

Rehabiliteringskoordinering inom hälso- och sjukvården

EN NATIONELL KARTLÄGGNING



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Förord

Rehabiliteringskoordinatorer är en funktion och yrkesgrupp som har utvecklats inom hälso- och sjukvården genom de överenskommelser som har tecknats mellan Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen. Idag finns koordineringsfunktionen i alla landsting och regioner inom primärvården och på en del specialistkliniker.

Förslag om att göra rehabiliteringskoordinering till en permanent uppgift inom hälso- och sjukvården har lämnats i departementspromemorian Ny lag om koordineringsinsatser, Ds 2018:5. Regeringen beslutade i augusti 2018 om en lagrådsremiss för en ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Den nya lagen planeras att träda i kraft den 2 januari 2019. I lagförslaget föreslås att landstingen/regionerna får en skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

Den här rapporten presenterar resultatet av en första nationell kartläggning av rehabiliteringskoordinatorerna, deras arbetsuppgifter och förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete. Kartläggningen genomfördes under våren 2018 och är tänkt att ligga till grund för kommande uppföljningar.

Stockholm, 2018-10-01

Helén Lundkvist Nymansson

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	5
Bakgrund	7
Funktionen för koordinering	7
Syfte	9
Metod	9
Material.....	10
Analys.....	10
Resultat	11
Avsatt tid för funktionen.....	11
Grundutbildning och kompetens	14
Vidareutbildning för funktionen.....	16
Arbetsuppgifter och arbetssätt	16
Arbeta med externa aktörer	18
Kontakt med arbetsgivare	20
Förutsättningar för uppdraget.....	20
Stöd för koordineringsuppdraget.....	22
Kommentarer från enkäten	23
Slutsatser	25
Bilaga 1	26

Sammanfattning

Rehabiliteringskoordinatorer finns idag i alla landsting och regioner. De flesta finns inom primärvården, men alltfler koordinatörer återfinns idag även inom andra specialistområden och kliniker under.

Kartläggningen genomfördes i maj 2018. Svarsfrekvensen var drygt 74 procent.

Syftet med kartläggningen är att få en samlad, nationell bild av rehabiliteringskoordineringen som kan fungera som en baslinjemätning för framtida uppföljningar. Frågor som ställs i undersökningen är hur de som arbetar som rehabiliteringskoordinator bedömer sina förutsättningar att utföra uppdraget, hur arbetsbördan ser ut och vilket stöd och vilka ytterligare kunskaper och färdigheter de anser sig behöva.

Det är angeläget att få en nationell överblick av rehabiliteringskoordineringen innan den nya lagen om koordineringsinsatser träder i kraft i januari 2019. Förutsättningarna för funktionen ser olika ut i de olika landstingen/regionerna. De flesta rehabiliteringskoordinatorerna arbetar på *en* vårdenhet, men det förekommer också att en koordinator arbetar på fem eller fler vårdenheter. Omfattningen i tid (dvs. andel av en heltidstjänst) till uppdraget som koordinator varierar från tio upp till 100 procent. Drygt hälften av rehabiliteringskoordinatorerna uppger att tjänsten som koordinator omfattar 10-30 procent av en heltid. Det tycks inte finnas några samband mellan omfattningen på koordineringsuppdraget och hur många sjukskrivningsärenden som koordinatören har att hantera.

De flesta rehabiliteringskoordinatorer har en högskoleutbildning inom något yrke inom hälso- och sjukvården. Vanligast är en arbetsterapi-, fysioterapi- eller sjuksköterskeutbildning. Oftast har de också någon form av påbyggnadsutbildning som rör koordinering. Det uttalas ett behov av mer utbildning och höjda kunskaper inom områden som försäkringsmedicin, jämställdhet, våld i nära relationer, arbetsrätt och arbetsinriktad rehabilitering. Inte förvånande verkar behovet av utbildning vara lägre hos dem som arbetat länge som rehabiliteringskoordinator.

Rehabiliteringskoordinatorn arbetar självständigt med sina arbetsuppgifter, ibland tillsammans med någon annan. Koordinatören organiserar och skapar rutiner och struktur inom verksamheten och stödjer verksamhetschefen med att uppdatera riktlinjer för sjukskrivningsprocessen på enheten. Det kan handla om att koordinera team-möten och vara ett stöd inom det försäkringsmedicinska området. De flesta av de svarande uppger också att de tar kontakt med sina patienters arbetsgivare vid behov och när patienten gett sitt medgivande.

