

Rehabiliteringskoordinatorers arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar

En enkätundersökning bland
rehabiliteringskoordinatorer i Region Stockholm

Carin Nyman
Kristina Alexanderson
Emilie Friberg

**Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Rapport, november 2024: Rehabiliteringskoordinatorers arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar – En enkätundersökning bland rehabiliteringskoordinatorer i Region Stockholm

Rapporten kan laddas ner från Avdelningen för försäkringsmedicins hemsida, se Publikationer; Rapporter på www.ki.se/cns/forsakringsmedicin. Den kan även beställas i tryckt format, för kontaktuppgifter se: www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Citera gärna rapporten och ange då källa: Nyman Carin, Alexandersson K, Friberg, E. Rehabiliteringskoordinatorers arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar - En enkätundersökning bland rehabiliteringskoordinatorer i Region Stockholm. Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2024.

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

ISBN: 978-91-8017-443-5

Förord

I denna rapport presenteras resultat från ett projekt om rehabiliteringskoordinatorers (nedan benämnda rehabkoordinatorer) arbete med koordineringsinsatser till stöd för sjukskrivna patienters återgång i arbete samt de förutsättningar som rehabkoordinatorerna har för sitt arbete. Enkätundersökningen genomfördes bland rehabkoordinatorer i Region Stockholm under perioden januari – juni 2024.

Projektet har genomförts inom ramen för den samverkan som avtalats att pågå från och med år 2020 mellan Region Stockholm och Avdelningen för försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet kring forskning och utveckling i försäkringsmedicin.

Projektgruppen består av projektledare forskningspecialist Carin Nyman, professor Kristina Alexanderson samt docent Emilie Friberg, vid Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. För genomförande, analys och rapport svarar projektledaren. Projektgruppen tackar de rehabiliteringskoordinatorer som deltagit och bidragit med sina erfarenheter av koordineringsarbete inom hälso- och sjukvården. Vi tackar representanter för de försäkringsmedicinska kunskapsteamerna i Region Stockholm som bidragit med värdefulla synpunkter på undersökningens enkätfrågor samt bidragit genom att informera om projektet via sina nätverk för rehabiliteringskoordinatorer. Vi tackar även representant för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, för synpunkter på enkätfrågor samt Veronica Svärd, docent i socialt arbete, för värdefulla diskussioner kring enkätfrågor och undersökningens genomförande.

Vi hoppas att undersökningens resultat kan utgöra ett underlag för diskussion och fortsatt utveckling av rehabiliteringskoordinatorers arbete samt tjäna som inspiration för forskning och utvärdering i samverkan mellan klinisk verksamhet och akademi.

Carin Nyman
Projektledare

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet

carin.nyman@ki.se

Sammanfattning

Sedan år 2020 finns det en skyldighet för sjukvårdsregioner att erbjuda stöd till patienter som behöver insatser i form av koordinering vid sjukskrivning genom Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Implementeringsprocessen av koordineringsfunktionen har varit regionspecifik. I Region Stockholm har kliniska verksamheter haft tillgång till en rehabiliteringskoordinator under olika lång tid sedan införandet 2016 och inom sekundärvårdsenheter är funktionen under införande. Den professionella roll som rehabiliteringskoordinatorer har inom hälso- och sjukvården är förhållandevis ny och det finns en klinisk relevans av fördjupad kunskap om koordinatorernas erfarenhet av koordineringsarbetet.

Projektets *syfte* var att generera kunskap om rehabiliteringskoordinatorers arbete avseende koordineringsfunktionens arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar. I rapporten presenteras övergripande resultat från en enkät bland rehabiliteringskoordinatorer (nedan benämnda rehabkoordinatorer) inom Region Stockholm som genomfördes under våren 2024. I rapporten presenteras deskriptiva resultat från enkätsvar från 66 rehabkoordinatorer från olika kliniska verksamheter.

Nedan sammanfattas ett urval av de resultat som framkom.

Uppdraget som rehabkoordinator genomfördes vanligen på deltid. Bland de som arbetade deltid var det vanligast att uppdraget omfattade 30–50 procent av en heltidstjänst. Något mer än hälften av koordinatorerna kombinerade sitt uppdrag med arbete inom sin grundprofession. Det var relativt vanligt att koordinatorerna arbetade på mer än en enhet och en övervägande majoritet av dem var ensamma i sin roll som rehabkoordinator på den(de) enhet(er) där de arbetade. Både flexibel arbetstid och arbetstid förlagd till fasta arbetsdagar förekom och såväl fördelar som nackdelar med dessa upplägg framhölls. Flexibel arbetstid bidrog till större möjlighet att anpassa sitt eget uppdrag till övriga intressenters behov, vilket upplevdes kunna bidra till ökad effektivitet. Samtidigt framhölls att en flexibel arbetstid kunde innebära gränssättningssvårigheter mellan rehabkoordinatorns (i förekommande fall) olika arbetsroller och att det blev svårare att inte överskrida den tjänstgöringstid som avsatts för koordinatoruppdraget. Fasta arbetsdagar beskrevs bidra positivt till uppdragets och rollens synlighet och tydlighet gentemot patienter, chefer och kollegor liksom gentemot externa aktörer. Dock innebar det en viss begränsning i relation till möjlighet för anpassning till andra intressenters arbetsprocess.

I relation till de huvudområden som beskrivs i lagen om koordineringsinsatser (2019:1297), användes rehabkoordinatorernas arbetstid, till stor del eller huvudsakligen, för att ge personligt stöd till patienter. Oavsett typ av arbetsgivare var det lika stor andel som angav att de huvudsakligen arbetade med personligt stöd. En högre andel av de som var anställda hos en arbetsgivare i offentligt organiserad verksamhet jämfört med hos en arbetsgivare i privat organiserad verksamhet angav att de, huvudsakligen eller till stor del, arbetade med

området intern samordning. För området extern samverkan var förhållandet omvänt, skillnaden mellan olika typ av arbetsgivare var dock liten.

Det var relativt vanligt att rehabkoordinatorerna i sina patientärenden först arbetade med motivationsarbete eller annat förberedande arbete innan andra koordineringsinsatser till stöd för patientens återgång i arbete kunde bli aktuella. Det var även relativt vanligt att de arbetade med insatser som de bedömde primärt borde utföras av annan funktion inom hälso- och sjukvården eller av externa aktörer. En stor andel av koordinatorerna angav att de arbetade konsultativt kring sjukskrivningsfrågor i relation till kollegor med annan profession. Mer sällan arbetade de med att ta fram och följa upp sjukskrivningsstatistik för sjukskrivna patienter. Rehabkoordinatorerna var ofta enhetens kontaktperson för sjukskrivna patienter vid kontakter med externa aktörer. Avseende att arbeta med att utveckla interna såväl som externa riktlinjer/rutiner för samordning och samverkan angav den största andelen att de arbetade med detta ibland. Det angavs vara svårt att, med den tid som fanns tillförfogande för uppdraget, skapa utrymme för att arbeta med utveckling av framförallt externa samverkansrutiner. Prioriteringsordningen, att i första hand arbeta med patientstöd och därefter arbeta med frågor inom området intern samordning, uppfattades också vara mest rimlig.

En majoritet av rehabkoordinatorerna hade en policy/rutin för sjukskrivningsärenden där de arbetade. Nyttan av policyn beskrevs dels kunna ge vägledning i det egna arbetet och bidra till tydlighet i relation till andra intressenter, dels tjäna som en gemensam grund för arbetet inom teamet eller på enheten. Samtidigt beskrevs policyn i vissa fall inte ha någon praktisk nytta för det egna arbetet då den inte efterföljdes. Drygt hälften av koordinatorerna arbetade på en enhet där det fanns läkare med särskilt uppdrag inom klinisk försäkringsmedicin (LUF). Andelen som arbetade på en enhet med LUF var högre bland de koordinatorerna som var anställda hos arbetsgivare i privat organiserad verksamhet. Andelen som angav att samverkan med LUF fungerade bra var dock något högre bland de som var anställda i offentligt organiserad verksamhet.

Drygt hälften av koordinatorerna angav att de inte ansåg att den introduktion de fått av sin arbetsgivare var tillfredsställande. Nästan en fjärdedel angav att de inte alls instämde i påståendet att de fått tillräcklig introduktion till uppdraget. Nästan alla koordinatörer angav att de var väl införstådda med de arbetsuppgifter de hade att utföra och en stor andel angav att de hade en uppdragsbeskrivning för sitt arbete. Det var dock drygt en femtedel som saknade en sådan beskrivning och en mindre andel angav att de inte visste om det fanns en uppdragsbeskrivning för arbetet. Två tredjedelar av koordinatorerna angav att deras arbetsuppgifter var väl kända för deras närmaste chef medan övriga angav att arbetsuppgifterna inte alls eller till liten del var väl kända för chefen.

Omkring en tredjedel av koordinatorerna angav att tiden de hade till förfogande för uppdraget inte alls eller i liten grad var tillräcklig. Exempel på arbetsuppgifter som vid tidsbrist prioriterades ner var arbetsuppgifter som handlade om utvecklingsarbete inom området intern samordning och extern samverkan. Andra exempel var att nybesök av

patienter senarelades och att rehabkoordinator arbetade konsultativt genom patientens läkare istället för att själv arbeta med patienten.

Avseende arbetsförutsättningar i form av stöd i arbetet, angav drygt hälften av rehabkoordinatorerna att de i hög grad eller helt kunde få stöd från sin närmaste chef om de önskade detta. Detta gällde i samma utsträckning även möjlighet att få stöd från kollegor. Tillgången till handledning uppfattades inte tillfredsställande av en majoritet av koordinatorerna. Omkring två tredjedelar, oavsett typ av arbetsgivare, angav att de inte alls eller enbart i liten grad ansåg att de hade en tillräcklig tillgång till handledning.

För ett antal av de områden som analyserades avseende förutsättningar för arbetet, stratifierat över typ av arbetsgivare, framgick att andelen som inte instämde i ett påstående var större bland de som arbetade hos en arbetsgivare i privat organiserad verksamhet, jämfört med de som arbetade hos en arbetsgivare i offentligt organiserad verksamhet. Dessa områden var: att ha ett tydligt mandat för att kunna utföra arbetet, att få tillräcklig information om beslut, förändringar eller annat som påverkar arbetet, tillräcklig tid till förfogande för arbetet, tillräcklig utbildning samt tillräcklig tid för att kunna ta del av den utbildning som erbjuds, möjlighet att kunna få stöd av chef eller kollegor vid önskemål om detta. De skillnader som framkom kan vara påverkade av flera faktorer, utöver typ av arbetsgivare. Studien har dock inte möjlighet att ge svar på vilka andra faktorer som kan ligga bakom de skillnader som framkom.

Det arbete och aktiviteter som de försäkringsmedicinska teamen i Region Stockholm erbjuder till rehabkoordinatorer bedömdes av en övervägande majoritet av koordinatorerna som mycket viktiga för dem i deras arbete. Avseende behov av fördjupad kunskap/kompetens inom områden av relevans för rehabkoordinatorernas arbete framkom viss skillnad relaterat till typ av arbetsgivare.

Resultaten kan ligga till grund för en fortsatt diskussion om hur innehåll och förutsättningar för koordineringsinsatser och för rehabkoordinatorernas roll inom hälso- och sjukvården kan stödjas och utvecklas med relevans för hållbarhet avseende såväl insatser som roll. Resultaten kan även ligga till grund för möjlighet till uppföljning av arbetet över tid samt ge uppslag till prioriterade områden för fördjupade studier.

Innehållsförteckning

Förord.....	4
Sammanfattning.....	5
Innehållsförteckning.....	8
Bakgrund	9
Syfte.....	13
Metod.....	14
Studiedesign och studiepopulation.....	14
Datainsamling och analys.....	17
Resultat.....	18
Beskrivning av bakgrundskaraktistika för deltagarna	18
Orsaker till att deltagarna valt att arbeta som rehabkoordinator	22
Rehabkoordinatorernas beskrivning av arbetsinnehåll i koordineringsarbetet	23
Rehabkoordinatorernas beskrivning av ärendemängd och ärendetyp.....	23
Arbetsinnehåll inom området personligt stöd till patienten	26
Arbetsinnehåll inom området intern samordning inom hälso- och sjukvården	29
Arbetsinnehåll inom området extern samverkan med aktörer utanför hälso- och sjukvården ...	32
Rehabkoordinatorernas beskrivning av arbetsförutsättningar för arbete med koordineringsinsatser	34
Överväganden att avsluta uppdrag som rehabkoordinator.....	41
De försäkringsmedicinska kunskapsteamens verksamhet för rehabkoordinatorer	42
Skillnader avseende arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar mellan regionägd offentlig verksamhet och privat verksamhet med regionavtal	45
Beskrivning av arbetsinnehåll (i urval) och typ av arbetsgivare.....	48
Beskrivning av arbetsförutsättningar i urval, stratifierat över typ av arbetsgivare	51
Avslutande kommentarer.....	56
Figur och tabellförteckning	57
Lista över figurer.....	57
Lista över tabeller	57
Referenser	59

Bakgrund

I avsnittet presenteras en bakgrund till projektet innefattande utveckling och införande av funktion för koordinering av hälso- och sjukvårdens insatser vid sjukskrivning samt för rollen som rehabiliteringskoordinator.

Koordineringsfunktion och koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

Sjukskrivning är en del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av patienter och det försäkringsmedicinska arbetet ska på samma sätt som övrig vård och behandling kännetecknas av hög kvalitet och patientsäkerhet. Ökad kunskap och kompetens har efterfrågats i hälso- och sjukvården inom det försäkringsmedicinska området (1-4), och olika utvecklingsinsatser inom vården har initierats på policynivå (3, 5, 6). Att återgå i arbete efter sjukskrivning kan vara en komplex process där olika kompetenser inom hälso- och sjukvården liksom externa aktörer kan behöva involveras till stöd för patienten (7, 8). Behovet av ökad samordning sett till olika kompetensers och aktörers involvering och ansvar har därför alltmer betonats.

I överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (numera Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), ingick från år 2014 att landstingen (nuvarande regionerna) skulle utveckla och tillhandahålla en funktion för koordinering av hälso- och sjukvårdens insatser vid sjukskrivning (9). Koordineringsinsatser skulle erbjudas inom alla hälso- och sjukvårdsverksamheter där sjukskrivning var normalt förekommande i verksamheten (10). Implementeringen av koordineringsinsatser omfattade inledningsvis primärvårdens verksamhet och utvidgades därefter till att omfatta även övrig specialistvård (11). Ett lagstadgat krav för regionerna att erbjuda patienter som behöver insatser i form av koordinering vid sjukskrivning kom år 2020 genom lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (12). I lagen ges regionerna ansvar för att erbjuda koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter som bedöms behöva ha stöd för att kunna återgå till arbete eller annan sysselsättning efter sjukskrivning alternativt för att kunna inträda i arbetslivet. Enligt lagens förarbeten ska koordineringsinsatserna enbart avse de delar som hälso- och sjukvården normalt ansvarar för avseende patienters sjukskrivning och återgång i arbete, det vill säga inte behov eller aktiviteter som andra aktörer är ansvariga för att tillgodose (10).

Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (12) beskriver att koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården, till patienter som har behov av detta, ska erbjudas inom tre övergripande områden. Dessa tre är:

- personligt stöd till patienten,
- intern samordning av hälso- och sjukvårdens insatser och
- samverkan med andra aktörer.

Koordineringsinsatser kan endast ske om patienten samtycker till detta och ett delaktighetsperspektiv förutsätts för de koordineringsinsatser som hälso- och sjukvården genomför. Även om koordineringsinsatser innefattas i hälso- och sjukvårdens ansvarsområde bedöms inte insatserna ingå i medicinsk behandling, utredning eller bedömning och regleras inte i hälso- och sjukvårdslagen (10). Den lagstiftning som i övrigt

gäller inom hälso- och sjukvården till skydd för patientens integritet och säkerhet, exempelvis frågor om sekretess, journalföring, etcetera gäller även för koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården ([10](#)).

I lagen (2019:1297) regleras inte *hur* koordineringsinsatser ska organiseras av regionerna, avseende exempelvis frågor om vilka vårdverksamheter eller vilka professioner som ska utföra koordineringsinsatser. I stället har organisering av koordineringsfunktionen främst hanterats via vägledning som framtagits av SKR samt via riktlinjer inom respektive region. En enkät till rehabkoordinatorer i hela Sverige, gjord av SKR under 2021 visade att två tredjedelar av rehabkoordinatorerna arbetade inom primärvården, omkring tio procent inom psykiatri och resterande inom övriga specialiteter, då främst ortopedi och rehabilitering. I en jämförelse med motsvarande enkät gjord 2018 framkom även att andelen koordinatörer som inte hade en medicinsk grundutbildning hade fördubblats sedan år 2018 ([11](#)).

Koordineringsfunktionens arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar

Tidigare forskning har visat att koordineringsinsatser, och en för insatserna särskild inrättad funktion, kan förbättra samarbete och samverkan kring sjukskrivna patienter vid återgång i arbete eller annan sysselsättning ([13-15](#)). Exempelvis sker detta genom främjande av god kommunikation och ett gemensamt synsätt mellan involverade aktörer samt genom god kunskap om respektive samarbets- eller samverkansaktörs förutsättningar och roll i det gemensamma arbetet ([13, 15](#)). En systematisk översikt fann att en personlig kontakt med en koordinator (face-to-face kontakt) hade en viss betydelse för sjukskrivningens varaktighet för sjukskrivna patienter ([16](#)). I en svensk studie bland patienter i primärvård och psykiatri, som nyligen fått en koordineringsinsats, framkom att kontakt med en rehabkoordinator hade ett samband med att patienterna upplevde att de fick stöd i återgångsprocessen tillbaka till arbetet ([14](#)). Även koordineringsinsats i form av en tydlig rehabiliteringsplan visade i samma studie ett samband med patienternas upplevelse av stöd i återgångsprocessen ([14](#)).

Utöver personligt stöd till patienten pekar lagen (2019:1297) på att det kan finnas behov av samordning av olika resurser inom hälso- och sjukvården liksom samverkan med de externa aktörer som kan vara involverade i patientens sjukskrivning och återgång i arbete. En systematisk översikt pekade på vikten av samverkan mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare/arbetsplats ([17](#)). En tidig kontakt med arbetsgivaren diskuterades exempelvis kunna bidra till bättre möjligheter att förbereda eventuella arbetsanpassningar vilket i sin tur kunde bidra främjande i patientens återgång i arbete. I SKRs rapport från 2022 lyftes en likande diskussion om att god samverkan kunde motverka att patientens sjukskrivning blev längre än vad som kunde anses som nödvändigt beaktat patientens medicinska status ([11](#)).

Lagen om koordineringsinsatser reglerar inte hur koordineringsfunktionen konkret ska utformas men då insatserna ska utformas specifikt utifrån den enskilda patientens unika behov, innebär det att koordineringsfunktionen och rehabkoordinatorerna i sitt arbete hanterar en mångfald av diagnoser och unika patientsituationer. I förarbeten till lagen

beskrevs att rehabkoordinatorer ”arbetar i ett gränsland mellan sjukvård och behandling, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering” (10).

I den nationella undersökning som genomfördes bland rehabkoordinatorer under 2021 av SKR angav mer än 90 procent av koordinatorerna 2021 att de inom ramen för personligt stöd till sjukskrivna patienter arbetade med information, rådgivning och kartläggning. Mer än 70 procent av koordinatorerna angav att de arbetade med motiverande samtal och med att upprätta rehabiliteringsplaner (11). I en kanadensisk enkätstudie där koordinatorer fick besvara frågor kring sitt konkreta arbetsinnehåll i att bistå sjukskrivna patienter i deras återgång i arbete framkom att de arbetsuppgifter som koordinatorerna bedömde som viktigast var den personliga kontakten med patienten och den konkreta planeringen av patientens återgång i arbete (18).

Avseende koordinatorernas arbetsförutsättningar och önskat stöd framkom i den enkätundersökning som SKR genomförde, att omkring 50 procent av koordinatorerna önskade mer stöd i form av utbyte med andra koordinatorer och omkring 40 procent önskade mer stöd av närmaste chef. Totalt angav knappt 20 procent av koordinatorerna att de hade ett tillfredsställande stöd i sitt arbete (11). I en studie i svensk vårdkontext om koordineringsinsatser för patienter med multisjuklighet och psykosociala svårigheter avseende förutsättningar för rehabkoordinatorer, framkom att det fanns behov av tydligare riktlinjer och system för vilka patienter som ska erbjudas koordineringsinsatser liksom behov av ett mer utvecklat samarbete mellan olika vårdområden och specialiteter inom hälso- och sjukvården avseende sjukskrivna patienter (19). Behovet av att uppmärksamma faktorer och förutsättningar för koordineringsinsatser på organisatorisk nivå har även lyfts i studier från andra länder. I en studie från Australien framkom att koordinatorers arbetsförutsättningar avseende möjlighet att arbeta del- eller heltid med koordineringsinsatser varierade kraftigt mellan olika verksamheter (20) och i en kanadensisk studie påtalades att förutsättningarna för koordinatorer att arbeta med samverkande insatser internt och externt inte var tillfredsställande (18). En svensk studie som undersökte främjande respektive hindrande faktorer för koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter med vanligt förekommande psykiska besvär (common mental disorders), pekade på betydelsen av god introduktion till koordineringsuppdraget, möjlighet till handledning samt tillgång till ett professionellt nätverk (21). I studier av koordineringsinsatser bland patienter med multisjuklighet och psykosociala problem framkom vikten av en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö för rehabkoordinatorer samt stöd från verksamhetsledning (19, 22). Avseende vilka förutsättningar i form av kunskap och kompetens som rehabkoordinatorer anser vara viktiga för sitt arbete, framkom i en svensk studie att kompetenser såsom ett holistiskt synsätt, rådgivnings och vägledningskompetens. Även rehabkoordinatorns individuella kompetens lyftes och personlighet framkom vara viktigare än koordinatorns profession (23).

