

# Beräkningar av kostnader för hälso- och sjukvårdens koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Hanna Gyllensten  
Anders Norlund  
Kristina Alexanderson

Sektionen för försäkringsmedicin  
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska  
Institutet**

Rapport, 6 november 2015.

Rapporten kan laddas ner från Sektionen för försäkringsmedicins hemsida, den finns under Publikationer; Rapporter på [www.ki.se/cns/forsakringsmedicin](http://www.ki.se/cns/forsakringsmedicin)

Den kan även beställas, se "Våra kontaktuppgifter" på: [www.ki.se/cns/forsakringsmedicin](http://www.ki.se/cns/forsakringsmedicin)

Sektionen för försäkringsmedicin  
Institutionen för klinisk neurovetenskap  
Karolinska Institutet  
171 77 Stockholm

Telefon: 08-524 832 24

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-7549-355-8

## Förord

En central fråga i Sverige är vilken roll hälso- och sjukvården ska ha i hantering av patienters sjukskrivning och i att främja (återgång i) arbete och hur i så fall detta arbete ska ske. En modell för detta som prövats är användande av så kallade rehabiliteringskoordinatorer i vården. För att kunna ta ställning till eventuella framtida satsningar på sådana koordinatorer behövs olika typer av underlag, inklusive en uppfattning om kostnader.

Sektionen för försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet har av Sveriges Kommuner och Landsting fått i uppdrag att genomföra preliminära beräkningar av kostnader inom hälso- och sjukvården när det gäller koordinering av åtgärder för patienters sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och hur dessa kostnader kan fördela sig mellan olika arbetsuppgifter. Bland annat behövs sådan information i eventuella diskussioner om storleken av det permanenta statsbidrag för koordineringsfunktionen som föreslagits i den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Underlag till beräkningarna har samlats in från publikationer, personliga kontakter med personer som jobbar inom området och genom en enkät till koordinatorer i två landsting. Baserat på resultaten från ovanstående har två metoder för beräkning av kostnader tagits fram och beräkningar genomförts utifrån ett antal antaganden om förväntad resursförbrukning. Vi tackar alla koordinatorer, processledare och andra som bidragit med uppgifter och erfarenheter till denna rapport!

Följande personer från Sektionen för försäkringsmedicin har medverkat i projektet:

- Kristina Alexanderson, professor
- Hanna Gyllensten, postdoktor, hälsoekonom
- Anders Norlund, hälsoekonom

Vår förhoppning är att rapporten och de presenterade resultaten kan bidra till fördjupade diskussioner runt koordineringsfunktionens grundförutsättningar och om förhållandet mellan den resursförbrukning som koordineringen innebär för landstingen och de förväntade besparingar på samhällsnivå genom snabbare återgång i arbete, som ligger till grund för verksamheten.

Hanna Gyllensten och Kristina Alexanderson  
Sektionen för Försäkringsmedicin  
Karolinska Institutet

## Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultat från ett uppdrag att genomföra beräkningar av kostnader för alla landsting och regioner för de så kallade koordinatörer som inom vården arbetar med personer som är sjukskrivna eller riskerar att bli sjukskrivna. Generellt införande av en sådan funktion i hälso- och sjukvården förslås bland annat av den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

**Syftet** var att ge ett teoretiskt grundat kostnadsunderlag för bedömning av landstingens kostnader för koordineringsfunktionen i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

**Metod:** Då koordineringsfunktionen är ny och dess utformning, inriktning och omfattning varierar mycket mellan olika vårdenheter, har en teoretiskt snarare än empiriskt grundad första beräkning gjorts. Beräkningarna har bland annat baserats på genomgång av rapporter och andra publikationer, på intervjuer och på resultat från en enkät. Det finns även visst empiriskt underlag från ett fåtal landsting gällande de olika modeller som använts för finansiering av koordinatörer enligt sjukskrivningsmiljarden. Detta underlag gäller främst primärvården och endast i liten omfattning för specialiserade vårdenheter/kliniker.

Två olika metoder har använts för att beräkna landstingens kostnader för koordineringsfunktionen. Den ena utgår från skattade schabloner för resursförbrukningen inom vårdenheter och per patient. Schablonerna baseras delvis på de ersättningsmodeller och -nivåer som använts i vissa landsting. Den andra beräkningen utgår från tidsåtgång per patient i olika patientgrupper, baserat på enkätsvar från koordinatörer i två landsting. Båda beräkningarna bygger på flera olika antaganden om exempelvis resursförbrukning och ersättningsnivå, och resultaten presenteras så att konsekvenser av ett urval av dessa antaganden synliggörs.

**Resultat:** Beräkningarna som presenteras i den här rapporten visar på stor variation i beräknad resursförbrukning. Den schablonbaserade beräkningen resulterar i en total kostnad om upp till 740 miljoner kronor per år, medan beräkningen baserat på rapporterad tidsåtgång per patient ger en total kostnad på 2030 miljoner kronor (800-3600 miljoner kronor). Behov av antal heltidstjänster varierar också avsevärt mellan de olika metoderna; från 650 till 4613.

Avgörande för resultatet av beräkningarna är bland annat uppgifter om hur många personer som kan antas vara i behov av koordinering av sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, något vi idag saknar kunskap om. Enligt enkätsvaren skiljer sig också prioriteringen av patientgrupper mellan verksamheterna. Dessutom påverkar variationen inom och mellan landstingens implementering av koordineringsfunktionen möjligheten att värdera tidsåtgång för olika arbetsuppgifter som ingår i uppdraget, exempelvis varierar praxis kraftigt vad gäller koordinators fokus på egna direkta patientkontakter eller om dessa främst ska utföras av annan personal med stöd av koordinatör, vilket innebär att kostnaden för koordinators insats i dessa verksamheter inte motsvarar kostnaden för hela koordineringsfunktionen. Slutligen påverkas antaganden om grundförutsättningarna för analyserna av att verksamheten ännu inte är fullt utbyggd, vilket ökar variationen i observerad och rapporterad resursförbrukning utifrån hur långt enskilda enheter eller landsting kommit med implementeringen av denna typ av koordinatörer.

Utifrån skattningen av resursförbrukning baserad på rapporterad tid per patient bör den här schablonbaserade beräkningen innebära en underskattning då även den mest konservativa skattningen baserad på koordinatorens svar om arbetad tid per patient ligger högre än beräkningarna från schablonberäkningen. Underskattning av resursbehovet för koordinering inom specialiserad vård, både på sjukhus och vid mottagningar utanför sjukhus, torde vara en viktig orsak till underskattningen av kostnader.

Det finns även kostnader för koordineringsfunktionen som inte ingår i de redovisade beräkningarna. Sådana kostnader omfattar exempelvis utbildningskostnader för koordinatörer (utöver lönekostnader),

en potentiellt högre lönenivå för processledare som arbetar på central nivå, och eventuella kostnader som uppstår för övrig personal inom verksamheterna till följd av koordineringsfunktionen, såsom chefer och vårdgivare inblandade i sjukskrivningsprocessen och/eller rehabiliteringen. Kostnader som uppstår utanför vårdorganisationen ingick inte i uppdragsbeskrivningen för den här rapporten.

**Slutkommentar.** Ett flertal kunskapsluckor gällande vad som ingår i denna typ av koordinering och krav på koordineringsfunktionen behöver klargöras för att få en bättre bild av landstingens faktiska kostnader för koordineringsfunktionen. Beräkningarna och resultaten som presenteras i den här rapporten ger en indikation om viktiga aspekter liksom om skillnader i praxis som bör ligga till grund för en framtida diskussion om finansiering av koordineringsfunktionen i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning .....	4
Förkortningar och begrepp .....	7
Bakgrund till projektet .....	8
Syfte.....	9
Material och metod.....	9
Sökning och genomgång av publikationer .....	9
Om koordineringsfunktionen och koordinatör.....	10
Genomgång av litteraturen.....	10
Landstingens implementering av koordineringsfunktionen .....	11
Ersättningssystem .....	12
Exempel från tre landsting .....	13
Övriga kommentarer från landstingen .....	14
Kostnadsberäkningar .....	16
Grundläggande antaganden .....	16
Vårdenheter.....	16
Patientgrupper .....	17
Koordinatorerna .....	19
Processledare.....	20
Enkät till koordinatörer.....	20
Två metoder för beräkning av kostnader .....	22
Resultat för schablonbaserad beräkning av kostnader .....	22
Resultat för beräkning av kostnader utifrån skattad tid per patient .....	23
Jämförelse av kostnader baserat på olika beräkningsmetoder .....	25
Balans mellan patientarbete och övergripande strukturellt arbete.....	26
Konsekvenser av metod- och databegränsningar .....	27
Att skatta samhällsekonomiskt utfall av koordinatörer i vården.....	29
Slutkommentar .....	30
Förteckning över bilagor .....	31
Bilaga 1: Landstingens avrapportering i sjukskrivningsmiljarden om villkor 3 som berör koordineringsfunktionen (Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen),.....	32
Bilaga 2: Kontakter under arbetet med rapporten .....	33
Bilaga 3: Enkäten som skickades till koordinatörer i Västerbottens läns landsting .....	35
Bilaga 4: Enkäten som skickades till koordinatörer i Västra Götalandsregionen .....	40
Referenser.....	45

## Förkortningar och begrepp

I rapporten används följande förkortningar och begrepp

<b>Koordinator</b>	Uttrycket koordinator används genomgående i rapporten och omfattar flera begrepp för koordineringsfunktionen under sjukskrivningsprocessen i hälso-och sjukvård, såsom: sjukskrivningskoordinator, rehabiliteringssamordnare, sjukskrivningssamordnare, rehabiliteringskoordinator. Pluralformen för detta ord skrivs i de flesta dokument som koordinatörer snarare än som koordinatörer, varför vi också gjort detta.
<b>Landsting</b>	För att förenkla texten används termen landsting för samtliga sjukvårdshuvudmän, såväl regioner som landsting och kommuner som inte tillhör landstingskommun.
<b>Rehabgarantin</b>	Rehabiliteringsgarantin
<b>Rehabteam</b>	Rehabiliteringsteam
<b>ReKoord</b>	Under 2012-2013 genomfördes ReKoord-projektet, en nationell utvärdering av koordinatorfunktionen, vilket resulterade i en rapport: Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C, Janlert U, Bernspång B. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet: 2013 <sup>[1]</sup> .
<b>SKL</b>	Sveriges kommuner och landsting

## Bakgrund till projektet

Inom ramen för överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), inom den så kallade sjukskrivningsmiljarden, har det de senare åren funnits ett villkor om att inom landstingen utveckla en funktion för koordinering av patienters sjukskrivning och rehabilitering. Det har resulterat i att det numera finns en sådan koordineringsfunktion i samtliga landsting. År 2013 bedömdes det finnas cirka 500 personer som hade detta uppdrag, men det var stora skillnader i hur mycket arbetstid de hade avsatt för uppgiften<sup>[2]</sup>. Personer som har detta uppdrag kallas koordinatörer och deras uppdrag varierar och kan omfatta följande tre områden: stöd till enskilda patienter, koordinerande funktion inom hälso- och sjukvården respektive kontaktperson och samverkanspartner till externa aktörer. Sveriges Kommuner och Landsting har anlitat ett antal forskare som har skrivit en rapport om detta<sup>[2]</sup>. Rapporten beskriver hur uppdraget för koordinatören bör utformas, baserat på slutsatser i vetenskaplig och grå litteratur (exempelvis statliga utredningar) samt erfarenheter från landstingen.

Sveriges Kommuner och Landsting planeras gå in i nya förhandlingar med staten kring sjukskrivningsmiljarden för att på sikt hitta en permanent finansiering av koordinatörerna. Samtidigt har den parlamentariska socialförsäkringsutredningen<sup>[3]</sup> föreslagit att landstingen ska få ett utvidgat uppdrag gällande kontakter med patienters arbetsgivare eller motsvarande, samt att finansieringen övergår till ett permanent statsbidrag för koordineringsfunktionen. Sveriges Kommuner och Landsting har givit Karolinska Institutet uppdrag att ta fram ett underlag gällande möjliga kostnader för att organisera och upprätthålla en permanent lösning för landstingen att ha koordinatörer i hälso- och sjukvården. Uppdraget innebär att göra beräkningar vad uppdraget för koordinatörer kostar för alla landsting och dess finansierade verksamheter när de arbetar med personer som är sjukskrivna eller riskerar att bli sjukskrivna. Beräkningarna skulle bland annat baseras på skrivna rapporter, intervjuer och en enkät.

I den parlamentariska socialförsäkringsutredningens uppdrag ingick att ge förslag till förändringar av hälso- och sjukvårdens uppdrag;

*”... överväga olika modeller för medfinansiering av sjukförsäkringskostnaderna samt analysera hälso- och sjukvårdens förutsättningar att vidta nödvändiga insatser för att patienter ska kunna behålla och återfå sin arbetsförmåga.”<sup>[4]</sup> Staten har vidtagit olika åtgärder, framförallt via ekonomiska stimulansmedel, för att öka landstingens incitament att höja kvalitén i sitt arbete med sjukskrivning av patienter samt att främja patienters återgång i arbete. Detta har framförallt skett via den så kallade sjukskrivningsmiljarden (sedan 2006) och kömiljarden (sedan 2010) där upp till en miljard kronor inom var och en av dessa två har tillförts landstingen varje år<sup>[3,5]</sup>. I den Parlamentariska socialförsäkringsutrednings slutbetänkande<sup>[3]</sup> föreslås att hälso- och sjukvårdens roll vid sjukskrivning ska tydliggöras genom införande av två nya paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen<sup>[6]</sup>. Dessa innebär dels ett formaliserat krav på hälso- och sjukvården att samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare för en patient som är eller riskerar att bli sjukskriven, i de fall patienten samtycker. Enligt slutbetänkandet (kap 25.3.1) är detta en*

*”... kodifiering i lag av det arbetssätt som redan finns i många landsting”.*

Dessutom föreslår utredningen att det införs ett krav i lagen om att det för varje patient tas fram en behandlings- och rehabiliteringsplan, vilken om möjligt ska omfatta en tidsplan. Utredningen föreslår inte någon särskild yrkesgrupp eller roll som ska ta fram en sådan plan, och inte heller något gemensamt underlag för det (kap 25.3.2). Hälso- och sjukvården föreslås också få ansvar för rehabilitering av studenter, tillsammans med utbildningsanordnarna (kap 22.3.2).

Förslaget innebär att sjukskrivningsmiljarden förstärks och att ett permanent statsbidrag inrättas för koordineringsfunktionen (kap 25.3.1). Dessutom omfattar förslaget finansiering av framtagande av ett bedömningsstöd för att tidigt upptäcka sjukskrivna som behöver extra stöd för återgång i arbete (kap 10.1.6). Utredningen har här tagit fasta på nationell och internationell forskning som beskrivs ha visat att samarbete mellan en arbetsfokuserad hälso- och sjukvård och en ansvarstagande och engagerad



arbetsgivare är de viktigaste faktorerna för en sjukskriven persons återgång i arbete, samt att återgång i arbete redan tidigt, innan arbetsförmåga är fullt återställd, verkar vara hälsofrämjande i sig (kap 4.5.2).

Annie Hansen Falkdal och Sonya Hörnqvist Bylund, Västerbotten läns landsting, har på uppdrag av SKL beskrivit det vetenskapliga stödet för hälso- och sjukvårdens koordineringsfunktion inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, samt undersökt effekterna av koordinatorens insatser<sup>[2]</sup>. Den här rapporten ska ses som ett komplement till deras rapport.

## Syfte

Syftet med detta arbete har varit att ge ett teoretiskt grundat underlag för bedömning av landstingens kostnader för den föreslagna koordineringsfunktionen i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## Material och metod

I projektet har material och underlag för beräkningarna samlats in på tre följande sätt.

1. *Publikationer* i form av rapporter, utredningar, studier, etcetera har eftersökts och gått igenom, för att få underlag för beräkningarna och för information om koordinators arbetsuppgifter, vilken kompetens som krävs, deras organisatoriska förutsättningar för att genomföra uppgifterna, etcetera. Vi har ej gjort en bedömning av den vetenskapliga kvaliteten av dessa rapporter.
2. Eftersom koordineringsfunktionen är ny, är det skriftliga underlaget om den mycket begränsat och därför har vi även tagit *personliga kontakter* med drygt 20 personer som jobbar inom området samt medverkat vid möten på nationell och regional nivå.
3. En *enkät* till koordinators har genomförts och resultaten sammanställts.

Baserat på resultaten från ovanstående har två metoder för beräkning av kostnader tagits fram och beräkningar genomförts utifrån ett antal antaganden om förväntad resursförbrukning.

Först redovisas här resultat från den studerade litteraturen och information från personliga kontakter, därefter resultat från enkäten och slutligen från beräkningarna.