För att utföra ett bra arbete som rehabiliteringskoordinator behövs, förutom utbildning och kunskap, goda förutsättningar för att utföra uppdraget. Det behövs till exempel tillräckligt med tid för koordineringen, mandat för uppdraget och tillräckligt med stöd från verksamhetsledningen. Lite fler än hälften uppger att uppdraget är tydligt och nästan 70 procent uppger att de har ett tydligt mandat. Däremot upplever många att för lite tid är avsatt för uppdraget.

Även om rehabiliteringskoordinatorn inte är en helt ny profession inom hälso- och sjukvården så är själva uppdraget nytt. Det tar tid att utveckla verksamheten och bygga upp ett stöd för funktionen. Utvecklingen av funktionen varierar i landet, liksom det stöd som finns för uppdraget. Mer handledning i sjukskrivningsärenden står högst på önskelistan för koordinatorena och det verkar inte vara beroende av antal år i uppdraget. Ett annat område där mer stöd önskas är hur rutiner och arbetsmetoder kan skapas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Det här är en första nationell kartläggning av rehabiliteringskoordinatorerna och deras arbetsuppgifter samt deras förutsättningar för att kunna utföra ett bra arbete. Kartläggningen kan ligga till grund för kommande uppföljningar.

Bakgrund

Enligt Socialstyrelsen bör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen vara en integrerad del av vårdprocessen och ingå i hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitetsarbete. Överenskommelserna mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har genom olika stimulansmedel bidragit till att effektivisera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, för att öka förutsättningarna för sjukskrivna patienter att återgå till eller inträda i arbetslivet. En ökad medvetenhet inom hälso- och sjukvården om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har tillsammans med förändrade regelverk och förutsättningar för sjukpenning samt medvetenhet om betydelsen av tidiga kontakter med arbetslivet bidragit till ett ökat fokus på återgång i arbete efter sjukskrivning.

Redan 2006 började några landsting på eget initiativ att införa en funktion för rehabiliteringskoordinering i hälso- och sjukvården. Flera landsting följde efter. Det sammanföll med att staten och SKL träffat överenskommelser för att stimulera landstingen att ge sjukskrivningsfrågan en högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen. I den senaste överenskommelsen, som gäller för 2017-2018, enades parterna om medel för fem insatsområden, ett av dessa var att utveckla en funktion för koordinering (villkor 2).

Med överenskommelsen 2017-2018 har landstingen fått möjlighet att vidareutveckla koordineringsfunktionen, bland annat genom att påbörja ett införande i verksamheter utöver primärvården och där sjukskrivning är vanligt förekommande. I överenskommelsen poängteras att det är särskilt viktigt att kontakt tas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen gällande patienten, förutsatt att hon eller han ger sitt medgivande.

En ny lag om koordineringsinsatser föreslås att träda i kraft i januari 2019, lagförslaget är för närvarande på remiss hos lagrådet.

Funktionen för koordinering

Hälso- och sjukvården, liksom arbetsgivaren, kan tidigt få signaler om en ökad ohälsa hos en individ, ibland redan innan en sjukskrivning är aktuell. En tidig samverkan mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren är betydelsefull för att utveckla ett individuellt stöd åt individen och för att, om möjligt, motverka långa sjukskrivningar eller att helt undvika en sjukskrivning.

I överenskommelsen 2017-2018 är målet att landstingen/regionerna senast vid utgången av 2018 ska säkerställa att funktionen för koordinering finns i hela primärvården, med det uppdrag som beskrivs nedan. Landstingen ska också ha analyserat behovet av funktionen inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården där sjukskrivning är vanligt förekommande. Under 2018 ska landstingen/regionerna ha påbörjat införande av koordineringsfunktionen i de berörda verksamheterna.

I rapporten ”Funktion för koordinering 2017” redovisas aktuell status för respektive landsting/region när det gäller uppdragsbeskrivning, utbyggnaden av funktionen, kompetensutveckling samt stöd för funktionen vid exempelvis kontakter med arbetsgivare.¹

Beskrivning av funktionen enligt överenskommelsen 2016

Rehabiliteringskoordinering ska vara ett ändamålsenligt stöd för individen och ett stöd i hälso- och sjukvården för tidig bedömning av individens möjligheter till att kunna återgå i arbete. Rehabiliteringskoordinatören ska även bidra till att utveckla samordning och samverkan internt på vårdenheten och kunna samverka med externa aktörer, där arbetsgivare är en särskilt viktig samverkanspartner.

