom denna grupp är det vanligare än i andra grupper att koordinatorena deltar i verksamhetsplanering och uppföljning på enheten och är något av processledningens förlängda arm.

Lämplig kompetens för koordinators

Egenskaper

Koordinatorerna tillfrågades vilka egenskaper som är värdefulla i deras arbete. Uthållighet och självständighet nämndes av många och beskrevs som att ”kunna jobba i motvind”, ”ha skinn på näsan” och ”ha tålamod”. Detta innebär också att de ska vara drivande, handlingskraftiga och initiativrika och kunna ha många bollar i luften.

Det är inte ett lätt jobb det här, det är mycket jobb och mycket tålamod (koordinator).

Jag tror att man ska vara ödmjuk, man ska vara bra på att lyssna på andra men samtidigt ska man vara ganska bestämd /.../Man får inte vara en person som har lätt att ta åt sig för det kan bli mycket negativt ibland /.../ja man ska vara stålkvinna egentligen (koordinator).

Har man ledaregenskaper så flyter det ju i teamet bättre, det blir starkare team (koordinator).

Förmåga att organisera nämndes också av de flesta koordinators. Uppdraget kräver administrativ skicklighet. Andra viktiga egenskaper är att de ska vara lyhörda och inlyssnande och kunna avgränsa sig och kunna säga nej.

Du ska gilla administration. Gillar man inte det blir det här väldigt svårt. Statistik, siffror, rapporter, dokumentation. Du ska gilla att vara spindeln i nätet (utbildare).

Sen måste man ju ha väldigt mycket tålamod och en stor portion empati, och kunna förstå och lyssna in patienterna. Ta dem på allvar. Det finns många delar, men förståelsen är viktig för att skapa ett förtroende (koordinator).

Samarbetsförmåga, att kunna skapa kontakter och nätverk, liksom social kompetens är också viktiga egenskaper.

Förmågan att entusiasmera patienten lite och för en själv också som en liten idéspruta. Det här är ju oftast en lite tyngre bit av ens arbete och just det här att vi inte har tid så är det jättebra om en person kan entusiasmera både doktorn och patienten (läkare).

Koordinatorn bör också vara flexibel och förändringsbenägen, kunna se möjligheter, ha fantasi och vara problemlösare. Att kunna stötta och motivera patienten till förändring, att ta vara på patienters resurser, att ha ett coachande och lösningsfokuserat arbetssätt nämndes.

Att de känner att man är på deras sida för annars får man inte med dem för de mår väldigt dåligt. Speciellt de som har haft dålig erfarenhet med kontakten med Försäkringskassan av en eller en annan andledning så är de tacksamma av den här kontakten (koordinator).

Motiverande. Lite beteendevetarkunskap. Erfarenheter kring att kunna möta människor. Fingertoppskänsla, att kunna ta dem på rätt, möta dem där de är. Det ingår ju i vårt jobb också, att möta dem där de är. Jag tror det är väldigt viktigt vem den där personen är till sättet (försäkringskassehandläggare).

Flera har beskrivit risken att koordinatorn tar på sig en alltför stödjande roll och inte låter patienten klara sig själv.

Inom vården, när man utbildar sig till sköterska, läkare är fokus på att ta hand om folk. /.../ En koordinator får aldrig arbeta curlande för andra (utbildare).

Andra beskriver att de är nogna med att patienten i möjligaste mån ska klara sig själv.

Jag lägger ansvaret på patienten. De kan ringa om allt möjligt men det gäller att man kan säga ifrån. Man ska prata om de här sakerna och lägga över ansvaret på dem /.../ De vill ha kontakt med Försäkringskassan, men varför ska jag ringa? Det gör jag bara om jag märker att de mår väldigt dåligt och knappt kan prata med mig (koordinator).

Kunskaper

Koordinatorerna och andra tillfrågades vilka kunskaper de betraktar som viktiga för att klara av uppdraget på ett bra sätt. Försäkringsmedicinska kunskaper nämns av de flesta.

Regelverket kring kassans bit är kanske de viktigaste, att kunna det systemet för annars går det hemska fel. Det är omöjligt som doktor att hålla rätt på. Koordinatorn når folk lätt på kassan /.../ Jag tycker det är en oerhörd fördel att man ha någon som jobbat på kassan eller i alla fall kan deras system oerhört väl. Medicinska kunskaperna behöver inte alls vara stora. Det är bra om man vet någorlunda men man behöver inte alls vara högt utbildad medicinskt (läkare).

Omvärldskunskap är ytterligare ett område som bedöms som viktigt. I detta inbegrips regelverk, arbetssätt, struktur och kultur, ansvar och roller och kontaktvägar till externa samverkanspartners.

En koordinator som förstår uppgiften, kan regelverket och förstår konsekvenserna av det. Förstå Försäkringskassans och Arbetsförmedlingen roll. Förstår arbetsgivarens roll. Förstår var vården kommer in i det hela. Vem som gör vad. Hur nyttjar vi resurserna på bästa sätt? Vad har den här individen behov av? (utbildare).

Det är viktigt att koordinatören har god kunskap om den egna organisationen och känner till andra professioners kunskaper och uppdrag, vilka behandlingsalternativ som finns och interna rutiner.

Tydligt kunna se, var slutar jag och var börjar nästa kompetens. Förstå vad är det läkaren gör, vad gör sjukgymnasten. Ha förståelse för alla utan att vilja gå in och göra deras jobb. Ju tydligare man kan avgränsa sin egen roll, och beskriva den, desto tydligare blir det för andra att se nyttan av den och förstå den (utbildare).

Vidare nämns kunskap om vilka åtgärder som kan förväntas från andra aktörer, liksom kunskap om under vems ansvar respektive fråga ligger. Medicinsk kunskap och vård-erfarenhet, liksom rehabiliteringskunskap är också centralt, t.ex. kunskap om vem som gör vad i processen, kunskap om sjukskrivningsprocessen och rehabkedjan, kunskap om aktivitet och funktionsbedömning. Åsikterna går isär huruvida professionen är av betydelse för att arbeta som koordinator.

Det är inte avgörande om man är sjukgymnast, arbetsterapeut osv. Mer betydelse har om man tycker om uppgiften, att koordinera och samordna aktiviteter. Du är lite av en projektledare. Du ska gilla att starta igång saker och köra dem i hamn (utbildare).

De (FMR-gruppen) som har kommenterat det föredrar arbetsterapeuter. De (arbetsterapeuterna) är ju vana att hitta folks förmågor, har en djupförståelse för den typen av problematik, och har kanske lättare att ta till sig detta med åter i arbete /.../Det är den yrkesgrupp som ligger närmast, men sen säger de också att det är väldigt individuellt, personbundet (samordnare för FMR).

Att kunna arbeta i team, att samordna olika aktörer är viktigt, liksom kunskap om samtalsmetodik och kommunikation.

Det spelar nog inte så stor roll vad man har för profession, utan du ska ha en viss auktoritet, du ska vara accepterad utav både läkare och övrig personal och chef. Och att man har ett bra sätt att kommunicera och koordinera. Det är det som är viktigt. Sen spelar det inte så stor roll vad du har för baskunskap, för det går att lära sig (processledare).

Framgångsfaktorer och hinder för koordinatorsarbetet

Koordinatorer tillfrågades i enkäter och vid intervjuer om vad de betraktar som interna framgångsfaktorer och hinder i sitt uppdrag. I stort sett samma faktorer nämndes som stödjande och hindrande för arbetet som koordinator. Samma faktor kan, beroende på hur den hanteras, främja eller hindra uppdraget.

Stöd från chef

Den avgjort vanligaste faktorn som anges som en påverkansfaktor är chefens stöd. Chefsstöd i den egna verksamheten är en förutsättning för ett gott koordinatorsarbete. En engagerad chef som backar upp underlättar mycket. Chefen ska tydligt presentera uppdraget inför övriga personalen, vilket förutsätter att denne vet vad koordinatorsfunktionen innebär.

Man måste ha en ledning som är för det här och backar upp det. Att man får cheferna att förstå, att det är nånting nytt, då behövs det stöd. Jag måste ha med cheferna, för det är deras uppgift. Jag har lyckats, tack vare chefer (koordinator).

Acceptansen från hemmakontoret. De bekräftar att jag kan gå de här utbildningarna, har tid att sätta mig ner och göra det här, när man ska ta ut statistik eller vad det nu är (koordinator).

Koordinatorerna efterfrågar chefer som prioriterar rehabiliteringsfrågor och ser nyttan i funktionen koordinator och ger stöd i ord och handling.

Om chefen ser nytta med det hela och att det är värdefullt för personalen att avsätta tid för det här. Att det generar något i slutändan. Både för patienten och i vårdkonsumtion i sjukskrivning och kostnader överlag, att det faktiskt generar till en positiv effekt (processledare).

Chefer som ser vinsterna med att jobba såhär, ser vinsterna i stort, pratar inte om pengar och det känns ju jättepositivt. En bra chef som är med på tåget (koordinator).

Å andra sidan beskrivs erfarenheter av bristfälligt engagemang och stöd från verksamhetschefen. Koordinatorer framhåller att engagemanget från chefen minskar om man inte drar in pengar.

Ledningen blir väldigt intresserade när det kommer till utfallet i ekonomi. Då får vi väldigt mycket klappar på axeln, men därutöver, exakt hur vi agerat har de varit mindre intresserade av (processledare).

Verksamhetscheferna måste ta sitt ansvar som arbetsgivare.

Det är koordinatorerna som gör det. Vi har ju styrt koordinatorerna med järnhand från processledningen, men hur för man över det här till verksamhetscheferna? Det är dit vi måste nu. Så det är vårt stora jobb, att få det här att verksamhetscheferna tar ansvar för det. Jag tror inte att det är så enkelt (processledare).

Flera har påtalat att verksamhetscheferna utgår från att arbetsgivaransvaret ligger hos respektive processledning, centralt i landstingen. Det förekommer även att ansvaret för externa samverkansfrågor överförs på koordinatören. Det understryks att verksamhetschefer, koordinatörer och övrig personal ska tillsammans gå igenom uppdragets omfattning och vilka arbetsuppgifter som ligger på koordinatören.

Det är ju ganska svårt att ha detaljerade beskrivningar. Jag tycker att det är viktigt också att inte vi lägger det för tydligt i verksamhetschefens hand. Verksamhetschefen måste också ta ansvar för att den här resursen ska kunna verka. Att vi inte tar över någon typ av arbetsledning. Vi ger målbilderna, det är det här som är det viktiga. Sen måste man på enheten ta ansvar för hur det ska gå till. Jag tycker det är svårt att centralt styra i detalj /.../Vi pratar mer om vart vi ska nå, vilka hinder det finns längs vägen och hur överkommer man hindren (processledare).

Tid för uppdraget

En annan viktig påverkansfaktor är tillgång till tid. Den ständiga tidsbristen gör att sjukskrivningsfrågor prioriteras lågt och annat än sjukskrivningsfrågor prioriteras, t.ex. vaccineringsfrågor eller annat från period till period.

Ett hinder är ju att primärvården ska snart göra allting med inga mer resurser, vilket påverkar det här jobbet (koordinator).

Primärvården är pressad, personalen är överbelastad och alla har ”fullt upp”. Det är svårt att hitta mötestider för teamträffar då alla berörda kan vara med.

Får inte tid att informera; Det beror lite på svårigheter på arbetsplatsen. När man har arbetsplatsträff och man ska berätta om det här får man bara en liten stund (koordinator).

Väntetider för patienter för undersökningar och till specialist är långa. Det stora trycket på läkartider innebär svårigheter för koordinatörerna att boka in möten. Tidsbrist medför att det blir svårt att upparbeta nya rutiner och arbetssätt. En tredjedel av koordinatörerna anger att de har för lite tid för uppdraget. Koordinatorerna beskriver en pressad arbetssituation och neddragningar av paramedicinsk personal, vilket innebär att deras uppdrag kommer i andra hand.

Det är ju det som är det negativa. Där man ser att man har inte sina 40 % för uppdraget, utan det äts upp av ordinarie verksamhet. Det är där det är negativt och det är ju där vi vill komma åt det här, lite mer kontroll, mer styrning (processledare).

Koordinatorer uppges ha slutat för att de inte får tid för uppdraget i kombination med sitt vanliga uppdrag. Införandet av arbetssättet har tagit tid och koordinatörerna anger att cheferna inte känner till hur tidskrävande uppdraget är. Koordinatorer som sköter sysslan inom sin ordinarie tjänst upplever sig ifrågasatta, eftersom produktionssiffrorna sjunker den tid deras arbetsuppgifter utförs, t.ex. vid möten med Försäkringskassan eller när de deltar i utbildningar.

Tydligt uppdrag

Det är nödvändigt att koordinators uppdrag är accepterat och förankrat i verksamheterna. Alla kollegor och medarbetare ska känna till och ha förståelse för koordinators uppdrag och arbetsuppgifter. Att få rollen som koordinator att flyta in i den etablerade verksamheten och dess inarbetade rutiner underlättas av ett tydligt uppdrag och positiva medarbetare som stöttar. I flera landsting beskriver andra professioner att koordinatorena har presenterat sig och gjort reklam för sitt uppdrag.

Andra professioner är införstådda, de vet att det här är en del i min anställning (koordinator).

Det är också av största vikt att koordinatören har mandat för uppdraget. Många koordinatörer beskriver dock bristande intresse från motsträviga kollegor som inte ser syftet med rollen och fördelarna av arbetet. Koordinatörer upplever aktivt eller passivt motstånd av medarbetare. Det är känt att det kan ta tid att befästa en ny funktion, och få medarbetarna att se nyttan av den. Okunskap om vad koordinators tid går åt till kan leda till missförstånd.

Att ses som en resurs. Somliga medarbetare är mer öppna än andra för att se mej som resurs. Men det är lite svårt att få med alla aktörer på banan för att alla har ju så mycket (koordinator).

Osäkerhet på vilket sätt jag ska utöva uppdraget. Ska jag gå in och korrigera, instruera andra yrkesgrupper i sjukskrivningar? Ska jag jobba mer inriktat mot patienten, stötta, driva? Vilket mandat har jag? Skrivna planer inom projektet är inte alltid lätta att jämkna in i en pressad verklighet på hälsocentralen (koordinator).

Drygt 70 % av koordinatorena anger att deras uppdragsbeskrivning stämmer med arbetsuppgifterna. Ett tydligt, väl förankrat uppdrag är viktigt för den som ska utföra uppdraget.

Fast egentligen har jag aldrig sett nån beskrivning men tagit över från annan koordinator och fortsatt i samma anda som tidigare varit (koordinator).

Många beskriver uppdragsbeskrivningarna som alltför övergripande, diffusa och tolkningsbara. På vissa hälsocentraler har, utifrån koordinatorens kompetens och verksamhetschefens önskemål, utformats lokala, konkreta uppdragsbeskrivningar när de centrala uppdragsbeskrivningarna uppfattats som alltför stora och vida.