## Sökning och genomgång av publikationer

Vi har sökt litteratur om koordineringsfunktionen och koordinators på olika sätt; via internet och olika organisationers hemsidor samt i identifierade publikationers referenslistor. Vi har även fått publikationer från SKL och själva kontaktat personer som vi antagit kan ha skrivit rapporter eller andra typer av publikationer.

Följande publikationer har haft central betydelse för vårt arbete:

- Slutbetänkandet från den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21)<sup>[3]</sup>,
- Den nyligen publicerade rapporten om koordineringsfunktionen som beskriver litteratur och effekter av att införa koordineringsfunktionen i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar och rehabilitering<sup>[2]</sup>,
- Rapporten från Rekoord-projektet som bland annat innehåller uppgifter om olika arbetsuppgifter som kan ingå i koordineringsfunktionen och ger en översikt över hur koordineringen tillämpats i olika landsting<sup>[1]</sup>, samt
- Socialstyrelsens rapport över landstingens kostnader för Försäkringskassans beställningar, vilken hanterar flera grundläggande antaganden som krävs för kostnadsanalyser av landstingens verksamheter<sup>[7]</sup>.

Som utgångspunkt ger vi här först en bild av koordineringsfunktionen och koordinators, som den beskrivs i olika rapporter.

## Om koordineringsfunktionen och koordinatör

I de texter om koordineringsfunktionen som vi identifierat har denna funktion och den som utför uppdraget fått något olika namn, såsom sjukskrivningskoordinator, rehabiliteringssamordnare, sjukskrivningssamordnare, rehabiliteringskoordinator.

I denna rapport, även vad gäller senare presenterade beräkningar, har vi använt begreppet koordineringsfunktion för att indikera hela koordineringsuppdraget så som det benämns i den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen<sup>[3]</sup> och personen som har i uppgift att utföra koordineringen benämns, som i flera tidigare dokument av central betydelse för denna rapport<sup>[1,2]</sup>, för koordinatör.

I överenskommelsen för år 2014-2015 mellan SKL och staten om sjukskrivningsmiljarden beskrivs koordinatörns uppdrag så här:

*”Koordinatorfunktionen ska ha ansvar för att vara rådgivare och kunskapsförmedlare, kontaktperson eller samarbetspartner till andra aktörer samt kontaktperson eller coach till sjukskrivna. Målsättningen är att koordinatorsfunktionen ska ha en bred förankring inom hälso- och sjukvården för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Funktionen ska ha både en intern och extern roll i samverkan, till exempel verka för tidig kontakt inom vården, möjliggöra tidig extern samverkan och samarbete runt individen med andra aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun. // Landstingen som har en koordinatorsfunktion med ett uppdrag som i ännu högre grad fungerar inom samordning och stöd, till exempel coaching av patienter, analys av statistik, kartlägga rehabiliteringsbehov, samarbetspartners till andra aktörer och utveckling av rehabiliteringsteam får ta del av ytterligare 25 miljoner kronor”<sup>[8]</sup>(sidorna 11 respektive 12).*

I ReKoord-rapporten listas följande möjliga arbetsuppgifter och roller för koordinatörer<sup>[1]</sup>:

- Tidbokare
- Organisatör
- Rådgivare och kunskapsförmedlare
- Kontaktperson till andra rehabiliteringsaktörer i samhället
- Kontaktperson och coach till sjukskrivna
- Kontaktperson och coach till sjukskrivna och patienter med risk för sjukskrivning
- Ledare av internt rehabiliteringsteam
- Ledare/organisatör för internt team för arbete med patienter i rehabiliteringsgaranti
- Bedömare av individens behov (inför upprättande av rehabiliteringsplan)
- Rådgivare till läkare om intygsskrivning
- Organisatör av internutbildningar i försäkringsmedicin för medarbetare
- ”Förlängd arm” för landstingets processledning och ”bärare av kunskap” inom området, samt
- Ta fram, bearbeta och analysera sjukskrivningsstatistik

Vissa av dessa arbetsuppgifter utförs även i en organisation som saknar koordinatör, medan andra uppgifter ses som en följd av att koordineringsfunktionen införts.

Beroende på vilka uppgifter koordinatör har tilldelats i respektive organisation kan dessa grupperas utifrån fyra olika vanligt förekommande modeller med likartat arbetssätt, nämligen: Administratören, Kontaktpersonen, Coachen respektive Spindeln i nätet<sup>[1]</sup>.

Koordineringsfunktionen definieras inte närmare i den parlamentariska socialförsäkringsutredningens slutbetänkande.

## Genomgång av litteraturen

I rapporten av Hansen Falkdal och Hörnqvist Bylund<sup>[2]</sup> redovisas resultat från en nyligen genomförd litteraturgenomgång av aktuella nationella och internationella forsknings-, utvecklings- och utvärderingsarbeten inom området. Sökningar via litteraturlösningsdatabaser och Google, utifrån sökorden case manager, rehabilitation coordinator, rehabilitation, primary health care, och return to work

resulterade i cirka 160 publikationer (vetenskapliga artiklar, utredningar och annan grå litteratur). Ett fåtal studier<sup>[9,10]</sup> och litteraturgenomgångar<sup>[11,12]</sup> identifierades, där hälsoekonomiska aspekter behandlades gällande koordinering liknande den svenska modellen med en koordinator anställd av vårdgivaren. Flera av de identifierade artiklarna fokuserade dock mer på effekten av interventionen (koordinator eller koordinering i annan form och själva rehabiliteringen tillsammans) än på koordineringsfunktionen i sig<sup>[9,11]</sup>. Bültmann med kollegor<sup>[10]</sup> studerade effekter av teambaserad koordinering vid muskuloskeletal besvär. Kostnaden för interventionen (systematisk multidisciplinär arbetsförmågebedömning och teamdiskussioner) var 12 000 danska kronor per patient<sup>[10]</sup>. I en litteraturstudie bedömde Franche och kollegor att den vetenskapliga evidensen för effektmått vid införande av koordinator som fokuserar på återgång i arbete var måttligt stark, både för förkortad funktionsnedsättning och kostnadsminskning, och fann att evidens för påverkan på kostnader för längre tid än ett år ännu saknas<sup>[12]</sup>.

Slutligen beskrev Hansen Falkdal och Hörnqvist Bylund<sup>[2]</sup> kortfattat ett pågående projekt i Stockholms läns landsting som utvärderar koordineringsfunktionen för patienter med sjukskrivning eller risk för sjukskrivning vid långvarig smärta och/eller psykisk ohälsa<sup>[13]</sup> (vilket i princip motsvarar patienter inom den så kallade rehabgarantin: ”personer med icke specificerade rygg- och nackbesvär samt med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa”<sup>[14]</sup>). Preliminära resultat, vilka inte har referentbedömts ännu, har hittills varit goda vad gäller deltidsåtergång i arbete<sup>[13]</sup>.

Vi har för den här rapporten även genomfört en kompletterande litteratursökning i litteratordatabasen PubMed<sup>1</sup>, särskilt inriktad på publikationer innehållande kostnadsanalyser för koordineringsfunktionen i hälso- och sjukvård. Av 78 identifierade publikationer valdes 20 artiklar ut som granskades i fulltext, varav en dansk studie<sup>[15]</sup> och två protokoll beskrivande pågående studier från Danmark<sup>[16]</sup> och Storbritannien<sup>[17]</sup>, behandlade koordineringsfunktioner liknande den svenska modellen med en specifik koordinator.

Jensen och kollegor jämförde en mindre intervention i form av klinisk undersökning och stödande råd (”clinical examination and reassuring advice”), med en utökad multidisciplinär intervention som även omfattade en koordinator. Den multidisciplinära insatsen resulterade i högre kostnader medan minskad sjukfrånvaro endast sågs i en specifik subgrupp av anställda, nämligen bland dem som var oroliga för att förlora sitt arbete eller som upplevde att de hade liten möjlighet att påverka sin arbetssituation<sup>[15]</sup>. Övriga studier fokuserade exempelvis på kostnader och effekter av själva rehabiliteringen, innehöll ingen koordineringsfunktion separat från det ordinarie vårdteamet eller utgick från någon annan aktör än hälso- och sjukvården. Kunskapsläget avseende syftet med denna rapport är med andra ord synnerligen begränsat.

## Landstingens implementering av koordineringsfunktionen

De uppgifter från landstingen vi har utgått ifrån har bestått av

- 1) landstingens avrapportering för 2014 av villkor nummer tre i den så kallade sjukskrivningsmiljarden (Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen), som omfattar koordineringsfunktionen (för rapporter från landstingen, se bilaga 1<sup>[18-39]</sup>),
- 2) personliga kontakter med strategiskt utvalda personer från landsting och andra organisationer (listas i bilaga 2), och
- 3) uppgifter om ersättningsmodeller och kostnader för koordineringsfunktionen som samlats in från personer inom landstingen (personer som bidragit med underlag listas i bilaga 2).

---

<sup>1</sup> PubMed-sökning 2015-04-21: (((((((rehabilitation coordinator) OR case manager) OR return-to-work) OR disability manager) OR disability prevention specialist) OR disability supervisor)) AND (((("Costs and Cost Analysis"[Mesh]) AND "Health Services Administration"[Mesh]) AND "Sick Leave"[Mesh])).

## Ersättningssystem

Enligt avtalet om sjukskrivningsmiljarden ersätts landstingen utifrån en rörlig del kopplad till förändring i sjukskrivningstalen i respektive landsting, och en del som utgörs av olika villkor där landstingen genomför vissa konkreta åtgärder/insatser<sup>[8]</sup>. De stimulansmedel för att utveckla sjukskrivningsprocessen som sjukskrivningsmiljarden innebar har en viktig roll i införandet av koordinatörer i landstingen<sup>[1]</sup>.

De landsting som infört koordinatörer och från vilka vi kunnat få information om ekonomisk ersättning, baserar denna ersättning antingen på;

- **andel av tjänst** (exempelvis baserat på antal listade patienter eller vårdgivarens storlek, eller samma för alla vårdgivare): gäller Västra Götalandsregionen<sup>[37,38]</sup>, Landstinget Gävleborg<sup>[21]</sup>, Jämtlands läns landsting<sup>[18]</sup>, Landstinget i Uppsala län (Birgitta Pleijel), samt ersättningen till sjukhuskliniker i Västernorrlands läns landsting (Gun-Britt Milioris)
- **ersättning utifrån antal listade patienter<sup>2</sup>**: Landstinget Kronoberg (Ellionor Bohman), Region Halland (Katarina Larborn)
- **en kombination av de två ovanstående**: ersättning till vårdcentraler i Västerbottens läns landsting (Tommy Henfridsson).

Landstinget Sörmland har hittills haft ett tilldelat antal tjänster för primärvård respektive specialiserad vård, men rapporterar att de, baserat på resultaten från pågående undersökning av tidsåtgång avser att gå över till en modell liknande den som gäller för vårdcentralers ersättningen i Västerbottens läns landsting (Mariann Jansson).

Ersättningsnivåerna till vårdcentraler skiljer sig mycket mellan landstingen, exempelvis 2,50 kr per listad patient i åldrarna 16-67 år i Kronoberg (Ellionor Bohman), vilket kan jämföras med exempelvis 19,62 kr per listad patient i åldrarna 16-65 år plus 20 % av en medellön per vårdcentral i Västerbottens läns landsting (Tommy Henfridsson). Både inom det pågående projektet i Stockholms läns landsting och i Västra Götalandsregionen ersätts en heltidstjänst per ett visst antal listade invånare, men antalet invånare som ska täckas per heltidsanställd koordinator skiljer sig från 25 000 i ”arbetsför befolkning” (Anne-Marie Norén) till 40 000 (Mats Swanberg) personer mellan de två landstingen. Stockholms läns landsting ersätter i övrigt specifika samverkansinsatser, men har ett takbelopp på 2 kr per listad patient<sup>[35]</sup>. Landstinget i Uppsala län ersätter istället generellt varje vårdcentral med 40 % av en heltidstjänst oberoende av storlek och patientunderlag (Birgitta Pleijel).

I de landsting som ersätter koordineringsfunktion i specialiserad vård rapporteras en tilldelning av tjänst i procent av heltid för valda kliniker<sup>[18]</sup>. Denna procentsats varierar mycket mellan olika kliniker (personliga kontakter: Gun-Britt Milioris, Karin Lövgren-Karlsson).

Ersättningen ska också sättas i perspektiv till de arbetsuppgifter och den roll som koordinatören förväntas ha i respektive landsting, samt till relevanta faktorer som rör såväl befolkningens sammansättning som sjukskrivningsnivåer. Flera landsting noterar dock att deras nuvarande ersättningsnivå är baserad på vad som kunnat avsättas snarare än på en behovsbedömning (Mats Swanberg, Katarina Larborn). Därmed har vårdenheter i exempelvis Halland erhållit en ersättning motsvarande ca 2-20 timmar per vecka. Uppfattningen är dock att det förmodligen krävs minst en dag per vecka även för de små enheterna, och minst 20 timmar för de större, för att upprätthålla funktionen (Katarina Larborn).

---

<sup>2</sup> Skillnaden mellan att ersätta andel av tjänst baserad på vårdcentralens storlek (baserat på antal listade patienter) respektive ersättning med ett beslutat belopp per listad patient kan förtydligas genom att tänka sig två koordinatörer med olika lönenivå: med den första ersättningsmodellen kommer omfattningen av tjänst vara lika stor oavsett vilken koordinator som har uppdraget, medan den andra ersättningsmodellen leder till en mindre omfattning av tjänst vid högre lön om vårdenheten enbart finansierar koordinatören med centrala medel.

## Exempel från tre landsting

Nedan ges exempel på kostnader för koordinators i tre län, nämligen Stockholms läns landsting, Landstinget Sörmland samt Västernorrland läns landsting. Informationen har fått via telefonsamtal med personer inom respektive landsting.

Under en pågående studie i Stockholms läns landsting (personlig kontakt: Anne-Marie Norén, processledare rehabiliteringsgarantin och sjukskrivningsmiljarden) har man infört koordinators för patienter med lätt/medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta i fyra geografiska områden. Urvalet av patienter baseras på en prediktiv modell vid eller före sjukskrivning och patienterna fördelas därefter slumpmässigt till interventionsgrupp respektive kontrollgrupp. Detta möjliggör hälsoekonomiska analyser av effekter på till exempel arbetsförmåga, livskvalitet, vårdkonsumtion och nyttjande av socialförsäkringen. Interventionen i studien består av ett första kartläggningsbesök och därefter frekvent telefonkontakt med koordinators. Preliminära resultat från våren 2015 visade att interventionen då hade kostat i medeltal 15 000 kr per patient och pågick under en period av 2-10 månader per patient, samt att den samhällsekonomiska effekten av interventionen hittills hade varit god. Koordinatorerna skattar att de kan ha 50-100 patienter som de koordinerar parallellt i verksamheten. Under projektet har man också sett ett behov av en tydlig koppling mellan koordinators och det övriga vårdteamet, samt att koordinators själv är erfaren och har en passande bakgrund för uppdraget. Studien förväntas att avslutas under 2015. Under 2015 sker implementering av koordinators generellt och så lik studiemodellen som möjligt och kostnaden för motsvarande en heltidstjänst (inklusive sociala avgifter och övriga kostnader) beräknas till ca 850 000 kr per år.

### PATIENTFALL

Följande två patientfall kommer från Stockholms läns landstings studie för utvärdering effekter av koordinators. Studien genomförs i samarbete med Health Navigator (personlig kontakt: Sofia Landström) (beskrivningarna nedan är mycket förkortade):

Patient 1: Kvinna i 40-årsåldern som arbetar heltid och som upplever hög arbetsbelastning, tidspress och dåliga förutsättningar att göra ett bra arbete. Sover dåligt och har svårt att få ihop rutinerna hemma. Hon blev sjukskriven på heltid i slutet av september med utmattningssyndrom, depression och rygg-/nackvärk. Första kontakt med koordinators i oktober, patienten har då inte haft kontakt med Försäkringskassan eller arbetsgivare under sjukskrivningen, och det saknas både rehabplan och bokade återbesök hos sjukskrivande läkare. Remitterad för samtalskontakt med två månaders väntetid. Patienten har stort behov av koordinering och coaching: information om hur processen tillbaka till arbete ser ut, vilka aktörer som är inblandade och deras roller, vilket ansvar patienten har själv, rådgivning runt fortsatta vårdkontakter och stöd för att inrätta dagliga rutiner. Koordinators har frekvent kontakt med patienten, initialt 2-3 gånger per vecka och senare under processen något glesare, samt med flera andra aktörer: Försäkringskassan, sjukskrivande läkare och arbetsgivare.