Rehabiliteringskoordinatören² är den som arbetar med uppdraget ”funktion för koordinering”. Uppdraget kan övergripande beskrivas utifrån tre perspektiv:

- **Individuellt stöd** till patienten, i syfte att underlätta för patienten att återgå i arbete eller vara kvar i arbete.
- **Intern samordning och samverkan** på vårdenheten och med övriga verksamheter i hälso- och sjukvården. I uppgiften ingår att kartlägga individens rehabiliteringsbehov, följa upp vårdenhetens sjukskrivningsstatistik och sjukskrivningsmönster.
- **Extern samverkan** där rehabiliteringskoordinatören är samarbetspart och kontaktperson till exempelvis arbetsgivare och Arbetsförmedling. Det förutsätter patientens medgivande och syftar till att underlätta återgång i arbete eller att vara kvar i arbete. Andra samarbetsparter kan vara Försäkringskassan och kommunens socialtjänst.

Rehabiliteringskoordinatörens roll och mandat ser olika ut i olika landsting/regioner. Utbyggnaden av funktionen skiljer sig också åt mellan landstingen/regionerna. I en del landsting/regioner är rollen väl utvecklad. Koordinatören arbetar självständigt med att hålla samman koordineringen och arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, på verksamhetschefens uppdrag. I andra landsting/regioner tycks rehabiliteringskoordinatören ha en mindre självständig roll.

Den här rapporten redogör för rehabiliteringskoordinatorernas egen skattning av sina arbetsuppgifter och sina förutsättningar för att fullfölja sitt uppdrag. Det är den första nationella kartläggningen av funktionen som genomförts och kan ses som en baslinjemätning för kommande uppföljningar.

¹ [Funktion för koordinering 2017, landstings och regioners redovisning av villkor](#)², SKL 2018.

² Rehabiliteringskoordinator kallas ibland även REKO. I rapporten kan förkortningen REKO och koordinator förekomma

Syfte

Syftet med kartläggningen är att få en nationell bild av koordineringsfunktionen utifrån rehabiliteringskoordinatorernas perspektiv. Hur bedömer de som arbetar med funktionen förutsättningarna för att utföra uppdraget? Hur ser arbetsbelastningen ut? Vilket stöd och vilka ytterligare kunskaper och färdigheter bedömer de att de behöver?

Metod

Kartläggningen genomfördes som en webbaserad enkätundersökning under våren 2018. Frågorna är anpassade och utformade utifrån kraven för villkor 2 *Funktion för koordinering* i överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017-2018.

I början av 2018 informerades landstingens processledare om den kommande kartläggningen och de ombads informera rehabiliteringskoordinatorerna och deras chefer i sina respektive landsting och regioner. Processledarna fick en informationstext från SKL om syftet med kartläggningen och hur resultaten skulle presenteras. Processledarna kunde fritt välja om de ville använda sig av denna information eller informera på annat sätt, som bättre lämpade sig för verksamheterna i deras landsting/region.

Processledarna ombads också förse SKL med aktuella mejladresser till de rehabiliteringskoordinatorer som var verksamma i respektive landsting/region.

En webbaserad enkät togs fram i systemet Survey Generator i samarbete med statistiker på SKL, några processledare samt aktiva rehabiliteringskoordinatorer ute i landet. Enkäten genomgick SKL:s sedvanliga kvalitetsgranskning.

I maj skickades en länk till enkäten ut i ett informationsbrev till alla då aktuella rehabiliteringskoordinatorer. Datainsamlingen pågick fram till och med den 30 juni 2018, inklusive tre påminnelser till respondenterna.

Förutom viss deskriptiv information, ombads respondenterna besvara vissa frågor med *andelen tid* som de avsatte för de olika koordineringsuppgifterna. Vidare fanns flervalsfrågor om de arbetsuppgifter som utförs och frågor om utbildningsbehov, stöd, samt mandat för uppgiften. Vid flera frågor var det möjligt att komplettera med fri text. (Se samtliga enkätfrågor i Bilaga 1)

Den första frågan i enkäten: ”Arbetar du som rehabiliteringskoordinator?” sorterade ut de som inte arbetade som rehabiliteringskoordinatorer. De respondenter som svarade *nej* fick ett tackmeddelande och kunde därmed inte svara på de följande frågorna. Uppgifterna registrerades i systemet och de respondenterna räknas inte in i bortfallet.