Det är välkänt att implementeringsprocesser i organisationer ofta tar lång tid. Nya funktioner skall integreras med den identitet, rationalitet och hierarki som kännetecknar organisationen och verksamheten (24, 25). För koordineringsfunktionen kan detta framstå som extra relevant då funktionen delvis även innebär gränsöverskridande arbete, mellan olika delar

inom hälso- och sjukvården och dess olika professioner samt, mellan hälso- och sjukvården och externa samverkansparter. Det lagstadgade kravet på att hälso- och sjukvården skall erbjuda koordineringsinsatser är förhållandevis nytt. Alla regioner i Sverige tillhandahåller koordineringsinsatser men organisering och implementeringsprocess har varit regionspecifik. Hur lång tid olika verksamheter inom hälso- och sjukvården har haft tillgång till en rehabkoordinator varierar och inom delar av specialistvården är funktionen fortfarande under uppbyggnad i vissa regioner. Detta gäller också delvis utveckling av stöd, exempelvis i form av tillgängliga utbildningsinsatser, nätverk, handledning etc. De personer som arbetar med koordineringsinsatser har varierande utbildningsbakgrund och det finns ingen nationell enhetlig grundläggande utbildning eller påbyggnadsutbildning för rehabkoordinatorer. Många rehabiliteringskoordinatorer har en medicinsk grundutbildning (såsom sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog) och har sin kliniska bakgrund inom hälso- och sjukvård. I sin kartläggning från 2022 visade dock SKR ([11](#)) att andelen personer som arbetade som rehabkoordinator med annan grundutbildning än hälso- och sjukvårdsutbildning hade mer än fördubblats mellan åren 2018 och 2021. Det kan tilläggas att rehabkoordinatorer i allmänhet har genomgått en kortare påbyggnadsutbildning kring rehabiliteringskoordinering, men att innehållet i de olika utbildningarna delvis varierar även om det övergripande innehållet är likartat ([23](#)).

En ytterligare bakgrund till föreliggande projekt var att de försäkringsmedicinska kunskapsteamerna fått information om att rehabkoordinatorer valde att avsluta sitt uppdrag och att orsakerna till detta delvis möjligen kunde sökas bland faktorer som relaterade till uppdragets arbetsinnehåll och de förutsättningar som fanns för att genomföra uppdraget.

Sammantaget var det utifrån ovan beskrivning angeläget att undersöka koordinatorfunktionens arbetsinnehåll, hur arbetet och dess förutsättningar utvecklats sett utifrån rehabkoordinatorernas perspektiv i Region Stockholm. Exempelvis avseende arbetsuppgifter inom de tre områdena för koordineringsinsatser som lagstiftningen pekar ut, arbetsuppgifter i relation till avsatt tid för koordineringsinsatser, samarbete och samverkan inom ramen för koordineringsinsatser och eventuella skillnader i verksamheters organisering och operationalisering av koordineringsfunktionen, samt de förutsättningar som finns för arbetet och koordinatorernas eventuella behov av stöd- och utvecklingsinsatser.

Syfte

Projektets övergripande syfte var att generera kunskap om rehabkoordinatorers arbete avseende koordineringsfunktionens arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar.

De specifika frågeställningar som undersöktes var

- Hur beskriver rehabkoordinatorerna arbetsinnehållet i koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter med fokus på områdena: personligt stöd, intern samordning och extern samverkan?
- Hur beskriver rehabkoordinatorerna de arbetsförutsättningar de har för att arbeta med koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter?
- Finns det skillnader avseende rehabkoordinatorers arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar beroende på om koordinatörn arbetar inom offentligt eller inom privat organiserad verksamhet i Region Stockholm?

Metod

Här ges en kortfattad metodbeskrivning av undersökningens genomförande och analys.

Studiedesign och studiepopulation

Studien var en tvärsnittsstudie och genomfördes som en enkätstudie med webb-baserad datainsamling. Webbenkäten administrerades av Karolinska Institutet och genomfördes med verktyget REDCap.

Studiepopulationen utgjordes av personer som arbetade som rehabkoordinatorer inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Rekryteringsbasen utgjordes av rehabkoordinatorer med uppdrag eller anställning som rehabkoordinator och som tillhörde ett nätverk för rehabkoordinatorer hösten 2023. Nätverk för koordinatorerna administreras av de tre försäkringsmedicinska kunskapsteam som finns vid Region Stockholms universitetssjukvårdsenheter (USV-enheter). Kunskapsteamerna uppskattade att rekryteringsbasen omfattade cirka 200 personer. De inklusionskriterier som användes vid rekrytering av studiedeltagare var:

- Att deltagaren arbetade (anställning eller uppdrag) eller nyligen hade arbetat¹ som rehabkoordinator inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm.
- Att deltagaren ingick i något av de tre nätverk för rehabkoordinatorer som administrerades av de försäkringsmedicinska kunskapsteamerna.

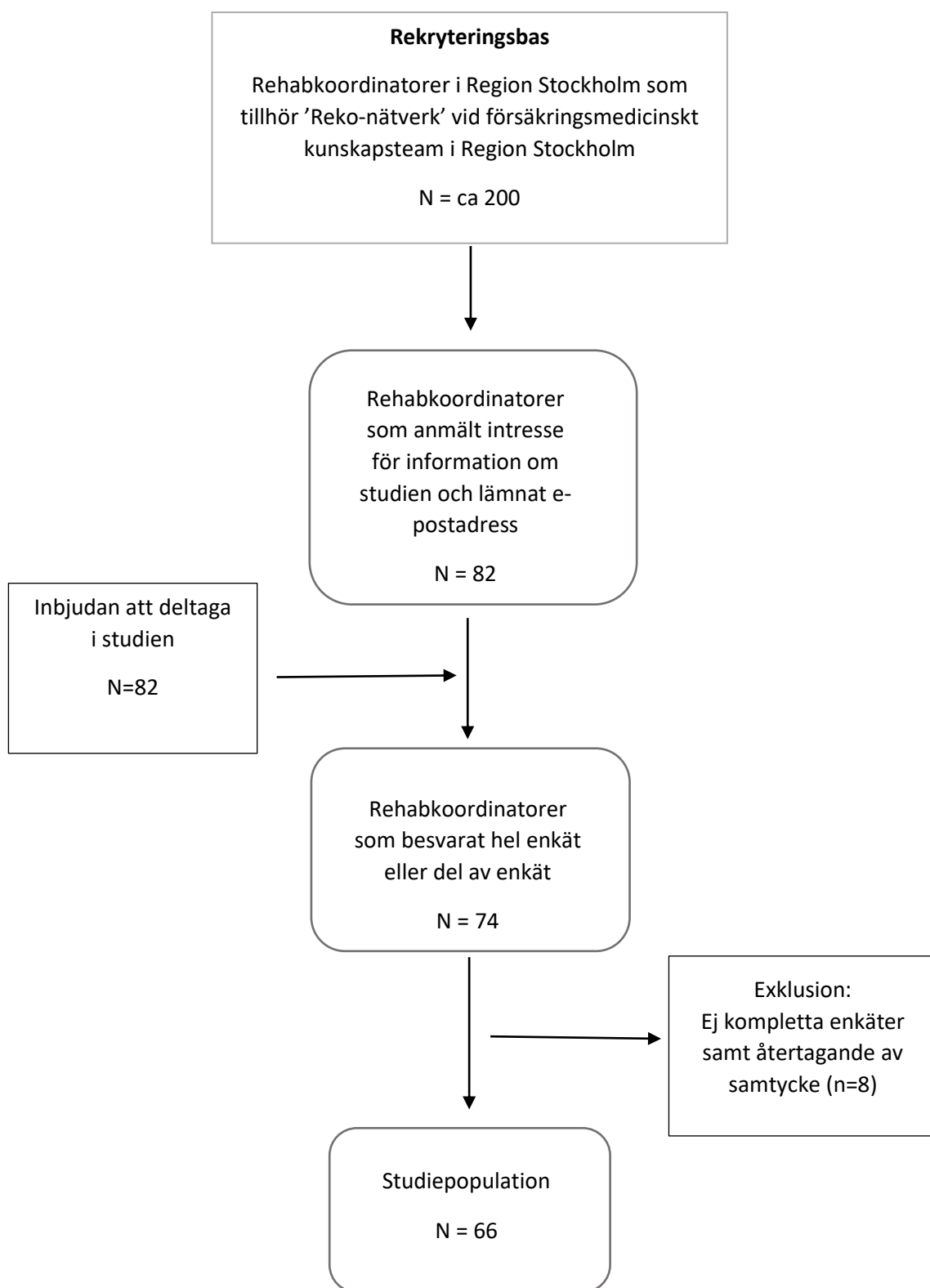
Rekryteringen av deltagare skedde i två steg, där steg ett avsåg intresseanmälan för att ta del av information om studien och steg två avsåg fördjupande information samt inbjudan att delta i studien. Förfarandet tillämpades med hänvisning till Regionens regler kring utlämnande av uppgift om anställdas tjänste-e-postadress till någon utanför Regionen – såsom till Karolinska Institutet. Rekryteringsprocessen inleddes med att de tre försäkringsmedicinska kunskapsteamerna vid USV-enheterna; Akademiskt primärvårdscentrum, Centrum för arbets- och miljömedicin respektive Centrum för psykiatrforskning, gjorde ett utskick innehållande kort information om studien till samtliga personer som tillhörde nätverket för rehabkoordinatorer vid respektive USV-enhet. I utskicket ombads de rehabkoordinatorer som var intresserade av att få mer information om studien att sända sin tjänste-e-postadress till projektansvarig forskare vid Karolinska Institutet. Information om intresseanmälan skickades ut vid två tillfällen av teamen. Därutöver deltog projektansvarig forskare vid ett nätverksmöte för rehabkoordinatorer vid respektive kunskapsteam och informerade om studien och besvarade frågor. Rehabkoordinatorer som lämnat intresseanmälan kontaktades därefter på den e-postadress de lämnat med en fördjupad skriftlig information om studien (forskningspersoninformation) samt en inbjudan om att delta i studien och besvara en webb-enkät.

¹ Utifrån administrativa skäl kunde personer som nyligen haft anställning/uppdrag som rehabkoordinator komma att tillfrågas om deltagande i studien om personen fortfarande fanns med i kunskapsteamens nätverk för rehabkoordinatorer.

Rekryteringsförfarandet i ovan beskrivna steg resulterade i att 82 personer (inkomna unika e-postadresser²) lämnade intresseanmälan om att bli kontaktade för mer information och inbjudan. Initial information om projektet lämnades vid flera tillfällen och för ett antal personer inkom intresseanmälan vid flera tillfällen. Inkomna intresseanmälningar kontrollerades därför avseende unik e-postadress. Fördjupad information med inbjudan om att delta i studien samt länk till webb-enkät sändes därefter till 82 unika e-postadresser under perioden januari – april 2024 utifrån när personen lämnade intresseanmälan. Personerna informerades om att de genom att besvara webb-enkäten och att sända in sina svar samtyckte till att delta i studien.

Webb-enkäten administrerades via verktyget REDCap och de personer som anmält intresse gavs åtkomst till enkäten via webblänk i inbjudan. Två påminnelser skickades ut, den första efter en vecka efter första utskick och den andra påminnelsen skickades ut efter omkring en månad. En extra påminnelse sändes ut till de personer (n= 7), som då datainsamlingen avslutades i juni 2024, hade påbörjat att besvara enkäten men inte slutfört och sänt in sina svar. Denna extra påminnelse genererade inte fler insända enkätsvar. Totalt valde 66 av de 82 rehabkoordinatorer som lämnat intresseanmälan och e-postadress att besvara enkäten och sända in sina svar, vilket gav en svarsfrekvens på 80,5 procent (Figur 1).

² För ett antal personer inkom intresseanmälan vid fler tillfällen. Inkomna adresser stämdes av för att garantera att varje person enbart fick utskick och besvarade enkäten vid ett tillfälle.



Figur 1. Flödesschema för rekrytering av studiepopulationen

Datainsamling och analys

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av verktyget REDCap (Research Electronic Data Capture) ([26](#), [27](#)) som är ett webbenkätverktyg som tillhandahålls av Karolinska Institutet. REDCap garanterar säker hantering av data. För de personer som lämnat intresseanmälan och e-postadress lades adressen in i REDCap och pseudoanonymiserades. Användning av webbverktyget kräver att användaren har KI-ID och tvåstegsverifiering för åtkomst till projektet krävs.

Enkäten utvecklades specifikt för projektet med inspiration från tidigare enkäter om läkares arbete med sjukskrivningsfrågor ([3](#), [28](#)) och enkät kring betydelsen av rehabiliteringskoordinatorer för personer med sjukskrivning ([29](#)). Frågorna i föreliggande enkät behandlade aspekter av rehabkoordinatorernas arbete med fokus på koordineringsfunktionens arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar. Enkätfrågorna anknöt till de huvudsakliga uppgiftsområden för koordineringsfunktionen som anges i Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter: personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer samt till Region Stockholms uppdragsbeskrivning för rehabkoordinatorer.

Enkäten innehöll tre delar: Del 1, Bakgrundsfrågor om arbetet; Del 2, Koordineringsarbetets arbetsinnehåll; Del 3, Koordineringsarbetets arbetsförutsättningar där även frågor om utbildnings- och utvecklingsbehov ingick. Även frågor kring övervägande att avsluta uppdrag som rehabkoordinator ingick då detta tidigare hade beskrivits som angeläget att beslysa av representanter för kunskapsteamet. Enkäten var omfattande och innehöll ett åttital frågor av olika karaktär. Ett antal frågor innehöll delfrågor och ett antal frågor följdes, beroende på respondentens svar, av en ny fråga där exempel eller förslag efterfrågades. Frågorna var huvudsakligen utformade som slutna frågor med fasta svarsalternativ där det i vissa fall fanns möjlighet att även lämna fritextsvar, ett antal frågor var utformade som påståenden med graderade svarsalternativ och ytterligare ett antal frågor var fritextfrågor.

Enkätfrågornas innehåll validerades genom diskussion med representanter för kunskapsteamet i försäkringsmedicin, samt med representant för hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm och justerades utifrån de synpunkter som framkom. Representanterna för kunskapsteamet arbetade eller hade arbetat som rehabiliteringskoordinator och hade därigenom god kunskap om koordineringsarbetets innehåll och förutsättningar.

Enkätsvaren analyserades i huvudsak deskriptivt. För kvantitativa analyser har analysprogrammet SPSS använts. Fritextsvar har övergripande analyserats med beaktande av framträdande mönster eller förslag.

Projektet har inhämtat rådgivande yttrande från etikprövningsmyndigheten Dnr 2023-04390-01.

Resultat

Resultatavsnittet inleds med en beskrivning av bakgrundskarakteristika för deltagarna och därefter beskrivs resultatet i relation till projektets tre specifika frågeställningar.

Beskrivning av bakgrundskarakteristika för deltagarna

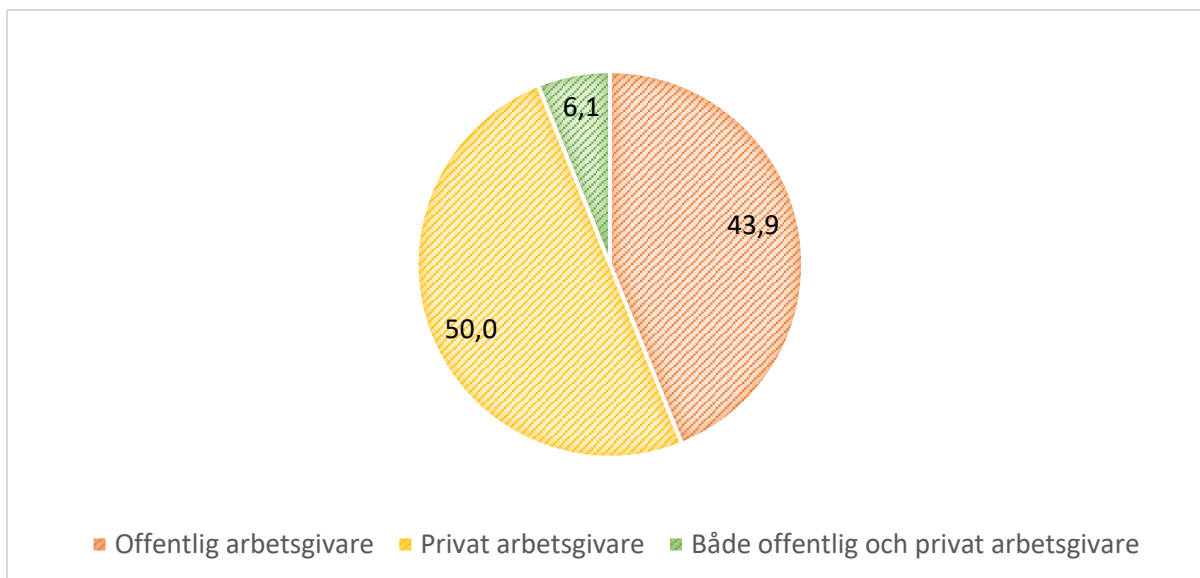
Den vanligaste grundprofessionen bland de som arbetade som rehabkoordinator var arbetsterapeut, vilket 30,8 procent av deltagarna angav som sin grundprofession. Den näst största gruppen, 29,2 procent, utgjordes av de som svarat 'annan grundprofession'. Via fritextsvar framgick att drygt hälften av dessa personers grundprofession var sjuksköterska. För ytterligare beskrivning av vilka grundprofessioner som angavs under svarsalternativet 'Annan' se tabellförklaring för tabell 1. Omkring 26 procent angav fysioterapeut som sin grundprofession och det fanns även ett antal deltagare som angav vårdadministratör som grundprofession.

Tabell 1. Deltagares grundprofession¹

	Antal svarande	Andel %
Arbetsterapeut	20	30,8
Fysioterapeut	17	26,2
Socionom	9	13,8
Annan ²	19	29,2
Totalt	65	100

¹ I redovisningen har i vissa fall angivna grundprofessioner slagits samman ² Svarsalternativet 'sjuksköterska' hade fallit bort som svarsalternativ i webb-enkäten. I de fritextsvar som lämnats för alternativet 'Annan grundprofession' angavs sjuksköterska som grundprofession av 11 personer. I gruppen 'Annan' angavs även exempelvis undersköterska/skötare, psykolog, psykoterapeut och myndighetshandläggare.

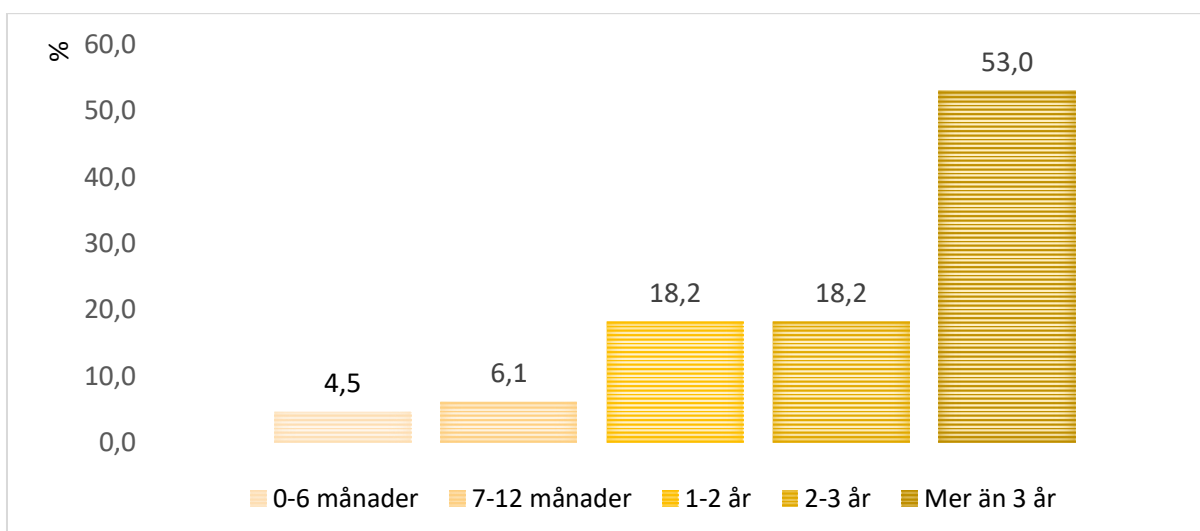
Hälften av deltagarna arbetade som rehabkoordinatorer inom privat organiserad verksamhet och 43,9 procent inom offentligt organiserad verksamhet i Region Stockholm. En liten andel av deltagarna arbetade som rehabkoordinator både i privat och offentligt organiserad verksamhet (Figur 2). Samtliga verksamheter var finansierade av Region Stockholm.