Första tiden var jag väldigt snurrig i min roll som koordinator, jag visste inte vad det var att vara koordinator /.../ Jag har varit jättevilsen, från dag ett. Jag har inte vetat riktigt vad jag ska göra, vad som har varit mål så att säga /.../ Jag visste inte vart jag skulle börja, men sen så bestämde jag mig för att bara jobba med team (koordinator).

För dem som har flera arbetsplatser kan uppdraget skilja mellan de olika hälsocentralerna. För koordinatörer som delar koordinatorssysslan med ett arbete som t.ex. distriktssköterska är tydlighet i rollen också viktigt, med tanke på att koordinators-

funktionen inte ska inkräkta på sedvanliga arbetsuppgifter, eller tvärtom. Vanligt är att uppdraget växer med tiden och det tillkommer arbetsuppgifter under tidens gång, både från region och från enhetschef. Ständiga utvärderingar och uppdateringar behövs. Koordinatorerna vill ha hjälp att prioritera, eftersom den avsatta tiden är begränsad.

Fungerande team

För många av koordinatorerna är det tydligt uttalat att de ska arbeta för att teamarbete utvecklas och underhålls. I vissa landsting är det koordinatorernas huvuduppgift. Förtroende, kontinuitet och tillit till varandras kunskap är framgångsfaktorer, liksom att personalen har viljan att samverka kring patienten, trivs med teamarbete och ser fördelarna av detta sätt att arbeta. Somliga koordinatorer beskriver stabila, fungerande team, där olika professioner ingår utifrån behov, med regelbundet återkommande möten och aktiva deltagare. Intresset för att arbeta i team är dock skiftande, även inom landstingen.

Samtliga våra koordinatorer har bra med mandat och stort förtroende i verksamheten och de används till mycket. De har egna tider på arbetsplatsträffar, t.ex. för viktig information. Och de har ju mer eller mindre bra förutsättningar att jobba med team. De har bra förutsättningar för intern samverkan, i det stora hela. (processledare).

Det beskrivs även ointresse och misstro gentemot arbete i team eller att teammedlemmar inte respekterar varandras kompetens och tid. Koordinatorer är besvikna över att personalen inte ser nyttan med teamarbete och att de inte kommer vidare i utvecklingen, utan upplever problem med att skapa och upprätthålla rehabteam.

Man får kämpa för att få komma in och det är så mycket energi som tas bara av de att jag ska kämpa mig in där. Får jag komma och ha team? Har ni tid med mig? (koordinator).

Vi kommer in lite sent /.../Då har läkarintyget INTE gått igenom och så sitter vi på möte med Försäkringskassan – ”det står ju så lite här! (i läkarintyget). Vi kunde ha gjort så mycket mer. Det finns bedömningar från sjukgymnast, arbetsterapeut, samtalsterapeut. Där är nåt glapp, om man inte inser att man kan fråga om det (koordinator).

Man tycks inte ha vanan att jobba i team i primärvården. Framst är det läkare som tycks ha svårigheter att se vinsten med arbetssättet och inte ser teamet som en resurs.

Det här med att jobba i team har varit explosivt. Alla distriktsläkare är inte riktigt bekväma med att behöva dela sin professionella situation med andra (processledning).

Det kan också vara svårt att se en tydlig, direkt vinst av att ta upp patienten i teamet.

Teamarbete är inget som ”betalar sig”. Att t.ex. flera aktörer sitter en viss tid för att diskutera patientärenden kan lätt omräknas i förlorad patientbesökstid = förlorad inkomst. Svårare att beräkna någon penningssumma i andra vågskålen, eller på annat sätt visa på nyttan i data (processledare).

Några beskriver att när man har arbetsterapeuter och sjukgymnaster i särskild rehabiliteringsorganisation som ska serva hälsocentralen, så är det mindre aktivitet i rehabiliteringsteamet.

Samarbetet med läkare

Många koordinators beskriver samarbetet med läkare som en avgörande viktig faktor i koordinatorsuppdraget. Tillgängliga läkare och regelbundet avsatt tid för möten med läkare gör koordinators arbete lättare. Vissa koordinators beskriver att de har nära samverkan med patientansvariga läkare och läkare med försäkringsmedicinskt uppdrag och att deras kunskaper och funktion uppskattas och stöds av läkare. De beskriver att läkare har alltmer kunskap om och förändrad inställning till rehabiliterings- och sjukskrivningsfrågor. Koordinators anger att yngre läkare har större kunskap hur sjukskrivning påverkar patienten, har mer vilja till samverkan och intresse av att ta del av andras kunskap.

Yngre doktorer är mer med på tåget på vad de gäller rehatänket (koordinator).

Vanligare är dock kommentarer om bristande motivation, låg prioritering och tidsbrist hos läkarna. Koordinators anger att läkarna ofta är hårt uppbokade. Koordinators känner sig ifrågasatta, då vissa läkare, ”kan-bäst-själv-doktorer”, inte ser vinsten med koordinators och inte ser dem som kostnadseffektiva.

Det är ett annat sätt att tänka för doktorerna. Dom är inte så vana att jobba så tätt emot rehabfolk eller rehabkoordinator då. Alltså det är ett annat tänk (verksamhetschef).

Vi har periodvis haft många stafetter som arbetat under korta tider- omöjligt att få god kvalitet (koordinator).

Tydliga rutiner

Införandet av arbets sättet med koordinator och att upparbeta ny struktur och nya rutiner har tagit tid. Tydliga rutiner på arbetsplatsen är en förutsättning för att koordinators arbete ska fungera. Det är också viktigt att rutinerna följs och följs upp.

Rutiner är liten hjälp om alla bara struntar i dem (koordinator).

Det är av stor vikt att forum och rutiner för möten, intern logistik kring flöden och processer, rutiner för bokning samt metoder för uppföljning återkoppling och planering av arbetsuppgifter fungerar.

Behov av svart på vitt vad jag ska göra idag (koordinator).

För mycket arbete där man sköter sig själv och får själv driva förbättringar i sjukskrivningsfrågor (koordinator).

Att det finns rutiner som gör att jag får reda på där mina insatser behövs (koordinator).

Kontinuitet i bemanning

Kontinuitet i bemanningen är en viktig faktor för att koordinatören ska kunna utföra sitt uppdrag. Detta gäller framförallt läkare. Stafettläkare medför dålig kontinuitet och påtalas av många koordinatörer som ett hinder för deras arbete.

Rutinen att läkare ska remittera till mig försämras av stafettläkeriet (koordinator).

Stafettläkare känner inte till rehabiliterande insatser och koordinatorfunktionen på enheterna. Det beskrivs å andra sidan, att koordinatörer bibehåller kontinuiteten kring patienten där det finns stafettläkare. Även på chefsnivå är det viktigt med stabil bemanning, liksom i fråga om processledningen. De som arbetar som koordinator på flera arbetsplatser måste upprätthålla kontakt med många aktörer, vilket innebär att kontinuitet i bemanningen är ännu viktigare för dem. Anställningen som koordinator är i sig osäkert, eftersom de i de flesta län är anställda på projektbasis.

När man inte vet hur det blir (med statliga medel) så kan man inte fokusera sig på jobbet som koordinator eller KBT, man funderar på /.../söker andra jobb /.../och det blir väldigt rörigt (koordinator).

Kort framförhållning medför svårigheter, eftersom man inte haft koll på ekonomin med pengar från sjukskrivningsmiljarden. I flera landsting har koordinatörer, p.g.a. av osäker anställningsform övergått till anställning vid Försäkringskassan.

Urval av patienter

En förutsättning för det koordinerande arbetet är att patienter med behov av insatser kommer till koordinatörens kännedom. Viktigt är att det finns rutiner som gör att koordinatören får reda på ärenden där insatser behövs, att det är rätt patienter som identifieras och att de kommer i rätt tid. Koordinatörer beskriver att de får upplysning från läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster och andra kollegor om patienter behöver stöd. På vissa hälsocentraler har man fasta rutiner för detta och är mycket noga med att göra koordinatören medveten om patienter med risk för att bli sjukskriven. Dock anger många koordinatörer att läkare inte tar ansvar att remittera/anmäla patienter till koordinatören.

Att de inte vet om mig, att patienter inte förstår att jag finns (koordinator).

Tillgång till statistik över sjukskrivna är också en förutsättning för att koordinatörerna ska komma i kontakt med patienter med behov av stöd. Detta är inte fallet i alla län, och tillgången har försämrats efter införandet av elektroniska läkarintyg eller byte av journalsystem.

Vi kan inte fånga upp patienten i tid i vårt journalsystem. Det krävs manuell handläggning och jättenära kontakt för rehabkoordinatören mot läkarna som sköter. Det är ett förbättringsområde. Vi, ifrån ledningen, har ett stort intresse att det här ska fungera tidigare (processledare).

Flera olika sätt finns för att fånga patienter med behov av stöd och insatser. I några landsting finns medicinska sekreterare som förser koordinatörer och läkare med information om sjukskrivna. I ett landsting får koordinatören automatiskt information

från journalsystemet om patient efter åtta dagars sjukskrivning. I några landsting har rådgivnings- och distriktssköterskor ett ansvar för att riskpatienter identifieras.

En del sköterskor är väldigt på hugget och tänker tanken innan man själv har gjort de och det är inget fel i det. Sen så tycker jag de har fått det mer in i tänket också att -här slår vi till direkt, va (läkare).

Kringfaktorer på arbetsplatsen

Vissa kringfaktorer är av stor vikt för ett fungerande koordinatorsarbete. Detta är främst att ha tillgång till en egen, fast arbetsplats på hälsocentralen med närhet till övrig personal. Koordinatorer med flera arbetsplatser beskriver att de ibland inte vet var de kan sitta när de kommer till arbetsplatsen, men även att de inte deltar i gemensamma arbetsplatsträffar.

Vår vårdcentral ligger på 5e våningen och vi ligger på bottenvåningen och vi är aldrig med på deras arbetsplatsmöten /.../Det är alldeles för mycket glapp, det är liksom ett stort problem i sig. Så jag skulle vilja dela det här koordinatorjobbet med en sköterska som finns eller sekreterare som finns på avdelningen (koordinator).

I x-ort hade jag suttit på tre ställen och till slut så tappade jag bort ryggsäcken. Vi har inte fått vara kinkig när de gäller arbetsplats /.../ jag kan känna en utmattningsfaktor när det är så många ställen /.../ så jag kan väl säga att lite suger det väl. Jag kan ha kontoret hemma om det kniper, men det är inget jobb för några gröngölingar (koordinator).

Tillgång till telefon och dator, kan tyckas vara en självklarhet, men är det inte för alla koordinators.

Processledning och nätverk för koordinators

Viktiga faktorer är också stödet från processledning och koordinatorskollegor. Koordinatorerna behöver mycket stöd i hur de ska hitta och förtydliga sin roll i verksamheterna och hur de ska profilera sig. Koordinatorerna uppfattar sina professionella nätverk som mycket viktiga, främst för att uppdraget är ett utpräglat ensamarbete.

Det är ett väldigt självständigt och svårt jobb och man har ingen att bolla med (koordinator).

Regelbundna träffar i nätverket är betydelsefulla och förekommer i de flesta län. Vid dessa sammankomster, som vanligen arrangeras av processledningen, är det vanligt att representanter från Försäkringskassan deltar. Vid dessa nätverksträffar delges tips och idéer, och diskuteras erfarenheter, upplägg av arbetet och vad som inte fungerar i koordinatoruppdraget. Dessa träffar är särskilt värdefulla för nya koordinators. Även handledning i koordinatoruppdraget efterfrågas.

Vi är en grupp rehabkoordinators som regelbundet möts. Problemet är ju att man är själv. Då är det bra att få träffas, när man i det dagliga arbetet inte kan dividera med varandra (koordinator).

Processledningarna har arrangerat olika utbildningsinsatser till koordinatörerna, exempelvis empowerment, främst för att klara av att vara ordförande i teamet, motiverande samtal för att kunna ställa frågor om riskbruk och våld, lösningsfokuserat arbetssätt och ICF, klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Dessutom erbjuds koordinatörer försäkringsmedicinsk utbildning, ofta tillsammans med läkare, samt auskultation vid s.k. FMR-sittning, möten kring patient med försäkringsmedicinsk rådgivare och handläggare på Försäkringskassan. Ett antal koordinatörer har också deltagit i Karolinska Institutets utbildning för rehabkoordinatörer, 7,5 högskolepoäng. Föreläsningar om jämställd sjukskrivning och introduktion av genushanden har erbjudits många koordinatörer.

Externa påverkansfaktorer

Generellt kan sägas att fler positiva än negativa synpunkter lämnas över förhållandet till externa aktörer. De flesta koordinatörerna beskriver att det gemensamma arbetet förbättrats över tid. Bra samverkan med externa aktörer, som Försäkringskassan, Arbetsförmedling och socialtjänsten underlättar koordinatörernas arbete. Det innebär att man känner till varandras verksamheter och kunskaper, har förståelse för varandras uppdrag och inte känner sig hotad eller ifrågasatt. Koordinatörer beskriver att det är lätt att få kontakt med handläggare och att de är positiva till att delta i samverkan kring patienter, t.ex. vid rehabiliteringsmöten.

Känner mig mycket uppskattad och eftersökt av externa aktörer (koordinator).

Bra kommunikation med snabba, väl utarbetade kontaktvägar beskrivs. Vissa har väl fungerande rutiner kring träffar med externa aktörer, och arbetet kring patienters ärenden.

För min del har kontakten med Försäkringskassan bara blivit bättre och bättre. De är inte alls så formella utan är inne på samverkanslösningar. Jag har mer att göra med Försäkringskassans handläggare än med hälsocentralen (koordinator).

Koordinatorer beskriver att de knutit kontakter med externa aktörer, lärt känna handläggare, och blivit officiellt presenterade på respektive myndighet. Koordinatörerna upplever att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen väl känner till deras arbete.

Tycker inte jag upplevt några svårigheter? När man jobbat in sig på Försäkringskassan/Arbetsförmedlingen vinner alla parter på det samarbetet (koordinator).

Samordning av rehabiliteringsärenden i tidigt skede eftersträvas. I vissa län har man valt att mötas redan innan patienten blivit ett ärende på Försäkringskassan, när någon i vården signalerar om patient med risk för sjukskrivning längre tid. Många koordinatörer har "egna" kontaktpersoner bland lokala handläggare på myndigheter, vilket medför snabba kontaktvägar. Uppdaterade telefonlistor och kontakt via mail uppfattas som positivt.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har fungerat väldigt bra. De har varit väldigt givmilda med att lämna ut sina telefonnummer till handläggare (processledare).

Försäkringskassans kundcenter för partners beskrivs av några som en viktig informationstjänst. Koordinatörer beskriver att Arbetsförmedlingen hela tiden förändras

och får allt större rehabiliteringsansvar. Hälso- och sjukvården behöver dock mer information om hur myndigheten arbetar.

De som beskriver negativa erfarenheter av samverkan med externa myndigheter anger att ”de kör sitt race” och glömmer bort vården. Koordinatorerna menar att de olika regelverken krockar med varandra.