Material

Enkäten skickades via mejl till totalt 1063 rehabiliteringskoordinatorer. Av dessa svarade 75 procent (N=799).

Av det totala antalet svarande uppgav 34 personer att de inte arbetade som rehabiliteringskoordinatorer. De föll därmed bort från kartläggningen.

Resultaten i rapporten baseras på de kvarvarande 765 respondenterna (72 procent). Svarsfrekvensen varierar mellan landstingen/regionerna.

Analys

Data har analyserats och presenteras huvudsakligen i deskriptiv form. Antal svarande på respektive fråga varierar och rapporteras antingen som antal individer eller i procent. Vissa korstabuleringar har utförts för att klargöra eventuella samband mellan till exempel antal vårdenheter som personen arbetar på, antal sjukskrivningsärenden, samt andelen arbetstid som avsatts för funktionen.

Vissa tillägg från de fria svarsalternativen har lyfts in i texten för att förklaringsnivån ska bli mera konkret.

Subanalyser avseende kön har inte gjorts då enkäten besvarades av för få män.

Resultat

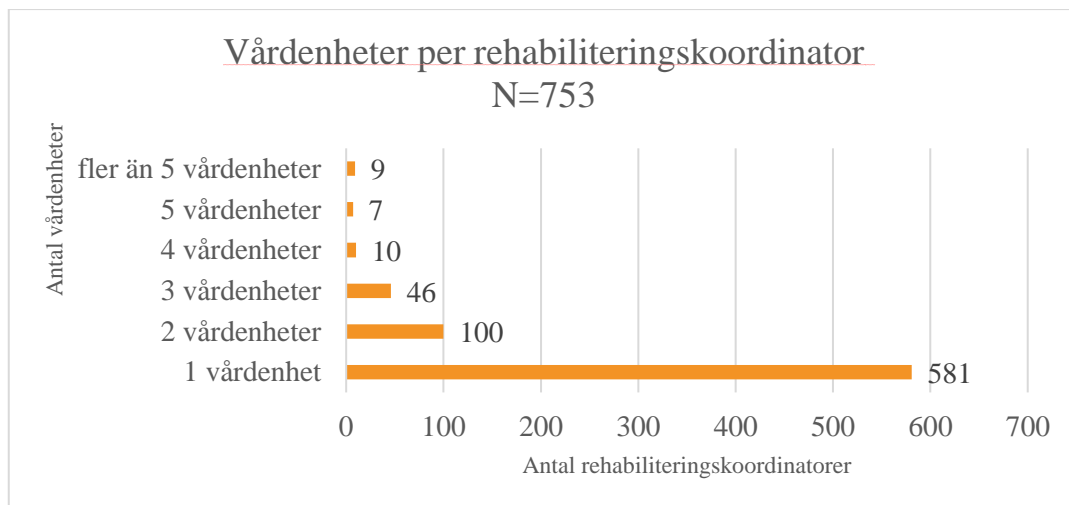
Endast 60 procent av respondenterna (N= 458) svarade på frågan om könstillhörighet. Av de som svarat på frågan var 429 kvinnor och 29 män.

På frågan hur många år personen arbetat som rehabiliteringskoordinator svarade 249 mindre än ett år, 269 personer uppgav att de arbetat mellan ett till tre år och 228 personer fler än tre år.

Avsatt tid för funktionen

Idag finns inga fastslagna riktlinjer för hur många patientärenden eller hur många listade personer på en vårdenhet som bör motsvara en heltidstjänst för en rehabiliteringskoordinator. Landstingen/regionerna har kommit olika långt i sin utveckling av funktionen för koordinering och tiden som är avsatt för funktionen varierar stort över landet och mellan olika vårdenheter.

Tabell 1 visar antalet vårdenheter som en rehabiliteringskoordinator ansvarar för.