Figur 2. Typ av arbetsgivare för deltagande rehabkoordinatorer. Typ av arbetsgivare avser anställning/uppdrag hos arbetsgivare i offentligt organiserad verksamhet (offentlig arbetsgivare) respektive hos arbetsgivare i privat organiserad verksamhet (privat arbetsgivare). Figuren visar andelar i procent.

Av de rehabkoordinatorer som deltog arbetade nästan 70 procent (69,7 procent) på vårdcentral. Den näst största gruppen (18,2 procent) arbetade inom psykiatrisk sekundärvård. Övriga (12,1 procent) arbetade på sjukhus, inom Akademiskt specialistcentrum eller inom Multimodal rehabilitering för långvarig smärta och utmattningssyndrom (MMR2).

En majoritet av deltagarna hade arbetat ett år eller mer (89,5 procent) som rehabkoordinator. Drygt hälften av deltagarna hade arbetat i mer än 3 år. En mindre andel, drygt 10 procent, var relativt nya i funktionen som rehabkoordinator och hade arbetat mellan 0–12 månader (Figur 3).

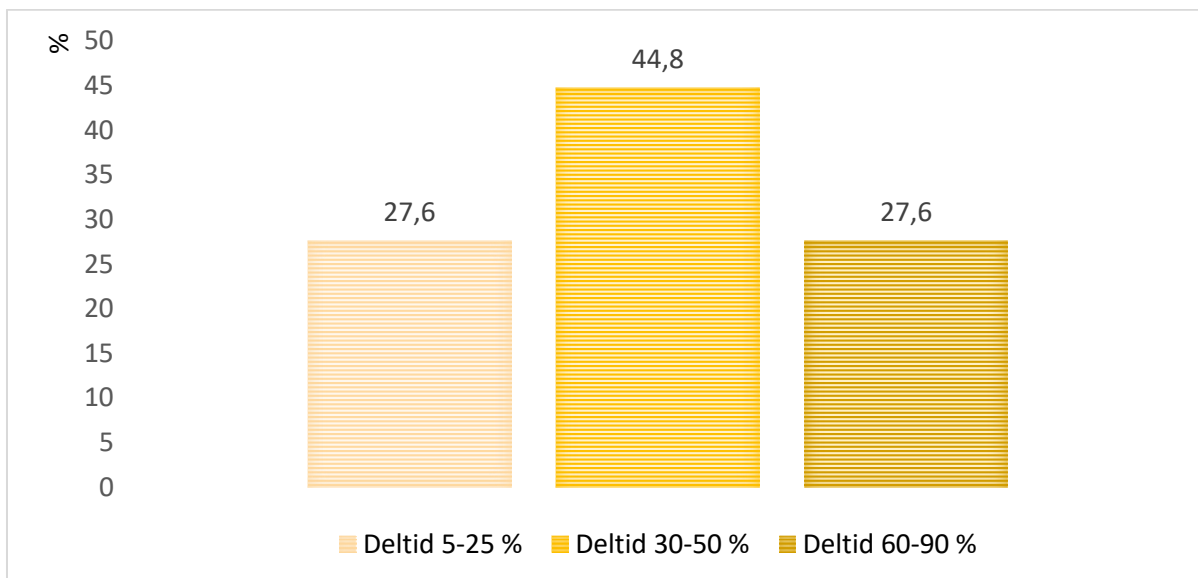


Figur 3. Antal månader/år som rehabkoordinator

I enkäten efterfrågades även hur lång tid som deltagarna hade arbetat som rehabkoordinator på sin nuvarande arbetsplats. Den största andelen, 37,9 procent, hade arbetat mer än 3 år, 28,5 procent hade arbetat 2–3 år, 19,7 procent hade arbetat 1–2 år och slutligen hade 16,7 procent arbetat mindre än 1 år på sin nuvarande arbetsplats.

Avseende inom vilka kliniska områden rehabkoordinatorerna arbetade, arbetade 69,7 procent på vårdcentral/ husläkarmottagning och 9,7 procent inom psykiatri. Övriga kliniska områden som representerades var onkologi, ortopedi, rehabilitering eller 'annat'.

En stor andel, 76,6 procent, av deltagarna arbetade deltid som rehabkoordinator, medan 23,4 procent arbetade heltid. Bland de som arbetade deltid var det vanligast att deltidsanställningen omfattade 30–50 procent av en heltidstjänst. Bland dem med deltidstjänst hade 27,6 procent en deltidstjänst som omfattade 60–90 procent av en heltidstjänst. En lika stor andel av deltagarna hade en deltidstjänst som omfattade 5–25 procent av en heltidstjänst (Figur 4).



Figur 4. Andelen deltagande rehabkoordinatorer i olika typ av deltidstjänst.

För de som arbetade deltid som rehabkoordinator var det vanligast att kombinera detta med annat arbete utifrån sin grundprofession, vilket 55,6 procent av 'deltidskoordinatorerna' gjorde. Ett antal (14,4 procent) kombinerade sin deltidstjänst med att arbeta med samordnings-, lednings- eller processledningsarbete. Knappt 26 procent angav att de utöver sin deltidstjänst som rehabkoordinator arbetade med annat arbete. Av de fritextsvar som lämnades nämndes exempelvis arbete i eget företag, annan typ av arbete inom området hälsa såsom terapeutiskt arbete, friskvård och behandlingsarbete samt att deltidsanställningen inte kombinerades med något annat arbete.

En relativt stor andel av deltagarna, 41 procent, arbetade som rehabkoordinator vid flera enheter. Av de som även besvarade frågan om hur många enheter de arbetade på framgick

att det var vanligast att arbeta på två enheter, vilket 59 procent gjorde. Det fanns även de som arbetade som rehabkoordinator på 3, 4 eller 5 enheter. Tillsammans utgjorde denna grupp 41 procent av alla som arbetade som rehabkoordinator på flera enheter.

En övervägande majoritet av rehabkoordinatorerna, 84,8 procent, var ensamma i sin funktion vid den enhet där de arbetade medan en mindre andel, 15,2 procent, angav att det fanns fler personer som arbetade som rehabkoordinator på någon enhet där de arbetade. I dessa fall var det vanligast att det fanns ytterligare en person som arbetade som rehabkoordinator.

Av de som kombinerade sitt arbete som rehabkoordinator med annat arbete var arbetstiden förlagd till fasta arbetsdagar/tider för 60 procent av dessa koordinatörer. Övriga hade en flexibel arbetstid avseende arbetsdagar/tider. De fördelar som sågs med att arbetstiden var förlagd till fasta arbetsdagar fokuserade i första hand på att upplägget bidrog till tydlighet och struktur på olika sätt. Tydlighet gentemot patienterna avseende när kontakt med rehabkoordinator var möjlig, tydlighet gentemot samverkansaktörer om exempelvis möjliga tider för mötesbokningar. Fasta arbetsdagar beskrevs även bidra till tydlighet i rollen som rehabkoordinator på den egna enheten, på så sätt att arbetsgivare/chef och kollegor härigenom visste att (och när) rehabkoordinatorn fanns på enheten. Tydligheten beskrevs bidra till att upplevelser av stress och splittring i arbetet minskade och att arbetsron istället ökade. Ett mer flexibelt upplägg av arbetstiden beskrevs både kunna bidra till mer, och till mindre stress i arbetet. Flexibiliteten uppfattades positiv på så sätt att den gav bättre förutsättningar att möta patienternas behov framför allt avseende att väntetiden till möten eller andra insatser för patienten kunde minskas. Vidare att möjligheten till anpassning och justering i syfte att få till stånd mötestider med interna/externa samarbetsparter i patientärenden ökade, vilket uppfattades kunna bidra till att arbetet kunde löpa smidigare. Härigenom bidrog flexibiliteten till minskad stress i arbetet. Ett flexibelt upplägg av arbetstiden beskrevs även å andra sidan kunna vara negativt då arbetsdagarna uppfattades bli mer splittrade, att det blev rörigt och mer stressigt genom detta. Vidare att det blev svårare att inte 'övertrassera' den tjänstgöringstid som formellt fanns för koordineringsfunktionen liksom att koordineringsarbetet ibland tenderade att konkurrera (främst tidsmässigt) med annat arbete. Det mer flexibla upplägget beskrevs kunna bidra till gränssättningssvårigheter avseende avgränsningen mellan olika roller och en ökad risk att "rollerna glider in i varandra".

Orsaker till att deltagarna valt att arbeta som rehabkoordinator

Det fanns olika orsaker till att deltagarna valt att arbeta som rehabkoordinator. De orsaker som angavs kan sammantaget sägas vara centrerade kring följande huvudområden; deltagarens professionsutveckling, arbetets förväntade innehåll, organisationens behov samt orsaker relaterade till en förhoppning om ett mer hållbart och patientanpassat arbete i jämförelse med den erfarenhet rehabkoordinatorn hade från tidigare arbete.

Orsaker som angavs avseende egen professionsutveckling handlade om att de kunskaper och erfarenheter som deltagaren hade från sin grundprofession och tidigare arbete kunde i rollen som rehabkoordinator få komma till nytta på ett nytt sätt och utvecklas. Rollen som rehabkoordinator uppfattades som ett naturligt steg vidare i den egna professionsutvecklingen. Vidare nämndes möjligheten att få arbeta med frågor inom områden som uppfattades intressanta och viktiga för personen, exempelvis arbetslivsfrågor, försäkringsmedicin, samverkan, aktivitet och motivation.

Avseende arbetets förväntade innehåll eller upplägg angavs orsaker såsom att arbetet som rehabkoordinator förväntades ge mer varierade arbetsuppgifter. Vidare förväntades arbetet vara mer flexibelt (här nämndes exempelvis möjligheten att arbeta på distans/digitalt), vara mer avgränsat till sitt innehåll och vara mindre "produktionsstyrt". Arbetsbelastningen förväntades vara lägre. Andra orsaker som nämndes handlade om att arbetet som rehabkoordinator hade en lägre tjänstgöringsgrad vilket sammanföll med personens eget önskemål om arbetstid liksom förväntan om att arbetstempot skulle vara något mindre högt.

Orsaker relaterade till organisationens behov handlade om att arbetsgivaren/chefen uttryckt önskemål om att personen skulle vara den som arbetade med koordineringsinsatser på enheten eller att det inte fanns någon annan person som kunde göra arbetet och att det för verksamheten fanns ett krav att kunna erbjuda funktionen. Vidare att arbetsgivare/chef ansåg att verksamheten behövde en rehabkoordinator och erbjudit personen möjlighet att gå utbildning kring rehabkoordinering.

De orsaker som angavs som relaterade till förhoppning om att bättre kunna möta patientens behov i jämförelse med tidigare erfarenhet av arbete, profession eller system handlade om en förhoppning om att kunna "göra skillnad" för patienterna. Detta uttrycktes på olika sätt, exempelvis genom att ett arbete som rehabkoordinator skulle kunna fungera som en resurs för patienten i den del av rehabilitering som avsåg arbetslivet, genom att koordinatören genom arbetet kunde få vara med och "vända en negativ känsla (hos patienten³) till något positivt". Vidare beskrevs orsaker i form av engagemang för att bidra till att patienter som hade en arbetsförmåga men som behövde stöd för att frigöra denna skulle kunna komma ut i arbete och få egen försörjning. Även möjligheten att kunna bidra till att skapa mer hållbara förutsättningar för patienter att komma tillbaka till arbetslivet efter sjukskrivning nämndes. Bland de orsaker som beskrevs uttrycktes även en frustration över tidigare erfarenheter

³ Författarens kommentar

kring profession eller organisation som beskrevs mer ekonomistyrd än kvalitetsstöd eller att det inte funnits något fokus på arbetsrehabilitering i personens tidigare arbete. Andra exempel, var möjligheten att kunna hjälpa patienterna och deras läkare att förstå processen vid sjukskrivning liksom att kunna fungera som en resurs för läkarna avseende den del av patientens rehabilitering som avsåg arbete/arbetsliv.

Rehabkoordinatorernas beskrivning av arbetsinnehåll i koordineringsarbetet

Lagen om koordineringsinsatser fokuserar på tre huvudområden för de insatser som regionerna ska erbjuda sjukskrivna patienter med behov av denna typ av insatser: stöd till patienten, samordning av hälso- och sjukvårdens insatser internt, samt samverkan med externa aktörer som är involverade i patientens återgång i arbete/annan sysselsättning eller inträde i arbetslivet. Hur arbetet inom dessa tre huvudområden genomförs och hur arbetsinsatser fördelas mellan områdena är beroende såväl av hur koordineringsarbetet organiseras som av patienternas unika behov inom olika verksamheter.

Rehabkoordinatorernas beskrivning av ärendemängd och ärendetyp

I enkäten ombads rehabkoordinatorerna att räkna samman det antal ärenden de vanligen arbetade med samtidigt. De ombads räkna de patientärenden de arbetade aktivt med då de besvarade enkäten samt ärenden som kunde betecknas som bevaknings- eller uppföljningsärenden. Det var vanligast att rehabkoordinatorerna arbetade med 10–20 patientärenden samtidigt, vilket drygt en fjärdedel angav att de gjorde. Det näst vanligaste var att de arbetade med fler än 40 ärenden samtidigt, vilket drygt en femtedel angav (Tabell 2). I tabell 3 framgår antalet ärenden fördelat över rehabkoordinatorernas tjänstgöringsgrad.

Tabell 2. Ärendemängd¹

	Antal svarande	Andel %
0–9 ärenden	10	15,4
10–20 ärenden	17	26,2
21–30 ärenden	13	20,0
31–40 ärenden	9	13,8
Fler än 40 ärenden	14	21,5
Vet ej	2	3,1
Totalt	65	100

¹ Avser antal patientärenden (grupperat) som rehabkoordinatorerna vanligen arbetade med samtidigt. Andelar anges i procent.

Tabell 3. Ärendemängd fördelat över tjänstgöringsgrad.¹

	0–9 ärenden	10–20 ärenden	21–30 ärenden	31–40 ärenden	Fler än 40 ärenden	Vet ej
Heltidstjänst	0,0	14,3	7,1	28,6	42,9	7,1
Deltidstjänst	20,4	30,6	22,4	8,2	16,4	2,0

¹ Andelar för svarsalternativ anges i procent

För att få en bättre bild av rehabkoordinatorernas arbetstyngd behöver antalet ärenden och tjänstgöringsgrad kompletteras med en bild av vilken typ av patienter som får koordineringsinsatser och hur lång tid rehabkoordinatorernas insats pågår. På frågan hur länge rehabkoordinatorerna i allmänhet hade kontakt med de patienter som hade koordineringsinsatser var det vanligast att de hade kontakt med patienten mellan 4–6 månader, vilket 53,3 procent av rehabkoordinatorerna angav. Det var en mycket liten andel (3,2 procent) av koordinatorerna som angav att de i allmänhet hade kontakt under maximalt en månad. Det var dock 17,7 procent som angav att de hade en längre kontakt med patienterna där insatsen pågick mellan 7–12 månader (Tabell 4).

Tabell 4. Koordineringsinsatsens längd (olika tidsintervall)¹

	Antal svarande	Andel svarande
0–3 månader	18	29,0
4–6 månader	33	53,3
7–12 månader	11	17,7
Totalt	62	100

¹ Andelar anges i procent

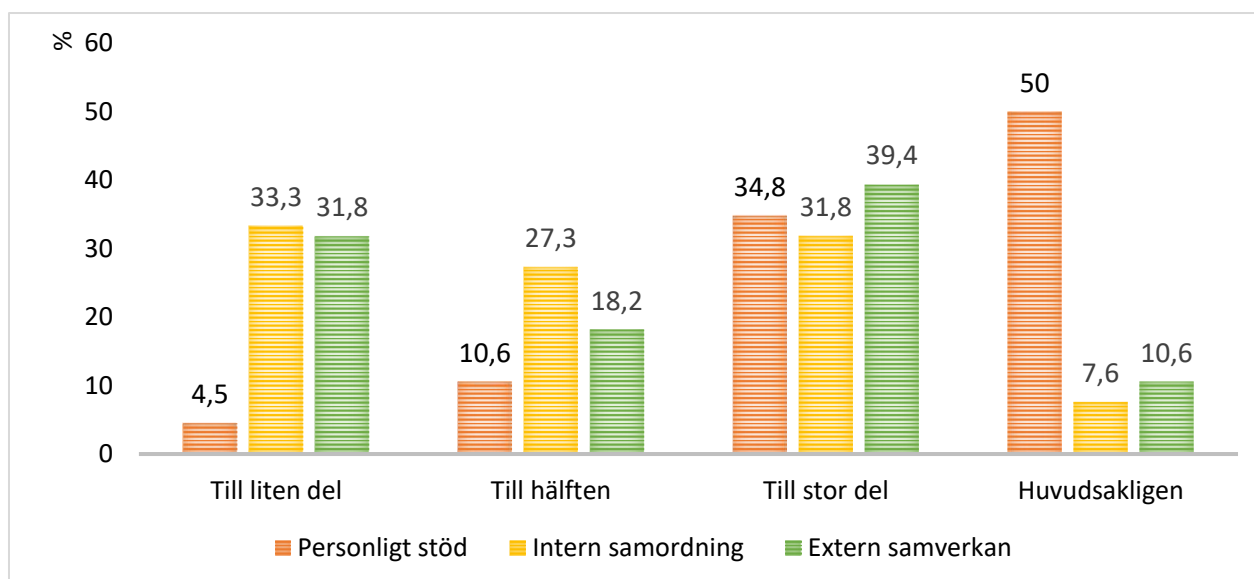
I tabell 5 framgår att rehabkoordinatorerna i flertalet av sina ärenden hade flera kontakter med de patienter som fick koordineringsinsatser. De patienter som koordinatorerna arbetade med hade i stor utsträckning ett arbete och insatserna avsåg i färre fall patienter där återgång i arbete inte var aktuellt och där patienten behövde annan typ av sysselsättning istället. I en relativt stor andel av koordineringsärendena hade patienten multisjuklighet, medan en mindre andel av patienterna hade social problematik.

Tabell 5. Ärendetyp relaterat till patientkaraktäristika ¹

<i>I hur stor andel av dina ärenden ...</i>	Antal svarande	Max 20 %	21–40 %	41–80 %	> 80 %
... har du flera kontakter med patienten?	65	7,6	10,8	26,2	55,4
... har patienten ett arbete	66	7,6	12,1	33,3	47,0
... har patienten multisjuklighet?	65	24,6	18,5	33,8	23,1
... är återgång i arbete inte aktuellt utan annan typ av sysselsättning behövs för patienten?	66	57,6	31,8	10,6	0,0
... har patienten social problematik?	65	38,5	27,7	27,7	6,1

¹ I tabellen anges ärendetypens andel av rehabkoordinatorernas totala antal ärenden. Andelar för svarsalternativ anges i procent

Då rehabkoordinatorerna ombads skatta hur stor andel av sin arbetstid de arbetade med de tre huvudområden som anges i lagen om koordineringsinsatser (2019:1297) framkom att 84,8 procent av koordinatorerna, till stor del eller huvudsakligen, arbetade med att ge personligt stöd till patienter med koordineringsinsats. Av dessa angav 50 procent att deras arbete huvudsakligen handlade om att ge personligt stöd. Avseende området intern samordning angav enbart 7,6 procent att de huvudsakligen arbetade med detta. Det var ungefär lika stor andel, omkring 30 procent, av koordinatorerna som angav att de arbetade med intern samordning, till liten del som den andel som gjorde detta till stor del, och en något mindre andel, knappt 30 procent, angav att hälften av deras arbetstid användes för intern samordning. Avseende huvudområdet extern samverkan, angav 10,6 procent att de huvudsakligen arbetade med detta. Den största andelen av rehabkoordinatorerna angav att de arbetade med extern samverkan till stor del och något färre angav att de arbetade med området till liten del, 39,4 procent respektive 31,8 procent. Det var 18,2 procent av koordinatorerna som bedömde att de använde halva arbetstiden till extern samverkan. (Fig. 5)



Figur 5. Fördelning av arbetstid över huvudområden för koordineringsinsatser angivna i lagen om koordineringsinsatser (2019:1297).