Första försök till återgång i arbete med ordinarie arbetsuppgifter på halvtid görs i november, får dock istället ett specialscheman som arbetsgivaren satt upp vilket fortsätter trots påstötning från koordinators om att de ändrade arbetsuppgifterna försvårar värkproblematiken. Kvinnan blir sjukskriven heltid under ytterligare två månader. Efter avstämningsmöte med Försäkringskassan, sjukskrivande läkare, kvinnan, kvinnans chef samt koordinators nås en tydlig rehabplan, dock kvarstår en del problem i arbetssituationen och med uppföljningen hos arbetsgivaren, och först efter ytterligare två rehabmöten (koordinators, patienten och hennes chef) fungerar rehabplanen och återgång i arbete på sätt som avsetts. Efter tio månader avslutades koordinators arbete. Kvinnan har återgått i heltidsarbete men dessutom sökt och fått ett annat arbete som hon trivs med efter att ha kommit till insikt om att hon inte trivts i den tidigare arbetssituationen.

Patient 2: Man i 50-årsåldern som arbetar heltid som hantverkare, som trivs mycket bra med sitt arbete och relationerna på arbetsplatsen. Falltrauma i maj med efterföljande smärta och rörelseinskränkning i axeln. Arbetade först vidare men blev efter några veckor sjukskriven på heltid vilket övergick till sommarsemester. Utebliven förbättring efter semesterperioden resulterade i kortisoninjektioner och fortsatt heltids sjukskrivning under hösten. Första kontakt med koordinators under september, som initierar möten med sjukskrivande läkare och ortopedspecialist för att åtgärda axelskadan. Sjukskrivningen tas över av den specialiserade vården under 3

månader i samband med operation och efterföljande rehabilitering, dock med fortsatt telefonkontakt med koordinator för uppföljning och utvärdering av behandlingen. Koordinator stödjer i egen träning och uppmanar patienten till kontakt med arbetsgivare för diskussion om möjlighet till anpassade arbetsuppgifter. Då patienten inte kommer att återfå full axelfunktion behöver anpassning av arbetsuppgifter ske, och efter fem månader kan han återgå i arbete på heltid.

I Landstinget Sörmland (personlig kontakt: Karin Lövgren-Karlsson, processledare på Enheten för rehab- och sjukskrivningsprocessen) har man koordinatörer både inom primärvården och på följande specialistkliniker: psykiatri, medicin, ortopedi, onkologi och reumatologi. Ersättningsmodellen är under omarbetning, men har hittills för primärvården baserats på antal listade patienter och varierat mellan 35-45 % av en heltidstjänst per enhet. För specialistvården har man haft ett kontinuerligt samarbete med Försäkringskassan för att identifiera sjukpenningtal som man har kunnat basera omfattningen av koordinatortjänst på. Inom psykiatrin har detta resulterat i en heltidstjänst, medan övriga kliniker haft 15-25 % av en heltidstjänst för medicin, 35-75 % för ortopedi, och 50 % vardera för onkologi respektive reumatologi. Koordinatorerna har med få undantag en grundutbildning som legitimerade arbetsterapeuter, sjukgymnaster eller sjuksköterskor, och en ungefärlig medellön ligger runt 30 000 kr per månad exklusive sociala avgifter. Koordinatorerna arbetar i första hand genom telefonkontakter med patienter, och uppskattas att generellt arbeta på en nivå som motsvarar modell Coachen och i undantagsfall modell Kontaktpersonen. De arbetsuppgifter som tar mest tid för koordinatörerna i Sörmland är, enligt en nyligen genomförd tidsstudie, vårdplaneringsmöten, telefonkontakter med patienter och samverkande parter (Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten) samt planerad samverkan i TRIS-möten (TRIS står för Tidig Rehabilitering i Samverkan, se också [www.trissormland.se](http://www.trissormland.se)).

Landstinget i Västernorrland (personlig kontakt: Gun-Britt Milioris, projektledare, Landstinget i Västernorrland) har gett ekonomisk ersättning för koordinatorsuppdrag sedan 2007. Denna verksamhet presenterades år 2010 i en rapport av Marika Augutis<sup>[40]</sup>. Verksamheten finansieras genom sjukskrivningsmiljarden och har fått minskade resurser under senare år. Ersättningsmodellen är uppbyggd utifrån en fördelning per antal listade patienter i arbetsför ålder (16-67 år) för primärvården på 10-60 % av en heltidstjänst. Omfattningen har tidigare varit 20-80 %, vilket upplevdes vara närmare det faktiska behovet bland patienter och inom verksamheterna. Inom den specialiserade vården finns koordinatörer inom kliniker för vuxenpsykiatri, ortopedi, onkologi och rehabiliteringsklinik. De tre senare har vardera 20 % av heltid på respektive klinik, medan psykiatriska kliniken (länssjukhus) har en heltidstjänst och de mindre psykiatriska klinikerna har 40 % respektive 20 % vardera, detta eftersom man funnit att patienter inom vuxenpsykiatrin har fler kontaktytor mot arbetsmarknadens parter att hantera och ofta har stora behov av insatser. Tjänsten på länssjukhuset omfattade tidigare 1,2 heltidstjänst vilket i dagsläget är i underkant när man ser till behovet. Inom Enheten för försäkringsmedicin på landstingets kansli finns även centrala resurspersoner som samordnar, följer upp och ger stöd till koordinatörerna vid vårdenheterna. Vid en jämförelse med ReKoord-rapportens modeller ligger koordinatörernas arbete generellt på de högsta nivåerna, och de är ofta exempelvis teamledare för rehabteam, motsvarande Spindeln i nätet. Målet är dock att verksamheterna ska fungera utan att koordinatören har denna roll och en av lärdomarna som man dragit i Landstinget i Västernorrland är att exempelvis i en verksamhet där koordinatorsfunktionen är nyligen införd blir dennes arbete mycket praktiskt inriktat på patientarbete medan i en väl inkörd verksamhet blir koordinatörens roll snarare fokuserad mot att bedriva utvecklingsarbetet, vara ett stöd, bearbeta statistik och utbilda ny personal.

#### Övriga kommentarer från landstingen

Flera personer indikerar att koordinatörerna idag inte täcker "hela befolkningen" (Birgitta Pleijel, Mats Swanberg, Anne-Marie Norén) och så länge det inte finns tillräckligt med medel för detta är det:

*"orimligt att ha en funktion på plats för hela befolkningen" (Anne-Marie Norén).*

Även andra landsting/regioner beskriver att koordinatorsverksamheten inte omfattar alla vårdcentraler. Detta tydliggör behovet av en fördjupad diskussion om önskvärd omfattning av verksamhet, hur man kan identifiera rätt patienter för koordinering och vad som är en rimlig ersättning för detta arbete. Det finns dock landsting som uppger att samtliga vårdgivare inom primärvården har tillgång till koordinators (personlig kontakt: Karin Lövgren-Karlsson).

Att enbart basera ersättningsnivåer på antalet listade patienter ifrågasätts också, möjligen bör ersättningen även baseras på exempelvis socioekonomiska faktorer för att ta hänsyn till de lokala förutsättningarna (Katarina Larborn).

Även om ersättningen inte är baserad på antal patienter med behov av koordinering eller resursförbrukning för att genomföra koordineringen, har man inom flera landsting sett behovet av att koordinators arbete uppnår en nivå som motsvarar de högre modellerna för koordineringsfunktionen (Anne-Marie Norén, Ulf Hallgårde).

I de fall där ersättningen sker som en del av tjänst finns det i vissa landsting takbelopp för hur hög lön (exklusive sociala avgifter) som ersätts, exempelvis högst 31 000 kr i Region Jämtland Härjedalen (Lars Eriksson) och högst 32 000 i Region Gävleborg (Annchristin Johansson).

Utöver kostnaden för löner rapporteras från Region Gotland att utbildning och resor står för cirka 7 % av den totala kostnaden för koordinering samt att en även livsmedel är en mindre kostnadspost (Linda Eklund).

#### PATIENTFALL

Följande två patientfall kommer från ett arbete med flödesscheman som kartlägger patienters väg inom vården och tidig samordning runt rehabilitering som koordinators i Västra Götalandsregionen har genomfört (personlig kontakt: Lena Björk) (beskrivningarna har justerats för att passa i det här formatet):

Patient 1: Man i 30-årsåldern som arbetar som förare inom bemanningsföretag. Betungande hemsituation med svårt sjuk partner och små barn. Första kontakt med koordinator i oktober, heltidssjukskrivning med depressionsdiagnos en vecka senare. Patient med behov av rådgivning runt fortsatta vårdkontakter och stöd för att inrätta rutiner, såsom att komma igång med träning. Koordinator har kontakt med patienten, per telefon och genom möten, samt med flera andra aktörer: sjukskrivande läkare, andra vårdgivare och arbetsgivare. Efter möte med koordinator, patient och arbetsgivare i november beslutar patienten att säga upp sig för att istället börja studera och han erbjuds lönegaranti av arbetsgivaren under de tre månaderna innan arbetslöshetsersättning kan utbetalas. Sjukskrivningen avslutas under november, efter 2 månader. Koordinator har då, utöver kontakter med vårdgivare, haft tre besök med patienten (varav ett även med arbetsgivare), ytterligare fyra uppföljningssamtal med patienten och kontakt med arbetsgivare ytterligare två gånger per telefon.

Patient 2: Kvinna i 40-årsåldern som är lokalvårdare. Smärtproblematik i grunden, och upplever sig otureligt bemött av kollegor till följd av detta. Blir initialt heltidssjukskriven med smärta och depression i september. Läkare kontaktar koordinator i början av oktober, i samband med minskad sjukskrivning till 75 %. Patienten är orolig för familjens försörjning under sjukskrivning. Koordinator har, utöver kontakter med aktuella vårdgivare och rehabteam, upprepade kontakt med patienten och hennes arbetsgivare, samt med Försäkringskassan. Under rehabiliteringen har koordinator tre möten med patienten, varav ett även med arbetsgivaren och ett avstämningssammanträde med arbetsgivare, Försäkringskassan, sjukskrivande läkare, m.fl, dessutom flera telefon- och brevkontakter, samt deltar i två träffar med rehabteamet. Fortsatt heltidssjukskrivning vid uppföljningens slut, i mars, då multimodal rehabilitering påbörjas.

## Kostnadsberäkningar

Nedan beskrivs först de grundantaganden som gjorts i de två modeller för kostnadsberäkningar som tagits fram. Därefter beskrivs beräkningarna och sist möjliga effekter av att införa koordinatörer i hälso- sjukvården.

## Grundläggande antaganden

### Vårdenheter

De landsting som hittills infört koordinatörer har valt att i första hand placera dessa vid vårdcentraler eller motsvarande verksamheter, och endast till viss del även i sjukskrivningstunga kliniker eller mottagningar inom den specialiserade vården. Detta är i linje med att majoriteten av interventioner, för att höja kvalitén i och kompetens kring hantering av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning, har riktats mot vårdcentraler. Flera studier visar dock på hög förekomst av sjukskrivningsärenden även inom specialiserad vård<sup>[41,42]</sup>. Det var inga stora skillnader över tid i vilka kliniker/mottagningar som vid tre olika enkäter, utskickade med fyra års mellanrum, hade störst andel läkare som hade minst sex sjukskrivningsärenden per vecka<sup>[41]</sup>. De var ortopedi, företagshälsovård, smärtmottagning, onkologi, rehabilitering och psykiatri och år 2012 hade 55-71 % av läkarna minst sex sådana konsultationer per vecka medan en lägre andel (33 %) av vårdcentralsläkarna hade sådana ärenden lika ofta<sup>[41]</sup>. Även om andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka hade sjunkit något 2012 (34 %), jämfört med 2008 (42 %) och 2004 (50 %), i samband med att sjukskrivningstalen minskat dramatiskt, fanns ingen stor skillnad mellan de tre åren vad gäller hur stor andel av läkarna som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, respektive upplevde att sjukskrivningsärenden var mycket eller ganska problematiska att handlägga. Detta återfanns hos en tredjedel av läkarna, varav läkare vid vårdcentraler låg något högre vad avser såväl frekvens som allvarlighetsgrad<sup>[41]</sup>.

De vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna är psykiska diagnoser och besvär från muskler och leder. Andra vanliga diagnoser är skador, hjärta-kärlproblem och cancer<sup>[43]</sup>. Många av dessa patienter har kontakt med specialistvården, där även deras eventuella sjukskrivningar hanteras. Försäkringskassans diagnos- och arbetsgivarregister (DoA-registret) är behäftat med viss osäkerhet men av registrerade sjukskrivningar sker 44 % på vårdcentraler, 33 % på sjukhuskliniker, 6 % hos privatläkare (framgår ej vad respondenterna avsåg med detta) och 5 % inom företagshälsovården (personlig kontakt: Anna Martinmäki). Det finns alltså behov av koordinatörfunktion inom många typer av specialistmottagningar och kliniker.

Figur 1 nedan innehåller en översikt över de vårdnivåer som bedöms vara aktuella att omfattas av koordineringsfunktionen och där kostnader för detta kan anses uppstå. Denna rapport handlar enbart om hälso- och sjukvårdens kostnader för samverkan lokalt genom koordinatörer, vilket innebär att en del kostnader som uppbärs av landstingen för rehabilitering och samverkan med olika aktörer saknas i rapporten.





Figur 1: Teoretisk skiss över inom vilka organisationer landstingens kostnader för koordineringsfunktionen kan komma att uppstå.

Sveriges Kommuner och Landsting rapporterar i sin statistik att det för närvarande finns 1158 vårdcentraler eller motsvarande<sup>[44]</sup>. Det finns 135 sjukhus med specialiserad somatisk och/eller psykiatrisk vård<sup>[44]</sup>. Det finns idag ingen officiell lista över samtliga vårdenheter som utför specialiserad öppenvård (personlig kontakt: Tove Gemzell, samt Anders Jacobsson). Det totala antalet vårdtillfällen i specialiserad vård rapporteras dock vara 17 276 600 i somatisk öppenvård och 5 022 100 i psykiatrisk öppenvård<sup>[44]</sup>, samt 1 568 900 vårdkontakter inom psykiatrisk eller somatisk slutenvård<sup>[45]</sup>. Antalet vårdgivare i vårdgivarregistret hos Inspektionen för vård och omsorg (22 034 vårdgivare, personlig kontakt: Tove Gemzell) ger ingen ledning till antalet mottagningar som bedriver specialiserad vård utanför sjukhus. Eftersom anslutning till vårdgivarregister som katalogtjänst HSA (en katalog, som förvaltas av Inera AB), över bland annat enheter i Sveriges kommuner, landsting och privata vårdgivare, är frivillig kan inte heller de ange en rättvisande uppgift om antal mottagningar som bedriver specialiserad vård utanför sjukhus (personlig kontakt: Ulrika Nilsson).

Enligt SKL finns det:

*"... drygt 900 läkare som bedriver verksamhet enligt det som kallas Nationella taxan, formellt sett är de verksamma enligt Lag om Läkarvårdsersättning (LOL), varav ungefär 700 är specialister i annat än allmänmedicin och därmed kan anses bedriva specialiserad vård utanför sjukhus. Dessutom finns ett [okänt] antal enheter verksamma enligt Lag om valfrihetssystem (LOV)" (uppgift från Roger Molin, genom Nils Mårtensson)*

I beräkningarna som beskrivs nedan görs ett antagande om att det finns 500 mottagningar som bedriver specialiserad vård utanför sjukhus och som har behov av koordinator. Detta innebär ett antagande om att mottagningar som bedriver specialiserad vård utanför sjukhus enligt Lag om Läkarvårdsersättning (LOL) omfattar i medeltal två sådana specialister i annat än allmänmedicin, och tar höjd för att det även finns ett antal mottagningar som bedriver motsvarande verksamhet enligt Lag om valfrihetssystem (LOV), Lagen om offentlig upphandling (LOU), eller privata mottagningar som bedriver verksamhet utanför dessa.

### Patientgrupper

För beräkningen av kostnaden för koordineringsfunktion på nationell nivå krävs uppgifter om antingen den totala resursförbrukning som krävs för att uppfylla behovet av koordinering eller uppgift om resursförbrukning per koordinerad patient kombinerad med antalet patienter som är aktuella för koordinering. Underlaget är bristfälligt för att kunna bedöma behovet av hur stor omfattningen av de arbetsuppgifter som är kopplade till koordineringen är i heltidstjänster per enhet eller utifrån antal patienter i arbetsför ålder. En uppgift grundad på erfarenheter från ReKoord-rapportens studier anger att det behövs en heltidstjänst på en vårdcentral med cirka 16-18 000 listade patienter i yrkesverksam ålder vid arbetsuppgifter utifrån den mest omfattande modellen för koordinatören, Spindeln i nätet.

Författarna poängterar dock att många faktorer spelar in, såsom koordinators kompetens, sjukdomspanoramata hos listade patienter, resurser hos medarbetarna samt omgivningsfaktorer<sup>[1]</sup>. Dessutom saknas det uppgift om behovet av koordinering inom andra vårdverksamheter och hos vårdgivare med fler eller färre listade patienter i arbetsför ålder.

I överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden formuleras målgruppen utifrån att:

*”Koordineringsfunktionen ska omfatta hela befolkningen som berörs av sjukförsäkringen och ha en bred förankring där sjukskrivning är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen”.*<sup>[8]</sup>

Enligt utredningens förslag<sup>[3]</sup> ska koordinatören samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och utbildningssamordnare. Därmed omfattas hela den vuxna befolkningen i arbetsför ålder, även arbetslösa och studenter. I förslaget hänvisas till sjukfrånvaromålet som berör befolkningen i åldrarna 19-64 (kap 10.1.1)<sup>[3]</sup>. Definitionen av vad som anses vara arbetsför ålder varierar dock mellan dokument och myndigheter (exempelvis avses i rehabgarantin åldersgruppen 16-67 år<sup>[46]</sup> medan den sjukskrivningsstatistik som Försäkringskassan vanligen publicerar utgår från åldersgruppen 16-64 år<sup>[43]</sup>). Dessutom ökar nu ständigt antalet och andelen personer över 65 respektive över 70 års ålder som förvärvsarbetar och även dessa kan, vid sjukdom eller olycksfall, behöva koordineringsinsatser i samband med sjukfrånvaro<sup>[47]</sup>.

År 2014 bodde totalt 6 053 212 personer i åldrarna 16-64 år i Sverige<sup>[48]</sup>, och totalt var 560 000 personer av dessa sjukskrivna någon gång under året med ersättning från Försäkringskassan, vilket motsvarar cirka 10 % av befolkningen i den åldersgruppen<sup>[43]</sup>. En skattning av antalet patienter aktuella för koordinering bör kunna ske utifrån samma princip avseende differentierad handläggning (kallat ”differentierat intygande”) som gjorts inom Försäkringskassans projekt ”En enklare sjukskrivningsprocess”<sup>[49]</sup>, utifrån att patienter som förväntas kunna gå tillbaka till sin arbetsplats eller motsvarande utan vidare insats efter sin sjukskrivning inte behöver prioriteras hos koordinatören, medan de som förväntas ha behov av rehabiliteringsinsatser eller anpassning bör prioriteras. Uppgifter som framkommit i projektet visar att 20 % av sjukskrivningsfallen kräver fullständigt sjukintyg från en läkare (personlig kontakt: Anna Martinmäki). Omräknat till antal individer innebär detta att 112 000 individer årligen skulle ha behov av samordning eller hade en sjukskrivning som varat längre än 60 dagar och därmed krävde ett fullständigt sjukintyg. En stor del av dessa personer kan antas vara i behov av koordineringsfunktionen.

En annan grupp med behov av koordineringsinsatser är de personer som inte kan arbeta/söka arbete på grund av skada eller sjukdom och som inte kan få sjukpenning då de inte omfattas av sjukförsäkringen och därför behöver läkarintyg till exempel för att få försörjningsstöd från socialtjänsten. Till denna grupp hör personer som inte har sjukpenninggrundande inkomst – till exempel på grund av att de är mycket unga, är nyanlända i Sverige eller av annan anledning inte fått sådan inkomst eller de som har uppnått maximal tid i sjukförsäkringen<sup>[3]</sup>. Enligt Socialtjänsten är sjukskrivning med läkarintyg men utan sjukpenning bakomliggande orsak till försörjningsstöd hos cirka sju procent (18 454 personer) av alla som får försörjningsstöd<sup>[50]</sup>.

Uppgifter från Västra Götalandsregionen indikerar att totalt 30-40 % av sjukskrivningsepisoderna i primärvården skulle ha behov av koordinering (personlig kontakt: Karin Starzmann), vilket på nationell nivå skulle motsvara 168 000-224 000 personer. Även i Region Skåne har ansvariga sett att bland ”enkla” ärenden, enligt Försäkringskassans differentierat intygande-projekt, finns de som

*”definitivt kräver kontakt tidigt med arbetsgivaren för att minimera risken för långtidssjukskrivning” (Ulf Hallgärde).*

Flera landsting har också infört tidig samverkan, alltså koordinering redan i ett tidigt skede av sjukskrivningen (Ulf Hallgärde, Ann-Britt Ekvall, Malin Nymann). Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen<sup>[3]</sup> förordar framtagandet av ett bedömningsstöd för att tidigt upptäcka sjukskrivna som behöver extra stöd för återgång i arbete (kap 10.1.6).

Dessutom finns det en hel del patienter som skulle behöva koordinerande insatser för att undvika framtida sjukskrivning och/eller sjuk- eller aktivitetsersättning. Ett sätt att kvantifiera den gruppens storlek är att utgå från antal individer som fått stöd inom ramen för rehabgarantin och som ännu ej är sjukskrivna. Baserat på en nyligen genomförd utvärdering från Inspektionen för socialförsäkringen<sup>[14]</sup> motsvarar dessa i Region Skåne ungefär 0,9 % av befolkningen i åldern 20-64 år, vilket på nationell nivå innebär ca 53 000 personer.

Många personer som riskerar sjukskrivning eller sjuk- eller aktivitetsersättning omfattas dock inte av rehabgarantin, det vill säga, har inte de specifika besvär som denna gäller, varför antalet personer torde vara betydligt högre. Deras antal har visat sig svårt att kvantifiera. En annan patientgrupp som bör kunna vara i behov av samordning är unga med aktivitetsersättning, cirka 31 000 individer<sup>[51]</sup>. Denna grupp omnämns inte specifikt i de dokument som ligger till grund för koordinatorernas uppdrag. Ännu en grupp som kan antas ha behov av koordinering är de med förebyggande sjukpenning. Det är svårt att bedöma hur denna grupp relaterar till personer med sjukpenning, då de i alla fall delvis bör komma att omfatta samma personer (först förebyggande sjukpenning, därefter sjukpenning om inte insatsen räcker).

### Koordinatorerna

Beroende på vilka arbetsuppgifter och vilken modell för koordinator som efterfrågas inom respektive organisation så kommer också behovet av kompetens, utbildning och kompetensutveckling att variera. En koordinator som framförallt fungerar enligt modellen Administratör och som i första hand bokar in tider behöver inte nödvändigtvis ha en bakgrund inom hälso- och sjukvård, medan en Spindeln i nätet kan förutsättas behöva ha både ingående kunskap om vårdens och samhällets organisation och erfarenhet från arbete med rehabilitering<sup>[2]</sup>. Valet av modell påverkar vilken bakgrund som är önskvärd för koordinatören (och därmed även löneanspråk), vilken utbildning som krävs initialt för att kunna genomföra uppdraget, och hur omfattande kompetensutveckling som krävs därefter. Vanliga yrken bland koordinatörer är arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor och kuratorer, men även andra förekommer<sup>[1]</sup>.

Utifrån landstingens redovisningar och beskrivningen av koordineringsfunktionen i överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden har vi i detta arbete utgått från att förväntningarna på koordineringen motsvarar större delen av de arbetsuppgifter för koordinatörer som listas i den så kallade ReKoord-rapporten<sup>[1]</sup> samt att koordinatörerna ska arbeta enligt den modell som i den rapporten kallas ”Spindeln i Nätet”.

Kostnader för koordineringsfunktionen antas i första hand utgöras av ersättningen för anställda koordinatörer. Det bör i detta sammanhang poängteras att det inte finns något krav på att samtliga de uppgifter som beskrivs ovan utförs av en koordinator, utan vissa uppgifter kan utföras av annan personal på vårdenheten. Inte heller finns det i den parlamentariska socialförsäkringsutredningen ett utskrivet krav på att en koordinator anlitas, utan förslaget gäller krav på samverkan och koordinering<sup>[3]</sup>, för vilket införande av en koordinator är en möjlig metod. Landstingen har valt olika modeller för koordinatören och uppger olika lönenivåer. Medellönen för koordinatörer i Västra Götalandsregionen rapporteras vara cirka 34 000 kr/mån vid heltidstjänst, exklusive sociala avgifter (personlig kontakt: Karin Melin). Några landsting har angett en högsta lönenivå för koordinatören som ersätts från landstinget, motsvarande 31 000 eller 32 000 kr/månad exklusive sociala avgifter (Lars Eriksson, Annchristin Johansson)). Medellönen för koordinatörer i Landstinget Sörmland skattas till 30 000kr/mån exklusive sociala avgifter (personlig kontakt: Karin Lövgren-Karlsson). Uppgifter för Stockholms läns landsting tyder dock på högre lönenivå, omkring 36 000kr/mån exklusive sociala avgifter, för koordinatörer med bakgrund i första hand som sjukgymnaster och ofta med stor erfarenhet inom det försäkringsmedicinska området (personlig kontakt: Sofia Landström). Därmed ligger lönerna i nivå med gränsen för inbetalning av extra pensionsinbetalningar. Dessa nivåer täcker också löneintervallen för de yrkesgrupper som koordinatörerna ofta tillhör, såsom legitimerade fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och kuratorer (personlig kontakt: Nils Mårtensson).

I beräkningarna nedan används lönenivån från Västra Götalandsregionen: 34 000 kr/mån (aktuell för år 2015), exklusive sociala avgifter. Till detta kommer sociala avgifter: för närvarande 44,13 % för landstingen<sup>[52]</sup>. Ytterligare kostnader som uppstår i verksamheten gäller exempelvis lokaler och kostnader för vårdgivarnas arbetsrelaterade kringaktiviteter vilket har beräknats som ett schablonpåslag<sup>[7]</sup>. Kostnader för kompetensutveckling utöver den arbetade tiden omfattas inte av beräkningarna.

### Processledare

Utöver lönekostnad för koordinatorsuppger flera landsting att de också har kostnader för personal på central nivå som arbetar med samordning av koordineringsfunktionen, ofta kallat processledare:

*”Processledare behövs för att samla, stödja och utveckla rehabsamordnarna i nätverk, men även stöd till chefer och övriga professioner som är berörda av processen. Stötta och utveckla arbetet i hela sjukskrivnings- och rehabprocessen. Hjälpa till med att utarbeta rutiner, skapa formulär, följa upp, utvärdera mm.” (Ann-Britt Ekvall)*

Det är dock en viss variation i hur mycket tid som tilldelas processledarna. Västra Götalandsregionen har avsatt 0,5 tjänst per ca 200-250 000 invånare för processledning av koordineringsfunktionen (Malin Nymann). Detta kan jämföras med Region Jönköpings län som har ca 335 000 invånare, och där processledarna motsvarar 2,5 heltidstjänster utspridda i regionen och en centralt placerad tjänst (Ann-Britt Ekvall).

I beräkningarna antas omfattningen av tjänst för processledare i medeltal motsvara 1-2 heltidstjänster per landsting. Den lägre siffran motsvarar Västra Götalandsregionens tilldelning (0,5 heltidstjänst 225 000 invånare). Dock skulle uppgiften från Region Jönköping motsvara närmare fyra gånger den tilldelningen. Till detta kommer även ett behov av en centralt placerad person som samordnar verksamheten på nationell nivå genom SKL.

Dessa personer kan förväntas ha en högre lönenivå, möjligen i nivå med den rapporterade medellönen för central administratör (45 000 kr/mån vid heltidstjänst) som använts i Socialstyrelsens rapport för landstingens kostnader för beställningar av utredningar på uppdrag från Försäkringskassan<sup>[7]</sup>. Även för koordinatorsuppger man från exempelvis Stockholms läns landsting att de löner som använts i de nedan presenterade beräkningarna förmodligen är låga då det är ett

*”kvalificerat uppdrag, där vi kräver både särskild utbildning, lång erfarenhet och speciella egenskaper” (personlig kontakt Anne-Marie Norén).*

En högre lönenivå skulle också kunna innebära ytterligare kostnader i form av pensionsinbetalningar. I beräkningarna nedan antas dock lönen vara densamma för alla verksamma inom koordineringsfunktionen.

### Enkät till koordinatorsuppger

Eftersom det saknades underlag avseende den tid som koordinatorsuppger använder för sina olika uppdrag, utvecklade vi ett frågeformulär om dessa aspekter. Formuläret granskades och kommenterades av ansvariga inom de landsting där enkäten skulle användas. Enkäten innehöll frågor om koordinators arbetsplats och berörda patienter, tidsåtgång för arbete med enskilda patienter och patientgrupper, patientrelaterat arbete utan direktkontakt med patienter, kompetensutveckling, verksamhetsrelaterat arbete (såsom att skriva rutiner och ge stöd till övriga verksamheten), samt gav plats för koordinatorsuppger att ange ytterligare arbetsuppgifter eller kostnader som uppstod inom koordinatorsuppdraget (se bilagor 3 och 4). Enkäten som skickades till koordinatorsuppger i Västra Götalandsregionen (bilaga 4) innehöll dessutom frågor om resor som utfördes av koordinatorsuppger och andra vårdgivare som en del av koordineringsfunktionen.

Formuläret distribuerades till 55 koordinatorsuppger i Västerbottens läns landsting (40 av dem fick enkäten vid ett nätverksmöte, därefter skickades enkäten via e-post till samtliga 55 koordinatorsuppger i länet) samt per e-mail till ett strategiskt urval av 15 koordinatorsuppger i Västra Götalandsregionen (fördelade utifrån

primärvårdsregionernas storlek och dessutom till koordinatörer inom fyra sjukhusförvaltningar) under försommaren 2015.

Besvarade frågeformulär postades till Sektionen för försäkringsmedicin och svaren matades in i ett Excel-dokument. Öppna kommentarer skrevs ut ordagrant.

Svaren på enkäten ligger till grund för beräkningarna enligt den beräkningsmetod som utgår från rapporterad tidsåtgång för olika arbetsuppgifter som ingår i koordineringsuppdraget och därefter har kostnaden räknats upp till nationell nivå.

Enkäten besvarades av 20 koordinatörer från Västerbottens läns landsting och 12 koordinatörer från Västra Götalandsregionen, vilket resulterade i en total svarsfrekvens på 46 %. Av dessa uppgav 22 koordinatörer (69 %) att de har arbetstid avsatt på vårdcentral eller motsvarande, 6 på sjukhusklinik (psykiatri, ortopedi/kirurgi, onkologi, HC (=hälsocentral?), respektive primärvård), samt två inom specialiserad öppenvård (psykiatri respektive primärvård). En av dessa var verksam inom både specialiserad slutenvård och öppenvård. Svaren har analyserats för alla grupper av respondenter sammanslaget, då inga tydliga skillnader framkom i svaren mellan de olika typerna av verksamhet och antalet personer med verksamhet inom specialiserad öppenvård eller inom sjukhus enbart omfattar sju svarande. Informationen om detta i enkätsvaren är heller inte helt entydig.

Koordinatorerna som besvarade enkäten rapporterade att de i nuläget i medeltal hade 42 % av en heltidstjänst för uppdraget (vilket för några omfattade koordinering på flera olika vårdcentraler eller motsvarande). Behovet uppskattades dock vara högre vid de aktuella vårdenheterna, i medeltal 106 % av en heltidstjänst och alltså 152 % högre än nuvarande omfattning. Summering av koordinatorens skattning av tid avsatt för specifika arbetsuppgifter gav en total arbetad tid som i medeltal motsvarade 80 % av heltidstjänst. Övriga rapporterade arbetsuppgifter, vilka omfattade till exempel tidsbokningar, deltagande i arbetsplatsträffar, studiebesök, avstämningsmöten, utbildning av personal och studenter, bearbetning och uppföljning av statistik, samt dokumentation.

Koordineringen omfattar generellt samtliga patientgrupper som efterfrågades: de som nyligen blivit sjukskrivna, långtidssjukskrivna patienter (>90 dagar, >180 dagar respektive >365 dagar), patienter som riskerar att bli sjukskrivna, och patienter som är sjukskrivna men inte omfattas av sjukförsäkringen utan istället får ersättning från till exempel socialtjänsten. Några koordinatörer uppgav att samtliga deras patienter ingår i rehabgarantin medan andra svarade att inga, eller en mindre del, av deras patienter ingår i rehabgarantin. Flera koordinatörer svarade att de hade ingen eller obetydlig tid avsatt för möten med specifika patienter, medan andra kommenterade att verksamhetsrelaterade uppgifter prioriteras bort till förmån för direkt patientarbete. De 32 koordinatörerna rapporterade, tillsammans, att tolk nyttjades vid totalt 15 tillfällen under en period av en månad. Behovet varierar dock mellan 0-5 tillfällen per månad mellan koordinatörerna.

Samtliga koordinatörer uppgav att de samverkar i någon omfattning med följande interna och externa aktörer: andra professioner inom egna vårdenheten, andra vårdenheter inom hälso- och sjukvården respektive med Försäkringskassan. Majoriteten av koordinatörerna samverkar också minst några gånger per år med patienters arbetsgivare, med företagshälsovård, med Arbetsförmedlingen, och med en fackförening. Dessutom rapporterades att det sker en viss samverkan med andra aktörer lokalt, såsom Socialtjänsten, frivården, kommunen, ideella verksamheter, samordningsförbunden, Samrehab och anhöriga. Koordinatorerna i Västra Götalandsregionen rapporterade tillsammans 1693 km resor med bil per månad. Endast en resa med kollektivtrafik rapporterades.