Svårt när vården gör en bedömning av patientens arbetsförmåga, och Försäkringskassan gör motsatt bedömning (koordinator).

Några koordinatörer beskriver att Försäkringskassans syn på den försäkrade uppfattas som nedlåtande och negativ och att Försäkringskassan inte har förståelse för personer som mår dåligt. Bristande kunskap beskrivs och koordinatörer anser att hälso- och sjukvården skulle kunna stötta med kompetenshöjning. Det beskrivs att det är svårt att få kontakt med Försäkringskassan och att de inte tar kontakt med läkare trots att de efterfrågar detta.

Lååååånga vägar- på Försäkringskassan - Ingen har ansvar (koordinator).

Koordinatorer anser att Försäkringskassan kommer sent in i patientärendena, vanligen först vid avstämningsmötena. Det förekommer att patientärenden stannar alltför länge på Försäkringskassans enhet för tidig bedömning och inte kommer vidare.

Försäkringskassans tidiga bedömning är genombyråkratiska och hindrande stelbenta (läkare).

Det beskrivs att Försäkringskassan dröjer för länge med beslut om förebyggande sjukpenning, vilket kan innebära att patienten avböjer multimodal rehabilitering, om de är i arbete. Koordinatorer beskriver också svårigheter att hitta enkla kontaktsystem till externa aktörer. De har också erfarenheter av bristande kontinuitet i samverkan med Försäkringskassan. Det meddelas inte då kontaktpersoner slutar, vilket uppmärksammas efter ett tag då personen uteblivit, och det tar då tid att fylla luckan. Koordinatorers erfarenheter är att många omorganisationer på Försäkringskassan leder till dålig kontinuitet.

Enstaka koordinatörer beskrev att Försäkringskassan har egen en bild om hur en koordinator ska fungera och när detta inte stämmer med landstingets uppdrag blir det meningsskiljaktigheter. Några koordinatörer, som tidigare arbetat på Försäkringskassan har upplevt ett skeptiskt bemötande från tidigare kollegor. Några beskrev att vissa handläggare på Försäkringskassan inte vill ha någon som ”lägger sig i”. Vissa hälsocentraler har valt alternativet att möta Försäkringskassan via telefonsamtal.

Det blir ju alltid bättre om man sitter öga mot öga. Men de har fått löst det på vissa ställen att varannan vecka så finns de på plats och varannan vecka så finns de på telefon. Det är inte optimalt (processledare).

Effekter av koordinatorsfunktionen

Effekter gentemot patienter

I övervägande delen av kommentarerna från patienter lovordades koordinatorena och beskrevs ofta som ”spindeln i nätet” och som ett bollplank som haft stor betydelse och som kunnat ge svar på patientens frågor. Patienterna tog upp många olika områden där koordinators arbete uppskattades. Till exempel att koordinatören gav patienten tid för samtal, som hölls på ett sådant sätt att det upplevdes att koordinatören engagerade sig och visade intresse. Det lyftes speciellt fram att koordinatören visade respekt och förståelse, och kunde ge stöd och praktiskt hjälp.

”Spindeln i nätet, förklarade hur allt skulle fungera och var länken till Försäkringskassan och har varit en trygghet i min sjukskrivning (patient).

Andra positiva effekter som många uttryckte är att koordinatören underlättar kontakterna med hälsocentralen och skapar kontinuitet. Det är viktigt att det finns någon som håller ihop vården och som kan se hela situationen för den enskilde patienten.

Lättare att få kontakt med vårdcentralen. Bra med någon som har översikt när det gäller mina kontakter med sjukvården. Någon som ser hela bilden, perspektivet (patient).

Patienter har också uppgett att tryggheten att ha koordinatören betyder mycket, liksom det samarbete koordinatören byggt upp med andra aktörer som underlättar mycket för patienterna. Det upplevdes väsentligt att det finns någon som hjälpte till att samordna internt inom vården och med externa parter.

Koordinatören har betytt väldigt mycket. Någon som samordnar allt, olika parter som Försäkringskassan, läkare, arbetsgivare. Det ger en helhet av min situation (patient).

De intervjuade läkarna har samtliga uttryckt sig positivt om koordinatorsfunktionens värde för patienterna. Koordinatorerna har en viktig uppgift när det gäller att identifiera personer med risk för långtidssjukskrivning. Koordinatorerna gör läkarna uppmärksamma på sjukskrivna patienter och hur länge de varit sjukskrivna. Läkarna uppskattar att det finns någon inom enheten som ser till att rehabiliteringsprocessen kommer igång, som har kontroll och följer vad som händer för den enskilde patienten både inom den egna enheten, eventuellt andra inblandade verksamheter inom vården och hos externa aktörer i samhället som den enskilde har eller behöver ha kontakt med.

Koordinatören sätter igång rehabiliteringsprocessen med patienten, processen följs, har kontroll (läkare).

Lyfter upp dem som fallit – eller riskerar att falla mellan stolarna (läkare).

Läkarna anser att koordinatören är viktig som stöd till patienter vars egen drivkraft saknas eller är nedsatt.

Bra att det finns någon som lyssnar och kan förstå och kan informera om allt som händer inom vården och i relationen till andra aktörer (läkare).

Patienter som är sjuka har inte alltid energi att stå emot systemet, de har inga krafter själv att springa runt och ställa in sig på varje möte, så det är bra att det finns någon som ordnar och hjälper till (läkare).

På vissa hälsocentraler träffar patienter som söker för sjukskrivning först koordinatören eller talar med denne i telefon. Läkarna upplever att det underlättar för dem när de ska diskutera sjukskrivning eller inte. Patienten är redan i tankegången inne på att sjukskrivning inte alltid är det bästa och att andra alternativ finns, för att underlätta möjligheterna att klara av arbete. Koordinatören inspirerar patienten till egenansvar och delaktighet i sin framtida arbetssituation.

Patienten förstod mycket bättre vad som var på gång och vad som krävdes av honom (läkare).

Effekter gentemot hälso- och sjukvårdens organisation och medarbetare

Även i detta sammanhang talas det om koordinatören som ”spindeln i nätet”. Koordinatören bygger upp nätverk och struktur i arbetet på den egna enheten och mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården. Det blir bättre flyt i hälso- och sjukvårdens interna arbete. Organisation och struktur som koordinatören tillför till enheten uppskattas av läkare men också av verksamhetschefer och övriga medarbetare.

Verksamhetschefer påtalar att statusen för försäkringsmedicinskt arbete höjs inom vården och att det sker en kvalitetssäkring av arbetet inom detta område, eftersom koordinatören tillför kunskap om försäkringsmedicin.

Funktionen är jätte viktig, den har höjt statusen på sjukskrivningsprocessen och kvalitetssäkrat den också (verksamhetschef).

Samarbetet inom enheten i dessa frågor blir tydligare och enklare. Alla berörda medarbetare förstår sin roll i arbetet omkring sjukskrivna eller de som riskerar sjukskrivning. Flera verksamhetschefer har också tagit upp att läkarna och även andra medarbetare upplever att de får en förbättrad arbetsmiljö med den struktur som koordinatören tillför enheten.

Koordinatören står ju för ordning och struktur på hälsocentralen (med dessa patienter) (läkare).

Koordinatören är en länk att få samsynen på vårdcentralen eller kliniken i sjukskrivningsfrågor (FMR).

Verksamhetscheferna uppskattar också stödet som koordinatören ger läkarna i deras arbete. De uttalar att det får till följd att läkarna kan ta emot fler patienter, både personer i arbetsför ålder och andra kanske högre prioriterade. Det sparar tid för vården men även för patienten och troligen ger det också minskade sjukskrivningstider.

Förr användes 12 procent av läkartiden till produktion eller annat i samband med sjukskrivning, nu när andra arbetstagare kommer in och gör en del så blir det möjligt för läkarna att klara fler patienter (processledare).

Sjukskrivningsperioderna blir kortare, koordinatören sparar många sjukdagar. När vi fick koordinatören och fick ordning på saker och ting så minskade våra långtidssjukskrivningar från 280 till att på ett år vara nere i 45 (läkare).

Läkarna anser att koordinatorsfunktionen underlättar arbetet för dem genom att t.ex. förbereda inför patientbesök och inför möten. Koordinatorerna vet vem som ska kontaktas hos andra aktörer, vilket upplevs spara tid för läkaren. Läkarnas tid utnyttjas bättre och de får bättre underlag för att kunna ta beslut om eventuell vård, rehabilitering och sjukskrivning. På de enheter där koordinatören har ett mer omfattande uppdrag upplever läkare att de får kunskapsstöd och avlastning. Detta uttalas även av andra medarbetare.

Det var ju otroligt underlättande för oss, vi läkare har lärt oss mycket sedan vi fick koordinatören. Man får oftast hela bilden även av det icke medicinska (läkare).

Vår tid utnyttjas bättre, men det är också sjukskrivningstiderna som blir kortare, det blir lättare för oss att förklara när koordinatören har informerat patienten i förväg (läkare).

När man misstänker att detta kan bli långdraget och segt så är det bra att koordinatören finns med från början då för att inte spilla tid (läkare).

Övervägande delen av de läkare vi talat med eller som svarat på enkäter har varit positiva till koordinatorsfunktionen. Negativa uttalanden har endast funnits där funktionen inte fungerat fullt ut, ofta på grund av att uppdraget varit vagt formulerat, eller att personen som fått arbetsuppgiften inte varit lämplig, eller att tjänsten varit för lågt dimensionerad. I de senare fallen har läkarna uttalat att de vill få mer tid för koordinatör, i vissa fall också FÅ en koordinatör.

Flera läkare som tidigare hade arbetat på annan hälsocentral där koordinatör fanns, påtalade att de saknade funktionen på nuvarande arbetsplats. Det är en fördel för rekrytering av läkare till hälsocentraler att det finns en koordinatorsfunktion, vilket nedanstående refererat visar på.

En läkare som kom och presenterade sig, -men är du rehabkoordinator? Jag skulle aldrig ta en tjänst på en vårdcentral som inte har en rehabkoordinator. Men, sa jag – det där måste du sprida. Han hade varit på ett annat ställe, och hade haft så mycket hjälp av rehabkoordinatorn. Det var lite kul (koordinator).

Även distriktssköterskor och rådgivningssköterskor har fördelar av arbetssättet med koordinatör. De får någon att fråga eller att slussa vidare till, vid frågor om sjukskrivning och rehabilitering, vilket upplevs avlasta dem i arbetet. I några län har de fått uppdraget att remittera patienter med särskilda behov direkt till koordinatören.

Mottagningsköterskorna som sitter i den här telefonen upplever en lättnad att ha en kollega att vända sig till. ”Kan du kolla upp det här lite närmare”? Hur ska vi hantera den här förfrågan så att det avlastar i luckan, i telefonomtagningen och även det här att förklara olika saker kring sjukskrivning. Förklara kring läkarintyg, förklara kring kontakter med Försäkringskassan. Det kommer mycket

frågor per telefon. Läkare och rehabpersonalen, hela enheten har ju nytta av det (processledare).

Många av verksamhetscheferna och medarbetarna som intervjuats har uttryckt farhågor om vad effekterna skulle bli, om koordinatorsfunktionen försvinner. De befarar att extra resurser inte finns i framtiden. De uttrycker att all utveckling som skett inom det försäkringsmedicinska området och i samverkan med andra aktörer då skulle gå förlorat.

Utan koordinatörerna hade det varit svårare för oss att nå resultat på så kort tid. Systematiskt förändringsarbete pågår ständigt, tack vare koordinatörerna. Där vi inte har koordinatörer, pågår det inget systematiskt förbättringsarbete. Att stärka patienten i den här förändringen som blev /.../ Sjukskrivning har kommit på kartan på ett helt annat sätt än tidigare. Och rehab har kommit på kartan, har också stärkts (processledare).

Jag tror att skulle man ta bort dem (koordinatorerna) idag, skulle trycket bli så oerhört. Patienterna skulle komma så oerhört i kläm, och personalen /...../ mottagningsköterskorna skulle bli nerringda. Nu har de nån som de vet att de kan vända sig till, nån som hjälper dem i den här processen (verksamhetschef).

Effekter gentemot externa aktörer

Övervägande delen av Försäkringskassans medarbetare har varit mycket positiva. De beskriver att de har fått ”en väg in” till vården. De kan via koordinatören ha snabb och kontinuerlig kontakt med läkare. Koordinatorerna är ofta insatta i patientärendena och kan svara på många av de frågor som Försäkringskassans handläggare har.

Jag har använt dem (koordinatorerna) mycket. De är lätta att få tag på, det är lätt att lyfta frågor. De kan gå in och kolla vad som planeras i vården, insatser osv. (försäkringskassehandläggare).

Även regionledare och samverkansansvariga från Försäkringskassan är mycket positiva till koordinatorsfunktionen. De kan se skillnad mellan de län som fått igång funktionen bra och de län där landstinget varit mindre aktiva.

Koordinatorn bygger nätverk, underlättar samverkan och samarbete mellan vården och andra aktörer (samverkansansvarig Försäkringskassan).

Koordinatorn är ju personen som i allt högre grad blivit en bundsförvant i synen på försäkringsmedicin och på förmåga (FMR Försäkringskassan).

Mest uppskattat är att det finns en ingång i vården och det enkla i samverkanssättet. (samverkansansvarig Försäkringskassan).

I de enstaka fall någon från Försäkringskassan var negativ, hade den enskilde handläggaren inte arbetat nära koordinatörerna och upparbetat bra samarbete med koordinatörerna i sitt område. En handläggare ansåg att koordinatören på en hälsocentral tar över dennes uppgifter med planering för patienten. En annan handläggare kommenterade att en viss koordinatör ”curlar och tycker synd om patienten”, vilket handläggaren ansåg inte var konstruktivt.

I några fall var man negativa till landstingets organisation av koordinatorsfunktionen. I ett län har man till exempel tillsatt koordinatorsfunktioner på en del hälsocentraler, men inte på andra. Handläggarna i detta län uttryckte en önskan att landstinget skulle tillsätta koordinatorsfunktioner på samtliga hälsocentraler. De avundades kollegor som hade kontakt med hälsocentraler med denna resurs. Några handläggare upplevde att vissa verksamhetschefer på hälsocentraler inte tar sitt ansvar för försäkringsmedicin och för koordinatorsfunktionernas arbete.

De (cheferna) avhänger sig ansvaret för försäkringsmedicin och för koordinatorsfunktionernas arbetsuppgifter och skjuter över ansvaret till processledningen. (försäkringskassehandläggare).