Arbetsinnehåll inom området personligt stöd till patienten

De koordineringsärenden som rehabkoordinatorerna arbetade med identifierades vanligen genom att patienten hade kontakt med läkare. Mer än 90 procent av koordinatorerna angav att patienterna ofta eller alltid identifierades på detta sätt. Relativt vanligt var också att patienterna identifierades genom sin kontakt med annan vårdpersonal. Drygt en tredjedel angav att patienter ibland eller ofta identifierades vid så kallade teamkonferenser med olika professioner inom verksamheten. Rehabstödet via SKR:s INERA (en webb-applikation som kan användas för att samordna och följa upp rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna patienter) angavs av 8 procent av koordinatorerna som ett sätt som ofta eller alltid användes för identifiering av patienter. Via självidentifiering, dvs. att ärendena identifierades av dem själva i sin roll som rehabkoordinator angavs gälla ibland, ofta eller alltid av en dryg tredjedel av koordinatorerna. En mer detaljerad beskrivning av hur rehabkoordinatorerna angav att koordineringsärenden identifierades framgår av tabell 6. Övriga identifikationsvägar som angavs i fritext var att arbetsgivare tog direktkontakt med vården, via remisser från andra vårdenheter, via handläggare/utredare på Försäkringskassan, via chattfunktion, via företagshälsövård och genom att patienterna själva återkommer och tar kontakt.

Tabell 6. Identifikationssätt av patienter i behov av koordineringsinsatser. ¹

<i>Mina koordineringsärenden identifieras via:</i>	Antal svarande	Nästan aldrig/aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Patientens kontakt med läkare	65	0,0	0,0	7,7	70,8	21,5
Patientens kontakt med annan vårdpersonal	65	12,3	23,1	33,9	29,2	1,5
Telefonrådgivning via triagesjuksköterska eller teleQ	63	49,3	25,4	19,0	6,3	0,0
1177	64	76,6	15,6	6,2	1,6	0,0
Teamkonferens	63	52,4	14,2	15,9	15,9	1,6
Rehabstöd (Inera)	63	49,2	23,8	19,0	4,8	3,2
Mig själv i rollen som rehabkoordinator	62	25,8	27,4	14,5	19,4	12,9
Mig själv i annan roll inom hälso- och sjukvården	63	54,0	12,7	22,2	7,9	3,2

¹ Andelar för svarsalternativ anges i procent

En stor andel av rehabkoordinatorerna angav att deras stöd till patienter med koordineringsinsatser ofta eller alltid skedde via personligt möte och/eller via telefonkontakt. En mer detaljerad redovisning av svaren framgår av tabell 7. Andra vägar för att ge information, rådgivning och annat stöd som angavs i fritext var exempelvis via e-sms, via indirekt stöd där information lämnas till annan vårdpersonal som vidarebefordrar denna till patienten, via patientinformationssidor och via patientutbildningstillfällen.

Tabell 7. Kontakttypen vid patientkontakter ¹

<i>Min information, rådgivning och annat stöd till patienten sker via:</i>	Antal svarande	Nästan aldrig/aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Personligt möte	66	9,1	12,1	6,1	57,7	15,1
Videomöte	64	17,2	14,1	35,9	29,7	3,1
Telefon	66	0,0	4,5	21,3	51,5	22,7
Brev	62	54,8	29,0	14,5	0	1,6
Chat	62	69,4	9,7	17,7	3,0	0,0
1177 (chattfunktion)	63	74,6	17,5	7,9	0,0	0,0

¹ Andelar för svarsalternativ anges i procent

En stor andel, 74,3 procent, av rehabkoordinatorerna angav att de ofta eller alltid gjorde en kartläggning av patientens aktivitetsförmåga till arbete och av arbetets krav. Det var också en stor andel, 84,9 procent som angav att de tog fram en plan för koordineringsinsatser i de ärenden de arbetade med. Av tabell 8 framgår att det var förhållandevis vanligt att rehabkoordinatorerna till stöd för kartläggning av aktivitetsförmåga och arbetskrav, utöver samtal med patienten, använde sig av andra vårdprofessioners kunskap, vilket 43,8 procent av koordinatorerna gjorde. Det var ungefär lika vanligt att de ofta eller alltid använde sig av kartläggande formulär som att de nästan aldrig/aldrig gjorde detta. Att de ibland hade kontakt med patientens arbetsgivare eller andra externa aktörer angavs av omkring 40 procent av koordinatorerna. Se detaljerad beskrivning i tabell 8. Utöver de typer av stöd för kartläggning som framkommer i tabellen angavs även att journaldata användes samt att rehabkoordinatorerna utifrån sin professionella erfarenhet har en 'mall för kartläggningssamtalet i sitt huvud' och att denna ledsagade samtalet med patienten.

Tabell 8. Stöd vid kartläggning av aktivitetsförmåga och arbetskrav för patienter med koordineringsinsatser

Stöd för kartläggning av aktivitetsförmåga och arbetskrav	Antal svarande	Nästan aldrig/aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Patienten besvarar kartläggande formulär	66	34,8	19,7	18,2	16,7	10,6
Tar hjälp av andra vårdprofessioners kunskap	64	10,9	12,5	32,8	29,7	14,1
Kontakt med patientens arbetsgivare	65	9,2	13,8	38,5	32,3	6,2
Kontakt med andra externa aktörer	64	9,4	21,9	40,6	25,0	3,1

En del av rehabkoordinatorernas arbete handlade om att genomföra motivationsarbete eller annat förberedelsearbete innan insatser för återgång i arbete kunde göras. Hälften av koordinatorerna angav att de inledningsvis behövde arbeta med motivationsarbete (svarsalternativ ofta eller alltid) innan insatser för återgång i arbete eller annan sysselsättning kunde planeras och knappt 35 procent angav att de ibland behövde inleda sitt arbete med motivationshöjande insatser. Det var också en stor andel, 80,3 procent, som angav att de behövde ge annan typ av stöd till patienten (svarsalternativ ibland eller ofta) innan direkta insatser för återgång i arbete/sysselsättning kunde planeras. Drygt 50 procent angav att de ibland, ofta eller alltid arbetade med insatser som de bedömde borde utföras

av någon annan funktion inom hälso- och sjukvården och 43,8 procent angav att de ibland, ofta eller alltid arbetade med insatser som borde utföras av andra externa aktörer (Tabell 9).

Tabell 9. Stöd till patienter i form av förberedande insatser inför återgång i arbete

<i>Jag har ärenden där jag ...</i>	Antal svarande	Nästan aldrig/aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
... behöver arbeta med motivation innan insatser för återgång i arbete eller annan sysselsättning kan planeras	66	4,5	10,6	34,8	47,1	3,0
... behöver arbeta med annat stöd innan insatser för återgång i arbete eller annan sysselsättning kan planeras	66	6,1	12,1	51,5	28,8	1,5
... arbetar med insatser för mina patienter som borde göras av annan funktion/profession i hälso- och sjukvården	66	18,2	30,3	31,8	18,2	1,5
... arbetar med insatser för mina patienter som borde göras av annan extern aktör	66	18,2	36,4	31,8	12,1	1,5

På frågan om det fanns arbetsuppgifter som rehabkoordinatorerna utförde som de inte uppfattade omnämndes i enkätfrågorna angavs exempelvis, att bedöma remisser till psykosociala team i samarbete med andra funktioner, att kartlägga levnadsvanor, att "lyfta, stötta och peppa" resurser och förmågor hos patienten (utöver generell motivation⁴) och att vara "själasörjare" för att vägleda patienten till rätt stöd.

Arbetsinnehåll inom området intern samordning inom hälso- och sjukvården
En del av rehabkoordinatorernas arbete avseende intern samordning handlade om konsultationsarbete kring sjukskrivningsfrågor. En stor andel av dem, omkring 70 procent, gav konsultationer i form av direktkonsultationer till kollegor på enheten samt konsultationer via journalsystem och omkring 40 procent angav att teamkonferenser var ett forum för konsultationer. Andra forum för konsultationer var via systemet Take Care, via

⁴ Författarens kommentar

telefon, internmeddelanden, mejl och rehab-ronder, förbokningsbara tider för konsultation samt mer spontana konsultationer där läkare och sjuksköterskor ”knackar på dörren” för att ”ställa frågor och bolla ärenden”.

Rehabkoordinatorerna fick i enkäten ta ställning till olika arbetsuppgifter inom området intern samordning och hur ofta de bedömde att de arbetade med dessa i sin roll som rehabkoordinatorer vid sin enhet. Det var 44 procent av rehabkoordinatorerna som bedömde att de ofta eller alltid arbetade med uppgifter som på olika sätt bidrog till att skapa samsyn kring sjukskrivningsarbetet på den enhet där de arbetade. Det var enbart 6 procent som angav att de aldrig/nästan aldrig arbetade med denna typ av arbetsuppgifter. Den grupp som aldrig/nästan aldrig eller sällan arbetade med detta utgjorde tillsammans 18,1 procent av koordinatorerna. Frågan gav ingen information om vilka arbetsuppgifter inom detta område som rehabkoordinatorerna hade i tanke då de svarade på frågan. Ett område som delvis kan tänkas spegla ett arbete för samsyn är arbetsuppgifter som handlar om att utarbeta gemensamma sjukskrivningsrutiner/riktlinjer på enheten. På denna fråga var det dock en något mindre andel av rehabkoordinatorerna som bedömde att de ofta eller alltid arbetade med dessa arbetsuppgifter, 36,8 procent, vilket kan jämföras med att 44 procent bedömde att de ofta eller alltid arbetade med att skapa samsyn kring sjukskrivningsarbetet på enheten. Det var 46,5 procent av koordinatorerna som bedömde att de ofta eller alltid arbetade med konsultativt arbete vid enheten, medan 16,9 procent bedömde att de aldrig/nästan aldrig eller sällan hade denna typ av arbetsuppgifter. Det var en större andel av rehabkoordinatorerna som bedömde att de i sitt arbete *genomförde* koordineringsinsatser i nära samråd med sjukskrivande läkare, 72,7 procent, än de som bedömde att de ofta eller alltid *identifierade* koordineringsinsatser tillsammans med sjukskrivande läkare. Nästan hälften av koordinatorerna bedömde att de ofta eller alltid bidrog med patientinformation till olika former av intyg. En ungefär lika stor andel av rehabkoordinatorerna (47procent) bedömde att de mer sällan (svarsalternativen aldrig/nästan aldrig eller sällan) arbetade med att ta fram sjukskrivningsstatistik för patienter på enheten medan 27,2 procent bedömde att de arbetade med detta ofta/alltid. Drygt hälften (51,5 procent) av koordinatorerna bedömde att de ofta eller alltid arbetade med uppgifter för att öka kunskapen om koordineringsinsatser eller den egna professionella rollen (för detaljerad beskrivning se tabell 10).

Tabell 10. Arbetsuppgifter inom området intern samordning

Jag arbetar med:	Antal svarande	Nästan aldrig/aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Uppgifter som bidrar till en samsyn kring arbetet med sjukskrivning på min enhet	66	6,0	12,1	37,9	27,3	16,7
Uppgifter för att utarbeta/uppdatera rutiner/riktlinjer kring sjukskrivning på min enhet	66	10,6	13,6	39,5	24,2	12,1
Uppgifter som innebär konsultativt arbete kring sjukskrivningsfrågor till andra på min enhet	65	9,2	7,7	36,9	32,3	13,9
Att identifiera behov av koordineringsinsatser tillsammans med sjukskrivande läkare	66	9,1	18,2	25,8	33,3	13,6
Att identifiera behov av koordineringsinsatser tillsammans med andra vårdprofessioner ¹	66	18,2	28,8	27,3	22,7	3,0
Att genomföra koordineringsinsatser i nära samråd med sjukskrivande läkare	66	1,5	7,6	18,2	48,5	24,2
Att genomföra koordineringsinsatser i nära samråd med andra vårdprofessioner	66	7,6	15,1	42,4	25,8	9,1
Att bidra med information om patientens situation vid intygsskrivning ²	66	7,6	12,1	31,8	33,3	15,2
Att ta fram sjukskrivningsstatistik för patienter på min enhet	66	25,8	21,2	25,8	13,6	13,6
Att öka kunskapen om koordineringsinsatser och rehabkoordinators roll på min enhet	66	0,0	13,6	34,9	27,3	24,2

Följande information gavs i enkäten: ¹ Andra vårdprofessioner förutom sjukskrivande läkare ² Intyg såsom exempelvis läkarintyg vid sjukskrivning eller andra intyg.

På frågan om det fanns arbetsuppgifter som rehabkoordinatorerna utförde som inte hade omnämnts i tidigare enkätfrågor, angavs exempelvis att rehabkoordinatorn förväntas kunna serva annan personal vid enheten med information kring försäkringsmedicinska frågor, kring aktuell lagstiftning, regelverk och förändringar av regelverk, etcetera. Även att de förväntades kunna serva med information kring andra aktörers verksamhet och ansvar i relation till sjukskrivna patienter och arbete, samt arbetsrättsliga frågor. Delar av de arbetsuppgifter som nämndes kan även sägas inrymmas i frågan kring konsultativt arbete kring sjukskrivningsfrågor. Vidare nämndes att ta fram relevant information vilket också relaterade till att inhämta och presentera sjukskrivningsstatistik för läkare och andra på enheten. Vidare arbetsuppgifter som relaterade till "omvärldsbevakning" och att fungera som "coach" och "bollplank" kring försäkringsmedicinska frågor till andra professioner vid enheten. Ett exempel som nämndes i relation till funktionen som coach var att coacha andra professioner i kartläggning av arbetsförmåga. Utbildning av annan personal i försäkringsmedicinska frågor omnämndes också, dels generell utbildning, dels utbildning i form av att ge introduktion till nya läkare vid enheten avseende "försäkringsmedicinsk rutin och reko-rutin" vid enheten. Annat arbete som nämndes var uppgifter som syftade till att "skapa samsyn (kring sjukskrivning/försäkringsmedicinska frågor⁵) med andra professioner".

Arbetsinnehåll inom området extern samverkan med aktörer utanför hälso- och sjukvården

Det var vanligt att rehabkoordinatorn blev enhetens kontaktperson för sjukskrivna patienter i kontakten med andra berörda myndigheter. I relation till att vara kontaktperson gentemot arbetsgivare, instämde 86,7 procent i att de hade denna funktion på sin enhet, i hög grad eller helt. I relation till Arbetsförmedlingen var andelen 54,5 procent, Försäkringskassan 40,9 procent och i relation till Samordningsförbundet angav 54,6 procent att de i hög grad eller helt var sjukvårdens kontaktperson.

Enligt lagen om koordineringsinsatser (2019:1297) framgår att regionerna ska informera Försäkringskassan om patienter som har koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken (förutsatt att patienten samtycker till detta) (30). Det var 54,6 procent av rehabkoordinatorerna som angav att de ofta eller alltid var den person vid enheten som hade ansvar att informera Försäkringskassan i dessa fall. Inom området extern samverkan beskrevs vidare i fritextsvar arbetsuppgifter såsom att medverka vid avstämningsmöten och möten för att ta fram samordnad individuell plan (SIP) för patienter med behov av stöd från flera aktörer. Ett annat exempel på arbetsuppgift som angavs var att skriva medicinska sammanfattningar som underlag för Arbetsförmedlingen i deras arbete.

En del i området extern samverkan avser arbete med utveckling av rutiner för samverkan med externa aktörer. De rehabkoordinatorer som angav att de ofta eller alltid arbetade med denna typ av arbetsuppgifter utgjorde 24,7 procent av koordinatorerna. De som angav att de

⁵ Författarens kommentar

aldrig eller nästan aldrig arbetade med detta utgjorde 23,1 procent. Den största andelen, 32,3 procent, svarade att de arbetade med utvecklingsarbete inom området ibland. På frågan om *hur* rehabkoordinatorerna arbetade med att utveckla rutiner/riktlinjer för enhetens samverkan med externa aktörer beskrev de att de försökte skapa effektiva metoder för att underlätta kontakt med externa aktörer genom att exempelvis ha regelbundna inplanerade möten med en aktör, genom att delta i externa aktörers möten, genom att själv ta initiativ till studiebesök hos externa samverkanspartners. Dessutom att arbeta för att få till stånd möten med chefer och personal inom olika externa verksamheter för att informera om rehabkoordinatorns och enhetens arbete med sjukskrivningsfrågor samt att få tillstånd fungerande rutiner för samverkan. Rehabkoordinatorerna arbetade också med att upparbeta god kännedom om vilka personer som arbetade med frågorna inom andra myndigheter för att på så vis underlätta och effektivisera samverkan. Andra sätt som nämndes var att de överenskom med läkarna om att lägga in kontaktuppgifter till rehabkoordinator i olika intyg för att underlätta och påskynda kontakt med extern aktör. De angav även att det var svårt att få tid till utvecklingsarbete inom området extern samverkan. Orsaken var att det direkta patientarbetet var det som prioriterades då tiden för koordineringsuppdraget var begränsad. Det beskrevs vara en rimlig prioritering att, då det direkta patientarbetet var tillgodosett, först arbeta med den interna samordningen och bygga upp enhetens interna rutiner och processer kring sjukskrivningsärenden och koordineringsinsatser, innan ett utvecklingsarbete kring extern samverkan genomfördes.

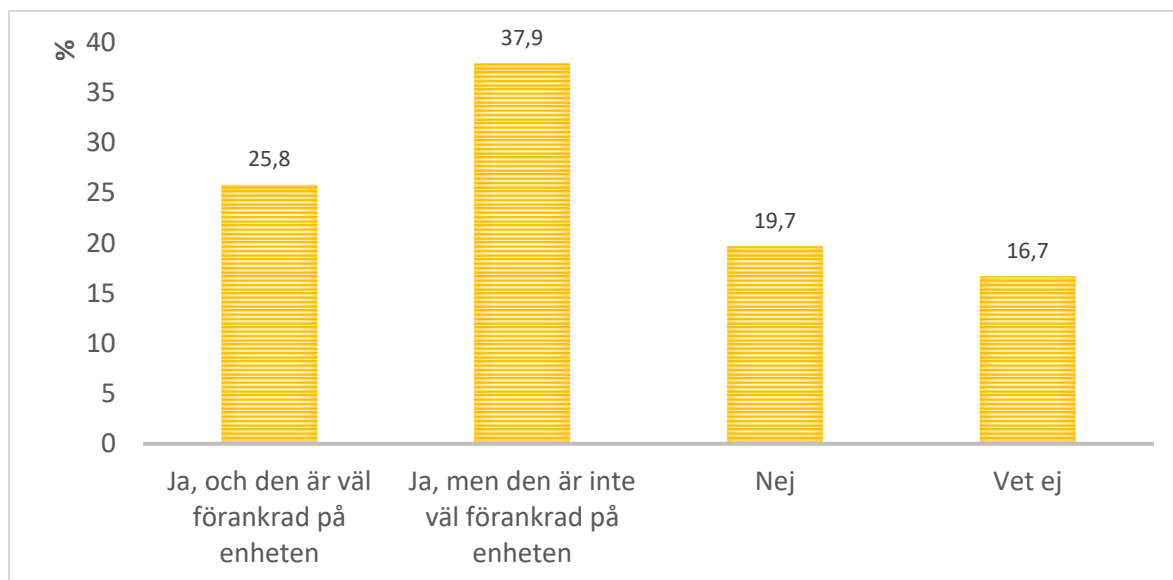
Rehabkoordinatorernas beskrivning av arbetsförutsättningar för arbete med koordineringsinsatser

I detta avsnitt beskrivs rehabkoordinatorernas bedömning av ett antal faktorer som kan påverka arbetsförutsättningarna ett koordineringsarbete och rehabkoordinatorns funktion. Vissa faktorer relaterar till den övergripande organisationsnivån i de verksamheter där koordinatorena arbetar, medan andra faktorer tydligare relaterar till det direkta patientarbetet. Vidare beskrivs faktorer som avser former av stöd och utvecklingsmöjlighet i arbetet.

Faktorer på organisationsnivå med relevans för rehabkoordinatorernas arbetsförutsättningar

En övervägande andel, 64,3 procent av rehabkoordinatorerna angav att de i hög grad eller helt instämde i påståendet att fanns ett generellt intresse för sjukskrivningsfrågor på den enhet där de arbetade. Övriga, (36,4 procent) instämde i påståendet i liten grad eller inte alls.

I enkäten efterfrågades om det fanns en policy/rutin för sjukskrivningsärenden på enheten där rehabkoordinatorn arbetade och hur väl förankrad denna policy var. En majoritet, 63,6 procent, angav att det fanns en policy/rutin för sjukskrivningsärenden där de arbetade. Det var dock en större andel av dessa som angav att policyn/rutinen inte var väl förankrad på enheten än andelen som angav att den var väl förankrad. Övriga, (36,4 procent) angav att det inte fanns någon policy/rutin för sjukskrivningsärenden alternativt att de inte kände till om någon sådan fanns.



Figur 6. Förekomst av policy/rutin för sjukskrivningsärenden.