Enkätsvaren ska ses som uppgifter från enskilda koordinatörer och representerar inte de aktuella landstingens officiella syn på detta.

## Två metoder för beräkning av kostnader

Således saknas det för närvarande studier eller statistik över både hur många personer som har behov av koordineringsfunktionen och vilken resursförbrukning landstingen har för koordineringen av dessa personer i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Nedan har vi skisserat två olika metoder för att beräkna resursförbrukning och kostnader för koordineringsfunktionen och som testar olika antaganden som ligger till grund för beräkningarna. Den första metoden utgår från schablonbaserade uppgifter om ersättningar till vårdenheter och på central nivå, medan den andra utgår från enkätuppgifter om tid per patient från koordinatörer i två landsting.

De två metoderna kan jämföras med så kallade top-down respektive bottom-up beräkningar<sup>[53]</sup>. En top-down-analys innebär att man fördelar en bestämd summa utifrån kunskap om fördelningen av resursförbrukning<sup>[53]</sup>. Ett typexempel är när man utgår från nationella kostnader för hälso- och sjukvård och utifrån uppgifter om prevalens och aggregerad vårdkonsumtion fördelar kostnaden utifrån diagnos. Bottom-up-analys utgår från kunskap om detaljerad resursförbrukning för att beräkna den totala kostnaden<sup>[53]</sup>. Ett typexempel är studier som utgår från patientenkäter för att identifiera resursförbrukning och genom att summera kostnader för specifika insatser räknar ut kostnaden för hela den relevanta populationen.

Kostnader som uppstår i samband med utbildning av koordinatörer har inte inkluderats i beräkningarna. Inte heller har beräkningarna tagit hänsyn till en förväntat högre lönenivå för de centralt verksamma samordnarna av koordineringsfunktionen.

### Resultat för schablonbaserad beräkning av kostnader

Den schablonbaserade beräkningen (tabell 1) utgår från att vårdenheter tilldelas en bestämd tjänsteomfattning som ska motsvara basbehovet för att upprätthålla koordineringsverksamheten samt att en rörlig kostnad beräknas utifrån antalet personer i arbetsför ålder inom landstinget. Vårdcentraler eller motsvarande liksom mottagningar för specialiserad vård utanför sjukhus, antas behöva en bastilldelning motsvarande 20 % av en heltidstjänst. För sjukhus antas behovet av grundbemanning vara 50 % per sjukhus<sup>3</sup>. Förutom den schablonbaserade bastilldelningen per vårdenhet tillkommer i beräkningen också en kostnad per person i arbetsför ålder. Nivån för kostnaden per person är skattad baserat på ersättningen som använts för att ersätta vårdcentraler i Västerbottens läns landsting (20 % av en heltidstjänst som bastilldelning plus 20 kr/listad patient i arbetsför ålder), men summan per person har ökats till 30-50 kr då tilldelningen i dagsläget uppskattas vara för liten och ersättningen även ska täcka kostnader inom den specialiserade vården. Eftersom det inte finns uppgift om antal vårdenheter som bedriver specialiserad vård utanför sjukhus så är intervallet i beräkningen teoretiskt. Det antas också behövas personal på central nivå inom de 21 landstingen och på nationell nivå för att samordna verksamheten, motsvarande 100-200 % tjänst inom vardera verksamhet.

---

<sup>3</sup> Uppgiften innebär inte att varje sjukhus bör ha just denna tilldelning utan det är ett medeltal. Siffran torde vara en grov underskattning för de större sjukhusen med många olika typer av kliniska verksamheter. Bristen på tillgänglig data omöjliggör fördelning av den beräknade tiden och motsvarande kostnader baserat på vårdenheters storlek eller inriktning och bör läsas som resursåtgång på aggregerad nationell nivå.

Tabell 1: Översikt över kostnadsposter och resultat vid beräkning av landstingens kostnader för koordineringsfunktionen utifrån en schablonbaserad metod.

KOSTNADSPOST	ANTAL	KOSTNADSNIVÅ	SUMMA
<b>Basersättning till vårdgivare</b>			
Vårdcentral (eller motsvarande)	1158 <sup>1</sup>	20 % av heltidstj.	232 heltidstj.
Specialiserad vård, sjukhus	135 <sup>1</sup>	50 % av heltidstj.	68 heltidstj.
Specialiserad vård, utanför sjukhus	500	20 % av heltidstj.	100 heltidstj.
Central organisation	21 landsting och samordning på nationell nivå	Alt. 1: 100 % av heltidstj. Alt. 2: 200 % av heltidstj.	Alt. 1: 22 heltidstj. Alt. 2: 44 heltidstj.
<b>Befolkningens storlek</b>			
Personer i arbetsföra åldrar (16-64 år)	6 053 212 <sup>2</sup>	Alt. 1: 30 kr/person <sup>3</sup> Alt. 2: 50 kr/person <sup>3</sup>	Alt. 1: 181596360 kr Alt. 2: 302660600 kr
<b>MOTSVARAR I ANTAL HELTIDSTJÄNSTER (INKL. SOCIALA AVGIFTER ENLIGT AVTAL: 44,13%)</b>			
	HELTIDSTJÄNSTER	SOCIALA AVGIFTER	SUMMA
Lönenivå:	Alt. 1: 650	Alt. 1: 117 016 713 kr	Alt. 1: 429 224 383 kr
34000kr/mån <sup>4</sup>	Alt. 2: 958	Alt. 2: 172 449 536 kr	Alt. 2: 563 225 732 kr
<b>ÖVRIGA KOSTNADER</b>			
Lokalkostnader*****	-	10,1 % tillagt på personalkostnaden	38 600 215 kr – 56 885 799 kr
Administration och arbetsrelaterade kringaktiviteter*****	-	20 % tillagt på personalkostnaden	76 436 070 kr – 112 645 146 kr
Resor	Alt. 1: 14,1 mil/månad Alt. 2: 28,2 mil/månad	Skattefri milersättning: 18,50 kr	2 034 351 kr – 5 996 116 kr
Tolkstöd	Alt. 1: 1 /månad /heltidstj. Alt. 2: 2 /månad /heltidstj.	550+100 kr/tillfälle <sup>5</sup>	422 442 kr – 1 245 120 kr
<b>RESULTAT, KRONOR</b>			Alt. 1: 499 673 430 kr Alt. 2: 739 997 914 kr

<sup>1</sup> Antalet värdenheter inom respektive vårdnivå<sup>[44]</sup>

<sup>2</sup> Avser befolkningen i åldersgrupp 16-64 år 2014<sup>[48]</sup>.

<sup>3</sup> Ersättningsnivån utgår från ersättningen i Västerbottens läns landsting (20 kr per listad patient i arbetsför ålder) men även den lägre nivån har höjts utifrån uppgiften om att nuvarande ersättningsnivå är otillräcklig.

<sup>4</sup> Lönenivån utgår från rapporterad medellön i Västra Götalandsregionen och är angiven exklusive sociala avgifter.

<sup>5</sup> Kostnadsnivåerna är baserad på schablonberäkningar från en tidigare rapport om landstingens kostnader för Försäkringskassans beställningar och omfattar per tillfälle: 1 timme tolkstöd (550kr) och 100 kr för resor etc<sup>[7]</sup>.

Det saknas idag grund för att fördela den beräknade summan mellan primärvård och specialiserad vård, liksom mellan sjukhus och specialiserad vård utanför sjukhus.

#### Resultat för beräkning av kostnader utifrån skattad tid per patient

För att beräkna kostnader för koordineringsfunktionen utifrån skattad tid per patient från enkätsvar måste uppgifter om tid per patient först kombineras med uppgifter om antal individer i respektive patientgrupp, och hur stor del av dessa som kan antas vara i behov av koordinering (tabell 2).

Tabell 2: Beräkning av tidsåtgång per patientgrupp utifrån enkätsvar och publicerad statistik.

Patientgrupp	Antal, riket	Andel med behov av koordinering	Tid per patient (timmar)		Tid, riket (timmar) <sup>3</sup>
			/månad (kvartiler, timmar)	/patient (kvartiler, timmar)	
Nyligen sjukskrivna	401 300 <sup>1</sup>		0-4	0-9	
Långtidssjukskrivna (>90 dagar)	85 040 <sup>1</sup>		1-6	1-26	
Långtidssjukskrivna (>180 dagar)	50 800 <sup>1</sup>		1-10	3-43	
Långtidssjukskrivna (>365 dagar)	22 860 <sup>1</sup>		1-10	3-44	
Patienter som är sjukskrivna men inte omfattas av sjukförsäkringen utan istället får ersättning av socialtjänsten	18 454 <sup>2</sup>		0-4	0-24	
					Alt. 1: 1 156 908- 2 313 816
					Alt. 2: 2 313 816- 4 627 632
Totalt: sjukskrivna med/utan sjukersättning	578 454	Alt. 1: 20 % Alt. 2: 40 %			
Patienter som riskerar att blir sjukskrivna	52 847 <sup>4</sup>	100 %	0-3	0-5	369 928
Övriga patientgrupper i behov av koordinering <sup>5</sup>					
<b>Summa tidsåtgång, timmar per år</b>					Alt. 1: 1 526 836- 2 683 744
					Alt. 2: 2 683 744- 4 997 560
Motsvarar antal heltidstjänster <sup>6</sup>					Alt. 1: 830-1459
					Alt. 2: 1459- 2716

<sup>1</sup> Beräknat utifrån uppgifter om antal som avslutar sjukskrivning vid tidsgränserna i sjukförsäkringen<sup>[54]</sup>. Uppgiften om nyligen sjukskrivna avser personer som ej når tidsgränsen 90 dagar<sup>[54]</sup> och baseras på uppgiften om att 560 000 personer var sjukskrivna 2014<sup>[43]</sup>.

<sup>2</sup> Sjukskriven med läkarintyg utan sjukpenning uppges vara huvudsakligt försörjningshinder för 7 % av personer som mottar ekonomiskt bistånd<sup>[50]</sup>.

<sup>3</sup> Medeltid totalt per patient i respektive grupp är: nyligen sjukskrivna 10 timmar; långtidssjukskrivna (>90 dagar) 21 timmar; långtidssjukskrivna (>180 dagar) 32 timmar; långtidssjukskrivna (>365 dagar) 33 timmar; patienter som är sjukskrivna men inte omfattas av sjukförsäkringen 15 timmar; patienter som riskerar att blir sjukskrivna 7 timmar. Tidsåtgången för sjukskrivna patienter utgår från att medeltid totalt per patient i gruppen ligger mellan tidsåtgången för nyligen sjukskrivna (10 timmar), som representerar mer än 2/3 av alla sjukskrivna (dock inte av alla med behov av koordinering), och 20 timmar.

<sup>4</sup> Beräknat utifrån antalet ej sjukskrivna KBT- respektive MMR-patienter i målpopulationen, 5750 och 1095<sup>[14]</sup>, vilket motsvarar 0,9 % av Skånes befolkning 20-64 år under 2010<sup>[48]</sup>. Omräknat utifrån samma åldersgrupp i riket 2014: 5 625 202 personer.

<sup>5</sup> Omfattar personer som är sjuka och i behov av koordinering, men som saknar ersättning från sjukförsäkringen och/eller socialtjänsten. Inkluderas ej i beräkningen.

<sup>6</sup> Beräknat utifrån 40 timmars arbetstid per vecka och 46 arbetsveckor per år.



Utöver den tid som koordinatören arbetar direkt med patienter behövs också tid för andra arbetsuppgifter, såsom kompetensutveckling och verksamhetsrelaterat arbete (tabell 3).

Tabell 3: Rapporterad omfattning av tjänst fördelat utifrån olika arbetsuppgifter.

Uppgift	Andel av heltidstjänst Medel (min/max), %
<b>PATIENTARBETE</b>	
Nuvarande, rapporterad	39 (0/90)
<b>PATIENTRELATERAT ARBETE</b>	
Intern och extern samverkan runt patienten, som ej omfattar direkt patientkontakt	21 (0/60)
<b>KOMPETENSUTVECKLING</b>	
Egen kompetensutveckling, handledning, samt utbildning av betydelse för koordinatorsuppdraget	2 (0/16)
<b>VERKSAMHETSRELATERAT ARBETE</b>	
Utveckla och organisera rutiner för sjukskrivningsarbetet på vårdenheten; Stöd till kollegor och försäkringsmedicinsk resurs lokalt på vårdenheten; Leda/samordna/utveckla det interna och externa teamarbetet; Stöd till chefer och processledare; Samverkan på övergripande strukturell nivå med interna och externa aktörer	18 (0/77)
<b>ÖVRIGA ARBETSUPPGIFTER</b>	
Rapporterad (totalt 144 timmar/månad)	1 (-/-)
<b>OMFATTNING AV TJÄNST</b>	
Nuvarande, rapporterad	43 (10/100)
Nuvarande, summerar rapporterad andel för respektive uppgift	79 (-/-)
Skattat behov	106 (0/400)

Baserat på uppgifterna om tid per patient och fördelningen av arbetstid utifrån olika uppgifter, kan en total tidsåtgång beräknas utifrån antaganden om att rapporterad tid per patient motsvarar 1) tiden avsatt för patientarbete, eller 2) tiden avsatt för patientarbete respektive patientrelaterat arbete.

Om vi antar att samtliga koordinatörer arbetar heltid, att deras arbetstid är fullt utnyttjad och att uppgifter om fördelning av arbetstid rapporterad i enkäten är representativ och kan skalas upp till nationell nivå, innebär det att varje heltidstjänst förutom den beräknade arbetstiden för patientarbete skulle innehålla patientrelaterat arbete, kompetensutveckling, verksamhetsrelaterat arbete och övriga uppgifter i rapporterade proportioner (i medeltal totalt 41 % av en heltidstjänst). Därmed kan vi räkna om skattningen att den arbetade tiden per patient motsvarade exempelvis totalt 1459 heltidstjänster uppräknat till hela målpopulationen (detta är ett av flera utfall från tabell 2) till att den totala arbetade tiden inom koordineringsfunktionen skulle motsvara 2477 heltidstjänster<sup>4</sup>. Om vi istället antar att koordinatörerna i sina svar inkluderade även patientrelaterat arbete (då sjunker andelen av tjänst som inte ingår i det beräknade antalet heltidstjänster till 20 % av en heltidstjänst, vilket omfattar kompetensutveckling, verksamhetsrelaterade uppgifter och övriga rapporterade uppgifter) och utgår från att samma beräknade antal heltidstjänster (1459) motsvarade arbetstiden för patientarbete och patientrelaterat arbete så blir den totala arbetade tiden för koordineringsfunktionen 1835 heltidstjänster.

#### Jämförelse av kostnader baserat på olika beräkningsmetoder

En jämförelse mot resultaten från den schablonbaserade beräkningen (tabell 1) visar att beräkningen baserad på skattad tidsåtgång per patient resulterar i en avsevärt högre resursförbrukning för koordineringsfunktionen. Det högsta antalet heltidstjänster redovisade i tabell 2 (den högre skattningen vid alternativ 2: 2716 heltidstjänster) motsvarar över 4613 heltidstjänster totalt om övriga arbetsuppgifter omfattar 41 % av vardera heltidstjänsten. Den lägre skattningen i tabell 2 (830 heltidstjänster) innebär istället, vid en omräkning där personerna även anses ha 20 % övriga arbetsuppgifter, totalt cirka 1044 heltidstjänster.

<sup>4</sup> Formel: Antal heltidstjänster = heltidstjänster för patientarbete / (1 – andel av heltidstjänst för andra uppgifter)

Liksom för beräkningen baserad på schabloner saknas det idag grund för att fördela den här summan mellan olika typer av vårdenheter. Eftersom beräkningen är baserad på tid som behövs för koordineringen, utifrån enkätsvar från koordinators, så saknas i den här skattningen uppgifter om personal på central nivå inom sjukvårdsområden, landsting och regioner, samt på nationell nivå. Inte heller har kostnader för tolk eller resor inkluderats i beräkningen.

Tabell 4: Översiktstabell för jämförelse av resultat med de olika beräkningsmetoderna.