Arbetsförmedlare med erfarenhet av samarbete med koordinatorsfunktioner har intervjuats i ett delprojekt. Dessa arbetsförmedlare belyste att koordinatorsfunktioner behövs. De menade att samverkansmöten inte skulle fungera utan koordinatorsfunktioner, eftersom de bidrar till att mer information finns om patienten. Koordinatorsfunktionerna upplevdes vara bra på att förmedla och återkoppla information. Denna funktion är betydelsefull för att arbetsförmedlarna ska få underlag för att kunna förbereda sig inför olika möten, som samverkans-, planerings- och avstämningsmöten och möten för gemensam kartläggning. Koordinatorsfunktionerna är enligt arbetsförmedlarna duktiga och strukturerade personer som ser objektivt på frågeställningarna som tas upp under mötena.

Rehabiliteringskoordinatorsfunktionerna tror jag är helt a och o på de här mötena. Utan koordinatorsfunktionerna tror jag inte det skulle fungera alls (arbetsförmedlare).

Det bör påpekas att de intervjuade arbetsförmedlarna arbetar i ett län där koordinatorsfunktionerna har i stort sett alla uppdrag som beskrivs i modellen ”Spindeln i nätet”.

Invandrare

I flera län påpekas att invandrare inte får tillräcklig tillgång till rehabiliteringsgaranti eller andra insatser för att kunna komma i arbete, som t.ex. arbetsförmedlingens insatser. Detta beror delvis på språksvårigheter, den invandrade personen behärskar inte svenska och/eller att aktörerna som skulle kunna stödja inte har möjlighet att kommunicera på invandrarens språk. Det kan också bero på att invandraren saknar svenskt födelse-nummer, vilket kan utesluta från en del möjliga insatser. Det påtalas i ett län att det visat sig att vissa läkare med invandrarbakgrund som arbetar i invandrantäta områden kan ha en annan syn på medicinering, rehabilitering och sjukskrivning än som är vanligt i svensk sjukvård vilket kan leda till inläsningseffekter.

Genus

Vid våra möten med två hundra koordinatörer i landet har vi endast mött fyra män, vilket motsvarar två procent av koordinatörerna. Detta kan jämföras med andelen män i de yrken som vanligen har koordinatorsuppdraget; sjukgymnaster 20 procent, sjuksköterskor 11 procent och arbetsterapeuter fyra procent, vilket innebär att män är under-representerade bland koordinatörer i relation till deras andel i professionerna.

I några uppdragsbeskrivningar framgår att koordinatörer har ansvar för jämställd sjukskrivning, ett av uppdragen i den s.k. sjukskrivningsmiljarden. Detta kan t.ex. innebära att de ansvarar för att ta fram ett system som erbjuder könsuppdelad statistik. I många län har koordinatörerna fått utbildning kring jämställd sjukskrivning och har ibland också ansvar för detta område, t.ex. genom att stimulera andra professioner att använda genushanden, ett pedagogiskt hjälpmedel för att öka medvetenheten om riskerna för omotiverade könsskillnader i vård och behandling.

SAMMANFATTNINGAR AV RAPPORTER FRÅN LANDSTINGEN

Gotland

I en uppsats undersöks hur rehabiliteringskoordinatorer på Gotland fungerar.²² Studien grundar sig på gruppintervjuer med tre handläggare på Försäkringskassan, fyra rehabiliteringskoordinatorer och 14 läkare, sex telefonintervjuer med patienter och enkäter till dessa grupper. Resultatet visar att processen runt patienten är övervägande positivt genom rehabiliteringskoordinatorns (REKO) funktion och insatser, vilka gynnar samarbete och samordning av sjukskrivning och rehabilitering. Aktörerna är ense om att REKO i sjukskrivningsprocessen har inneburit förbättringar inom flera områden. Processen, kvalitén, effektiviteten, samordningen och kommunikationen anses ha underlättats runt patienten. REKO kommunicerar, förmedlar och koordinerar insatser och de anses arbeta förebyggande kring personer som löper risk för sjukskrivning. De hjälper och avlastar läkaren genom att fungera som förbindelseorgan mellan parter. REKO:s insatser anses leda till att patienter blir sedda, de sköter hela omhändertagandet och är spindeln i nätet i kontakter. REKO bidrar med information till läkarna kring bedömningar och interventioner. Genom detta involverar läkarna fler aktörer än tidigare dag och vilket innebär en kvalitetsförbättring gentemot patienter och de medicinska underlagen.

Tillgängligheten har ökat och Försäkringskassan och REKO upplever ett ömsesidigt gott samarbete. Kommunikation och återkoppling dem emellan anses fungera väl och de använder varandras tjänster mycket. Förbättringsutrymme finns för ökat samarbete med arbetsförmedlingen. Läkarna har behov av ytterligare planerade mötestider med REKO för bättre dialog, återkoppling och tillgänglighet. Det finns på vissa hälsocentraler behov av att informera om rutiner för att arbetsmodellen ska spridas och föras vidare till nyanställda och tillfälliga läkare för bättre kontinuitet i samverkan. Läkarna upplever avlastning i sitt dagliga arbete och den psykosociala arbetsmiljön har förbättrats hos de flesta deltagare efter inrättandet av REKO.

Patienters upplevelse av den samordnande funktionen när det gäller sjukskrivning och rehabilitering är överlag goda. De upplever det positivt att någon visar intresse för dem, att ha någon att bolla tankar med och att REKO lotsar vidare till relevant aktör. REKO upplevs som ett stöd och trygghet för patienter i kontakten med aktörer genom att vara behjälplig med att föra en dialog, förmedla och koordinera gentemot Försäkringskassan och övriga aktörer. Det är viktigt att REKO initieras i ett tidigt skede. Utifrån resultatet framgår det att personer, som är sjuka och inte anses ha förmågan att kunna arbeta, upplever sig i underläge i sjukskrivningsprocessen. REKOs stödjande, förmedlande och koordinerande insatser kan ses som en framgångsfaktor för patienten. Det går dock inte att dra några generella slutsatser, då det är ett litet underlag.

Gävleborg

En utvärdering som huvudsakligen grundar sig på enkäter och intervjuer med verksamhetschefer och läkare har utförts i Gävleborgs landsting²³. Sammantaget anses

²² Löfstedt, M. Rehabkoordinator i primärvården inom Region Gotland – för en förbättrad sjukskrivningsprocess, 2011.

²³ Östlund L. Resultat av utvärderingen av rehabiliteringskoordinatorer i Landstinget Gävleborg, 2012.

rehabiliteringskoordinatorerna ha lett till bättre struktur i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, bättre samsyn, kompetensstöd till läkare och övrig personal och ett stöd till patienten. Det konstateras att funktionen behöver tid för att kunna byggas upp och utvecklas och att samarbete och relationer på vårdenheten är viktigt. Det betonas också vikten av legitimitet och ett tydligt stöd från ledningen. Det är nödvändigt med ett tydligt uppdrag och god tillgänglighet. Vikten av uppföljning av rehabiliteringskoordinatorernas arbete och feedback lyfts också fram.

Såväl verksamhetschefer som läkare upplever att patienter i regel nöjda med rehabiliteringskoordinatorerna. Utvärderingen visar att koordinatorena måste arbeta sig in i verksamheten, eftersom läkarna i början visade en tydlig skepsis. När de upptäckt nyttan med koordinatorena, började koordinatorena få fler ärenden. De läkare som använt sig av rehabiliteringskoordinatorer i stor utsträckning var också de som upplevde störst nytta med dem. Rehabiliteringskoordinatorer med ansvar för många hälsocentraler har svårt att bygga upp funktionen och att skapa personliga relationer med varje läkare.

Jönköping

Högskolan i Jönköping genomförde 2010 en undersökning av rehabiliteringssamordnare i Jönköpings län²⁴. I Jönköping finns sedan september 2006 rehabsamordnare i samtliga kommuner. Studien omfattar fyra vårdcentralers rehabsamordnare i Jönköpings län. Rehabsamordnarna var tre arbetsterapeuter, en sjukgymnast och en distriktssköterska som arbetade 30-50 % i den funktionen. Dessa intervjuades, liksom andra på vårdcentraler, fyra fokusgrupper med distriktsläkare, tre intervjuer med patienter, intervjuer med mötesdeltagare efter avstämningsmöten, teambedömningar och efter partsöverskridande möten. Rehabsamordnarnas uppgifter var att göra månadsvis genomgång kontroll av statistik. De skulle även initiera och organisera möten och fungera som kontaktperson för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och patienter.

Resultatet visar att samordnande rehabilitering inte kan reduceras till en person. Det krävs gemensamt accepterad struktur för rehabiliteringssamordning. Teammötena är antingen tydliga och strukturerade möten med fasta rutiner eller löst sammansatta möten där man träffas vid behov. Ordning, reda, stabilitet och kontinuitet i möten med ”tydlig och uttalad teamstruktur” medan möten med ”traditionell” mötesstruktur karakteriseras av ad-hoc-tänkande där läkarna styr när mötena ska ordnas mm. Två vårdcentraler har fasta tider för avstämningsmöten medan två har mer flexibla mötestider, där framför allt läkarna klagar på sena kallelser. På flera vårdcentraler finns en fast tid en gång/vecka när Försäkringskassans kontaktperson besöker vårdcentralen. Läkarna och Försäkringskassan kan ställa frågor till varandra. Det framstår också tydligt att läkare som grupp intar en nyckelroll för att en teamtanke ska kunna realiseras och fortleva på en vårdcentral.

Studien pekar på att funktionen som rehabsamordnare kan främja såväl start som vidareutveckling av teamarbete genom t.ex. en modell för strukturerad teambedömning där olika professioners kompetensområden med relevans för rehabiliteringsprocessen synliggörs för andra arbetsgruppen. Den positiva bilden som vårdcentralens aktörer och representanter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen beskriver, tyder på att

²⁴ Bülow P, Sjökvist M. Rehabsamordnaren som länk i den samordnade rehabiliteringen. Uppföljning av arbetsmodell för vårdcentralerna i Jönköpings län, 2010.

modellen med rehabsamordnare är viktig, särskilt p.g.a. de förändringar i socialförsäkringen som genomförts under senare tid. Rehabsamordnaren tycks fungera som en omvänd gate-keeper, dvs. som en ingångsport till vårdcentralen och till de sjukskrivande läkarna. Rehabsamordnaren kan underlätta för läkare att nå Försäkringskassan.

Rehabsamordnarens funktion verkar vara viktigast för dem som ligger nära för samverkan, främst sjukskrivande läkare, andra professioner på vårdcentralen samt handläggaren på Försäkringskassan och för den så kallade Försäkringskassekoordinatören (ibland en och samma person). Teamtanken på vårdcentralerna tycks stå i relation till hur etablerad rehabsamordnaren är i arbetsgruppen och hur länge vårdcentralen haft funktionen. Att bygga upp en teamtanke inom arbetsgruppen tar tid och kräver gemensam ansträngning. Läkarna har en nyckelroll. Samordnad rehabilitering är mer än *en* roll, för att samordningen ska bli slagkraftig krävs inte bara en rehabsamordnare, utan snarare en gemensamt accepterad struktur för *rehabsamordning*. Funktionen som rehabsamordnare tycks bidra till utvecklingen av en struktur för samordnad rehabilitering och därmed ett behov av teamarbete. Samtidigt tycks funktionen verka för att upprätthålla och utveckla redan fungerande teamarbete. Patientens roll i den samordnade rehabiliteringen är oklar och behöver sannolikt stärkas för att patienten själv ska kunna ta en mer aktiv roll i den egna rehabiliteringsprocessen.

Kalmar

Hälsoinstitutet genomförde under 2013 en utvärdering av sjukskrivningskoordinators roll inom Landstinget i Kalmar län²⁵. Utvärderingen visade att rollen som sjukskrivningskoordinator anses vara viktig för såväl verksamhet och sjukskrivningsprocess, som för patienter och läkare. Alla tillfrågade yrkeskategorier var i stort positiva till införandet. Sjukskrivningskoordinatören fungerade framförallt som kontaktperson internt och externt samt samordnare av kontakter och möten, och enligt flera som ”spindeln i nätet”. Någon uttryckte det som att sjukskrivningskoordinatören behövs i framtiden för att kunna sköta sjukskrivningsprocessen optimalt. Man såg nyttan inom verksamheten bland annat genom smidigare processer och samarbeten och minskad arbetsbelastning för övrig personal. Tidsbesparingar och mer tid för patientbesök poängterades av vissa. Det nämndes att koordinatorfunktionen sparar tid bland annat för att de som svarar direkt kan slussa patienten vidare till koordinatorn om de hör att det är ett sjukskrivningsärende.

Nyttan för patienten anses framför allt vara att det REKO lett till ökad trygghet och säkerhet för patienten, smidigare process, snabbare vårdkedja och färre sjukvårdskontakter. Sjukskrivningskoordinators grundprofession uppfattades inte som lika viktig som att vara sjukvårdsutbildad, troligen för att det underlättar dialogen med läkaren och att koordinatorn får en bättre förståelse för patientens hela sjukdomsbild. Även de personliga egenskaperna betonades som viktiga. Det som särskilt nämns var egenskaper som strukturerad, flexibel, människotillvänd, tillmötesgående, engagerad, intresserad, drivande, positiv, socialt kompetent och även att våga ställa krav lyftes fram. Stora skillnader i hur koordinatorfunktionen beskrevs i fråga om avsatt tid, arbetsuppgifter och arbetsbelastning. Hälften hade ingen schemalagd tid avsatt för koordinatoruppdraget, vilket uppfattades som ett problem för att kunna utföra alla de uppgifter de var ålagda. Dessutom var det skillnad i vilka arbetsuppgifter som ingick i

²⁵ Ericson L. Utvärdering – Sjukskrivningskoordinators roll inom landstinget i Kalmar län, 2013.

rollen. En förklaring till de olika arbetssätten bland koordinatorena skulle kunna vara att man inte följer samma rutiner och riktlinjer. Det finns riktlinjer för sjukskrivningsprocessen inom Landstinget i Kalmar län, där målgruppen är ”verksamhetschefer för sjukskrivande enheter samt för landstingsfinansierad privat vård om detta avtalats”. Dessa övergripande riktlinjer kompletteras vid behov av lokala riktlinjer och det är verksamhetschefen/förvaltningschefen som ansvarar för att utforma dessa rutiner. Även om majoriteten av verksamhetscheferna svarade att de använder landstingets och/eller sina lokala riktlinjer, var några mer tveksamma. Knappt hälften tyckte att landstinget hade tydliga riktlinjer kring koordinators roll. En fjärdedel av koordinatorena själva svarade ”vet ej” på frågan om arbetsbeskrivningen stämmer med de uppgifter de utför. Detta skulle kunna avspeglas i de delade meningar som rådde bland de tillfrågade huruvida det tydligt framgår hur koordinatorsfunktionen kan användas.

Enkätsvaren tydde på att läkarna verkade vara delade i ”två läger”; de som är positiva till koordinatorsfunktionen och använder sig av den och de som är mer tveksamma till den och/eller inte haft tid att ”förstå hur att samarbeta”. Eftersom svarsfrekvensen bland läkarna var låg är tolkningen av dessa svar osäkra. Implementeringen av koordinatorsfunktionen skiljer sig mellan olika enheter och man har kommit olika långt i processen.