Angående vilken nytta rehabkoordinatorerna bedömde att de hade av en policy/rutin för sjukskrivningsärenden i sitt arbete, framkom beskrivningar om att sådan policy/rutin kunde vara till stor nytta, men det fanns även beskrivningar om att de inte hade någon direkt nytta av en sådan policy i sitt arbete. Nyttan beskrevs i relation till att dokumentet kunde ge dem vägledning i deras arbete. Vidare, i relation till att det var ett gemensamt dokument som alla

på enheten förväntades arbeta utifrån och att det härigenom utgjorde en gemensam grund för diskussioner om hur arbetet ska bedrivas i teamet. Policyn/rutinen var hjälpsam i relation att det gick att hänvisa till ett formellt och gemensamt dokument i samtal med patienter, kollegor och externa samverkansparter om vad som ska göras i sjukskrivningsärenden och hur detta ska göras. En policy/rutin beskrevs också kunna bidra till ett gemensamt synsätt kring sjukskrivningsarbetet. Andra beskrivningar talade istället om att en policy/rutin för sjukskrivningsärenden inte hade någon praktisk nytta eftersom ingen följde den framtagna rutinen och alla involverade ändå arbetade på sitt eget sätt.

Drygt hälften (54,5 procent) av rehabkoordinatorerna arbetade på en enhet där det fanns läkare med särskilt uppdrag inom försäkringsmedicin (LUF), medan 34,8 procent inte hade tillgång till denna resurs på sin enhet och 1,5 procent angav att de inte visste om det fanns läkare med denna kompetens på enheten där de arbetade. Av de som hade tillgång till LUF på sin enhet uppgav 45,5 procent att de hade samarbete med LUF och att detta samarbete fungerade bra. En mindre andel, 13,6 procent, uppgav att det fanns ett samarbete men att detta fungerade mindre bra och 4,5 procent angav att de inte samarbetade med LUF på sin enhet.

Till övergripande förutsättningar för arbetet hör möjligheten att få en tillfredsställande introduktion av arbetsgivaren till de arbetsuppgifter som förväntas utföras inom rollen, liksom att det finns ett tydligt mandat och tillräcklig tid för att utföra uppgifterna. Den största andelen av rehabkoordinatorerna, 51,5 procent, instämde i liten grad eller inte alls i påståendet om att de fått tillräcklig introduktion till uppdraget av arbetsgivaren. Knappt 23 procent angav att de inte alls instämde i påståendet. Övriga, 48,5 procent, angav att de i hög grad eller helt instämde i påståendet att de fått en tillräcklig introduktion av sin arbetsgivare.

En majoritet av rehabkoordinatorerna, 81,9 procent, instämde, i hög grad eller helt, i påståendet att de hade ett tydligt mandat för att kunna utföra sitt arbete. Likaså ansåg en majoritet, 78,8 procent, att de fick tillräcklig information om beslut, förändringar eller annat som påverkade deras arbete vid enheten.

Avseende deras bedömning kring huruvida de hade tillräcklig tid till förfogande för det arbete de förväntades utföra, instämde 69,6 procent i hög grad eller helt i påståendet att tiden var tillräcklig. De koordinatörer som inte alls eller i liten grad instämde i påståendet om att tiden var tillräcklig utgjorde 30,3 procent (Tabell 11). Då rehabkoordinatorerna gav exempel på arbetsuppgifter som de tvingades prioritera bort i de fall då deras arbetstid inte räckte till, nämndes arbetsuppgifter som kan hänföras till områdena intern samordning och extern samverkan. Exempelvis nämndes arbetsuppgifter som avsåg intern utbildning och information till kollegor liksom arbetsuppgifter som handlade om internt utvecklingsarbete och uppföljning, såsom ta fram sjukskrivningsstatistik för enheten. Då tiden inte räckte till beskrevs att denna typ av arbetsuppgifter fick senareläggas, alternativt att omfattningen av arbetsuppgifterna begränsades i syfte att först och främst prioritera det direkta patientarbetet. Det fanns även beskrivningar kring att stödet till patienterna kunde behöva planeras på annat sätt, exempelvis att patientmöten senarelades. Detta inkluderade att nya patienter kunde få vänta längre på en första kontakt samt att patientkontakter kunde behöva avslutas tidigare än vad rehabkoordinatören hade planerat. Andra exempel var att

koordinatör kunde arbeta konsultativt med patientens läkare i stället för att själv gå in i patientärendet. Vidare, att koordinatör deltog i patientens möten med externa aktörer i mindre utsträckning då tiden inte upplevdes vara tillräcklig.

Tabell 11. Arbetsförutsättningar avseende introduktion, mandat, information och tid

Arbetet kännetecknas av:	Antal svarande	Instämmer inte alls	Instämmer i liten grad	Instämmer i hög grad	Instämmer helt
Att jag har fått tillräcklig introduktion av AG	66	22,7	28,8	27,3	21,2
Att jag har ett tydligt mandat för att kunna utföra mitt arbete	66	6,0	12,1	25,8	56,1
Att jag får tillräcklig information om beslut, förändringar eller annat som påverkar mitt arbete	66	7,6	13,6	53,0	25,8
Att jag har tillräcklig tid till förfogande för mitt arbete	66	10,6	19,8	34,8	34,8

En viktig förutsättning för att kunna genomföra ett arbete på ett tillfredsställande sätt är att känna till vilka arbetsuppgifter som ingår och hur arbetet förväntas utföras. Då rehabkoordinatorernas arbete inte sällan innefattar stöd till patienter där insatserna förutsätter arbete i tvärprofessionella team är det också angeläget att rehabkoordinatorns uppdrag är väl känt för övriga på enheten. En majoritet av rehabkoordinatorerna, 72,7 procent, hade en uppdragsbeskrivning att utgå ifrån för det arbete de förväntades utföra. Dock var det drygt 20 procent som angav att de saknade en uppdragsbeskrivning och en mindre andel, 4,5 procent, angav att de inte visste om det fanns en sådan beskrivning.

Nästan alla rehabkoordinatorer, 97 procent, instämde, i hög grad eller helt, i påståendet att de själva var väl införstådda med de arbetsuppgifterna som förväntades av dem i deras arbete. Det var 66,1 procent som angav att deras arbetsuppgifter i hög grad eller helt var kända av deras närmaste chef. Omkring en tredjedel, 33,8 procent, angav att de uppfattade att deras arbetsuppgifter inte alls eller till liten del var väl kända av deras närmaste chef. I relation till arbetskollagerna, angav 46,2 procent att deras arbetsuppgifter inte alls eller till liten del var väl kända av deras kollegor, medan 53,8 procent angav att kollegorna i hög grad eller helt kände till vilka arbetsuppgifter som rehabkoordinatorn hade.

Som framgår av tabell 12 angav 90,8 procent av rehabkoordinatorerna att de i hög grad eller helt instämde i påståendet att de hade tillräcklig kompetens för att kunna genomföra de arbetsuppgifter som ingår i deras arbete. Ungefär lika stor andel uppgav även att de uppfattade att de hade en tillräcklig tillgång till adekvat utbildning för rehabkoordinatorer. Det var en något mindre andel som även instämde i påståendet att det, i hög grad eller helt, fanns tillräcklig tid för dem att ta del av den utbildning som erbjöds. Drygt en tredjedel angav på denna fråga att de instämde i liten grad eller inte alls i att det fanns tillräcklig tid för utbildningsaktiviteter (Tabell 12).

Av tabell 12 framgår vidare att en betydligt lägre andel av rehabkoordinatorerna instämde i att det fanns tillräcklig tillgång till handledning. På denna fråga angav den största andelen, 38,5 procent, att de inte alls instämde i påståendet om tillräcklig tillgång till handledning. Denna grupp, tillsammans med de som instämde i liten grad, utgjorde något fler än två tredjedelar (67,7 procent) av de svarande, vilket kan jämföras med att det var 32,3 procent som instämde i påståendet i hög grad eller helt. För de som hade handledning, var det vanligast att handledningen gavs av de försäkringsmedicinska kunskapsteamerna, vilket 62,5 procent angav. De övriga angav att handledningen gavs av 'annan', vilket gällde för 27,5 procent, eller att handledning gavs av 'enheten', vilket gällde för 10 procent av koordinatorerna.

Tabell 12. Arbetsförutsättningar avseende kompetens, utbildning och handledning

	Antal svarande	Instämmer inte alls	Instämmer i liten grad	Instämmer i hög grad	Instämmer helt
Tillräcklig kompetens	65	0,0	9,2	44,6	46,2
Tillräcklig tillgång till utbildning	66	0,0	12,1	48,5	39,4
Tillräcklig tid för att ta del av relevant utbildning	66	6,1	25,7	36,4	31,8
Tillräcklig tillgång till handledning	65	38,5	29,2	23,1	9,2

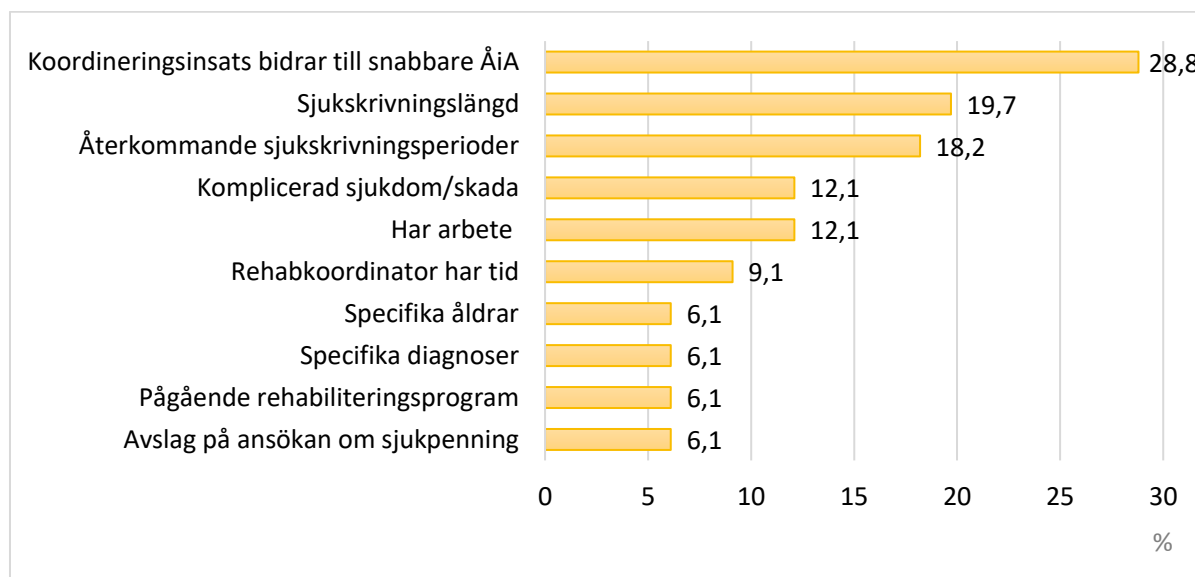
Faktorer relaterade till direkt patientarbete med relevans för rehabkoordinatorernas arbetsförutsättningar

Arbetsförutsättningar påverkas av de övergripande förutsättningar som ges för det faktiska arbetet såsom policys och tid men påverkas också av vilken typ av patienter rehabkoordinatorn förväntas arbeta med. Koordineringsinsatser ska erbjudas till patienter som är i behov av detta för sin återgång i arbete. Då tillgång till insats från rehabkoordinator kan vara begränsad kan det vara angeläget att få mer kunskap om hur en eventuell prioritering av behov av koordineringsinsatser görs.

I enkäten efterfrågades om det fanns rutiner för att identifiera behov av koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Här angav 56,1 procent att det fanns sådana rutiner medan 31,8 procent angav att det inte fanns sådana och 12,1 procent angav att de

inte visste om det fanns rutiner eller ej. En majoritet av rehabkoordinatorerna, 67,2 procent angav att det inte fanns några kriterier för att kunna få koordineringsinsatser, utöver att patienten ska ha behov av koordineringsinsats för sin återgång i arbete eller annan sysselsättning. De resterande 32,8 procenten angav att det även fanns andra kriterier. De koordinatörer som angav att det fanns ytterligare kriterier fick, bland ett antal tänkbara kriterier, ange vilka som tillämpades där de arbetade. De tänkbara kriterier som efterfrågades framgår i figur 7 och deltagarna kunde ange flera svar.

Det kriterium störst andel (28,8 procent) angav var att patienten bedömdes kunna återgå snabbare i arbete om hen erbjöds koordineringsinsatser. Kriterier såsom sjukskrivningslängd och återkommande sjukskrivningsperioder var de kriterier som därefter angavs av störst andel av de som besvarade frågan, 19,7 procent respektive 18,2 procent angav dessa kriterier (Figur 7).

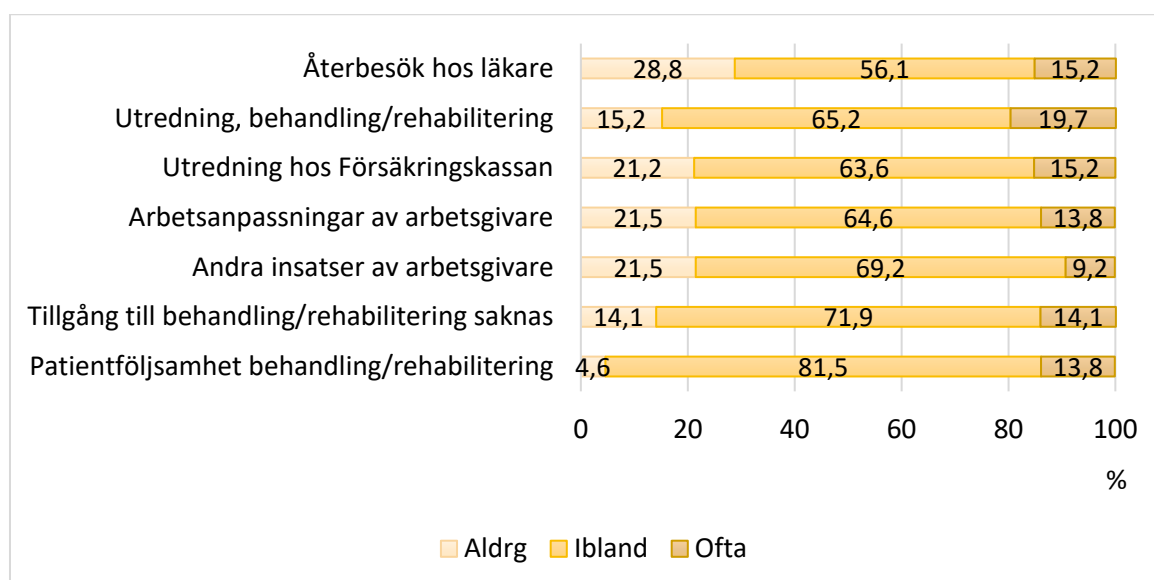


Figur 7. Kriterier för identifikation av patienter som erbjöds koordineringsinsats¹.

¹Kriterierna i figuren avser kriterier som tillämpas utöver det som anges i lagen om koordineringsinsatser (2019:1297) om att patienten skall ha behov av koordineringsinsats. Figuren visar hur stor andel av rehabkoordinatorerna som svarat att de olika kriterierna tillämpas.

Av fritextsvar som lämnades avseende vid vilken sjukskrivningslängd som patienter erbjöds koordineringsinsatser framgick att detta hanterades olika i olika verksamheter. Vissa svar beskrev att insatser erbjöds efter kortare sjukskrivningstid, exempelvis vid sjukskrivningsperioder om 2–4 veckor. Andra angav 2–3 månader som riktmärke och även 180 dagar nämndes som riktmärke. Det fanns även beskrivningar kring att ingen speciell sjukskrivningslängd tillämpades samt att det inom verksamheten fanns en dokumenterad tänkt sjukskrivningstid som skulle ligga till grund för erbjudande om koordineringsinsatser men att denna inte återspeglade den faktiska situationen. Någon information om vilken typ av patienter som verksamheten arbetade med i relation till vilken sjukskrivningslängd som tillämpades som riktmärke vid koordineringsinsatser fanns ej.

Förutsättningar för koordineringsarbetet kan även innefatta faktorer som ligger utanför rehabkoordinatorernas kontroll men som ändå i hög grad kan påverka deras möjlighet att utföra sitt arbete, såsom interna och externa resursers funktionalitet. I enkäten ställdes en fråga kring i vilken omfattning rehabkoordinatorernas möjlighet att genomföra planerade koordineringsinsatser påverkades av att de behövde invänta insatser för patienten som andra intressenter/aktörer ansvarade för. Den anledning som rehabkoordinatorerna angav oftast påverkade deras möjlighet att genomföra koordineringsinsatser var att de behövde invänta andra insatser som patienten fick i form av utredning, behandling eller rehabilitering. Därefter angavs anledningar såsom att invänta återbesök hos läkare eller utredning hos Försäkringskassan. Det var samtidigt nästan 30 procent av rehabkoordinatorerna som angav att just återbesök hos läkare aldrig var en anledning till att koordineringsinsatser behövde senareläggas. Generellt angavs för alla anledningar som efterfrågades att dessa ibland påverkade möjligheten att genomföra koordineringsinsatser. Se detaljerad redovisning i figur 8.



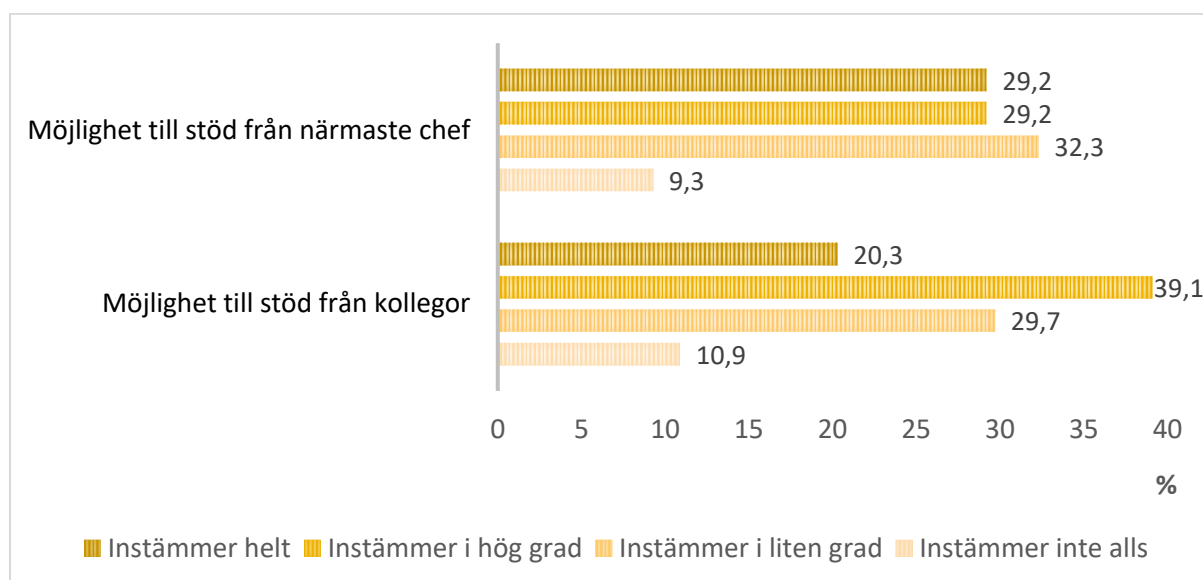
Figur 8. Andra professioners/aktörers inverkan på genomförande av koordineringsinsatser avseende att invänta andras insatser.

Rehabkoordinatorer har en förhållandevis ny professionell roll inom hälso- och sjukvården. Rollen har i huvudsak funnit sin utformning men beaktat att arbete inte alltid i detalj går att planera fanns en fråga i enkäten där rehabkoordinatorerna ombads bedöma om deras arbete ofta innebar att de fick göra arbetsuppgifter som enligt deras uppfattning inte var att betrakta som koordineringsuppgifter. Det var 18,4 procent som angav att de instämde i hög grad eller helt, i att de ofta får göra arbetsuppgifter som inte avser koordineringsinsatser. Resterande, 81,6 procent, instämde inte alls eller i liten grad i påståendet att de ofta gjorde andra arbetsuppgifter som inte föll inom ramen för koordineringsinsatser. De gav dock samtidigt relativt många exempel på uppgifter de arbetade med som de inte ansåg föll inom ramen för deras roll som rehabkoordinator. Exempelvis uppgifter som handlade om att täcka

upp för andra professioner, såsom att boka in läkartider till patienter, att ha stödsamtal med patienter i avvaktan på tid hos annan profession, att bistå läkare eller själv arbeta med kompletteringsärenden och "enkla förlängningar" av sjukskrivningsärenden där patienten inte hade koordineringsinsats, att bistå läkare under utbildning med bedömningar, att delta i olika möten, exempelvis i möten för att göra SIP-plan för patienter som inte har koordineringsinsats, att hantera ärenden som inte är koordineringsärenden men som slussats till rehabkoordinatör och att hantera ärenden där det inte är tydligt vem som ska ta hand om ärendet. Det uttrycktes som att arbetet kunde vara av karaktären "slask-uppgifter" och kunde beröra många olika patientgrupper och åldrar som inte var berörda av eller skulle kunna komma i fråga för koordineringsinsatser.