Kostnadspost	Schablonbaserad beräkning <sup>5</sup>	Beräkning från skattad tid <sup>6</sup>
Lönekostnad	563 225 732	1 543 898 458
(Varav sociala avgifter)	(172 449 536)	(472 713 793)
(Antal heltids koordinatorstjänster)	(958)	(2625)
Lokalkostnader	56 885 799	155 933 744
Administration och arbetsrelaterade kringaktiviteter	112 645 146	308 779 692
Resor	5 996 116	16 436 384
Tolkstöd	1 245 120	3 413 088
TOTAL KOSTNAD, KRONOR	739 997 914	2 028 461 365

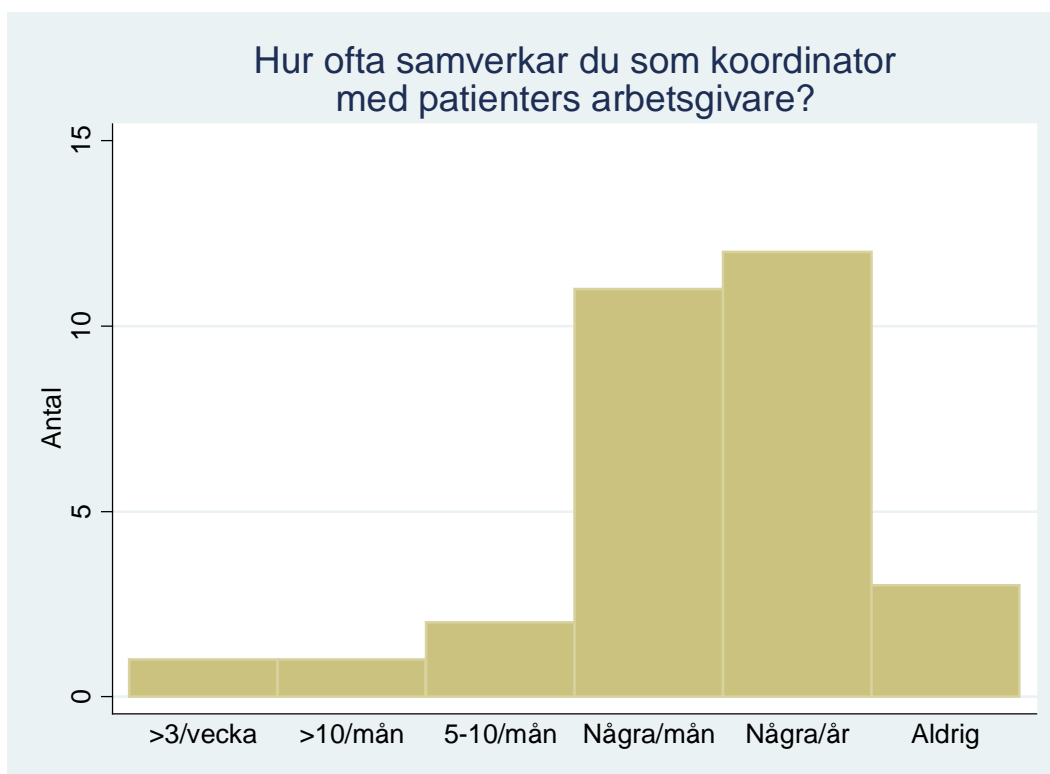
## Balans mellan patientarbete och övergripande strukturellt arbete

Vi kan i enkätsvaren se en stor variation i tidsåtgång för direkt patientarbete, mellan vårdenheter och även inom specifika patientgrupper. Detta kan tyda på antingen skillnader i prioritering och tolkning av koordinators uppdrag mellan vårdenheter, eller på en osäkerhet om hur uppdraget ska tolkas. Variationen kan relateras till Rekoord-rapportens listade möjliga arbetsuppgifter och roller för koordinators<sup>[1]</sup> där den coachande funktionen uttrycks.

En aspekt av arbetet som ofta lyfts vid diskussionen med processledare och koordinators är förekomsten av arbetsgivarkontakter. Enkätsvaren visar på stor variation i förekomst av sådana samtal (från *mer än tre gånger per vecka* till *aldrig*), men de flesta koordinatorserna uppger att de i någon uppfattning har arbetsgivarkontakter (figur 2).

<sup>5</sup> Redovisar resultat från tabell 1 vid lönenivå 34 000 kr/månad exklusive sociala avgifter och övriga ersättningsnivåer enligt alternativ 2 i tabellen.

<sup>6</sup> Baserat på antagandet att uppgiften om att det i upp till 40% av sjukskrivningsepisoderna i primärvården finns behov av samordning är representativ för redan sjukskrivna patienter, att tidsåtgången per patient är 15 timmar (i tabell 2 redovisas tidsåtgång vid tidsåtgång per patient 10 eller 20 timmar), att rapporterad tid per patient omfattar direkt patientarbete och patientrelaterat arbete, en lönenivå om 34 000 kr/månad exklusive sociala avgifter, samt att behovet av resor och tolkstöd per koordinator motsvarar de rapporterade för alternativ 2 i tabell 1.



Figur 2: Förekomst av kontakter med patientens arbetsgivare

Vid diskussion med processledare och ansvariga inom landstingen framkommer också behovet av mer övergripande strukturellt arbete, både centralt inom landstinget och lokalt hos vårdgivarna.

### Konsekvenser av metod- och databegränsningar

De stora variationerna i resultaten ovan (gäller båda metoderna) är ett resultat av osäkerhet i ingångsdata. Det finns idag otillräcklig kunskap om hur stor andel av befolkningen som är i behov av koordineringsfunktionen i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, både till följd av brister i statistikinsamling och av att koordineringsfunktionen ännu inte är helt utbyggd i hela vårdkedjan. Skillnaden i arbetsuppgifter och tjänsteomfattning för koordinatörerna inom olika landsting och regioner och mellan vårdenheter, påverkar också möjligheten att jämföra exempelvis löner och arbetad tid mellan verksamheterna.

Då unga med aktivitetsersättning i nuläget inte kommenteras särskilt i de dokument som reglerar koordineringsfunktionen, och inte ingick i den enkät som vi skickade till koordinatörerna, har dessa inte räknats med i gruppen som förväntas ha behov av samordning. Ett rimligt antagande kan dock vara att dessa i samma utsträckning som patienter med sjukskrivning skulle ha behov av samordning. Att inkludera dessa 31 000 unga med aktivitetsersättning i beräkningarna skulle öka lönekostnaden för beräkningen baserat på skattad tid med 5 %.

Baserat på den stora variationen i enkätsvaren framgår att formerna för koordineringsfunktionen ännu befinner sig i en utvecklingsfas. Variationen i svaren var lika stor inom respektive landsting som mellan landstingen och det gick inte att se någon skillnad i svar mellan de olika vårdformerna. Exempelvis fanns det flera koordinatörer som uppgav att alla deras patienter ingick i rehabgarantin, medan andra koordinatörer sällan tog emot patienter som ingick i rehabgarantin. För de sex patientgrupper som omfrågades i enkäten varierade uppgivet antal kontakter per grupp (vilket var förväntat då detta bör variera mellan såväl olika upptagningsområden som storlek på vårdenhet) men

även den rapporterade tiden som gick åt får att hantera respektive patients ärende varierade kraftigt mellan koordinatorerna, med interkvartilavstånd som för flera patientgrupper varierade med minst en tiopotens (exempelvis 0,125 timmar per månad till 4 timmar per månad för nyligen sjukskrivna patienter).

Som redovisas i tabell 3 skilde sig den rapporterade tjänsteomfattningen (i medeltal 43 % av en heltidstjänst per respondent) från den beräknade omfattningen om man summerade de olika arbetsuppgifterna (ca 80 % av heltid). Detta kan vara en följd av olika tolkningar av enkätfrågor och av att det är svårt att besvara den här typen av frågor utan att genomföra en formaliserad tidsstudie, något som också kommenterades av flera koordinators i deras öppna svar. Några koordinators kommenterade speciellt att tidsåtgången skiljer sig mycket åt mellan veckorna, respektive mellan patienter inom specifika patientgrupper. Flera har även kommenterat att de är relativt nya i sina nuvarande verksamheter så fördelningen mellan arbetsuppgifter är osäker, vilket torde vara relaterat till att verksamheten delvis fortfarande är under uppbyggnad. En koordinator angav också i enkäten att hen tar från sin övriga arbetstid för att utföra koordinatoruppgifter.

Både från enkätsvar och i personliga kontakter framkom det dessutom att det är svårt att, utan resultat från en formaliserad tidsstudie, bedöma hur mycket tid som åtgår till koordinatorns olika arbetsuppgifter. Ett exempel på hur en sådan utvärdering kan genomföras är den hälsoekonomiska analysen av införandet av läkemedelsberättelser vid sjukhusen i Lund och Malmö<sup>[55,56]</sup>. Detta är en intervention som på vissa sätt liknar införandet av koordinatorerna, då den innebär införandet av en samordnande funktion i befintlig verksamhet inom hälso- och sjukvården, i det fallet är det läkemedelsterapi som är i fokus och samordnas genom läkemedelsberättelser och -genomgångar. De hälsoekonomiska analyserna bygger på undersökningar av den tid som det tar för olika professioner (läkare, sjuksköterskor och farmaceuter) att genomföra läkemedelsrelaterade uppgifter med eller utan de samordnande funktionerna, vilket jämförs med kostnader för exempelvis återinläggningar. Motsvarande undersökning av koordinator-rollen skulle därmed innebära att man undersökte tidsåtgången för koordinator själv, läkares tid relaterad till exempelvis undersökning och författande av sjukintyg och övrig personals tidsåtgång för vård- och rehabiliteringsinsatser, etcetera, men också kostnader för annan resursförbrukning såsom läkemedel och förbrukningsmaterial. Då arbetsuppgifter och modeller för koordineringsfunktionen hittills har varierat mellan landstingen<sup>[1]</sup> bör en sådan undersökning genomföras i landsting med olika modeller för koordinator och resultaten ställas i relation till de konsekvenser som kan ses i respektive landsting.

Utifrån resultaten i denna rapport framkom alltså att fördelningen av arbetstid mellan de olika typerna av arbetsuppgifter som Rekoord-rapporten redovisade skiljer sig även inom de landsting vars koordinators besvarade enkäten. Delvis kan detta vara en följd av oklarheter i finansärens eller landstingets avsikter med koordineringsfunktionen. Om samtliga Rekoord-rapportens arbetsuppgifter anses relevanta för genomförandet av koordineringen bör den skattade tidsåtgång som redovisas i denna rapport vara en underskattning, eftersom den utgår från en situation där koordineringen som utförs av varje koordinator ofta bara omfattar ett urval av uppgifterna. Till detta kommer alltså också en osäkerhet i den rapporterade tidsåtgången för arbetsuppgifter som utförs av respektive koordinator utifrån att många är relativt nya i verksamheten och att det inte finns någon tidsstudie eller annan registrering av tidsåtgång för koordineringsfunktionen.

Även de antaganden som gjorts för beräkningarna är behäftade med osäkerhet till följd av brister i underlag. Ett exempel är antagandet om grundbemanning på sjukhus (50 % av en heltidstjänst per sjukhus), vilket troligtvis är en underskattning av behovet. Det finns idag mycket begränsade uppgifter om behovet av koordinering inom specialiserad vård, vilket främst får konsekvenser för den schablonbaserade beräkningsmetoden som redovisas ovan. Vår bedömning är att det finns ett stort behov av koordinators även i den specialiserade vården, något som kan exemplifieras med en utredning från ortopedin på Södersjukhuset där införandet av koordinators visat sig underlätta

sjukskrivande läkares arbete men där arbetsinsatsen motsvarade en heltidstjänst på en enskild klinik<sup>[57]</sup>.

I beräkningarna har lönenivån från Västra Götalandsregionen (34 000 kr/mån exklusive sociala avgifter) använts. Lönenivåer mellan 30 000 kr/mån och 36 000 kr/mån har dock rapporterats av landstingen. Justering av beräkningarna utifrån alternativa lönenivåer ger olika effekt beroende på vilken beräkningsmetod som tillämpas. Vid den schablonbaserade beräkningen påverkas inte den totala kostnaden i stor utsträckning (en minskning med <5 % vid lönenivå 30 000 kr istället för 34 000 kr/mån), däremot minskar antalet heltidstjänster samtidigt med 6-7% beroende på övriga antaganden i modellen. Vid beräkningen baserat på skattad tid blir istället effekten på den totala lönekostnaden direkt proportionerlig till den ändrade lönenivån, vilket innebär en minskad kostnad med cirka 12 %. En högre lönenivå skulle få motsvarande effekter, men är mer svårbedömd eftersom den även skulle innebära extra pensionsinbetalningar.

Beräkningen av kostnader för tolk är med stor sannolikhet en grav underskattning. I en tidigare utredning av landstingens kostnader för Försäkringskassans beställningar skattades tolkbehovet till 15 % av all behandlingstid, baserat på behov snarare än faktisk användning av tolkstöd<sup>[7]</sup>. Om man antar att motsvarande behov även gäller för koordinatorernas direkta patientkontakter så skulle detta innebära avsevärt ökade kostnader.

De ovan beskrivna metoderna för att beräkna landstingens kostnader för koordineringsfunktionen och de antaganden som ligger till grund för beräkningarna kan ligga till grund för en fortsatt diskussion runt avgörande kunskapsluckor och skillnader i praxis som behöver klargöras för att få en bättre bild av den faktiska kostnaden.

## Att skatta samhällsekonomiskt utfall av koordinatörer i vården

Eftersom de resurser som finns tillgängliga för samhället i stort, liksom för hälso- och sjukvården specifikt, är begränsade, innebär alla val av metoder och interventioner en prioritering av resurser. Enligt den etiska plattformen för hälso- och sjukvården ska sådana prioriteringar ske utifrån människovärde-, behovs-, solidaritets- samt kostnadseffektivitetsprinciperna, i nämnd ordning<sup>[58]</sup>. Inom områdena läkemedel och medicintekniska produkter är hälsoekonomiska analyser och kostnadseffektivitet ett krav för att en produkt till exempel ska ingå i högkostnadsskyddet<sup>[59]</sup>. Även andra vårdinsatser utvärderas utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv<sup>[60]</sup>, men utan att det finns ett lika tydligt regelverk om att hälsoekonomiska analyser ska föregå införandet.

Koordineringsfunktionen och tidig samverkan beskrivs i slutbetänkandet från den parlamentariska socialförsäkringsutredningen som centrala för återgång i arbete (kap 13.3), vilket

*”... ofta kan påskynda tillfrisknandet och stärka den enskildes självtillit även om arbetsförmågan inte är helt återställd” (kap 4.5.2)<sup>[3]</sup>.*

Därmed kan införandet av en permanent finansiering av koordinatörer ses som en förebyggande hälsoinsats, och bör följas upp med en fullständig hälsoekonomisk utvärdering i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder<sup>[61]</sup>. En sådan utvärdering tar hänsyn till både kostnader och effekter av insatsen, samt jämför dessa med alternativ användning av de resurser som krävs. En samhällsekonomisk bedömning av koordinatörfunktionen är viktig för att bedöma om funktionen ska subventioneras och i så fall till vilken kostnad. Samhällsnyttan av att införa koordinatörer i hälso- och sjukvården enligt förslaget i utredningen kan skattas genom en bedömning av den potential som finns för besparingar på samhällsnivå.

Vid en sådan analys måste perspektivet klargöras, et vill säga, vilken aktörs utgifter som ingår i beräkningen. Exempelvis har det tidigare föreslagits att rehabilitering till arbete respektive medicinsk rehabilitering kan behöva särskiljas i vissa sammanhang<sup>[62]</sup>. I den här rapporten utgår vi från landstingets perspektiv, alltså kostnader som uppstår för landstinget. En annan aktör i samhället som kan förväntas påverkas av koordineringsfunktionen är Försäkringskassan, genom kortare

sjukskrivningar. Försäkringskassans transfereringar för sjukfrånvaro kan beräknas minska i proportion till minskade produktionsförluster, men till en procentuell sett lägre nivå (64 – 80 %) av lönen beroende på sjukfallets längd. En ytterligare aktör som bör komma att påverkas är företagen/arbetsgivarna. Även de koordinerade patienternas egen ekonomi bör komma att påverkas positivt, eftersom ersättningen vid sjukdom beräknas utifrån en procentsats av sjukpenninggrundande inkomst. I denna rapport bortses alltså från de vinster/besparingar som kan förväntas uppstå om koordineringsfunktionen leder till snabbare återgång i arbete.

Utöver de kostnader som det innebär att anställa koordinatörer kan även andra kostnadseffekter av koordineringsfunktionen förväntas i hälso- och sjukvården, exempelvis till följd av att rehabilitering sätts in tidigare (och möjligen är intensivare) och av att detta kan leda till tidigare tillfrisknande och därmed lägre behov av insatser och återbesök. Dessa eventuella samband är dock komplexa och kan gå i olika riktningar, då frigjord tid vanligtvis kommer till användning för andra patientkategorier (dvs. ska snarast värderas som en alternativkostnad) och inte i form av minskade kostnader för bemanning. Dessutom visade resultat från analyser av patienter inom rehabgarantin att sjukskrivningstiden i vissa patientgrupper ökade vid insatta åtgärder<sup>[14]</sup>.