Norrbotten

En utvärdering av koordinatorsuppdraget i Norrbotten genomfördes i maj 2013²⁶. Resultatet av 16 koordinators upplevelse tyder på varierande grundförutsättningar i verksamheterna. De flesta verksamheter har lokala dokumenterade rutiner och mål för sjukskrivningsprocessen. Flera verksamheter har inte avsatt tid för uppföljning och utveckling av sjukskrivningsprocessen. Nära hälften av koordinatorena upplever en otydlig uppdragsbeskrivning, vilket troligtvis påverkat hur respektive koordinator och verksamhet har utformat funktionen.

Några av de fördelar som nämns av flera respondenter i enkät svar: Koordinatören har en samordnande rollen som en ”spindel i nätet” med huvudansvar att starta upp, följa upp, informera, hålla rutinen och dialogen levande. Detta skapar en helhetssyn på patienten. Koordinatorena fungerar som en motor för start av teamarbetet och de tar stort ansvar för ansvar för teamet och verkar som påminnare av uppdraget och fungerar som sammankallande. Koordinatören bidrar till att identifiera och kartlägga patienter på väg in i långvarig sjukskrivning och utgör en kontaktväg för externa parter.

Koordinatören verkar också för kunskapsspridning och håller övriga yrkesgrupper ajour med förändringar. Andra fördelar är att de utvecklar rutiner och processer och medverkar vid uppföljning av internt arbete. Koordinatören har också betydelse som stöd till läkare för korrekta intyg och ger patienttrygghet.

De nackdelar som beskrivs med koordinatorsfunktionen är att det är en fara i att lägga hela ansvaret på koordinatören i teamet då alla måste ha kunskap i arbetet, t.ex. att skriva rehabiliteringsplaner och att boka träffar. Det förekommer att koordinatören gör allt själv utan att sprida tänket, ansvaret och processen i förändringsarbetet. Uppdraget upplevs tidskrävande och i vissa fall är intresset från övriga medarbetare svagt. Det saknas ett forum för spridning av ämnet. Uppdragsbeskrivningen är otydlig. När uppdraget och

²⁶ Norrbottens läns landsting. Utvärdering av koordinatorsuppdraget inom sjukskrivningsmiljarden, 2013.

verksamhetens behov är otydligt, blir koordinators arbetsuppgifter vaga och inte förankrat med mandat på arbetsplatsen.

Resultatet som helhet visar på en relativt hög värdering av koordinatorsfunktionen. Resultatet hade möjligtvis sett annorlunda ut om tydligare förutsättningar hade funnits både landstingsgemensamt men även på bred front inom de enskilda verksamheterna. Sådana förutsättningar skulle kunna vara ett uttalat stöd från ledningen i att arbeta teambaserat med dessa patienter, utformade mål kopplat till processen och uppföljning av dessa, en tydlig uppdragsbeskrivning, avsatt tid för arbete med förbättring och utveckling kopplat till processen etc. I rapporten rekommenderas att det i den vidare uppföljningen borde speciellt patientgrupperna med psykisk ohälsa och smärta vara i fokus, för att på bästa sätt bemöta dessa patienters behov för återgång i arbete. För att säkerställa en god och likvärdig vård inom hela länet borde det vara angeläget för samtliga berörda verksamheter att finna ett samordnat arbetssätt för sjukskrivningsprocessen. Detta kräver stöd från ledningen i styrning, mål och uppföljning. Koordinatorsfunktionen tros underlätta sådan samordning. En gemensam modell bör vara värdefull i arbetet mot ledningssystemets mål med processen, ”att främja individens hälsa och tillfrisknande för att stärka individens förutsättningar att bibehålla och/eller återfå arbetsförmågan och därmed förmågan till egen försörjning”.

Västerbotten

I en enkätstudie undersöktes läkares erfarenheter av ett arbetssätt infört i Västerbottens läns landsting med medel från Sjukskrivningsmiljarden²⁷. Arbetssättet innebär införande av funktionerna sjukskrivningskoordinator och försäkringsmedicinsk läkare. Studien genomfördes med enkäter med öppna svar. Målgruppen var samtliga distriktsläkare i Västerbotten. Två enkäter skickades ut, varav den första 2006 innan projektet startade (109 svar) och en uppföljningsenkät 2009 (141 svar). Frågorna rörde patientkontakter, andelen sjukskrivningar och samverkan med andra yrkesgrupper och myndigheter. Vidare undersöktes hur ofta läkarna upplevde problem i olika sjukskrivningssituationer, t.ex. att skriva läkarintyg eller att bedöma i vilken grad patienten kan arbeta. Läkarna uppmanades också att beskriva vad som fungerar bra och mindre bra i sjukskrivningsprocessen samt att ge förslag på förbättring av arbetet med dessa frågor.

Andelen läkare som angav att de arbetar i team hade ökat. Många beskrev fördelar som att det skapar samlad kompetens och ger bättre underlag för bedömningar. Bättre kontroll över ärenden och regelbundenhet i gemensamma träffar och att man som läkare slipper ta hela tyngden på sig själv nämndes. De beskrev att koordinatörer underlättar arbetet med sjukskrivningar och gör dem säkrare samt skötte kontakten med patienter och andra myndigheter. Läkarna föreslog att andra yrkesgrupper borde göra mer i t ex bedömning av arbetsförmåga/sjukdom.

Västerbotten

I en rapport sammanfattas resultat från utvärdering av Västerbottensmodellen, ett utvecklingsprojekt inom sjukskrivningsmiljarden²⁸. Resultat från enkäter till patienter, verksamhetschefer, läkare och annan personal på Västerbottens hälsocentraler

²⁷ Hörnqvist Bylund S m.fl. Samverkan underlättar distriktsläkares arbete med sjukskrivning. Västerbottens modell ger stöd genom sjukskrivningsmiljarden, 2012.

²⁸ Hörnqvist Bylund S, Edlund C. Västerbottens modell. Utvärdering av ett utvecklingsprojekt inom Sjukskrivningsmiljarden, 2011.

presenteras. Anställda har svarat på baslinjeenkäter (2006) och uppföljningsenkäter (2009/2010) och för patienterna har enkäter samlats in kontinuerligt över åren med uppföljning efter tre månader. Funktionen koordinator har införts på 95 % av hälsocentralerna i länet. Funktionen, av många beskriven som ”spindeln i nätet”, lovordas av patienter, verksamhetschefer, läkare och övrig personal. Koordinatorerna samordnar kontakten mellan interna professioner och externa aktörer och fungerar som ett stöd för patienterna i sjukskrivningsprocessen.

Verksamhetscheferna i studien tycks vara medvetna om sin centrala roll i sjukskrivningsprocessen och tar ett aktivt ansvar kring denna. De visar engagemang för arbetet i sjukskrivningsprocessen och anser sig ha relativt stora möjligheter att påverka processen.

Arbetet i team fungerar bra på många hälsocentraler och har ökat från 47 % år 2006 till 95 % år 2010. Det som särskilt nämndes var att läkarna slipper bära hela bördan själv och att teamarbetet skapar bättre underlag för bedömningar. Många hälsocentraler har börjat genomföra multimodal rehabilitering i rehabiliteringsgarantin, vilket kräver ett strukturerat arbetssätt med flera professioner tillsammans kring patienten. På några håll är det dock ett problem att inte alla läkare engagerar sig i teamarbete eller är intresserade av samarbete med andra yrkeskategorier. Utbildning i att arbeta i team efterfrågas. På flera enheter påtalas brist på psykologer och fast anställda läkare.

Personalen upplever att det skett förbättringar genom riktlinjer för arbetet med sjukskrivna. Samarbetet med Försäkringskassan har förbättrats, dock inte i hela länet. Förbättringarna beror med största sannolikhet på närsjukvårdsprojektet, NAFS, i Umeå med kranskommuner som drivs via Samordningsförbundet i Umeå. Vid NAFS-möten träffas representanter för hälsocentraler, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och socialtjänst kontinuerligt i individärenden.

Patienterna, främst de med psykisk ohälsa, är oftast nöjda med kontakterna med hälsocentralen i fråga om bemötande, förståelse, information och uppföljning. Faktorer som patienterna anser kunna vara positiva för att bli friska är vila, träning, stöd från anhöriga, arbetskamrater och chefer, anpassat arbete samt lämplig hjälp från vården.

Västernorrland

Patienters erfarenheter av stöd av koordinators i Västernorrland beskrivs i en bok²⁹. Den bygger på fjorton patienters erfarenheter av vad som har hjälpt dem i sjukskrivningsprocessen. Alla patientberättelser handlar om varje patients väg för att hitta tillbaka till sin arbetsförmåga. De har samtliga känt sig motiverade av att delta, just för att deras egen kamp för att komma på fötter ska hjälpa andra i liknande situationer att också göra det. Författaren har intervjuat patienter tillsammans med deras koordinators. De sjukskrivna har tillsammans med bildterapeuten Anita Forssell gjort en då-bild, som speglar hur det var när det var som värst, när man blev sjukskriven, vilket berodde på t.ex. smärta, ångest eller psykisk utmattning. Patienterna fick också skriva ner stödord till bilden. Även en ”nu-bild” med stödord skapades. Vid intervjuerna om processen och om hur man kommit igenom den svåra tiden fanns både bilder och stödord med som stöd för minnet. Berättelserna i boken pekar på att man med koordinatorsstöd

²⁹ Forssell G m.fl. Sjukskrivning som hjälper. Erfarenheter av koordinatorsstöd och eget ansvarstagande, 2011.

kombinerat med individens eget ansvarstagande kan undvika långtidssjukskrivningar. Det handlar mycket om att uppmärksamma de resurser och kompetenser som individen har kvar trots smärta och ångest. Författaren menar att alla kan förändra sin situation och att man genom ett lösningsfokuserat arbetssätt, där man ser det som fungerar eller hittar annorlunda metoder för det som inte fungerar, kan komma långt. En koordinator ska enligt författaren ställa frågor som hjälper patienterna att bredda tankebanorna och använda sin fantasi och kunskap. Sammanfattningsvis är bokens budskap att koordinatören ska försöka hjälpa individerna att hitta sin väg med de förutsättningar som de har för stunden.

Västernorrland

En rapport om koordinatörer i sjukskrivningsprocessen i Västernorrland skrevs 2010³⁰ I Västernorrlands läns landsting har man i och med *Sjukvårdsmiljarden* från regeringen bedrivit ett projekt med syfte att minska sjukfrånvaron, men också med målet att främja individens hälsa och stärka individens förutsättningar för återgång i arbete. En av flera insatser var att inrätta koordinatorstjänster inom hälso- och sjukvården för att effektivisera sjukskrivningsprocessen. Studiens syfte var att belysa hur koordinatörerna vid vårdcentralerna upplevdes av dem själva, försäkringskassehandläggare, patienter och familjeläkare. Undersökningsmetoder var intervjuer, fokusgruppsintervjuer och enkäter.

Fokusgruppsintervjuerna visade att koordinatörernas insatser inom områdena ledning, kompetens och kunskap hade haft betydelse för ett bättre omhändertagande för personer som sjukskrivs. Arbetet hade varit krävande, framförallt med att få till ett nytt arbetssätt och en ny struktur i sjukskrivningsärenden. Koordinatorerna framhöll vikten av att man fick mandat och att ledarstrukturen var tydlig med formulerade rutiner och avsatt tid. De flesta tillfrågade patienter, försäkringskassehandläggare och familjeläkare var mycket positiva till koordinatörens arbete.

Framgångsfaktorerna var vinster i tid och tillgänglighet. Genom att koordinatörerna införde ett förändrat arbetssätt och fick fördjupad kunskap om Försäkringskassans regelverk underlättades samverkan mellan vårdcentralerna, Försäkringskassan och andra aktörer. Familjeläkarna ansåg att koordinatörerna hade avlastat deras arbete. Koordinatorerna kunde ge fördjupad information om patienternas situation till läkarna och handläggarna vid Försäkringskassan. Vidare menade både patienter, läkare och handläggare vid Försäkringskassan att koordinatorrollen innebar en neutral roll vilket gjorde det lättare för koordinatören att få kontakt med den sjukskrivne.

Resultatet från enkät och telefonintervju med patienter visade att de flesta var nöjda med sina kontakter på vårdcentralen. De flesta var mycket positiva till koordinatören och det arbete som koordinatören utfört. Koordinatören hade enligt de intervjuade flera olika stödjande roller som tillsammans hade gett dem bättre redskap att hantera sin situation och innebar även ett bättre stöd för återgång i arbete. Psykolog- och kuratorsinsatser fick också positiva omdömen i de öppna frågorna och många var också mycket nöjda med sin läkarkontakt. Många patienter, alla tillfrågade koordinatörer, försäkringskassehandläggare och familjeläkare var överens om att koordinatorfunktionen borde permanentas, även om omfattning och finansiering måste diskuteras vidare.

³⁰ Augutis M. Koordinatörer i sjukskrivningsprocessen inom Primärvården, Västernorrland, 2010.

Västra Götaland

Sjukskrivningscoacher i Västra Götalandsregionen Skaraborg, har undersökts i en kvalitativ studie³¹. När studien genomfördes 2011 fanns coacher vid cirka 2/3 av vårdenheterna. Sjukskrivningscoacherna i Skaraborg har olika yrkesbakgrund, t.ex. arbetsterapeut, kurator, sjukgymnast och sjuksköterska. Målet är att ha en 25-procentig coachtjänst per 10 000 listade patienter. Coachens uppdrag är i huvudsak att stödja patienten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och stimulera patienten att vara aktiv i sin rehabilitering för att få en mer kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Tio kvinnor intervjuades om sina upplevelser av sjukskrivningscoacher. Samtliga hade haft en aktiv kontakt med en coach vid minst två tillfällen, hade upplevt smärta, var i arbetsför ålder och var långtidssjukskrivna eller löpte risk för det. Materialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet visade att informanterna upplevde coachen engagerad, kunnig i ämnet, lyssnande och förstående och att coachens personlighet var viktig. Informanterna hade känt delaktighet genom att coachen ringt, upplyst och förklarat hur olika saker fungerar. Coacherna var viktiga för patienternas motivation. De hjälpte dem framåt, peppade, sporrade och skapade trygghet. Informanterna beskrev att deras egen personlighet, envishet och drivkraft betydde mycket för att komma framåt i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Alla informanter trodde på sjukskrivningscoach som företeelse men framhöll att det i fortsättningen var viktigt att coachen förklarade sin roll och att de behövde marknadsföra sig bättre på och utanför vårdenheterna.

Slutsatsen var att coachen i sjukskrivningsprocessen i de flesta fall ger ökad delaktighet, motivation och trygghet för patienterna. Vilken vårdprofession coachen har, är inte av så stor vikt. Viktigare är att det är rätt person med rätt kunskap. Att kunna få tidig kontakt med patienterna nämndes som en god förutsättning för rehabiliteringen.