Faktorer i form av stöd och utvecklingsmöjligheter i arbetet av relevans för rehabkoordinatorernas arbetsförutsättningar

Avseende arbetsförutsättningar i form av stöd i arbetet, fanns frågor om rehabkoordinatorns arbete värdesattes på enheten och om möjlighet att få stöd av sin närmaste chef och sina kollegor. En majoritet, 83 procent, av rehabkoordinatorerna instämde i påståendet att deras arbete, i hög grad eller helt, värdesattes på den enhet där de arbetade. Det var 58,4 procent av rehabkoordinatorerna som instämde i att de i hög grad eller helt kunde få stöd från sin närmaste chef om de önskade detta. Resterande angav att de i liten grad eller inte alls bedömde att de kunde få stöd av sin närmaste chef. Även i relation till kollegor instämde majoriteten, 59,4 procent, i att de i hög grad eller helt kunde få stöd från sina kollegor, medan resterande i mindre grad eller inte alls bedömde att de kunde få detta stöd.



Figur 9. Möjlighet till stöd från närmaste chef och kollegor

I fritext fanns även möjlighet att ange vilken typ av stöd från chef som de ansåg vara viktigt för dem. De beskrivningar som framkom innefattade en bredd av olika typ av stöd som koordinatorerna uppfattade var viktiga för dem i sin roll. Det var viktigt att chefen hade

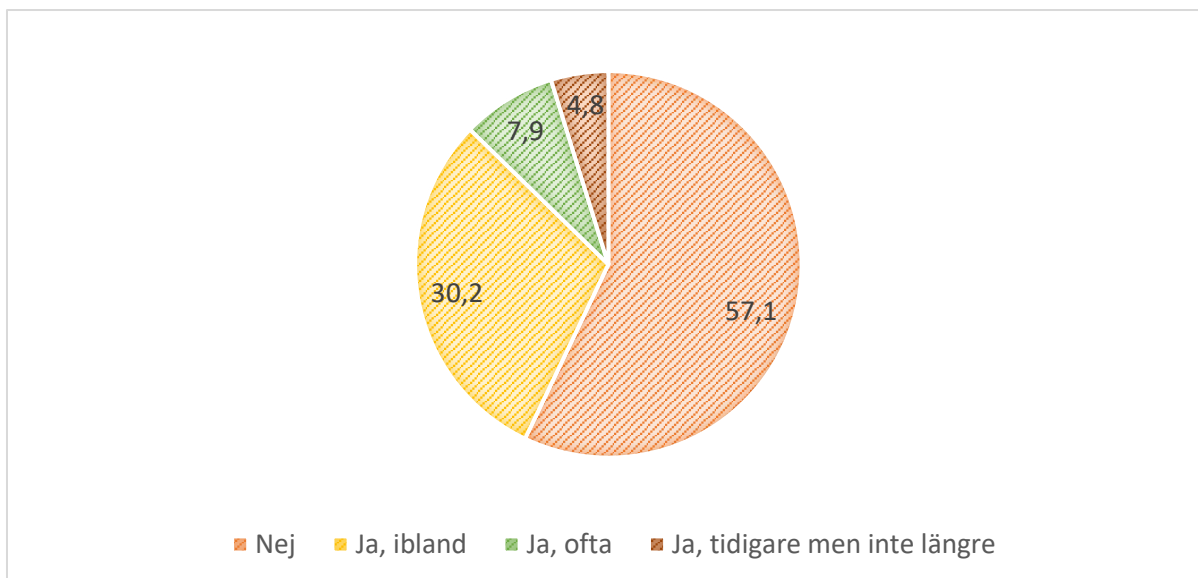
kunskap och visade intresse för sjukskrivningsområdet som sådant och för rehabkoordinatorns roll och arbetsuppgifter inom området. Exempelvis att det var angeläget att chefen var insatt i regler och rutiner och kunde förstå processen i arbetet med sjukskrivningsärenden. Det efterfrågades mer intresse och kunskap från chefer kring koordineringsarbetet och rehabkoordinatorns arbete, bland annat för att chefen också skulle kunna ge reellt stöd till koordinatörerna i deras arbetsroll. Det var viktigt att chefen skapade bra förutsättningar för området som sådant på enheten, exempelvis genom att ge uppmärksamhet till sjukskrivningsfrågor och att synliggöra rehabkoordinatorns roll gentemot andra professioner på enheten. Beskrivningarna handlade även om att det var viktigt att chefen gav ett mer direkt stöd till rehabkoordinatorn i dennes professionella roll. Exempelvis beskrevs vikten av att chefen bistod i gränssättning och prioritering av arbetsuppgifter, kunde fungera som bollplank och att det fanns möjlighet att diskutera svåra patientfall med chefen. Angeläget stöd från närmaste chef uttrycktes också i form av värdebaserade beskrivningar såsom vikten av att chefen uttryckte förtroende och tillit till rehabkoordinatorns kompetens och arbete, bekräftade arbetet och den professionella rollen och gav mandat för att driva utvecklingsarbete av olika slag inom området.

Då rehabkoordinatorernas möjlighet till att antingen själv eller tillsammans med andra driva och delta i utvecklingsarbeten kring området rehabkoordination inom hälso- och sjukvården vid sjukskrivning efterfrågades, angav 66,2 procent att de, i hög grad eller helt, hade denna möjlighet. Övriga, 33,8 procent angav att de hade detta i mindre grad eller inte alls.

Överväganden att avsluta uppdrag som rehabkoordinator

En bakgrund till föreliggande projekt var att det framkommit en oro för att rehabkoordinatorerna uppfattade sitt arbetsinnehåll och/eller sina arbetsförutsättningar mindre tillfredsställande. I nätverksmöten med rehabkoordinatorer hade frågor lyfts kring att rollen som rehabkoordinator delvis var oklar och att större tydlighet kring uppdragets innehåll och gränser gentemot olika intressenter var angeläget. I enkäten efterfrågades därför även om rehabkoordinatorerna haft tankar om att avsluta sitt uppdrag som rehabkoordinator och om så, vilka skälen för detta varit.

Bland de rehabkoordinatorer som besvarade enkäten angav 57,1 procent att de inte hade övervägt att avsluta sitt uppdrag och 42,9 procent svarade att de hade gjort detta. I figur 10 framgår andelar för respektive svarsalternativ.

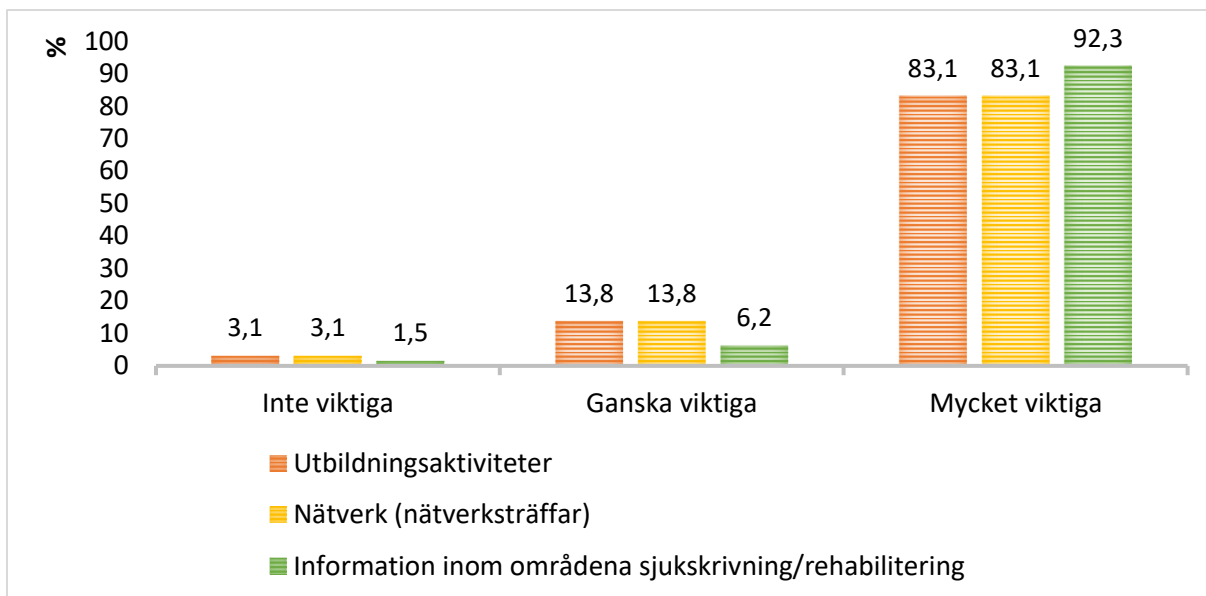


Figur 10. Övervägande att avsluta uppdrag som rehabkoordinator. Figuren visar andelar i procent.

En mindre andel av rehabkoordinatorerna besvarade även frågan om vilka skäl som fanns till att de övervägt att avsluta sitt uppdrag. Av de 27 personer som besvarat denna fråga angav 55,6 procent att skälen relaterade till arbetets förutsättningar, 33,3 procent att skälen relaterade till arbetets innehåll och övriga att skälen inte berörde arbetet utan att hade andra orsaker. Bland de som besvarat frågan om skäl för att avsluta sitt uppdrag framgick att lite drygt hälften, 51,9 procent, i stället för att arbeta som rehabkoordinator önskade arbeta med annat arbete. En tredjedel, 33,3 procent, önskade arbeta inom sin grundprofession, övriga 14,7 procent önskade arbeta som rehabkoordinator vid annan enhet alternativt inte ville ange vilken annan typ av arbete man önskade.

De försäkringsmedicinska kunskapsteamens verksamhet för rehabkoordinatorer

I enkäten ingick frågor om hur koordinatorerna uppfattade de aktiviteter som de försäkringsmedicinska kunskapsteamerna erbjuder till rehabkoordinatorer. Aktiviteterna grupperades i tre huvudgrupper: utbildningsaktiviteter, information och uppdatering kring regelverk och riktlinjer kring sjukskrivning och rehabilitering samt att erbjuda nätverk för rehabkoordinatorerna. Som framgår i figuren nedan var det en överväldigande majoritet av rehabkoordinatorerna som ansåg att de aktiviteter som teamen erbjöd var mycket viktiga för dem i deras arbete. Detta gällde alla tre aktivitetstyperna och 92,3 procent ansåg att den information och uppdatering som teamen gav var mycket viktig för dem och för de andra två aktivitetstyperna ansåg 83,1 procent att teamens aktiviteter var mycket viktiga för dem i deras arbete (Figur 11).



Figur 11. Aktiviteter och angelägenhetsgrad¹ avseende aktiviteter som erbjuds av de försäkringsmedicinska kunskapsteamerna i Region Stockholm

¹ Frågan avsåg hur viktiga aktiviteterna bedömdes vara för koordinators arbete.

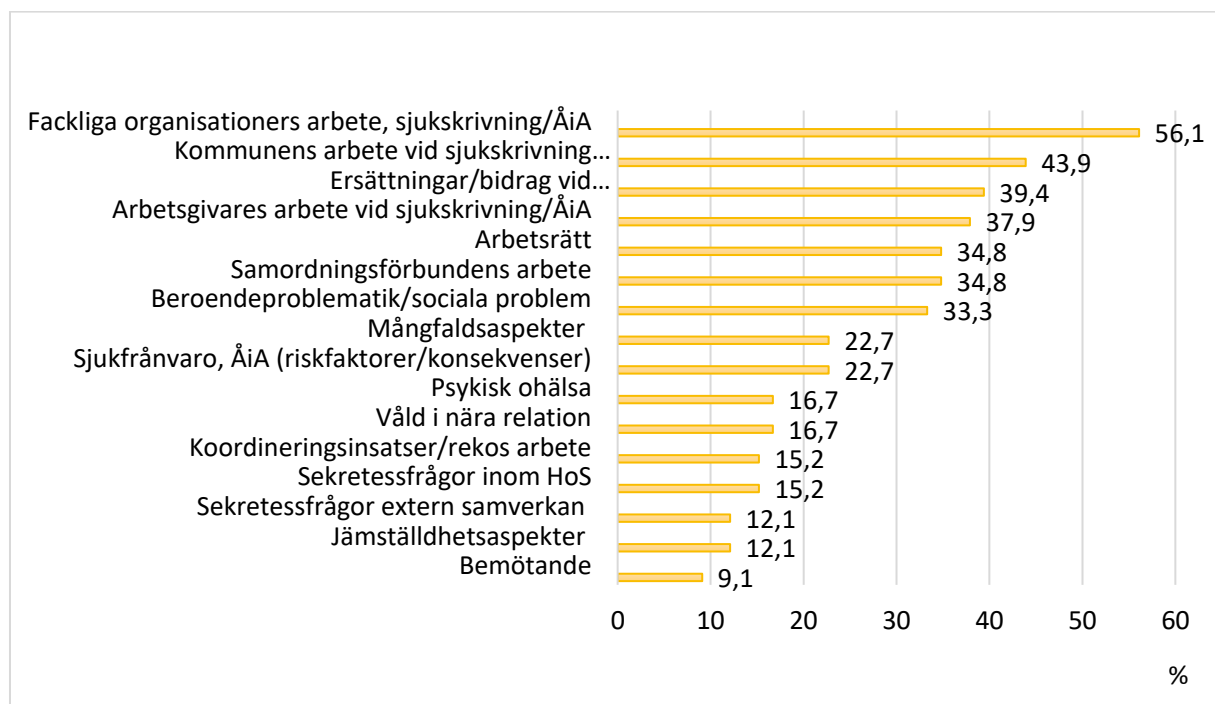
En större andel av rehabkoordinatorerna, 63,5 procent, angav att de alltid brukade delta i de aktiviteter som teamen erbjöd medan 28,6 procent deltog ibland. Enbart 4,8 procent angav att aktiviteterna inte var relevanta för dem alternativt att de inte hade tid att delta inom ramen för sitt arbete som rehabkoordinator.

Ett förslag som lämnades kring aktivitet som koordinatorerna skulle vilja att de försäkringsmedicinska teamen arrangerade var, att vissa aktiviteter erbjöds gemensamt för rehabkoordinatorer, läkare med särskilt uppdrag i klinisk försäkringsmedicin och verksamhetschefer. Vidare att teamen erbjöd aktiviteter för att tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen arbeta med gemensamma case, att vissa tillfällen av utbildningsaktiviteter och nätverksaktiviteter hade mer fokus på hur koordineringsarbete kan genomföras på sjukhus där patientflöden och arbetssätt är annorlunda jämfört med arbete i primärvård. Önskemål framkom även om utbildningsaktiviteter med fokus på uppföljningsmetodik/statistik, liksom önskemål om tillgång till fler inspelade/digitalt tillgängliga utbildningsmoment. Det framkom även önskemål om att teamen skulle erbjuda handledning för mer erfarna rehabkoordinatorer.

Koordineringsinsatser kräver ofta en bred kunskap om hälso- och sjukvårdens verksamhet liksom om den verksamhet som externa samverkansaktörer ansvarar för och genomför i syfte att ge stöd till patienter i deras återgång i arbete eller annan sysselsättning eller i förekommande fall, inträde i arbetslivet efter sjukskrivning. En tredjedel av rehabkoordinatorerna angav att de inte ansåg att de hade tillräcklig kunskap om vilket vårdutbud och vilka resurser som Region Stockholm erbjuder av relevans för deras arbete. Det var 38,5 procent som angav att de inte bedömde att de hade tillräcklig kunskap om

externa aktörers funktion och ansvar sett till de behov de bedömde att de hade för att kunna utföra sitt arbete.

Rehabkoordinatorerna ombads vidare att ange om det fanns områden med relevans för deras arbete där de bedömde att de hade ett behov av fördjupad kompetens. I frågan fick de ta ställning till olika kunskapsområden med relevans för deras arbete. Av figur 12 framgår en rangordning av områdena utifrån hur stor andel av rehabkoordinatorerna som bedömt området viktigt för dem att få fördjupad kompetens inom. Resultatet visar bland annat att rehabkoordinatorerna anger behov av mer kunskap kring externa samverkansaktörer tillsammans med frågor som rör bidrag och ersättningar avseende sjukskrivning och rehabilitering, frågor kring arbetsrätt och frågor kring beroende- och sociala problematik. I figur 12 ges en mer detaljerad beskrivning av områden där fördjupad kompetens efterfrågas.



Figur 12. Behov av fördjupad kunskap/kompetens ¹.

¹ Områden anges i rangordning utifrån andelen rehabkoordinatorer som angivit området viktigt för dem i deras arbete. ² Akronymen i figuren: ÅiA avser återgång i arbete, HoS avser hälso- och sjukvård.

Skillnader avseende arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar mellan regionägd offentlig verksamhet och privat verksamhet med regionavtal

En av undersökningens frågeställningar var huruvida det fanns skillnader avseende rehabkoordinatorers arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar beroende på om de arbetade hos en offentlig respektive privat arbetsgivare. Nedan redovisas några av de individ- och organisationsspecifika faktorer som undersöktes i projektet stratifierat på arbetsgivare, i offentlig regionägd verksamhet eller privat verksamhet med regionavtal.

Rehabkoordinatorernas utbildningsbakgrund var relativt lika oavsett typ av arbetsgivare. I båda fallen var koordinatorernas grundprofession ofta arbetsterapeut eller fysioterapeut. I gruppen med övrig grundprofession ingår som tidigare beskrivits en rad olika grundprofessioner. Det var dock fler sjuksköterskor som arbetade som rehabkoordinatorer hos en privat arbetsgivare än hos en offentlig arbetsgivare. Andelen som hade arbetat längre än 10 år i sin grundprofession var omkring 10 procent större bland koordinatorerna i offentlig verksamhet jämfört med i privat verksamhet, medan förhållandet var det omvända bland de koordinatorer som hade arbetat kortare tid än 10 år. För både offentlig och privat verksamhet gällde att den största andelen hade arbetat som rehabkoordinator mer än 3 år.

Oavsett arbetsgivare, arbetade den största andelen som rehabkoordinator på deltid, även om andelen var något högre bland de som arbetade i privat verksamhet, 71,4 procent respektive 78,1 procent. Avseende hur många ärenden rehabkoordinatorerna arbetade med samtidigt, var det en större andel bland de som var anställda av offentlig arbetsgivare jämfört med privat arbetsgivare som angav att de arbetade med mellan 0–40 ärenden samtidigt. En betydligt högre andel av rehabkoordinatorerna anställda av en privat arbetsgivare angav att de arbetade med fler än 40 ärenden, 34,4 procent jämfört med 11,1 procent bland koordinatorerna anställda av offentlig arbetsgivare. De flesta av rehabkoordinatorerna såväl hos offentliga som privata arbetsgivare hade en uppdragsbeskrivning för sitt arbete som rehabkoordinator. Andelen var dock omkring 10 procent större andel bland de som var anställda hos en offentlig arbetsgivare. Det var 24,5 procent av koordinatorerna anställda av privata arbetsgivare som angav att de inte hade en uppdragsbeskrivning för sitt arbete, jämfört med 17,2 procent bland de som var anställda av offentlig arbetsgivare (Tabell 13).

En subanalys visade att det var en något högre andel bland de koordinatorerna som var anställda av en offentlig arbetsgivare som instämde i påståendet att de uppgifter som förväntades ingå i rehabkoordinatorns arbete var väl kända av närmaste chef. Bland de som var anställda av offentlig arbetsgivare instämde 69,0 procent, jämfört med 62,5 procent bland de som var anställda av privat arbetsgivare. I förhållande till om rehabkoordinatorns arbetsuppgifter var väl kända av kollegor, angavs liknande svar. Bland de som var anställda av offentlig arbetsgivare angav 65,5 procent att deras arbete var väl känt av deras kollegor medan det var 48,3 procent bland de som var anställda av privat arbetsgivare som instämde i detta påstående.

Avseende om det fanns en policy/rutin för hur enheten arbetade med sjukskrivningsärenden och hur väl denna var förankrad på enheten angavs relativt lika svar oavsett arbetsgivare. Det var dock en något lägre andel som angav att det fanns en policy och att denna var väl förankrad bland de koordinatörer som var anställda hos en privat arbetsgivare jämfört med de som var anställd hos en offentlig arbetsgivare, 21,2 procent jämfört med 27,6 procent.

Det var totalt 54,8 procent som angav att det fanns en läkare med särskilt uppdrag inom klinisk försäkringsmedicin på den enhet där de arbetade. Det var en högre andel av koordinatörerna som var anställda hos en privat arbetsgivare, jämfört med de som var anställda hos en offentlig arbetsgivare, som hade tillgång till LUF på sin enhet, 63,6 procent respektive 44,8 procent då alla hälso- och sjukvårdsverksamheter bland de svarande rehabkoordinatorerna ingick (Tabell 13). Då en subanalys gjordes avseende tillgång till LUF enbart inom primärvård var skillnaden mellan typ av arbetsgivare avseende andel som svarade att de hade LUF ungefär densamma som då alla verksamheter inkluderats. De rehabkoordinatorer som angav att de hade tillgång till LUF på sin enhet ombads även ange hur väl de uppfattade att samverkan med LUF fungerade. Andelen som svarade att samverkan skedde och att denna fungerade bra var större bland de koordinatörer som var anställda hos en offentlig arbetsgivare, 82,4 procent, jämfört med 63,6 procent bland de som var anställda hos en privat arbetsgivare. Det var en större andel anställda hos privata arbetsgivare som angav att samverkan skedde men att den fungerade mindre bra, 27,3 procent, jämfört med 11,8 procent bland de koordinatörer som var anställda hos en offentlig arbetsgivare (Tabell 13).