Insatser som syftar till att öka återgång i arbete har goda förutsättningar för att vara samhällsekonomiskt lönsamma genom minskade ersättningar för sjukfrånvaro, ökad produktivitet och möjligen bättre hälsa. Hälso- och sjukvården samverkar med olika externa aktörer, såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan både lokalt utifrån den koordineringsfunktion som ingår i överenskommelsen kring sjukskrivningsmiljarden<sup>[8]</sup> och på mer övergripande nivå, genom 85 regionala så kallade samordningsförbund<sup>[63,64]</sup>. Det finns några tidigare studier om hur verksamheten i samordningsförbunden skett, samt över framgångsfaktorer i och hinder för deras verksamhet<sup>[65-69]</sup>. Nyligen publicerades också en samhällsekonomisk översikt som omfattade många av de projekt samordningsförbunden genomfört. Den visade på en generellt snabb återbetalningstakt för samtliga ingående aktörer vad gäller de satsade resurserna<sup>[64]</sup>.

De enkätsvar som ligger till grund för beräkningarna i den här rapporten ger också en indikation om att koordineringsfunktionen bör kunna vara kostnadseffektiv utifrån ett samhällsperspektiv. Beroende på vilken patientgrupp som avses i tabell 2, varierar det rapporterade antalet timmar för koordinering mellan 0-45 timmar (kvartilavstånd), med en rimlig tid per patient om 10-20 timmar efter att ha tagit hänsyn till antalet patienter i de olika patientgrupperna. Detta kan ställas i relation till uppgifter från Stockholms läns landsting och Health Navigator att koordineringsfunktionen i medeltal genererade 53 dagar kortare sjukskrivning per individ utan att signifikant öka vårdkonsumtionen<sup>[70]</sup>.

Utvärdering av det som pågår behövs dock, både av vad som fungerar och vad som inte fungerar, samt av hur kostnadseffektiviteten skiljer sig mellan olika sätt att implementera och organisera koordineringsfunktionen. En sådan analys behöver ta ställning till nuvarande praxis i verksamheter som saknar koordinatör; vilka av koordinators uppgifter utförs av annan personal, och vilka uppgifter utförs inte, samt vilka konsekvenser detta får utifrån ett brett samhällsperspektiv.

## Slutkommentar

Detta är första beräkningar av möjliga kostnader för den koordineringsfunktion som såväl den parlamentariska socialförsäkringsutredningen föreslår och som ingått i de senare årens överenskommelser för sjukskrivningsmiljarden. Som framgår är underlaget för korrekta beräkningar synnerligen bristfälligt. Dessa kan dock ligga till grund för en diskussion om vilka aspekter som behöver beaktas och om vilken typ av underlag som behövs för framtida beräkningar.

## Förteckning över bilagor

Bilaga 1: Landstingens avrapportering om villkor 3 (Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen) i den så kallade sjukskrivningsmiljarden, som berör koordineringsfunktionen

Bilaga 2: Personliga kontakter under arbetet med rapporten, och personer som bidragit med uppgifter om landstingens ersättningsmodeller och/eller kostnader för koordineringsfunktionen

Bilaga 3: Enkäten som skickades till koordinatörer i Västerbottens läns landsting

Bilaga 4: Enkäten som skickades till koordinatörer i Västra Götalandsregionen

## Bilaga 1: Landstingens avrapportering i sjukskrivningsmiljarden om villkor 3 som berör koordineringsfunktionen (Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen),

Jämtlands läns landsting: Lars Eriksson/Marit Nääs (2014-12-01). Redovisning villkor sjukskrivningsmiljarden<sup>[18]</sup>.

Landstinget Bleking: Helene Bjerstedt (2014-11-19). Handlingsplan tidig samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Sjukskrivningsmiljarden 2014-2015 – villkor 3<sup>[19]</sup>.

Landstinget Dalarna: Karin Lagerbäck (2014-12-01). Redovisning av villkor 3 – Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen<sup>[20]</sup>.

Landstinget Gävleborg: Annchristin I Johansson (2013-11-18). Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Läns gemensam handlingsplan<sup>[21]</sup>.

Landstinget i Jönköpings län: Mats Bojestig (2014-11-14). Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen<sup>[22]</sup>.

Landstinget i Kalmar län: Anne-Lie Gustafsson/Anita Bergsell (2014-11-26). Handlingsplan för tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen, villkor 3 2014<sup>[23]</sup>.

Landstinget i Uppsala län: Birgitta Pleijel (2014-11-28). Plan 3 (av 4) Tidig samverkan 2014<sup>[24]</sup>.

Landstinget i Värmland: Christina Jonsson (2014-09-22). Utredningsuppdrag avseende koordinatorsfunktionen, KF inom villkoret för tidig samverkan i Sjukskrivningsmiljarden 2014-2015<sup>[25]</sup>.

Landstinget i Östergötland: Lena Lundgren (2014-10-22). Sjukskrivningsmiljarden 2014<sup>[26]</sup>.

Landstinget Kronoberg: Per-Henrik Nilsson (2014-11-26). [Avrapportering alla villkor]<sup>[27]</sup>

Landstinget Sörmland: Mariann Jansson/Milan Knezevic (2014-11-20). Handlingsplan och redovisning av Landstinget Sörmlands arbete inom villkor 3 Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen<sup>[28]</sup>.

Landstinget Västernorrland: Gun-Britt Milioris (2014-11-17). Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Handlingsplan 2014-2015 i Landstinget Västernorrland<sup>[29]</sup>.

Landstinget Västmanland: Lena Berglund/Magnus Henning (2014-11-04). Handlingsplan tidig samverkan<sup>[30]</sup>.

Norrbottens läns landsting (2014-11-28). Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen<sup>[31]</sup>.

Region Gotland: Linda Eklund (2014-11-20). Sjukskrivningsmiljarden Villkor 3 - Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen 2014<sup>[32]</sup>.

Region Halland: Katarina Larborn/Magdalena Barkström (2014-11-19). Redovisning av villkor 3 - Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen<sup>[33]</sup>.

Region Skåne: Ulf Hallgårde (2014-12-01). Villkor 3 – Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen<sup>[34]</sup>.

Stockholms läns landsting: Anne-Marie Norén/Åsa Hytter-Landahl (2014-12-01). Redovisning av villkor 3 i sjukskrivningsmiljarden 2014. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Organisation och koordinering<sup>[35]</sup>.

Västerbottens läns landsting (2014-11). Handlingsplan. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Sjukskrivningsmiljarden, villkor 3<sup>[36]</sup>.

Västra Götalandsregionen (2014-11-28). Statsbidrag för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Redovisning av villkoren 1, 2, 3 och 4 från Västra Götalandsregionen<sup>[37]</sup>.

Västra Götalandsregionen: Mats Swanberg (2014-11-28). Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen<sup>[38]</sup>.

Örebro läns landsting: Yvonne Nilsson Hirsch (2014-11-27). Redovisning Villkor 3: Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen – Sjukskrivningsmiljarden 2014<sup>[39]</sup>.



## Bilaga 2: Kontakter under arbetet med rapporten

Personliga kontakter

### **Landstinget Sörmland**

Karin Lövgren-Karlsson, Processledare, Enheten för rehab- och sjukskrivningsprocessen

### **Landstinget Västernorrland**

Marika Augutis, FoU-handledare

Gun-Britt Milioris, Projektledare Försäkringsmedicin, Kontaktperson RCC rehab, Landstingskansliet, Hälso- och sjukvårdsadministrativa enheten

### **Stockholms läns landsting**

Anne-Marie Norén, Processledare rehabiliteringsgarantin och sjukskrivningsmiljarden, HSF Närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

### **Region Halland**

Katarina Larborn, Utvecklare, Hälso- och sjukvårdsavdelningen

### **Region Jönköpings län**

Ann-Britt Ekvall, Processledare, Folkhälsa och sjukvård

### **Region Östergötland**

Elisabeth Hassel, Processledare

### **Västerbottens Läns Landsting**

Annie Hansen Falkdal, Staben för verksamhetsutveckling, Försäkringsmedicin

Tommy Henfridsson, Processledare miljarden/rehabgarantin, Staben för verksamhetsutveckling

Sonya Hörnqvist Bylund, Staben för verksamhetsutveckling, Försäkringsmedicin

### **Västra Götalandsregionen**

Lena Björk, Processledare Sjukskrivning och Rehabilitering, Närhälsan

Pamela Delefors, Rehabkoordinator, Enheten för Psykosocialt stöd och Rehabilitering, EPOR Verksamhet Onkologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Karin Melin, Processledare Sjukskrivningsmiljarden, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Malin Nymann, Processledare Sjukskrivningsmiljarden, Närhälsan Kansli Skövde

Karin Starzmann, Distriktsläkare, Försäkringsmedicinskt forum Skaraborg, Primärvårdskontoret Skövde

Mats Swanberg, Koncernkontoret, Stab Hälso- och sjukvård, Regionens Hus

### **Övriga personliga kontakter, bl.a.**

Cecilia Alfvén, SKL

Tove Gemzell, Utredare, Avdelningen för analys och utveckling, Inspektionen för vård och omsorg

Kristina Green, Handläggare, Avdelningen för ekonomi och styrning, SKL

Anders Jacobsson, Kvalitetsansvarig Patientregistret, Avdelningen för statistik och jämförelser, Socialstyrelsen

Sofia Landström, Health Navigator

Anna Martinmäki, Verksamhetsutvecklare, Avdelningen för sjukförsäkring, VO Utveckling och Stöd, Område Partnersamverkan och försäkringsmedicin, Försäkringskassan

Claes Malmquist, Payoff AB

Nils Mårtensson, Ekonom, Sektionen för ekonomisk analys, SKL

Ulrika Nilsson, Informationssäkerhetskonsult, CISA

Jonas Wells, Utvecklare, Nationella Nätverket för Samordningsförbund

Anna Östbom, SKL

SKL:s undersökning: Övriga personer som bidragit med uppgifter om landstingens ersättningsmodeller och/eller kostnader för koordineringsfunktionen (utan personlig kontakt)

Ellionor Bohman, Verksamhetsutvecklare, Utvecklingsenheten, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Kronoberg

Linda Eklund, Projektledare, bra sjukskrivning, Processledare, hälsofrämjande hälso- och sjukvård, Hälso- och sjukvårdförvaltningen, Region Gotland

Lars Eriksson, Enhetschef Enheten för analys, uppföljning och utveckling, TF Enhetschef Folkhälsocentrum, Hälso- och sjukvårdsstaben, Region Jämtland Härjedalen

Ulf Hallgårde, Projektledare, Överläkare, Avdelningen för hälso- och sjukvård, Enheten för patientnära frågor, Sjukskrivningsprojektet, Region Skåne

Mariann Jansson, Enhetschef Enheten för rehab- och sjukskrivningsprocessen, Landstinget Sörmland

Annchristin Johansson, Handläggare, Region Gävleborg

Birgitta Pleijel, Landstingets ledningskontor, Hälso- och sjukvårdavdelningen, Landstinget i Uppsala län

## Bilaga 3: Enkäten som skickades till koordinators i Västerbottens läns landsting

---

### **Koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen**

Statens Kommuner och Landsting har gett Sektionen för försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet i uppdrag att beräkna kostnader inom hälso- och sjukvården när det gäller koordinering av åtgärder för patienters sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och hur dessa kostnader fördelar sig mellan olika arbetsuppgifter. Bland annat behövs sådan information i eventuella diskussioner om storleken av det permanenta statsbidrag för koordineringsfunktionen som föreslagits i den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Vi ber dig om hjälp i detta projekt, genom att dela med dig av dina erfarenheter. Nedan följer frågor om ditt arbete som koordinator i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, nedan benämnt koordinatorsuppdraget. Denna undersökning är fristående från landstingets uppföljning av koordinatorsuppdraget. Ditt deltagande är frivilligt, och resultat kommer endast att redovisas på gruppnivå per landsting så att enskilda personer inte kan identifieras. Dina svar hanteras konfidentiellt.

**Kontaktperson:** Hanna Gyllensten, Med Dr, post doc  
Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm  
e-post: hanna.gyllensten@ki.se  
Telefon: 070-748 24 12

## 1. Inledande frågor om din arbetsplats och berörda patientgrupper

I vilket landsting/region arbetar du som koordinator: \_\_\_\_\_

Inom vilken typ av vårdenhet arbetar du som koordinator?

Vårdcentral eller motsvarande \_\_\_\_\_ %

Sjukhusklinik, inom: \_\_\_\_\_ %

Specialiserad öppenvård inom: \_\_\_\_\_ %

Omfattning i procent av heltid

\_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ %

Vilka grupper av patienter ingår i ditt arbete som koordinator:	Ingår inte	Ja, fler än 10 patienter /vecka	Ja, 5-10 patienter /vecka	Ja, 1-4 patienter /vecka	Ja, några patienter per månad	Ja, några patienter per år	Omfattas dessa patienter av rehabiliteringgarantin		
							Alltid	Ibland	Nej
Nyligen sjukskrivna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtids-sjukskrivna (>90 dagar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtids-sjukskrivna (>180 dagar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtids-sjukskrivna (>365 dagar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienter som riskerar att blir sjukskrivna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienter som är sjukskrivna men inte omfattas av sjukförsäkringen utan istället får ersättning av t.ex. socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skatta hur mycket av en heltidstjänst som skulle behövas för koordinatorsuppdraget inom din vårdenhet/-er, för samtliga patientgrupper som är i behov av det och för övrigt arbete med stötta, coacha, utbilda andra, etcetera:

\_\_\_\_\_ % av heltid för mig

Ytterligare tjänster, omfattande sammanlagt:

\_\_\_\_\_ % av heltid

**Plats för dina kommentarer:**

## 2. Arbete med och kring enskilda patienter

Hur stor *del av en heltidstjänst* använder du för närvarande i din roll som koordinator för arbete med nysjukskrivna, långtidssjukskrivna och för förebyggande av sjukskrivning? \_\_\_\_\_ %

Hur ofta har du behov av tolk i möten med patienter inom koordinatorsuppdraget? \_\_\_\_\_ gånger/månad

Skatta <i>genomsnittligt antal timmar</i> per månad du har kontakt med en patient ur nedanstående patientgrupper som koordinator, samt <i>genomsnittligt antal månader</i> du har kontakt med patienten:	Tid per patient och månad	Period som stödet pågår
Nyligen sjukskrivna	_____ timmar	_____ månader
Långtidssjukskrivna (>90 dagar)	_____ timmar	_____ månader
Långtidssjukskrivna (>180 dagar)	_____ timmar	_____ månader
Långtidssjukskrivna (>365 dagar)	_____ timmar	_____ månader
Patienter som riskerar att blir sjukskrivna	_____ timmar	_____ månader
Patienter som är sjukskrivna men inte omfattas av sjukförsäkringen utan istället får ersättning av socialtjänsten	_____ timmar	_____ månader

**Plats för dina kommentarer:**

### 3. Patientrelaterat arbete

Hur stor *del av en heltidstjänst* använder du för närvarande i din roll som koordinator för intern och extern samverkan runt patienten, som ej omfattar direkt patientkontakt? \_\_\_\_\_ %

Hur ofta samverkar du som koordinator med följande interna och externa aktörer relaterat till patienter i din verksamhet:	Fler än 3 ggr/vecka	Fler än 10 gånger per månad	5-10 gånger per månad	Några gånger per månad	Några gånger per år	Aldrig
Andra professioner inom egna vårdenheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra vårdenheter inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienters arbetsgivare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Företagshälsovård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fackförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra externa parter, exemplifiera gärna: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Plats för dina kommentarer:**

### 4. Kompetensutveckling

Hur många *timmar per månad* använder du för egen kompetensutveckling, handledning, samt utbildning av betydelse för koordinatorsuppdraget? \_\_\_\_\_ timmar

**Plats för dina kommentarer:**

## 5. Verksamhetsrelaterat arbete

Hur många timmar per månad använder du som koordinator för följande arbetsuppgifter:

Utveckla och organisera rutiner för sjukskrivningsarbetet på vårdenheten	_____ timmar
Stöd till kollegor och försäkringsmedicinsk resurs lokalt på vårdenheten	_____ timmar
Leda/samordna/utveckla det interna och externa teamarbetet	_____ timmar
Stöd till chefer och processledare	_____ timmar
Samverkan på övergripande strukturell nivå med interna och externa aktörer	_____ timmar

**Plats för dina kommentarer:**

## 6. Övriga arbetsuppgifter inom koordinatorsuppdraget

Hur många timmar per månad använder du som koordinator för andra arbetsuppgifter relaterat till hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, som inte beskrivits ovan?  
Exemplifiera gärna:

_____	_____ timmar
_____	_____ timmar
_____	_____ timmar

**Plats för dina kommentarer:**

**Vilka andra typer av arbetsuppgifter respektive kostnader finns/bör finnas, för ett optimalt genomförande av detta uppdrag?**

**Plats för dina övriga kommentarer:**

*Tack för ditt bidrag!*

Svar samlas in lokalt av Sonya Hörnvist Bylund senast 8 juni 2015, eller skickas direkt till:  
Hanna Gyllensten, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm

## Bilaga 4: Enkäten som skickades till koordinators i Västra Götalandsregionen

---

### **Koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen**

Statens Kommuner och Landsting har gett Sektionen för försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet i uppdrag att beräkna kostnader inom hälso- och sjukvården när det gäller koordinering av åtgärder för patienters sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och hur dessa kostnader fördelar sig mellan olika arbetsuppgifter. Bland annat behövs sådan information i eventuella diskussioner om storleken av det permanenta statsbidrag för koordineringsfunktionen som föreslagits i den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Vi ber dig om hjälp i detta projekt, genom att dela med dig av dina erfarenheter.