Västra Götaland

Under 2011 utvärderades ett försök med sjukskrivningscoacher inom primärvården i Skaraborg³². Alla vårdenheter inom primärvården gavs år 2010 möjlighet att avdela en anställd inom vårdenheten att på deltid verka som ”coach” för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesserna. Uppdraget som coach varierade från några få procent upp till 50 % av en heltid relaterat till antalet listade patienter. Intervjuer genomfördes med sju verksamhetschefer. Samtliga intervjuade framförde att man tror på arbetssättet ur ett samhällsperspektiv. Det ger stora fördelar för framförallt patienter med en komplex problematik att få en helhetssyn på deras besvär. Sjuk-skrivningstiden liksom antalet sjukvårdsbesök minskar. Försäkringskassan får ett bättre underlag för att fatta beslut och antalet returnerade sjukintyg minskar. Det finns en samstämmighet i att arbetssättet bidrar till att noggranna utredningar görs och att behovet av besök på vårdcentralerna minskar.

Generellt kan sägas att ju längre tid enheten tillämpat arbetssättet desto större positiv upplevelse. De intervjuade tror även att systemet medför en högre arbetstillfredsställelse för personalen jämfört med tidigare arbetssätt. De uppfattar att flertalet i personalen ställt sig bakom arbetssättet. Enhetscheferna anser det viktigt att det finns en funktion,

³¹ Nymann M, Erlandsson S. Patienters upplevelser av sjukskrivningscoachens betydelse i sjukskrivningsprocessen, 2011.

³² Hagqvist A, Lennmyr L-E. Försök med sjukskrivningscoacher inom primärvården i Skaraborg, 2011.

coach, som har samordnande ansvar för tillämpning av det utvecklade arbetssättet. En snabb och saklig hantering av intyg, gott samarbete mellan inblandade myndigheter, hög delaktighet av patienterna, adekvata och tidiga rehabinsatser och interna rutiner som minskar dubbelarbete medför ökad samhällsnytta och troligen en ökad samhälls-ekonomisk vinst. Coacherna har rekryterats internt på varje vårdenheter. Kravet var att personen skulle tycka att det är intressant att arbeta med sjukskrivningsfrågor och professionen var inte viktig

I stort har de kunnat disponera den tänkta tiden. I uppdragsbeskrivningen 2010 angavs som huvuduppgift att det gällde att stödja patienten men i början har mycket handlat om att sammanställa statistik och diskutera med läkarna vilka möjligheter som finns till rehabilitering. Inför 2011 skrevs även stödet till läkarna in i uppdragsbeskrivningen. Coacherna har börjat med att samla in statistik, göra listor och ringa patienterna för att kontrollera hur rehabiliteringen går. Parallellt har de en gång i månaden gått till läkarna och visat på hur många och vilka patienter som är sjukskrivna. De arbetar t.ex. igenom rutinerna kring sjukskrivning på vårdenheter. Många får konkreta patientuppdrag vid diskussionen med läkarna. Coacherna har också kontakt med andra myndigheter som socialtjänsten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och företagshälsovården.

En erfarenhet är att det är viktigt att verksamhetscheferna finns med och backar upp coachernas arbete. Om inte ledningen understryker vikten av coachernas arbete, får coachen informera hela personalen och det kan ta mycket tid och kraft. Om det blir ”valfritt” för läkaren att använda sig av coach riskerar man att inte utveckla rutiner och arbetssätt. För primärvårdschefer som satsat på aktivt på att utveckla arbetet kring sjukskrivning och rehabilitering har intern ”coach” varit ett framgångsrikt instrument. De enheter som utvecklat sina arbetsformer har effektiviserat sitt interna arbete, fått bättre kvalitet på intyg till Försäkringskassan, förbättrat det externa samarbetet och anser sig göra ett bättre patientarbete. Avgörande för att vårdenheter kunnat tillgodogöra sig coachernas arbete har varit ekonomisk ersättning under uppbyggnad och etablering och att de fått stöd externt genom ”processledare”.

Västra Götaland

En utvärdering av rehabiliteringskoordinatorer i Fyrbodal har gjorts i oktober 2012³³. Underlag till utvärderingen är intervjuer, enkäter och fokusgrupp med främst patienter, koordinators, läkare och verksamhetschefer. Resultatet visar att det varit mycket framgångsrikt att använda sig av rehabiliteringskoordinatorer på de vårdcentraler där försöket prövats och där koordinators hunnit etablera sig ordentligt. Det visade sig också att patienterna haft stor nytta av arbetssättet och att vårdcentralerna utvecklat sina rutiner och förbättrat samarbetet med andra vårdgivare och myndigheter. Arbetssättet är etablerat på några vårdcentraler medan flertalet fortfarande är i ett uppbyggnadsskede. Det finns fortsatt behov av processtöd och handledning till koordinators och sannolikt också av en gemensam chef för arbetet. Arbetssättet ger samhällsekonomiska vinster men knappast för den enskilda vårdcentralen.

³³ Hagqvist A, Söderström M. Försök med rehabiliteringskoordinatorer i Fyrbodal, 2012.

Övriga rapporter

Nedanstående studie är ett delprojekt i den nationella studien av rehabiliteringskoordinator inom hälso- och sjukvården: Arbetsförmedlares erfarenheter av samverkan med andra myndigheter och vårdens rehabiliteringskoordinatorer³⁴.

Syftet med studien var att belysa arbetsförmedlares erfarenheter av samverkan mellan hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och socialtjänsten samt deras upplevelser av kontakter med hälso- och sjukvårdens rehabiliteringskoordinatorer. Fem arbetsförmedlare intervjuades.

Arbetsförmedlarna beskrev att samverkan med andra myndigheter och aktörer är centralt i deras arbete. En välfungerande samverkan är betydelsefull då det är en bra kontaktväg för informationsutbyte. Teamarbete upplevdes vara en förutsättning då alla kan sträva åt samma håll för att uppnå bästa resultat. Samverkan ger trygghet, tydlighet och underlättar myndigheternas arbete med planering kring klienten. Kunskapsöverföringen under mötena bidrar till att spara energi genom att undvika dubbelarbete för de involverade. Att ha respekt mellan myndigheterna vid samverkan och att lita på varandras kunskaper är betydelsefullt, menade arbetsförmedlarna. Nästan alla arbetsförmedlare önskade en liten samverkansgrupp med få inblandade, vilket ansågs underlätta arbetsprocessen. Få inblandade innebär att arbetsförmedlarna kan få en personlig kontakt med respektive aktör och kunskap om dennes arbetsuppgifter.

Rehabiliteringskoordinatorerna har en avgörande roll i arbetet med samverkan, som inte skulle fungera utan koordinatörer. Koordinatorerna betraktades som nyckelpersoner och upplevdes vara bra på att förmedla och återkoppla information och denna roll är betydelsefull för att arbetsförmedlarna ska kunna förbereda sig inför möten. När arbetsförmedlarna behöver få en uppföljning av ett ärende kan de kontakta en koordinator som snabbt uppdaterar arbetsförmedlaren om klienten och dess situation. Koordinatorerna har kunskap kring hur myndigheterna arbetar, men de är även kunskapsbärare gentemot klienten. Arbetsförmedlarna menade att rehabiliteringskoordinatorernas profession inte hade någon betydelse. Deras personliga egenskaper, att de ska vara strukturerade och tydliga betonades. Administrativ förmåga och att vara ”spindeln i nätet” gentemot myndigheterna var även något förmedlarna uttryckte som viktigt. De uttryckte att koordinatörerna ska agera arbetsledare och ha egenskaper såsom god ordning och reda och ha kunskaper inom administration.

Arbetsförmedlarna ansåg att läkarna behöver närvara på samverkansmöten om frågeställningen rör dem, då läkarna är en bra informationskanal och underlättar samverkan och arbetsprocessen kring klienten. Arbetsförmedlarna uttryckte dock att läkarnas medverkan skiftar. Vissa arbetsförmedlare ansåg att det finns kunskapsbrist mellan Arbetsförmedlingen och vården om respektive myndighets arbetsuppgifter.

³⁴ Nordenberg J, Lundin S. Arbetsförmedlares erfarenheter av samverkan med andra myndigheter och vårdens rehabiliteringskoordinatorer, 2013.

IDÉER FRÅN LANDSTINGEN

Rutiner

Läkare avsätter tid för sjukskrivningsmottagning, dit koordinatören kan boka patienten för t.ex. förlängning av sjukskrivning.

Koordinatorer noterar i journalen att de föreslår insats, t.ex. multimodal rehabilitering, vilket skämtsamt kallas ”vad var det jag sa”-rutan, eftersom de i efterhand kan upptäcka att man inte följt förslaget och påtala detta.

Inskrivet i hälsovalet att medicinska bedömningsteam, där Försäkringskassan deltar, ska finnas på varje hälsocentral. Regelbundna möten hålls, där mer komplexa patienter tas upp. Enheterna ersätts för detta, under förutsättning att samtliga professioner deltar i teamträffen.

Ett landsting har som styrmedel att kontrollera att koordinatörerna lägger ned den tid som är bestämt för de aktiviteter som ingår i uppdraget. Om registreringen visar att koordinatören inte haft möjlighet till detta, dras motsvarande del av medlen för koordinatör av för den månaden.

Bra rutin för att inte ”tappa bort” sjukskrivna patienter är att läkaren alltid bokar återbesök i samband med att sjukskrivningstiden går ut. Det kan också vara bokad telefontid eller möte med koordinatören om man har ont om läkare.

Hälsocentralernas lokala tillägg till uppdragsbeskrivningar bör meddelas landstingets processledning för att underlätta att sprida goda exempel.

Rehabilitering

Distrikts- och rådgivningssköterskor använder sig av en checklista med signaler på risk för sjukskrivning vid besök på mottagning eller vid telefonkontakt. De remitterar sedan patienter med behov av insatser till koordinatör.

Möten med Försäkringskassan i tidig samverkan, redan innan patientens sjukskrivningsdokument kommit till tidig bedömning.

Patienter som får utskrivet recept på antidepressiva preparat får automatiskt erbjudande om samtalskontakt.

Samverkan

Fasta mötestider för medarbetare för t.ex. avstämningsmöten eller teamträffar är ett bra sätt att spara tid. Denna tid får inte bokas in för mottagning eller behandling.

Gemensamma utbildningar och informationsmöten mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan gällande t.ex. förändring i regelverk mm. På så sätt etableras förtroende och fördjupat samarbete stimuleras.

Arbetsgivare kallas till möten kring patienter med arbetsrelaterade besvär innan de har blivit sjukskrivna i syfte att se om insatser kan göras. Oftast bokas ett uppföljningsmöte efter några månader för att kontrollera om förändringar skett.

Koordinatorrollen

I några län informeras befolkningen på landstingets hemsida om koordinatörer.

En eller flera koordinatörer kan, tillsammans med processledaren, ha en samordnande funktion för koordinatörerna i länet.

Faddersystem, så att nya koordinatörer kan vända sig till och ta råd av rutinerade koordinatörer.

Koordinatörer med särskilt intresse för statistik kan fungera som support till andra koordinatörer.

För att förbättra marknadsföringen av koordinatorsfunktionen kan läkare eller annan på enheten lämna ett visitkort eller informationsblad till patienterna som beskriver koordinatörens uppdrag och hur patienten kan få kontakt med denna.

DISKUSSION

Nationell och internationell forskning påtalar behovet och värdet av koordinerande funktioner i processen tillbaka till arbetslivet för sjukskrivna^{35 36 37}. Lagar, förordningar och föreskrifter^{38 39} förstärker också behovet av att få mer struktur och bättre samarbete och samverkan. I en rapport från ett regeringsuppdrag, med syfte att arbeta fram förslag om utveckling av samverkan inom försäkringsmedicinska området, anges att den koordinerande funktionen inom landstingen sannolikt bidrar till en mer effektiv sjuk- och rehabiliteringsprocess ur individens perspektiv⁴⁰. I överenskommelsen för sjukskrivningsmiljarden 2013⁴¹ tas särskilt upp att det är angeläget att stimulera tidig samverkan kring individen i sjukskrivningsprocessen. Som en av åtgärderna att förbättra processen för sjukskrivna patienter och motverka behov av sjukskrivningar har de flesta landsting inrättat koordinatorsfunktioner. Hälso- och sjukvårdens koordinatorsfunktioner ska i första hand förbättra och koordinera arbetet inom vården när det gäller utredning, behandling och rehabilitering. De ska dessutom vara kontaktpersoner mellan olika enheter inom vården och mellan vården och övriga aktörer i samhället.

Det har tagit lång tid att komma igång med arbetet med koordinatorsfunktioner i landet. Att förändra arbetssätt inom en stor organisation som hälso- och sjukvården sker inte över en dag⁴². Direktiv och förändringar måste skapas på ledningsnivå i landstingen, och därefter ska verksamhetsledare introduceras och ta ställning till vilka riktlinjer som ska utvecklas på den egna enheten. Av landstingens uppdragsbeskrivningar framgår att landstingen har tagit råd av andra som kommit längre och sedan successivt utvecklat sitt arbete. En bidragande faktor till detta är troligen det nätverksarbete Sveriges Kommuner och Landsting håller för landstingens processledare inom området. I detta nätverk sprids kunskap om hur man hanterar frågor i andra län och detta ger inspiration.

Det skiljer mellan vad koordinatorsfunktionerna och processledningen anger att koordinatorsfunktionerna arbetar med och vad som står i uppdragsbeskrivningar och riktlinjer. När uppdraget inte är stringent formulerat från landstingsledning och verksamhetschef blir koordinatorsfunktionernas arbetsuppgifter otydliga vilket också framgår av en landstingsutredning⁴³. Det kan innebära att koordinatorsfunktionerna prioriterar arbetsuppgifter som denne har kunskap om från sin utbildning eller ordinarie arbete, dvs. koordinatorsfunktionerna gör det som denne ser med sina ”professionsglasögon”. Studien visar att uppföljningar av koordinatorsfunktionernas arbete inte genomförs i den omfattning som behövs. Detta bekräftas av att flera processledare har nämnt att de inte har kontroll över hur koordinatorsuppdraget utförs. Utvärderingen kan också visa att uppdragsbeskrivningen behöver förändras utifrån nya behov. Generellt

³⁵ Ståhl C. In cooperation we trust. Interorganizational cooperation in return -to-work and labour market reintegration, 2010.

³⁶ Arnetz BB m.fl. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study, 2003.

³⁷ Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders, 2012.

³⁸ Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård, 2009.

³⁹ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (HSL)

⁴⁰ Försäkringskassan. Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, 2013.

⁴¹ Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Sjukskrivningsmiljarden, 2013.

⁴² Greenhalgh T m.fl. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations, 2004.