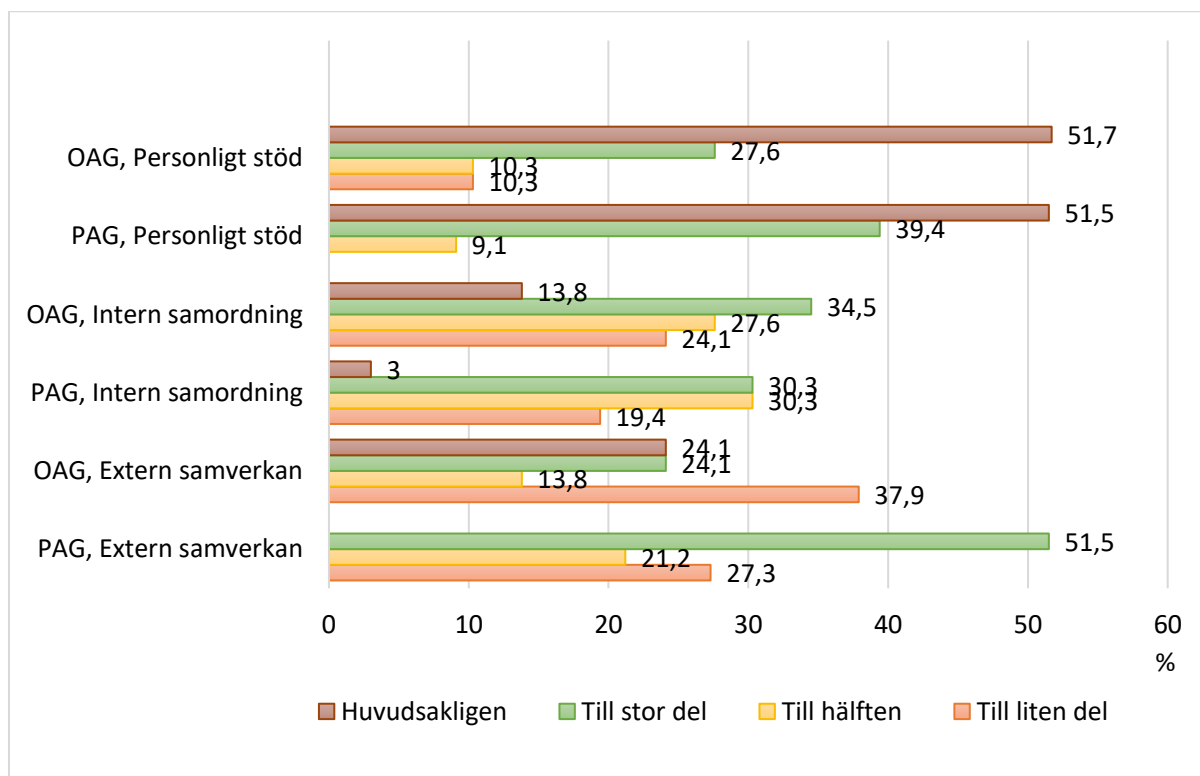
Tabell 13. Beskrivning av individspecifika- och organisationsspecifika faktorer i urval, stratifierad över typ av arbetsgivare

	Totalt ¹	Arbetsgivare			
		Offentlig		Privat ²	
		n	%	n	%
Totalt	62 (100)	29	46,8	33	53,2
Grundprofession					
Arbetsterapeut	18 (29,5)	10	35,7	8	24,2
Fysioterapeut	15 (24,6)	6	21,4	9	27,3
Övriga	28 (45,9)	12	42,9	16	48,5
Akademisk utbildning för rehabkoordinatorer ³					
Ja	56 (91,8)	25	89,3	31	93,9
Nej	5 (8,2) ⁴	-	-	-	-
Tid i yrke (grundprofession)					
1–10 år	10 (16,4)	3	10,7	7	21,2
>10 år	51 (83,8)	25	89,3	26	79,8
Tid i yrke (rehabkoordinator)					
0–2 år	17 (27,4)	9	31,0	8	24,2
2–3 år	12 (19,4)	4	13,8	8	24,4
>3 år	33 (53,2)	16	55,2	17	51,5
Tjänstgöringsgrad					
Heltid	15 (25,0)	8	28,6	7	21,9
Deltid	45 (75,0)	20	71,4	25	78,1
Antal ärenden*					
0–20	24 (40,7)	13	48,1	11	34,4
21–40	21 (35,6)	11	40,7	10	31,3
>40	14 (23,7)	3	11,1	11	34,4
Uppdragsbeskrivning för rehabkoordinator finns på enheten					
Ja	46 (74,2)	23	79,3	23	69,7
Nej	13 (21,0)	5	17,2	8	24,2
Vet ej	3 (4,8) ⁴	-	-	-	-
Policy/rutin för sjukskrivningsärenden finns på enheten					
Ja, väl förankrad	15 (24,2)	8	27,6	7	21,2
Ja, ej väl förankrad	24 (38,7)	11	37,9	13	39,4
Nej	13 (21,0)	6	20,7	7	21,2
Vet ej	10 (16,1)	4	13,8	6	18,2
Läkare med särskilt uppdrag finns på enheten/ arbetsplatsen					
Ja	34 (54,8)	13	44,8	21	63,6
Nej	22 (35,5)	11	37,9	11	33,3
Finns på någon enhet, ej alla/ Vet ej	6 (9,7) ⁴	-	-	-	-

¹ Ett mindre antal av de svarande arbetade både hos en offentlig och en privat arbetsgivare. Dessa personer ingår inte i det totala antalet svarande i tabellen och särredovisas ej. Internt bortfall i beskrivna faktorer kan innebära att analys baseras på färre antal än 62 personer ² Privat arbetsgivare avser privata verksamheter med regionavtal ³ Akademisk utbildning för rehabkoordinatorer avser grundläggande utbildning vid Karolinska Institutet eller motsvarande utbildning vid andra lärosäten ⁴ Ett litet antal svarande har angivit svarsalternativet och svar särredovisas ej. * Skillnaden i svar stratifierat över arbetsgivare är signifikant, p -värde 0,073 vid signifikansnivå på 10 % ($\alpha = .10$).

Beskrivning av arbetsinnehåll (i urval) och typ av arbetsgivare

Avseende hur stor andel av sin arbetstid rehabkoordinatorerna uppskattade att de arbetade med de tre huvudområdena i lagen om koordineringsinsatser (2019:1297) framkom att 90,9 procent av de som var anställda hos en privat arbetsgivare angav att de till stor del eller huvudsakligen arbetade med området personligt stöd. Bland de som var anställda hos en offentlig arbetsgivare var andelen 79,3 procent. Oavsett typ av arbetsgivare angav lika stor andel att de huvudsakligen arbetade med personligt stöd. Avseende området intern samordning angav 48,3 procent av de koordinatörer som var anställda hos en offentlig arbetsgivare att de till stor del eller huvudsakligen arbetade med detta område. Bland de som var anställda hos en privat arbetsgivare var andelen 33,3 procent. Avseende området extern samverkan angav 51,5 procent av koordinatörerna anställda hos en privat arbetsgivare att de till stor del (svarsalternativet huvudsakligen användes ej av de svarande) arbetade med detta område medan andelen bland dem hos en offentlig arbetsgivare var 48,2 procent (avser båda svarsalternativen, till stor del och huvudsakligen) (Figur 13).



Figur 13. Fördelning av arbetstid över huvudområden för koordineringsinsatser angivna i lagen om koordineringsinsatser (2019:1297), stratifierat över typ av arbetsgivare.

Typ av arbetsgivare anges med akronymerna OAG, offentlig arbetsgivare (avser offentligt organiserad verksamhet), och PAG, privat arbetsgivare (avser privat organiserad verksamhet).

I tabell 14 redovisas svar för några områden inom rehabkoordinatorernas arbetsinnehåll inom huvudområdena personligt stöd till patienter, intern samordning och extern samverkan, stratifierat över typ av arbetsgivare. Det var en större andel av koordinatorerna anställda hos en privat arbetsgivare som angav att de ofta/alltid arbetade med att kartlägga patienternas arbetsförmåga och arbetskrav som en del av sitt arbete. För koordinatorer anställda hos en offentlig arbetsgivare var svaren något mer differentierade över svarsalternativen och en större andel angav även att de gjorde denna typ av kartläggning ibland. Avseende att ta fram en plan för koordineringsinsatserna var svaren även här något mer differentierade över svarsalternativen bland koordinatorerna anställda hos en offentlig arbetsgivare jämfört med de som var anställda hos en privat arbetsgivare. Avseende arbete som handlade om att bidra till samsyn kring frågor rörande sjukskrivning på enheten samt arbete med att utveckla eller uppdatera rutiner och riktlinjer kring sjukskrivning på enheten var svaren oavsett typ av arbetsgivare relativt differentierade över svarsalternativen. Det var en större andel bland de som var anställda hos en offentlig arbetsgivare som angav att de arbetade med denna typ av arbetsuppgifter ofta/alltid medan en större andel av de som var anställda hos en privat arbetsgivare angav att de arbetade med dessa arbetsuppgifter ibland. Samma svarmönster sågs även för konsultativt arbete kring sjukskrivningsfrågor till andra på den egna enheten. För området att ta fram/utvärdera sjukskrivningsstatistik för enhetens patienter var det lika stor andel av det totala antalet koordinatorerna som angav att de ofta/alltid arbetade med detta, som angav att de nästan aldrig/sällan arbetade med detta område, 46,8 procent. Stratifierat över typ av arbetsgivare var andelen högre bland de som var anställda hos en privat arbetsgivare, 51,5 procent, jämfört med 41,4 procent bland de som var anställda hos en offentlig arbetsgivare. Bland de som var anställda hos en offentlig arbetsgivare var det en större andel som angav att de ofta/alltid arbetade för att öka kunskapen om koordineringsinsatser och rehabkoordinatorers roll på sin enhet, 69,0 procent jämfört med 42,4 procent bland de personer som arbetade hos en privat arbetsgivare. Oavsett typ av arbetsgivare angav den största andelen av koordinatorerna att de nästan aldrig/sällan arbetade med att utveckla/uppdatera rutiner och riktlinjer för enhetens samverkan med externa aktörer kring sjukskrivningsområdet. Andelen var dock större bland de personer som arbetade hos en privat arbetsgivare, 66,7 procent, medan andelen bland de som arbetade hos en offentlig arbetsgivare var 42,9 procent.

Tabell 14. Beskrivning av arbetsinnehåll (i urval), stratifierat över typ av arbetsgivare

	Arbetsgivare ¹				
	Totalt ²	Offentlig		Privat	
		N (%)	n	%	n
Kartläggning av aktivitetsförmåga och arbetskrav					
Ofta/Alltid	48 (74,4)	21	72,4	27	81,8
Ibland	8 (12,9)	5	17,2	3	9,1
Nästan aldrig/Sällan	6 (9,7)	3	10,3	3	9,1
Framtagande av plan för koordineringsinsatser					
Ofta/Alltid	53 (85,5)	22	75,9	31	93,9
Ibland	7 (11,3)	5	17,2	2	6,1
Nästan aldrig/Sällan	2 (3,2)	2	6,9	0	0,0
Arbete för samsyn kring sjukskrivning på enheten					
Ofta/Alltid	28 (45,2)	17	58,6	11	33,3
Ibland	22 (35,5)	5	17,2	17	51,5
Nästan aldrig/Sällan	12 (19,4)	7	21,1	5	15,2
Arbete med rutiner/riktlinjer kring sjukskrivning på enheten					
Ofta/Alltid	24 (38,7)	16	55,2	8	24,2
Ibland	24 (38,7)	7	24,1	17	51,5
Nästan aldrig/Sällan	14 (22,6)	6	20,7	14	24,2
Konsultativt arbete kring sjukskrivning på enheten					
Ofta/Alltid	28 (45,9)	16	57,1	12	36,4
Ibland	24 (39,3)	10	35,7	14	42,4
Nästan aldrig/Sällan	9 (14,8)	2	7,1	7	21,2
Genomförande av koordineringsinsatser i nära samråd med sjukskrivande läkare					
Ofta/Alltid	46 (74,2)	22	75,9	24	72,7
Ibland	11 (17,7)	3	10,3	8	24,2
Nästan aldrig/Sällan	5 (8,1)	4	3,0	1	8,1
Framtagande av sjukskrivningsstatistik på enheten					
Ofta/Alltid	17 (46,8)	8	41,4	9	51,5
Ibland	16 (25,8)	9	31,0	7	21,2
Nästan aldrig/Sällan	29 (46,8)	12	41,4	17	51,5
Arbete för ökad kunskap om koordineringsinsatser och rehabkoordinators roll på enheten					
Ofta/Alltid	34 (54,8)	20	69,0	14	42,4
Ibland	21 (33,9)	8	27,6	13	39,4
Nästan aldrig/Sällan	7 (11,3)	1	3,4	6	18,2
Arbete med rutiner/riktlinjer på enheten kring extern samverkan					
Ofta/Alltid	16 (26,2)	9	32,1	7	21,2
Ibland	11 (18,0)	7	25,0	4	12,1
Nästan aldrig/Sällan	34 (55,7)	12	42,9	22	66,7

¹ Arbetsgivare avser offentlig respektive privat organiserad verksamhet med regionavtal. ² Ett mindre antal av de svarande hade både offentlig och privat arbetsgivare. Dessa personer ingår inte i det totala antalet svarande i tabellen och särredovisas ej. Internt bortfall i beskrivna faktorer kan innebära att analys baseras på färre antal än 62 personer.

Beskrivning av arbetsförutsättningar i urval, stratifierat över typ av arbetsgivare
I tabell 15 redovisas svar för ett antal faktorer som kan hänföras till arbetsförutsättningar. Områdena som efterfrågades var i enkäten formulerade som påståenden där svarsalternativen var: instämmer inte alls, instämmer i liten grad, instämmer i hög grad och instämmer helt. I tabellen har svarsalternativen dikotomiserats (se vidare i tabellförklaring).

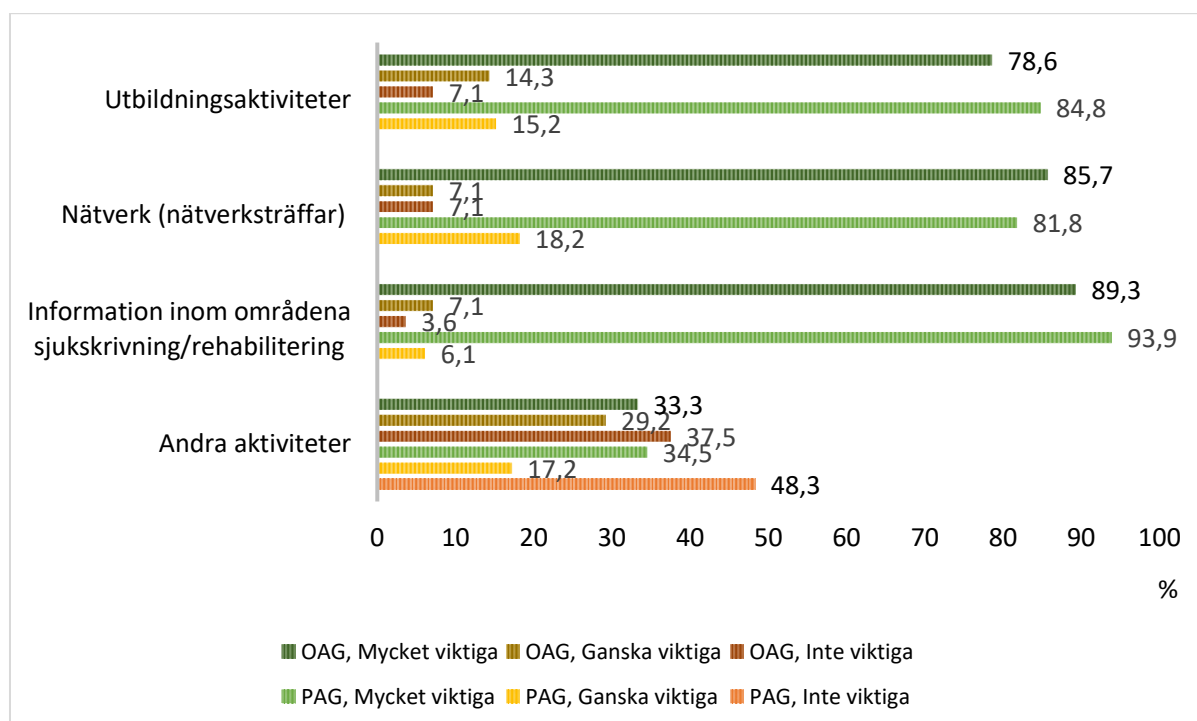
För de flesta områden som efterfrågades var andelen som instämde i påståendet större än andelen som inte gjorde detta. För områdena, tillräcklig introduktion till arbetet vilket avser introduktion från arbetsgivaren samt området tillräcklig handledning, var dock andelen som inte instämde i påståendena större än den andel som gjorde detta oavsett typ av arbetsgivare. Avseende området tillräcklig handledning var andelen som inte instämde i påståendet 69,0 procent bland de koordinatörer som var anställda hos en offentlig arbetsgivare och 68,8 procent bland de som var anställda hos en privat arbetsgivare. För ett antal av de områden som efterfrågades var andelen som inte instämde i ett påstående större bland de som arbetade hos en privat arbetsgivare jämfört med de som arbetade hos en offentlig arbetsgivare. Dessa områden var: att ha ett tydligt mandat för att kunna utföra arbetet, att få tillräcklig information om beslut, förändringar eller annat som påverkar arbetet, tillfällig tid till förfogande för arbetet, tillräcklig utbildning samt tillräcklig tid för att kunna ta del av den utbildning som erbjuds, möjlighet att kunna få stöd av chef eller kollegor vid önskemål om detta. Avseende området, tillräcklig tid för att ta del av relevant utbildning för arbetet, var skillnaden statistiskt signifikant.

Tabell 15. Beskrivning ¹ av arbetsförutsättningar (i urval), stratifierat över typ av arbetsgivare

		Arbetsgivare ²				
		Totalt ³	Offentlig		Privat	
		N (%)	n	%	n	%
Tillräcklig introduktion						
	Instämmer	28 (45,2)	13	44,8	15	45,5
	Instämmer ej	34 (54,8)	16	55,2	18	54,5
Tydligt mandat						
	Instämmer	50 (80,6)	25	86,2	25	75,8
	Instämmer ej	12 (19,4)	4	13,8	8	24,2
Tillräcklig info						
	Instämmer	48 (77,4)	24	82,8	24	72,7
	Instämmer ej	14 (22,6)	5	17,2	9	27,3
Tillräcklig tid						
	Instämmer	44 (71,0)	22	75,9	22	66,7
	Instämmer ej	18 (29,0)	7	24,1	11	33,3
Tillräcklig kompetens						
	Instämmer	56 (91,8)	27	93,1	29	90,6
	Instämmer ej	5 (8,2)	2	6,9	3	9,4
Tillräcklig utbildning						
	Instämmer	54 (87,1)	27	93,1	27	81,8
	Instämmer ej	8 (12,9)	2	6,9	6	18,2
Tillräcklig tid för att ta del av utbildning*						
	Instämmer	43 (69,4)	24	82,8	19	57,6
	Instämmer ej	19 (30,6)	5	17,2	14	42,4
Tillräcklig handledning						
	Instämmer	19 (31,1)	9	31,0	10	31,3
	Instämmer ej	42 (68,9)	20	69,0	22	68,8
Chefsstöd vid behov						
	Instämmer	36 (59,0)	18	62,1	18	56,3
	Instämmer ej	25 (41,0)	11	37,9	14	43,8
Kollegiestöd vid behov						
	Instämmer	36 (60,0)	19	65,5	17	54,8
	Instämmer ej	24 (40,0)	10	34,5	14	45,2

¹ Beskrivning avser svar på påstående där 'svarsalternativen' 'instämmer helt och instämmer i hög grad' slagits samman till svarsalternativet 'instämmer' samt svarsalternativen 'instämmer inte alls' och 'instämmer i liten grad' har slagits samman till svarsalternativet 'instämmer ej'. ² Arbetsgivare avser offentlig respektive privat organiserad verksamhet med regionavtal. ³ Ett litet antal av de svarande hade både offentlig och privat arbetsgivare. Dessa personer ingår inte i det totala antalet svarande i tabellen och särredovisas ej. * Skillnaden i svar stratifierat över arbetsgivare är signifikant, p-värde 0,032 vid signifikansnivå på 5 % ($\alpha = .05$).