Nedan följer frågor om ditt arbete som koordinator i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, nedan benämnt koordinatorsuppdraget. Denna undersökning är fristående från landstingets uppföljning av koordinatorsuppdraget. Ditt deltagande är frivilligt, och resultat kommer endast att redovisas på gruppnivå per landsting så att enskilda personer inte kan identifieras. Dina svar hanteras konfidentiellt.

**Kontaktperson:** Hanna Gyllensten, Med Dr, post doc  
Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm  
e-post: hanna.gyllensten@ki.se  
Telefon: 070-748 24 12



## 1. Inledande frågor om din arbetsplats och berörda patientgrupper

I vilket landsting/region arbetar du som koordinator: \_\_\_\_\_

Inom vilken typ av vårdenhet arbetar du som koordinator?

Vårdcentral eller motsvarande \_\_\_\_\_

Sjukhusklinik, inom: \_\_\_\_\_

Specialiserad öppenvård inom: \_\_\_\_\_

Omfattning i procent av heltid

\_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ %

Vilka grupper av patienter ingår i ditt arbete som koordinator:	Ingår inte	Ja, fler än 10 patienter /vecka	Ja, 5-10 patienter /vecka	Ja, 1-4 patienter /vecka	Ja, några patienter per månad	Ja, några patienter per år	Omfattas dessa patienter av rehabiliteringgarantin		
							Alltid	Ibland	Nej
Nyligen sjukskrivna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtids-sjukskrivna (>90 dagar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtids-sjukskrivna (>180 dagar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långtids-sjukskrivna (>365 dagar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienter som riskerar att blir sjukskrivna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienter som är sjukskrivna men inte omfattas av sjukförsäkringen utan istället får ersättning av t.ex. socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skatta hur mycket av en heltidstjänst som skulle behövas för koordinatorsuppdraget inom din vårdenhet/-er, för samtliga patientgrupper som är i behov av det och för övrigt arbete med stötta, coacha, utbilda andra, etcetera:

\_\_\_\_\_ % av heltid för mig

Ytterligare tjänster, omfattande sammanlagt:

\_\_\_\_\_ % av heltid

**Plats för dina kommentarer:**

## 2. Arbete med och kring enskilda patienter

Hur stor *del av en heltidstjänst* använder du för närvarande i din roll som koordinator för arbete med nysjukskrivna, långtidssjukskrivna och för förebyggande av sjukskrivning? \_\_\_\_\_ %

Hur *ofta* har du behov av tolk i möten med patienter inom koordinatorsuppdraget? \_\_\_\_\_ gånger/månad

Skatta <i>genomsnittligt antal timmar</i> per månad du har kontakt med en patient ur nedanstående patientgrupper som koordinator, samt <i>genomsnittligt antal månader</i> du har kontakt med patienten:	Tid per patient och månad	Period som stödet pågår
Nyligen sjukskrivna	_____ timmar	_____ månader
Långtidssjukskrivna (>90 dagar)	_____ timmar	_____ månader
Långtidssjukskrivna (>180 dagar)	_____ timmar	_____ månader
Långtidssjukskrivna (>365 dagar)	_____ timmar	_____ månader
Patienter som riskerar att blir sjukskrivna	_____ timmar	_____ månader
Patienter som är sjukskrivna men inte omfattas av sjukförsäkringen utan istället får ersättning av socialtjänsten	_____ timmar	_____ månader

**Plats för dina kommentarer:**

### 3. Patientrelaterat arbete

Hur stor *del av en heltidstjänst* använder du för närvarande i din roll som koordinator för intern och extern samverkan runt patienten, som ej omfattar direkt patientkontakt? \_\_\_\_\_ %

Hur ofta samverkar du som koordinator med följande interna och externa aktörer relaterat till patienter i din verksamhet:	Fler än 3 ggr/vecka	Fler än 10 gånger per månad	5-10 gånger per månad	Några gånger per månad	Några gånger per år	Aldrig
Andra professioner inom egna vårdenheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra vårdenheter inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienters arbetsgivare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Företagshälsovård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fackförening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra externa parter, exemplifiera gärna: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Hur ofta* innebär koordinatorsuppdraget att du reser med bil eller kollektivtrafik till och från möten?

\_\_\_\_\_ resor (ToR: tur och retur)/månad med bil

\_\_\_\_\_ resor (ToR)/månad med kollektivtrafik

\_\_\_\_\_ genomsnittlig sträcka/resa i kilometer

*Hur ofta* uppstår det reskostnader, till följd av koordinatorsuppdraget, för andra aktörer (exempelvis för annan vårdpersonal, tolkar etc), som *betalas av landstinget*?  
Exemplifiera gärna:

\_\_\_\_\_ resor (ToR)/månad

**Plats för dina kommentarer:**

### 4. Kompetensutveckling

Hur många *timmar per månad* använder du för egen kompetensutveckling, handledning, samt utbildning av betydelse för koordinatorsuppdraget? \_\_\_\_\_ timmar

**Plats för dina kommentarer:**

## 5. Verksamhetsrelaterat arbete

Hur många timmar per månad använder du som koordinator för följande arbetsuppgifter:

Utveckla och organisera rutiner för sjukskrivningsarbetet på vårdenheten	_____ timmar
Stöd till kollegor och försäkringsmedicinsk resurs lokalt på vårdenheten	_____ timmar
Leda/samordna/utveckla det interna och externa teamarbetet	_____ timmar
Stöd till chefer och processledare	_____ timmar
Samverkan på övergripande strukturell nivå med interna och externa aktörer	_____ timmar

**Plats för dina kommentarer:**

## 6. Övriga arbetsuppgifter och kostnadsposter inom koordinatorsuppdraget

Hur många timmar per månad använder du som koordinator för andra arbetsuppgifter relaterat till hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, som inte beskrivits ovan?  
Exemplifiera gärna:

_____	_____ timmar
_____	_____ timmar
_____	_____ timmar

**Plats för dina kommentarer:**

**Vilka andra typer av arbetsuppgifter respektive kostnader finns/bör finnas, för ett optimalt genomförande av detta uppdrag?**

**Plats för dina övriga kommentarer:**

*Tack för ditt bidrag!*

Svar skickas per post senast den 24 juli 2015 till:  
Hanna Gyllensten, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm

## Referenser

1. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C, Janlert U, Bernspång B. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet, Mittuniversitetet, 2013. s.1-67.
2. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S. Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen - en litteraturstudie. Sveriges Kommuner och Landsting, 2015. s.1-55.
3. Axén G, Bengtsson F, Gustafsson L, Björck P, Carlsson Löfdahl E, Häggström L, Johansson W, Eneroth T, Lång D, Ericson J, Persson R, Finstorp L, Zander S. Mer trygghet och bättre försäkring. Slutbetänkande av Parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Socialdepartementet, 2015. Rapport: 21. s.1-1197.
4. Kommittédirektiv: Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet. Socialdepartementet, 2010:48, 29 april.
5. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Karolinska Institutet, 2013. s.1-137.
6. Hälso- och sjukvårdslagen. Svensk Författningssamling 1982:763. Sveriges Riksdag.
7. Landstingens faktiska kostnader för Försäkringskassans beställningar. Socialstyrelsen, 2014. Rapport: 2014-10-5. s.1-44.
8. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-2015. Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, 2013 (Dnr hos SKL:13/7366), Dec.
9. Arnetz BB, Sjögren B, Rydén B, Meisel R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *J Occup Environ Med* 2003;45(5):499-506.
10. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2009;19(1):81-93.
11. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disabil Rehabil* 2010;32(8):607-621.
12. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J, Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil* 2005;15(4):607-631.
13. Norén A, Landström S. Effects of a case management program in insurance medicine, a randomized controlled trial. 20th EUMASS Congress Abstract Book 2014:208-209.
14. Rehabiliteringsgarantin. Inspektionen för socialförsäkringen, 2012. Rapport: 17. s.1-90.
15. Jensen C, Nielsen CV, Jensen OK, Petersen KD. Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of a multidisciplinary intervention compared with a brief intervention to facilitate return to work in sick-listed patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013;38(13):1059-67.
16. Fisker A, Langberg H, Petersen T, Mortensen OS. Early coordinated multidisciplinary intervention to prevent sickness absence and labour market exclusion in patients with low back pain: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14:93.
17. Bishop A, Wynne-Jones G, Lawton SA, van der Windt D, Main C, Sowden G, Burton AK, Lewis M, Jowett S, Sanders T, Hay EM, Foster NE. Rationale, design and methods of the Study of Work and Pain (SWAP): a cluster randomised controlled trial testing the addition of a vocational advice service to best current primary care for patients with musculoskeletal pain (ISRCTN 52269669). *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15:232.
18. Eriksson L, Nääs M. Redovisning villkor sjukskrivningsmiljarden. Region Jämtland Härjedalen, 2014.
19. Bjerstedt H. Handlingsplan tidig samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Sjukskrivningsmiljarden 2014-2015 - villkor 3. Landstinget Blekinge, 2014.

20. Lagerbäck K. Redovisning av villkor 3 - Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Landstinget Dalarna, 2014.
21. Johansson A. Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Läns gemensam handlingsplan. Region Gävleborg, 2013.
22. Bojestig M. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Region Jämtland Härjedalen, 2014.
23. Gustafsson A, Bergsell A. Handlingsplan för tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen, villkor 3 2014. Landstinget i Kalmar län, 2014.
24. Pleijel B. Plan 3 (av 4) Tidig samverkan 2014. Landstinget i Uppsala län, 2014.
25. Jonsson C. Utredningsuppdrag avseende koordinatorsfunktionen, KF inom villkoret för tidig samverkan i Sjukskrivningsmiljarden 2014-2015. Landstinget Värmland, 2014.
26. Lundgren L. Sjukskrivningsmiljarden 2014. Region Östergötland, 2014.
27. Nilsson P. Avrapportering alla villkor. Region Kronoberg, 2014.
28. Jansson M, Knezevic M. Handlingsplan och redovisning av Landstinget Sörmlands arbete inom villkor 3 Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Landstinget Sörmland, 2014.
29. Milioris G. Handlingsplan 2014-2015 i Landstinget Västernorrland. Landstinget Västernorrland, 2014.
30. Berglund L, Henning M. Handlingsplan tidig samverkan. Landstinget Västmanland, 2014.
31. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Norrbottens läns landsting, 2014.
32. Eklund L. Sjukskrivningsmiljarden Villkor 3 - Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Region Gotland, 2014.
33. Larborn K, Barkström M. Redovisning av villkor 3 - Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Region Halland, 2014.
34. Hallgårde U. Villkor 3 - Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Region Skåne, 2014.
35. Norén A, Hytter-Landahl Å. Redovisning av villkor 3 i sjukskrivningsmiljarden 2014. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Organisation och koordinering. Stockholms läns landsting, 2014.
36. Handlingsplan. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Sjukskrivningsmiljarden, villkor 3. Stockholms läns landsting, 2014.
37. Statsbidrag för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Redovisning av villkoren 1, 2, 3 och 4 från Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen, 2014.
38. Swanberg M. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Västra Götalandsregionen, 2014.
39. Nilsson Hirsch Y. Redovisning Villkor 3: Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen - Sjukskrivningsmiljarden 2014. Region Örebro, 2014.
40. Augutis M. Koordinatorer i sjukskrivningsprocessen inom Primärvården, Västernorrland - en utvärdering från olika perspektiv. Landstinget Västernorrland.
41. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E KL, Ljungquist T, G N. Läkarens erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2013.
42. Söderberg E, Alexanderson K. Sicknes certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. Scand J Public Health 2005;33(4):314-320.
43. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2015. Försäkringskassan, 2015. Rapport: FK 141. s.1-79.
44. Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting. Webbadress: <http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistiknyckeltaljamforelser/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html>. Tillgänglig 15 Aug, 2015.
45. Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting. Webbadress: <http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistiknyckeltaljamforelser/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet/tabellbilagortidigarear.3771.html>. Tillgänglig 15 Aug, 2015.
46. Sveriges Kommuner och Landsting. Webbadress: <http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/rehabiliteringsgarantin/overenskommelsemedstaten.1035.html>. Tillgänglig 15 Aug, 2015.
47. Marklund S, Kjeldgård L, Alexanderson K. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder, underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. SOU, 2013. Rapport: 14. s.1-67.
48. Statistiska centralbyrån. Webbadress: [www.scb.se](http://www.scb.se). Tillgänglig 15 Aug, 2015.

49. Svar på regleringsbrevsuppdrag 2014 om hur Försäkringskassan säkerställer att den enskildes rehabiliteringsbehov klarläggs i god tid. Försäkringskassan, 2015. Rapport: Dnr 008494-2014. s.1-10.
50. Socialstyrelsen. Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2013. Socialstyrelsen, 2014. Rapport: 2014-9-2. s.1-60.
51. Socialförsäkringen i siffror 2014. Försäkringskassan, 2014. s.1-87.
52. Sveriges Kommuner och Landsting. Webbadress: <http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/budgetochplanering/arbetsgivaravgifter.1290.html>. Tillgänglig 15 Aug, 2015.
53. Olofsson S. Cost of illness – teoretisk genomgång. Räddningsverket, 2008. Rapport: NCO 2008:4. s.1-106.
54. Österlund N. Avslutade sjukskrivningar vid tidsgränserna i sjukförsäkringen. Inspektionen för socialförsäkringen, 2015. Rapport: 2014-133. s.1-14.
55. Eriksson T, Holmdahl L, Midlöv P, Höglund P, Bondesson A. The hospital LImm-based clinical pharmacy service improves the quality of the patient medication process and saves time. *Eur J Hosp Pharm-S P* 2012;19(4):375-377.
56. Ghatnekar O, Bondesson A, Persson U, Eriksson T. Health economic evaluation of the Lund Integrated Medicines Management Model (LImm) in elderly patients admitted to hospital. *BMJ Open* 2013;3(1).
57. Elrud R, Alexanderson K. Utvärdering av ett ettårigt projekt (2014-2015) med rehabkoordinatorer vid Verksamhetsområdet Ortopedi, Södersjukhuset i Stockholm. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2015. Rapport: 2/9. s.1-56.
58. Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?". Socialstyrelsen, 2007. Rapport: 2007-103-4. s.1-24.
59. Läkemedelsförmånsnämndens allmänna råd om ekonomiska utvärderingar. Läkemedelsförmånsnämnden 2003:2. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.
60. Hälsoekonomiska utvärderingar. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården - en handbok. 2nd ed. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014. s. 155-174; 11.
61. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Hälsoekonomiskt underlag. Bilaga. Socialstyrelsen, 2011. Rapport: 2011-11-11. s.1-48.
62. Aronsson T, Malmquist C. Rehabiliteringens ekonomi. 3, rev uppl ed. Stockholm: Bilda; 2002.
63. Lag om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Svensk Författningssamling 2003:1210. Sveriges Riksdag.
64. Malmquist C, Vikberg S, Huldt J. Samhällsekonomiska resultat av insatser inom samordningsförbunden. Nationella nätverket för samordningsförbund, 2015. Rapport: 2015:1. s.1-40.
65. Andersson J, Åhgren B, Axelsson SB, Eriksson A, Axelsson R. Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation-an international literature review. *Int J Integr Care* 2011;11:e137.
66. 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.
67. Andersson J, Löfström M, Axelsson SB, Axelsson R. Actor or arena: contrasting translations of a law on interorganizational integration. *J Health Organ Manag* 2012;26(6):778-93.
68. Försäkringskassan. Svar på uppdrag i regleringsbrev - Samlad redovisning avseende Utvecklat samspel mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt andra aktörer i sjukskrivningsprocessen. Försäkringskassan, 2013. Rapport: Dnr 005437-2012-FPS. s.1-21.
69. Ståhl C, Svensson T, Ekberg K. From cooperation to conflict? Swedish rehabilitation professionals' experiences of interorganizational cooperation. *J Occup Rehabil* 2011;21(3):441-8.
70. Norén A, Bengtner J, Landström S, Sjöberg E. Rehabilitation Coordination for Return to Work New Roles for Health Professionals. EULAR Congress Abstract 2015.