⁴³ Norrbottens läns landsting. Utvärdering av koordinatorsuppdraget inom sjukskrivningsmiljarden, 2013.

kan alltså sägas att uppdragsbeskrivningarna skulle kunna förbättras. Lokala riktlinjer finns på många hälsocentraler, men dessa riktlinjer kan ibland utelämna vissa uppdrag som ingår i de centrala uppdragsbeskrivningarna. Centrala uppdragsbeskrivningar är styrdokument och om förändringar ska göras lokalt, bör det endast ske genom att nya arbetsuppgifter läggs till. Att inte följa fattade beslut från landstingsledningen kan betraktas illojalt och som tjänstefel. Om verksamheten grundar sig på genomtänkta uppdragsbeskrivningar är den lättare att följa upp och utvärdera. Det är viktigt att systematiskt utvärdera effekter av utvecklingsprocesser och arbetssätt, inte minst för att därigenom visa att koordinatörerna utför ett betydelsefullt arbete och att motivera personalen att fortsätta att utveckla detta.

Lämplig kompetens för koordinatörer

För att arbeta som koordinatör inom hälso- och sjukvården har studien visat att det krävs omfattande kunskaper och lämpliga personliga egenskaper och även kompetens att nyttja dessa på bästa sätt för patienten. När koordinatörerna beskrev lämpliga egenskaper för koordinatorsuppdraget nämndes t.ex. handlingskraft, samarbets- och organisationsförmåga och flexibilitet. Gardner och medarbetare (2010)⁴⁴ påtalar i en litteratur- och intervjustudie att koordinatören är en nyckelperson för att rehabilitering till arbete ska bli framgångsrik. De listar viktiga kompetenser för koordinatorsfunktionen, t.ex. relevant kunskapsbas, en insikt om arbetets värde för människan, organisatoriska och administrativa förmågor och kommunikativ förmåga. Dessa faktorer framkom även i vår studie. Shaw⁴⁵ 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. Den kunskap som koordinatörerna i vår studie själva värderade som viktigast var främst försäkringsmedicin i likhet med en studie av Gard och Söderberg⁴⁶. Medicinska kunskaper, erfarenhet av vården och därmed dess etiska förhållningssätt och värderingar är också av vikt för att koordinatören ska kunna utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt. Flera i vår studie anser dock att koordinatörens personliga kvaliteter är ännu viktigare än yrkeskompetensen, vilket också visats i en utvärdering av Nymann i Västra Götaland (2011)⁴⁷. Koordinatörerna har kvalificerade arbetsuppgifter. De kunskaper och egenskaper som anses vara viktiga visar att det är avgörande med rätt person på detta uppdrag.

Framgångsfaktorer och hinder för arbetet

Det finns en tydlig spegeleffekt i fråga om hinder och framgångsfaktorer för arbetet som koordinatör. Faktorer som upplevs vara hinder kan vändas till framgångsfaktor, samma företeelse kan främja eller hindra uppdraget. Många yttre faktorer påverkar koordinatörernas möjligheter till framgångsrikt arbete. Faktorer som finns inom den egna arbetsenheten, inom landstingets olika verksamheter, hos andra aktörer i samhället och i politiska beslut och lagstiftningar. Aktörerna är många på alla nivåer och det sker ständiga förändringar både internt och externt. Alla dessa förändringar förstärker

⁴⁴ Gardner BT m.fl. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators, 2010.

⁴⁵ 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.

⁴⁶ Gard G, Söderberg S. How can a work rehabilitation process be improved? – a qualitative study from the perspective of social insurance officers, 2004.

⁴⁷ Nymann M, Erlandsson S. Patienters upplevelser av sjukskrivningscoachens betydelse i sjukskrivningsprocessen, 2011.

behovet av koordinerande insatser inom olika aktörers ansvarsområden och mellan dem⁴⁸.

En viktig faktor för framgångsrikt koordinatorsarbete är att ämnesområdet försäkringsmedicin blir mera känt och implementeras i aktuella enheter inom hälso- och sjukvården. Detta kräver ett omfattande arbete från landstingsledning och på verksamhetsnivå. Att ha stöd från en central processledning beskrevs av verksamhetschefer och koordinatorena som en framgångsfaktor i deras lokala arbete. Behovet av en drivande processledning centralt i landstinget för försäkringsmedicinskt arbete är därför viktigt. Många koordinatorsbeskrivningar beskriver också att en aktiv och närvarande central processledning och ett professionellt nätverk är av stort värde, eftersom de upplever sig ensamma i sin roll på arbetsplatsen.

Ett centralt tema i beskrivningarna av faktorer viktiga för koordinators arbete är mandat och stöd från verksamhetschef. Förankring av koordinatorsfunktionen och engagemang och stöd på alla nivåer i verksamheten är viktigt. Verksamhetschefen ska ange tonen, visa att koordinators arbete är centralt i sjukskrivningsprocessen och se till att denne får den tid och det stöd som behövs för uppdraget. Alla medarbetare ska känna till koordinators uppdrag och delta i rehabiliteringsarbetet om det ingår i deras arbetsuppgifter. Det är av avgörande betydelse att chefen tar ett arbetsgivaransvar för koordinators roll och inte överläter till processledningen att ta detta, vilket inte är helt ovanligt.

Studien har visat att vissa koordinators har svårt att hinna med sina uppdrag, både de som har delad tjänst mellan grundprofessionen och koordinatorsuppdrag och de som delar sin tid som koordinator mellan flera hälsocentraler. Detta verifieras också från en utvärdering i ett landsting⁴⁹. Den tid som anslås är ofta för liten i förhållande till uppdragets omfattning. Det är inte heller ovanligt att koordinators inte får använda sig av den avsatta tiden. Det förekommer också att ingen schemalagd tid är avsatt, arbetet ska alltså utföras inom ordinarie tjänst i grundprofessionen⁵⁰.

I några landsting, eller snarare på enstaka hälsocentraler i landsting, har det visat sig att koordinators uppdrag är att samordna endast för de patienter som omfattas av rehabiliteringsgarantin. En trolig orsak till detta är att landstingsledningen i dessa landsting inte varit tydlig med vilket uppdrag koordinators inom sjukskrivningsprocessen ska ha. En annan orsak till detta kan vara att i de flesta landsting ersätts enheterna för arbetet inom rehabiliteringsgarantin. Att samordna arbetet med rehabiliteringsgarantin är värdefullt men får inte leda till att dessa patienter prioriteras på bekostnad av dem som inte ingår i rehabiliteringsgarantin.

På vissa hälsocentraler i en del landsting har koordinators, vanligen medicinsk sekreterare, som enda uppgift att boka tider för interna och externa teammöten. Vår bedömning är att dessa arbetsuppgifter inte behöver utföras av en koordinator utan kan ingå i enhetens vanliga sekreterar- eller mottagningsköterskeuppgifter. Fasta, inbokade tider för möten har dessutom visat sig spara arbetstid och behov av omfattande arbete med bokning av tider. Sekreterare, eller annan journal- och datakunnig person på enheten, kan dessutom hjälpa koordinators med att ta fram statistik över sjukskrivna.

⁴⁸ Försäkringskassan. Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, 2013.

⁴⁹ Östlund L. Resultat av utvärderingen av rehabiliteringskoordinators i landstinget Gävleborg, 2012.

⁵⁰ Ericson L. Sjukskrivningskoordinators roll inom landstinget i Kalmar län, 2013.

Det kan sedan vara koordinators uppgift att analysera statistiken och presentera resultaten för verksamhetschef och medarbetare inför beslut om patientåtgärder och verksamhetsplanering.

För de koordinators som ansvarar för många hälsocentraler kan det vara ett bekymmer att skaffa sig mandat i arbetsgruppen på varje hälsocentral, något som vanligen ”erövrar”, tjänas in över tid, på den arbetsplats där man arbetar. Tillgängligheten till koordinators försvåras när de endast deltar vid möten. Det blir därigenom svårt att skapa personliga relationer med läkare och andra medarbetare på arbetsplatsen och med lokala externa aktörer. En annan nackdel är att en stor del av arbetstiden går åt till resor mellan hälsocentralerna. Koordinatorerna själva anser att två eller högst tre hälsocentraler är det maximala. Fördelarna med arbetssättet kan vara att koordinators får del av flera olika arbetssätt och kan på det sättet ta vara på det bästa av metoder/modeller som tillämpas på de olika hälsocentralerna. En annan fördel är att koordinators kan fokusera på koordinatorsuppgifterna utan att det konkurrerar med ordinarie arbetsuppgifter i sin grundprofession.

Det har framkommit vissa hindrande faktorer i studien, faktorer som skulle kunna bli framgångsfaktorer om uppmärksamhet ges och förändringar sker. Koordinatorer beskriver t.ex. missnöje med att kollegor inte visar intresse för deras uppdrag eller att arbeta i team. Denna brist på vilja till samarbete och intern kommunikation är inte bara hindrande för koordinators tjänsteutövning. Det kan också leda till att patienterna går miste om behandling eller att behandling försenas^{51 52}. Ett annat hinder för koordinators arbete är bristen på kontinuitet i bemanning, främst bland läkare, men även chefer och processledning. När arbetsterapeuter och sjukgymnaster inte är anställda på hälsocentralen utan finns i en annan enhet eller annat företag som ska serva hälsocentralen minskar aktiviteten i rehabiliteringsteamet. Förändringar av arbetssätt påverkar traditionella strukturer och arbetssätt som leder till beteenderelaterade och kognitiva processer hos enhetens medarbetare och hos koordinators. Dessa processer kan också hindra i förändringsarbetet på enheten om de inte uppmärksammas och bearbetas.

I studien har fyra olika modeller identifierats av hur koordinators organiseras. Modellerna har också illustrerats i en steg där uppdragen listas i åtta olika steg. Ju högre upp på stegen man kommer desto mer avancerad är utvecklingen av koordinatorsorganisationen. De olika modellerna har getts namnen ”Administratören”, ”Kontaktpersonen”, ”Coachen” respektive ”Spindeln i nätet”. Författarna förordar ”Spindeln i nätet”. I den modellen har landstingen satsat mycket på koordinatorsfunktionen vilket också ger goda effekter. Här präglas koordinators arbete av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt vilket påverkar patienter, medarbetare och externa aktörer på ett gynnsamt sätt. En förhoppning är att denna modell ska sprida sig till allt fler landsting.

Utvecklingen i sjukvården går mot att allt ska ske snabbare och effektivare, vilket kan leda till mer begränsade insatser och att helheten för individen försvinner. Detta kan ses inom specialiserad sjukhusvård, men även i primärvården vilket kan vara mycket

⁵¹ Bülow P, Sjökvist M. Reabsamordnaren som länk i den samordnade rehabiliteringen. Uppföljning av arbetsmodell för vårdcentralerna i Jönköpings län, 2010.

⁵² Andersson J m.fl. Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering - En sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området, 2010.

negativt för den enskilde patienten som får en fragmenterad sjukvårds- och sjukskrivningsprocess. Behovet av funktionen att koordinera sjukskrivnas rehabilitering och att förebygga sjukskrivningsbehov kommer därför att bli än viktigare. Det skulle därför vara en stor förlust om arbets sättet med koordinator för det försäkringsmedicinska området inom primärvården skulle upphöra.

Effekter av koordinatorsfunktionen

För patient: Studien visar att sjukskrivna patienter och de med risk för sjukskrivning är nöjda med koordineringen inom vården och med externa aktörer. Många patienter visar uppskattning för den tillit som uppstått i kontakterna med koordinatorena. Relationen mellan patient och koordinator måste bygga på ömsesidig tillit för att det ska bli ett fruktbart samarbete i patientens sjukvårds- och sjukskrivningsprocess. Dessa processer har blivit bättre för patienten med lämpligt stöd och förbättrad information, samt med snabbare väg genom sjukvården. Arnetz m.fl.⁵³ att inrättande av en koordinerande funktion har en positiv effekt på patienters återgång i arbete. Koordinatören uppfattas som ett viktigt stöd för patienterna och kan hjälpa till om patienten har nedsatt eller saknar egen drivkraft. Detta förutsätter att koordinatören har kompetens att göra bedömning om vad som saknas och kan stödja patienten i dennes självinsikt och uppbyggnad av egen drivkraft^{54 55}. Det är också viktigt att koordinatören förklarar sin roll för patienten.

För medarbetare: De förändringar i arbetssätt som skett genom införandet av koordinatörer ger ökad tillfredsställelse för medarbetarna eftersom enheten kan utföra ett bättre arbete för sina patienter. Läkarna i vår studie beskriver att deras arbete inom sjukskrivningsprocessen underlättas genom att de får avlastning med arbetsuppgifter och kunskapsstöd från koordinatorena. Flera rapporter och forskningsartiklar har beskrivit att läkare betraktar arbetet med sjukskrivning och sjukskrivna som en problematisk arbetsuppgift^{56 57 58}. Läkarförbundet har efterfrågat en funktion som koordinator som ska stötta patienter i kontakten med olika aktörer och ha kunskap om vilka olika möjligheter som finns till buds⁵⁹. Det är vanligt med ”stafettläkare” i primärvården. När kontinuiteten i läkarfunktionen brister blir det än mer viktigt med en koordinator som tillsammans med övrig personal kan stå för kontinuiteten för patienterna. Koordinatören kan också vara stöd till de tillfälliga läkarna, t.ex. genom att förklara hur man arbetar på enheten med sjukskrivning och rehabilitering, vara rådgivare vid intygsskrivning och hjälpa till med kontakter med externa aktörer. Fördelarna med inrättandet av koordinatorstjänster är också gett bättre arbetsmiljö för läkare liksom för andra medarbetare.

⁵³ Arnetz BB m.fl. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study, 2003.

⁵⁴ Arnesson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a Workplace Health Promotion Intervention based on Learning in Sweden, 2005.

⁵⁵ Larsson A-C. Empowermentprocesser - ett sätt att öka långtidssjukskrivna kvinnors resurser? : en studie om att återta balansen i arbetslivet och i vardagslivet, 2007.

⁵⁶ Alexanderson m.fl. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004, 2013.

⁵⁷ Bremander AB m fl. Education and benchmarking among physicians may facilitate sick-listing practice, 2012.

⁵⁸ Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians, 2011.

⁵⁹ Sveriges läkarförbund. Sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen – ett policyprogram från Sveriges läkarförbund, 2005.

För extern samverkan: Koordinatorer spelar en aktiv roll i samverkan med externa myndigheter, t.ex. vid flerpartsmöten. Handläggare från Försäkringskassan var mycket positiva till koordinatorsfunktionen, vilket också visat sig i en studie om samverkan⁶⁰. Försäkringskassehandläggare beskrev att koordinatorena är "en väg in" i sjukvården. Koordinatorerna fungerar ofta som kontaktpersoner till läkare, särskilt när dessa är svåra att nå, och med övriga vården. Externa parter upplever att koordinatorena ofta har god kännedom om de aktuella patienterna. Detta förutsätter dock att koordinatören har tillräckligt med tid för att kunna sätta sig in i enskilda patientärenden och har god insikt om patientens övriga kontakter med olika medarbetare i vården. I en studie av försäkringskassehandläggares erfarenheter av samverkan med hälso- och sjukvården⁶¹ beskrivs brist på tid både hos dem själva och hos läkarna för kontakter och möten kring patienter.