De försäkringsmedicinska kunskapsteamerna erbjuder en rad aktiviteter för rehabkoordinatorer. Det framgår tydligt av figur 14 att såväl de utbildningsaktiviteter som information som teamerna erbjuder bedömdes mycket viktigt av koordinatörerna oavsett typ av arbetsgivare. Detta gällde även de nätverksträffar som teamerna regelbundet erbjuder koordinatörerna att delta i. För området andra aktiviteter var andelarna för de olika svarsalternativen mer differentierade vilket är rimligt då det inte för området angavs specifikt innehåll. Koordinatorerna fick själva ange vilka aktiviteter de syftade på då de besvarade frågan. Bland de aktiviteter som togs upp (särredovisas ej över typ av arbetsgivare) var behov av mer handledning, aktiviteter som riktade sig till både rehabkoordinator och dennes chef/team, inspirationsföreläsningar och "omvärldsbevakning", information om externa samverkanspartners verksamhet samt sociala aktiviteter.



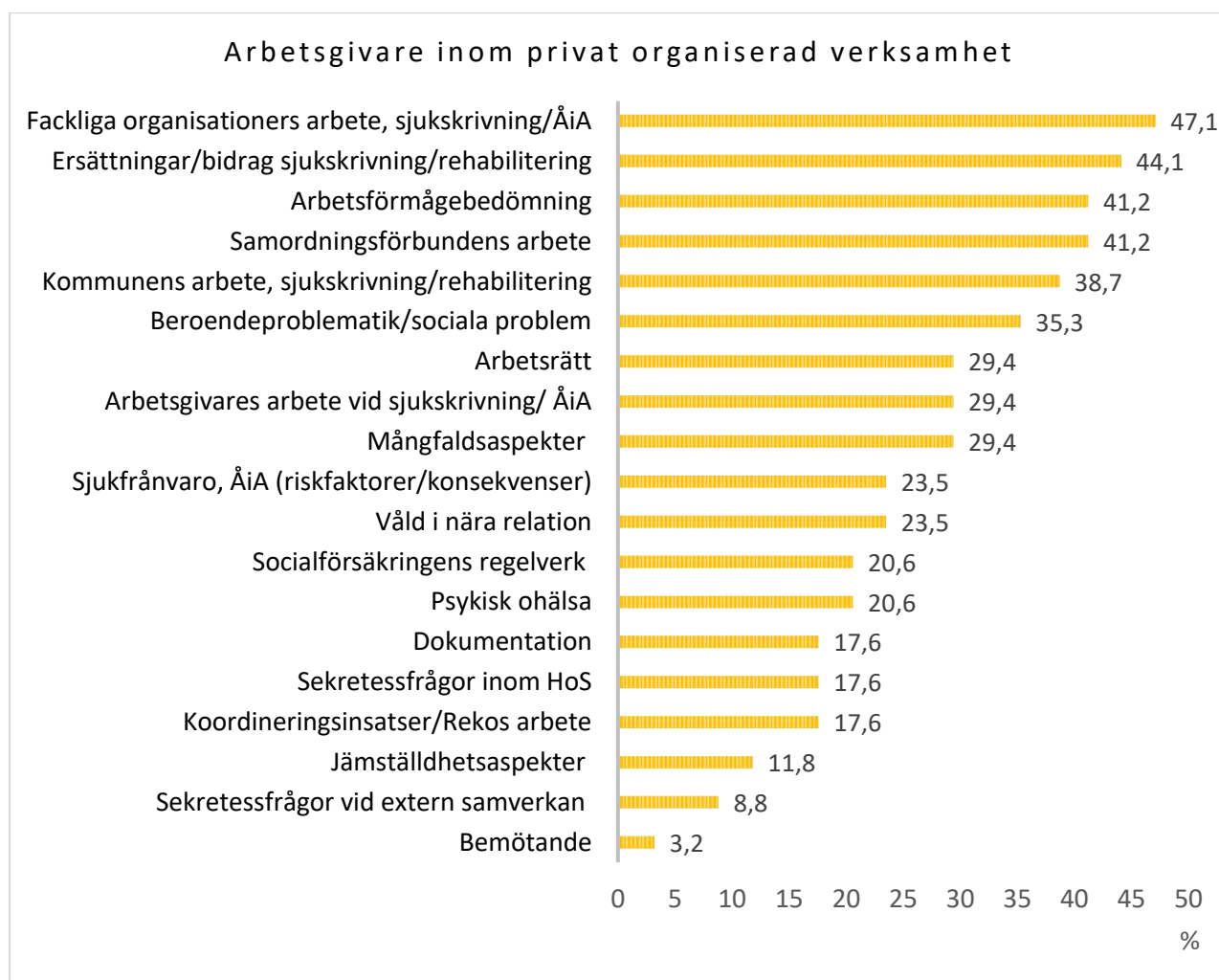
Figur 14. Aktiviteter och angelägenhetsgrad¹ avseende aktiviteter som erbjuds av de försäkringsmedicinska kunskapsteamerna i Region Stockholm

¹ Frågan avsåg hur viktiga aktiviteterna var för koordinatörns arbete.

² Arbetsgivare avser offentlig respektive privat organiserad verksamhet med regionavtal. Typ av arbetsgivare anges med akronymerna OAG, offentlig arbetsgivare, och PAG, privat arbetsgivare.

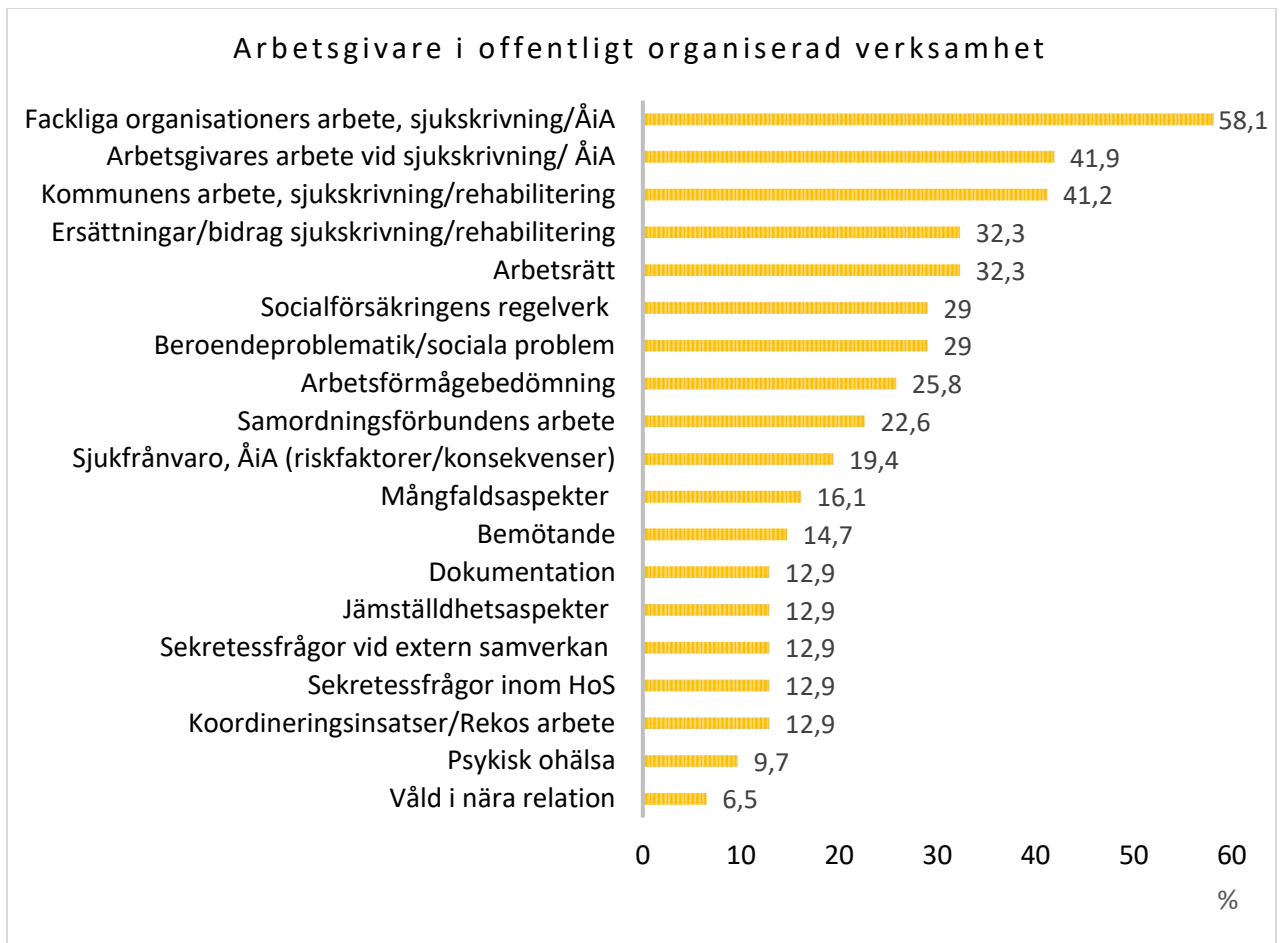
Rehabkoordinatorerna ombads i enkäten att värdera sitt behov av fördjupad kunskap/kompetens inom 19 olika områden av relevans för deras arbete. I figur 15 och 16 framgår hur stor andel av koordinatörerna, i relation till typ av arbetsgivare, som angivit behov av fördjupad kompetens inom de listande områdena. Det område som såväl anställda hos en privat arbetsgivare som hos en offentlig arbetsgivare angav att de behövde mer kunskap kring var vilken verksamhet och vilka resurser fackliga organisationer har för att

bistå personer som är sjukskrivna och var i processen för återgång i arbete som fackliga organisationer kan involveras. De områden som störst andel av koordinatörerna anställda hos en privat arbetsgivare angav, utöver information om fackliga organisationer, var fördjupad kunskap om vilka ersättningar och bidrag som kan utgå vid patienters sjukskrivning och rehabilitering samt behov av fördjupad kunskap rörande arbetsförmågebedömningar. De områden som störst andel av koordinatörerna anställda hos en offentlig arbetsgivare angav, utöver information om fackliga organisationer, var generellt mer samlade kring information om externa samverkanspartners såsom arbetsgivares ansvar och resurser liksom vilken verksamhet kommunerna har och hur de kan bistå personer vid sjukskrivning och rehabilitering. För detaljerad beskrivning av behov av fördjupad kunskap/kompetens se figur 15 och 16.



Figur 15. Andel som angett behov av fördjupad kunskap/kompetens¹ bland rehabkoordinatörer anställda hos arbetsgivare inom privat organiserad verksamhet.

¹ Områden anges utifrån andelen rehabkoordinatörer som angivit området viktigt för dem att få mer kunskap om. ² Akronymer som används i figuren: ÅiA avser återgång i arbete, HoS avser hälso- och sjukvården



Figur 16. Andel som angett behov av fördjupad kunskap/kompetens¹ bland rehabkoordinatorer anställda hos arbetsgivare i offentligt organiserad verksamhet.

¹ Områden anges utifrån andelen rehabkoordinatorer som angivit området viktigt för dem att få mer kunskap om. ² Akronym som används i figuren: ÅiA avser återgång i arbete, HoS avser hälso- och sjukvården

Avslutande kommentarer

I rapporten ges en deskriptiv redovisning av det insamlade enkätaterialet vilket ger en uppdaterad kartläggning av områdena arbetsinnehåll och arbetsförutsättningar bland rehabkoordinatorer i Region Stockholm. Redovisningen syftar till att ge en beskrivning av områdena utifrån koordineringsverksamheten inom Regionen våren 2024. Den deskriptiva kartläggningen kan ge inspiration till fördjupade analyser av frågor av intresse för klinisk praktik. En sammanfattning av resultaten i urval återfinns på sidan 5–7. Nedan ges några kommentarer av metodologisk karaktär.

Studiepopulationen är representativ för det område som undersökningen studerade. De rehabkoordinatorer som besvarat enkäten arbetade i huvudsak inom primärvård (69,7 procent av deltagarna). En mindre andel (18,2 procent) arbetade inom psykiatri och övriga inom andra verksamheter. Denna fördelning bedöms vara representativ i relation till implementeringsprocessen av koordineringsverksamheten i Regionen. Det är dock angeläget att vara medveten om fördelningen över verksamheter i relation till de resultat som framkommer.

Det är inte möjligt att bedöma om det stegvisa rekryteringsförfarandet påverkade studiepopulationens storlek. Dock skulle förfarandet kunna ha medfört att antalet studiedeltagare blivit något färre då rehabkoordinatorerna, innan de fick fördjupad information om projektet och en inbjudan om att delta, först i separat meddelande behövde ange kontaktuppgift (tjänste-e-postadress).

Studiepopulationens storlek innebär att det är viktigt att notera att de procentuella andelar och procentuella skillnader i andelar som beskrivs i resultatredovisningen kan avse små faktiska skillnader, det vill säga ett större eller mindre antal svarande som angivit ett specifikt svarsalternativ kan ge stort utslag då procentuella andelar anges.

Fördelningen av deltagare och olika verksamheters representation; primärvård, psykiatri respektive övriga, kan vara angeläget att notera för de faktorer som analyserats stratifierat över typ av arbetsgivare. De skillnader som framkom i relation till om rehabkoordinatorerna var anställda hos arbetsgivare i offentligt organiserad verksamhet eller i privat organiserad verksamhet kan vara relaterade till flera olika faktorer som inte är relaterade till typ av arbetsgivare. Studien ger dock inte möjlighet att vidare diskutera vilka faktorer som kan ligga bakom de skillnader som framkom.

De fritextsvar som beskrivs i rapporten har redovisats utan rangordning och utan beaktande av hur många personer som exempelvis lämnat liknande synpunkter eller angivit ett visst förslag kring ett område eller dylikt.

Figur och tabellförteckning

Lista över figurer

Figur 1. Flödesschema för rekrytering av studiepopulationen

Figur 2. Typ av arbetsgivare för deltagande rehabkoordinatorer

Figur 3. Antal månader/år som rehabkoordinator

Figur 4. Andelen deltagande rehabkoordinatorer i olika typ av deltidstjänst

Figur 5. Fördelning av arbetstid över huvudområden för koordineringsinsatser angivna i lagen om koordineringsinsatser (2019:1297)

Figur 6. Förekomst av policy/rutin för sjukskrivningsärenden

Figur 7. Kriterier för identifikation av patienter som erbjuds koordineringsinsats

Figur 8. Andra professioners/aktörers inverkan på genomförande av koordineringsinsatser avseende att invänta andras insatser

Figur 9. Möjlighet till stöd från närmaste chef och kollegor

Figur 10. Övervägande att avsluta uppdrag som rehabkoordinator

Figur 11. Aktiviteter och angelägenhetsgrad avseende aktiviteter som erbjuds av de försäkringsmedicinska kunskapsteamerna i Region Stockholm

Figur 12. Behov av fördjupad kunskap/kompetens

Figur 13. Fördelning av arbetstid över huvudområden för koordineringsinsatser angivna i lagen om koordineringsinsatser (2019:1297), stratifierat över typ av arbetsgivare

Figur 14. Aktiviteter och angelägenhetsgrad¹ avseende aktiviteter som erbjuds av de försäkringsmedicinska kunskapsteamerna i Region Stockholm

Figur 15. Behov av fördjupad kunskap/kompetens bland rehabkoordinatorer anställda hos privat arbetsgivare

Figur 16. Behov av fördjupad kunskap/kompetens bland rehabkoordinatorer anställda hos offentlig arbetsgivare

Lista över tabeller

Tabell 1. Deltagares grundprofession

Tabell 2. Ärendemängd

Tabell 3. Ärendemängd fördelat över tjänstgöringsgrad

Tabell 4. Koordineringsinsatsens längd (olika tidsintervall)

Tabell 5. Ärendetyp relaterat till patientkaraktäristika

Tabell 6. Identifikationssätt av patienter i behov av koordineringsinsatser

Tabell 7. Kontakttyper vid patientkontakter

Tabell 8. Stöd vid kartläggning av aktivitetsförmåga och arbetskrav för patienter med koordineringsinsatser

Tabell 9. Stöd till patienter i form av förberedande insatser inför återgång i arbete

Tabell 10. Arbetsuppgifter inom området intern samordning

Tabell 11. Arbetsförutsättningar avseende introduktion, mandat, information och tid

Tabell 12. Arbetsförutsättningar avseende kompetens, utbildning och handledning

Tabell 13. Beskrivning av individspecifika- och organisationsspecifika faktorer i urval, stratifierad över typ av arbetsgivare

Tabell 14. Beskrivning av arbetsinnehåll (i urval), stratifierat över typ av arbetsgivare

Tabell 15. Beskrivning av arbetsförutsättningar (i urval), stratifierat över typ av arbetsgivare

Referenser

1. Alexanderson K, Norlund A. Sickness absence-causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. 2004.
2. SOU 2010:107 Läkares sjukskrivningspraxis - En systematisk litteraturöversikt. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm.
3. Alexanderson K, Arrelöv B., Friberg E., Haque M, Lindholm C, Lytsy P. Svärd V. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018. Stockholm: Avdelningen för försäkringsmedicin KI; 2018.
4. Alexanderson K, Arrelöv B., Friberg E. Haque M. Lindholm C. Svärd V. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med motsvarande enkäter från 2012, 2008 respektive 2004. Stockholm: Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2018.
5. Söder M. Sjukskrivningsmiljarden. Landstingets syn på ekonomiska incitament för att påverka sjukfrånvaron. Göteborg: 2013.
6. Alexanderson K. Keller C, von Knorring M, Paul A-S. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2013.
7. Vingård E. En kunskapsöversikt. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. Malmö: 2020.
8. SOU 2020:24 Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Stockholm: Norstedts
9. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2014 - 2015. 2013.
10. Socialdepartementet. Ds 2018:5. Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården.
11. Sveriges kommuner och regioner (SKR). Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018,. Stockholm: 2022.
12. Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.
13. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Bastien M-F, Wathieu E, Bouchard R, Panaccio A, et al. Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2020;30(3):381-419.
14. Berglund E, Friberg E, Engblom M, Andersén Å, Svärd V. Coordination and Perceived Support for Return to Work: A Cross-Sectional Study among Patients in Swedish Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7).
15. Shaw W, Hong Q-N, Pransky G, Loisel P. A Literature Review Describing the Role of Return-to-Work Coordinators in Trial Programs and Interventions Designed to Prevent Workplace Disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2008;18(1):2-15.
16. Dol M, Varatharajan S, Neiterman E, McKnight E, Crouch M, McDonald E, et al. Systematic Review of the Impact on Return to Work of Return-to-Work Coordinators. *J Occup Rehabil*. 2021;31(4):675-98.
17. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):607-31.
18. Durand M-J, Nastasia I, Coutu M-F, Bernier M. Practices of return-to-work coordinators working in large organizations. *Journal of occupational rehabilitation*. 2017;27:137-47.
19. Svärd V, Jannas S. Organisational prerequisites for coordinating the return-to-work process for people with multimorbidity and psychosocial difficulties. *Disability and Rehabilitation*. 2022:1-10.

20. Bohatko-Naismith J, James C, Guest M, Rivett DA. The role of the Australian workplace return to work coordinator: essential qualities and attributes. *J Occup Rehabil.* 2015;25(1):65-73.
21. Holmlund L, Hellman T, Engblom M, Kwak L, Sandman L, Tornkvist L, et al. Coordination of return-to-work for employees on sick leave due to common mental disorders: facilitators and barriers. *Disabil Rehabil.* 2022;44(13):3113-21.
22. Svärd V, Friberg E, Azad A. How People with Multimorbidity and Psychosocial Difficulties Experience Support by Rehabilitation Coordinators During Sickness Absence. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:1245-57.
23. Azad A, Svärd V. Competence and professionalisation among return-to-work coordinators in Sweden: comparisons by original profession. *European Journal of Social Work.* 2023:1-14.
24. Brunsson N, Sahlin-Andersson K. Constructing organizations: The example of public sector reform. *Organization studies.* 2000;21(4):721-46.
25. von Knorring M, Alexanderson K, Eliasson MA. Healthcare managers' construction of the manager role in relation to the medical profession. *J Health Organ Manag.* 2016;30(3):421-40.
26. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of biomedical informatics.* 2009;42(2):377-81.
27. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: building an international community of software platform partners. *Journal of biomedical informatics.* 2019;95:103208.
28. Alexanderson K, Evolathi A., Friberg E., Larsson N., Staland-Nyman C. Rehabkoordinatorer inom psykiatri: erfarenheter från läkare. Resultat från Region Stockholm. Stockholm: 2021 Contract No.: ISBN 978-91-8016-178-7.
29. Svärd V, Haque M, Alexanderson K. Införande av rehabkoordinatorer vid ortopediska kliniker inom Region Stockholm – Läkares erfarenheter av rehabkoordinatorer verksamhet samt av sjukskrivningsarbete. Jämförelser av enkätsvar från år 2016 och 2018 [The introduction of rehabilitation coordinators at orthopaedic clinics within Region Stockholm - Physicians' experiences of the rehabilitation coordinator's practices and of sick leave work. Comparisons of Responses to Surveys in 2016 and 2018]. Karolinska Institutet. 2019.
30. Socialförsäkringsbalk (2010:110).



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/cns

ISBN: 978-91-8017-443-5