God struktur, fungerande organisation och rutiner är särskilt viktiga i samarbetet med externa aktörer. Personlig kommunikation och kontakt är avgörande för ett bra samarbete och medför kortare sjukskrivning^{62 63}. Flera studier beskriver vikten av samverkan mellan aktörer i samband med återgång i arbete⁶⁴. De olika myndigheterna har olika uppdrag och direktiv, och arbetar under olika regelverk, vilket kan försvåra ett arbete i samverkan⁶⁵. I de få fall där Försäkringskassans handläggare uttryckte kritik mot att koordinatörer tagit över Försäkringskassans arbetsuppgifter var anledningen sannolikt att man inte kände till koordinatorens uppdrag och att man inte gemensamt diskuterat samverkan och fått prova på att arbeta tillsammans.

Respekt och förståelse för andra organisationers ansvarsområden och dess representanter är avgörande för att uppnå ett förtroendefullt samarbete. Inte minst viktigt vid samarbete mellan olika aktörer är att samarbetet innehåller ömsesidig tillit. För att uppnå ömsesidig tillit krävs tillfällen att lära känna varandra. Utmaningen ligger i att skapa de mötesplatser som i denna och andra studier har visat sig viktiga för tillitsrelationen⁶⁶. När samverkansprocesserna påverkas av olika organisationskulturer blir vikten av närhet extra stor för att överbrygga distansen⁶⁷. Ett exempel på bristande tillit är de fall när koordinatörer med bakgrund från Försäkringskassan tar över arbetsuppgifter från Försäkringskassans handläggare när de anser att handläggaren inte sköter sina uppdrag som de ska. Det är viktigt att komma ihåg att Försäkringskassans handläggare och vårdens koordinatörer har skilda uppdrag.

⁶⁰ Edlund C. Slutrapport av Närsjukvårdsprojektet (NAFS) om samverkan mellan Närsjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och socialtjänst, 2011.

⁶¹ Thorstensson C m.fl. Cooperation between gatekeepers in sickness insurance - the perspective of social insurance officers, 2008.

⁶² Gard G, Söderberg S. How can a work rehabilitation process be improved? – a qualitative study from the perspective of social insurance officers, 2004.

⁶³ Andersson J m.fl. Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering - En sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området, 2010.

⁶⁴ Kärrholm J m.fl. Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multiprofessional, client-centred and solution-oriented co-operation, 2006.

⁶⁵ Eriksson UB m.fl. Falling between two stools; how a weak co-operation between the social security and the unemployment agencies obstructs rehabilitation of unemployed sick-listed persons, 2008.

⁶⁶ Ståhl C. In cooperation we trust. Interorganizational cooperation in return –to-work and labour market reintegration, 2010.

⁶⁷ Eriksson T, Jonasson L. Tillitens förutsättningar. En studie om tillit i sociala processer. C-uppsats. Programmet för personal- och arbetslivsfrågor, Institutionen för samhällsvetenskap, Mittuniversitetet i Östersund, 2008.

Metoddiskussion

Undersökningar av detta slag blir också ofta en intervention. Vid våra besök blev det uppenbart att vi startade tankar och påverkade genom att ställa frågor och ifrågasätta, t.ex. påmindes läkare om möjligheten att ta hjälp av koordinator med att skriva läkarintyg. Ett annat exempel är att verksamhetschefer och processledare uppmärksammades på att de inte har kontroll över hur pengar från sjukskrivningsmiljarden används på enheterna. Vid såväl intervjuer som i seminarier har författarna vid flera tillfällen tillfrågats om exempel på arbetssätt i andra landsting och på det sättet kunnat sprida goda exempel vidare.

En svaghet kan vara att projektet inte haft möjlighet att intervjua patienter i fler län. Dock ingår en relativt ny och omfattande information från en studie i Västerbottens län⁶⁸. Rapporter från andra län där patienter intervjuats bekräftar resultaten från Västerbottensstudien.

I en enkäter till koordinatörer har de tillfrågats om de arbetar med olika arbetsuppgifter, t.ex. sjukskrivningsprocessen, rehabiliteringsgarantin, tidbokning och coaching av patient. Områdena sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringsgarantin är omfattande. Ett jakande svar kan innebära att koordinatören t.ex. endast hänvisar patienten till rehabiliteringsgarantin men kan också innebära att koordinatören är ledare för garantin med omfattande arbetsuppgifter. Detta kan betraktas som en brist i enkätkonstruktionen och svaren bör därför tolkas med försiktighet.

⁶⁸ Hörnqvist Bylund S, Edlund C. Västerbottens modell. Utvärdering av ett utvecklingsprojekt inom Sjukskrivningsmiljarden, 2011.

SAMMANFATTNING

Arbetet med denna utvärdering, som är ett uppdrag från regeringen, har pågått under tiden 1 oktober 2012 till och med 31 augusti 2013. Nitton av landets 21 landsting har infört någon form av sjukskrivnings- och rehabiliteringskoordinatorer inom hälso- och sjukvården. I de flesta fall har detta genomförts inom utvecklingsarbetet med sjukskrivningsprocessen och med stöd av den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Underlag för rapporten är besök i många län, seminarier, enkäter och intervjuer i form av fokusgrupps-, telefon- och enskilda intervjuer med medarbetare inom hälso- och sjukvården samt med informanter från samverkande organisationer. Sammanlagt uppgår antalet informanter i de 19 landstingen till ca 320 personer. Utöver detta finns enkätsvar från nära 200 patienter.

Antalet koordinatorsfunktioner inom hälso- och sjukvårdens primärvård i Sverige är uppskattningsvis 500, vilka arbetar mellan 5 procent upp till heltid med uppdraget. Hälso- och sjukvårdens koordinatorsfunktioner ska i första hand förbättra och koordinera arbetet inom vården när det gäller utredning, behandling och rehabilitering för sjukskrivna och patienter som riskerar sjukskrivning. De ska dessutom vara kontaktpersoner mellan olika enheter inom vården och mellan vården och övriga aktörer i samhället.

De huvudsakliga resultaten är att koordinatorsfunktionen har positiva effekter. Såväl koordinatorsfunktionerna själva liksom medarbetare, chefer och patienter har beskrivit funktionen som *spindeln i nätet*. Externa samarbetspartners har beskrivit koordinatorsfunktionen som *en väg in* i vården. Studien visar att sjukskrivna patienter och de med risk för sjukskrivning är nöjda med koordineringen som sker inom vården och med externa aktörer. Införandet av koordinatorsfunktioner har utökat hälsocentralernas utbud, vilket gör att medarbetarna kan vara till större nytta för patienterna, vilket i sin tur påverkar medarbetarnas arbetstillfredsställelse positivt. Förändringarna har gett bättre arbetsmiljö för läkare och andra medarbetare. Koordinatorsfunktionerna har medverkat till att samarbetet med externa aktörer har fördjupats. Det har visat sig att med koordinatorsfunktioner blir sjukskrivningsprocessen effektivare och mer kvalitetssäkrad och patientens sjukvårdsprocess kan därigenom bli kortare. Genom detta förkortas sannolikt även patientens sjukskrivningstid.

Landstingsledningarnas uppdragsbeskrivning för koordinatorsfunktioner i försäkringsmedicinskt arbete är inte sällan otydliga, vilket leder till att det blir svårt för koordinatorsfunktionerna att prioritera bland arbetsuppgifterna. Lokala riktlinjer finns på många hälsocentraler, men dessa riktlinjer kan ibland utelämna vissa uppdrag som ingår i de centrala uppdragsbeskrivningarna. Uppföljning av såväl uppdragsbeskrivningar som hela verksamheten med koordinatorsfunktioner är bristfällig både vad gäller omfattning och kontinuitet.

Studien visar att koordinatorsfunktionen fungerar allra bäst när koordinatorsfunktionerna tillhör modellen ”Spindeln i nätet” och utför en mängd arbetsuppgifter som exempelvis att skapa rutiner och struktur, vara samordnare av rehabilitering, stöd till sjukskrivna och att tjänstgöra som processledningens ”förlängda arm”. Stöd från såväl processledning som verksamhetschef och ett tydligt mandat är nödvändigt för att kunna fungera väl som koordinatorsfunktioner. Det är svårt att ange vilken profession som är mest lämplig som koordinatorsfunktioner men nödvändig kompetens för uppdraget är såväl teoretiska och erfarenhetsmässiga kunskaper som personliga egenskaper. Det innebär att omfattande kunskaper behövs speciellt inom försäkringsmedicin och omvärldskunskap, liksom

medicinsk kunskap och rehabiliteringskunskap. Bland viktiga egenskaper kan nämnas att vara uthållig och kunna arbeta självständigt men ändå ha samarbetsförmåga och social kompetens.

Det är svårt att ge generella rekommendationer om hur omfattande en koordinatorstjänst behöver vara för att vara effektiv. Många faktorer spelar in t.ex. koordinators kompetens, sjukdomspanoramata hos listade patienter, resurser hos medarbetarna och omgivningsfaktorer. En möjlig rekommendation grundad på erfarenheter från studien skulle kunna vara en heltidstjänst på en hälsocentral med ca 16-18 000 listade i yrkesverksam ålder. Detta förutsätter att uppdraget omfattar de arbetsuppgifter som finns i modellen ”Spindeln i nätet”.

Effekten av koordinatorsfunktionen beror på den övergripande organisationen i länet, hur ämnesområdet försäkringsmedicin är organiserat i landstinget och om det finns strategier för fortlevnaden av arbetssättet.

Oavsett hur koordinatorsfunktionen är organiserad och vilka uppdrag som ingår visar studien att hälsocentralernas personal och även processledningen för landstingen i regel är nöjda. Detta kan troligen förklaras med att man inte har erfarenhet av något annat sätt att arbeta med koordinatörer och att det upplevts som en förbättring mot hur det var tidigare.

REFERENSER

- Alexanderson m.fl. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 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. doi:10.5271/sjweh.3257.
- Andersson J, Axelsson R, Bihari Axelsson S, Eriksson A, Åhgren B. Samverkan inom arbetslivsinsriktad rehabilitering - En sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, 2010.
- Arnesson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a Workplace Health Promotion Intervention based on Learning in Sweden. *Health Promotion International* 2005;20(4):351-359.
- Arnetz BB, 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. Landstinget Västernorrland, 2010.
- Bremander AB, Hubertsson J, Petersson IF, Grahn B. Education and benchmarking among physicians may facilitate sick-listing practice. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2012;22(1):78-87.
- Bülow P, Sjökvist M. Rehabsamordnaren som länk i den samordnade rehabiliteringen. Uppföljning av arbetsmodell för vårdcentralerna i Jönköpings län. Avdelningen för beteendevetenskap och socialt arbete, Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping, 2010.
- Dahlgren L, Emmelin M, Winkvist A. Qualitative methodology for international public health. *Epidemiologi och global hälsa*, Umeå Universitet, 2007. ISBN 978-91-7264-326-0.
- Edlund C. Slutrapport av Närsjukvårdsprojektet (NAFS) om samverkan mellan Närsjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och socialtjänst, 2011.
- Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 2011.
- Ericson L. Utvärdering – Sjukskrivningskoordinatorernas roll inom landstinget i Kalmar län. Linné-universitetet, Kalmar Växjö, 2013.
- Eriksson T, Jonasson L. Tillitens förutsättningar. En studie om tillit i sociala processer. C-uppsats. Programmet för personal- och arbetslivsfrågor, Institutionen för samhällsvetenskap, Mittuniversitetet i Östersund, 2008.
- Eriksson UB, Engstrom LG, Starrin B, Janson S. Falling between two stools; how a weak co-operation between the social security and the unemployment agencies obstructs rehabilitation of unemployed sick-listed persons. *Disability and Rehabilitation* 2008; 30(8):569-576.
- Forsell G, Sehlberg J, Näslund L. Sjukskrivning som hjälper, Erfarenheter av koordinatorsstöd och eget ansvarstagande. Landstinget Västernorrland, 2011.
- Försäkringskassan. Svar på uppdrag i regleringsbrev: Samlad redovisning avseende Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, 2013.
- Försäkringskassan. Rehabiliteringskedjan.

Gard G, Söderberg S. How can a work rehabilitation process be improved? – a qualitative study from the perspective of social insurance officers. *Disability and Rehabilitation* 2004;26(5):299-305.

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

Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly* 2004;82(4);581-629.

Hagqvist A, Lennmyr L-E. Försök med sjukskrivningscoacher inom primärvården i Skaraborg. Delutvärdering. Anders Hagqvist Utveckling Utbildning Utvärdering och LEL-konsult, 2011.

Hagqvist A, Söderström M. Försök med rehabiliteringskoordinatorer i Fyrbodalen. Utvärderingsrapport. Management Support Partners 2012.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (HSL).

Hörnqvist Bylund S, Edlund C. Västerbottens modell. Utvärdering av ett utvecklingsprojekt inom Sjukskrivningsmiljarden. Staben för verksamhetsutveckling, Västerbottens läns landsting, 2011.

Hörnqvist Bylund S, Johansson UI, Edlund C. Samverkan underlättar distriktsläkares arbete med sjukskrivning. Västerbottens modell ger stöd genom sjukskrivningsmiljarden. *Läkartidningen* 2012;109(22):1090-1093.

Kärrholm J, Ekholm K, Jakobsson B, Ekholm J, Bergroth A, Schöldt K. Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multiprofessional, client-centred and solution-oriented co-operation. *Disability and Rehabilitation* 2006;28(7):457-467.

Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Larsson A-C. Empowermentprocesser - ett sätt att öka långtidssjukskrivna kvinnors resurser? : en studie om att återta balansen i arbetslivet och i vardagslivet. Avhandling. Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet, 2007.

Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M & Höglund-Nielsen B (Red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård, sid 159-171. Lund: Studentlitteratur, 2008.

Löfstedt, M. Rehabkoordinator i primärvården inom Region Gotland – för en förbättrad sjukskrivningsprocess. Magisteruppsats i Ergonomi och MTO. KTH Stockholm, 2011.

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

Norrbottnens läns landsting. Utvärdering av koordinatorsuppdraget inom sjukskrivningsmiljarden, 2013.

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

Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2006 // 2013.

Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabgaranti för 2008 // 2013.

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

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. Försäkringsmedicinskt besuttsstöd – en vägledning, 2007.

Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer– Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2009.

Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2005:29).

Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14).

Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12).

Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10).

Ståhl C. In cooperation we trust. Interorganizational cooperation in return –to-work and labour market reintegration. Doktorsavhandling. Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings Universitet, 2010.

Svensk författningssamling. Patientsäkerhetslag (2010:659).

Svensk författningssamling. Patientdatalag (2008:355).

Sveriges Kommuner och Landsting. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården, 2010.

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

Thorstensson C, Mathiasson J, Arvidsson B, Heide A, Petersson, IF. Cooperation between gatekeepers in sickness insurance - the perspective of social insurance officers. A qualitative study. *BMC Health Services Research* 2008; 8:231 doi: 10.1186/1472-6963-8-231.

Östlund L. Resultat av utvärderingen av rehabiliteringskoordinatorer i Landstinget Gävleborg. Landstinget Gävleborg, Samhällsmedicin, 2012.