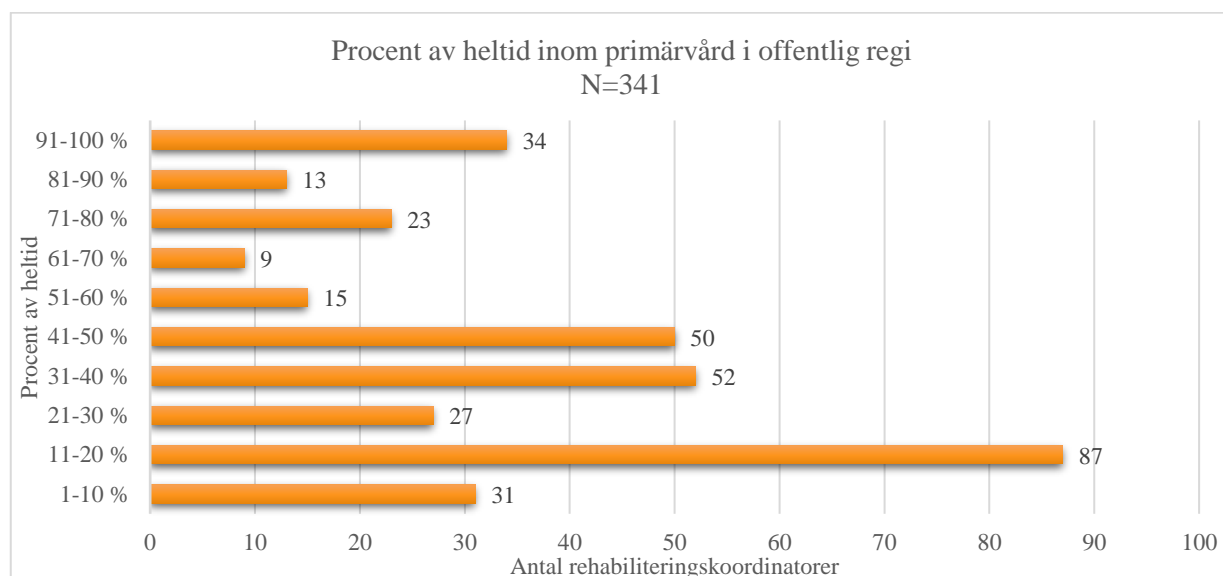


De flesta rehabiliteringskoordinatorerna arbetar i huvudsak på *en* vårdenhet. Av de svarande uppgav 341 att de arbetade inom primärvården i *offentlig regi* och 158 att de arbetade inom primärvården i *privat regi*. 79 respondenter fanns inom psykiatrin.

Funktionen för koordinering finns idag på många vårdenheter och kliniker i varierande omfattning, bland annat inom företagshälsovård, handkirurgi, onkologi, kardiologi, ortopedi, thorax, kirurgi, hematologi och specialiststandvård, för att nämna några. Fördelningen av rehabiliteringskoordinatorer på dessa specialistkliniker rapporteras inte i denna rapport eftersom de är så få per specialistklinik.

Det är stor spridning mellan landstingen/regionerna för hur stor andel av en heltidstjänst som avsatts för funktionen. Allt från några procent till hundra procent. I Tabell 2 presenteras spridningen för funktionen inom primärvården i offentlig regi och i Tabell 3 för verksamheten i privat regi.

Tabell 2 visar den tid i procent av en heltid, som är avsatt för funktionen inom primärvården i offentlig regi.



Tabell 3 visar den tid i procent av en heltid, som är avsatt för funktionen inom primärvården i privat regi.



Inom primärvården i *offentlig regi* uppger 73 procent att den avsatta tiden för funktionen för koordinering är 50 procent eller mindre, motsvarande siffra inom *privat regi* är 80 procent. Endast tio procent inom den offentliga primärvården har en heltid avsatt för uppdraget, motsvarande siffra inom den privata primärvården är fyra procent.

Inom psykiatrin uppger 34 procent (N = 68) att de arbetar i stort sett heltid i funktionen och 29 procent uppger att de jobbar mellan 40-80 procent i funktionen.

Andelen arbetstid avsatt för funktionen inom andra rapporterade vårdenheter presenteras inte i den här rapporten på grund av att det är så få personer inom varje specialismråde. Data visar att den arbetstid som avsatts för uppdraget är 10-20 procent, i några få fall upp till 50 procent av en heltid. Bland de som arbetar inom ortopedin finns några personer som uppgett att de arbetar i stort sett 100 procent med uppdraget.

Ett antal korstabuleringar genomfördes för att få mera information om eventuella samband mellan avsatt tid för funktionen och antal vårdenheter som en rehabiliteringskoordinator arbetar på. Det framkom dock inget tydligt mönster. De som arbetade upp till halvtid som rehabiliteringskoordinator arbetade oftast på *en* vårdenhet. Inom *primärvården i offentlig regi* gällde det för fler än 70 procent av koordinatorerna och inom *primärvården i privat regi* var motsvarande andel fler än hälften av rehabiliteringskoordinatorerna.

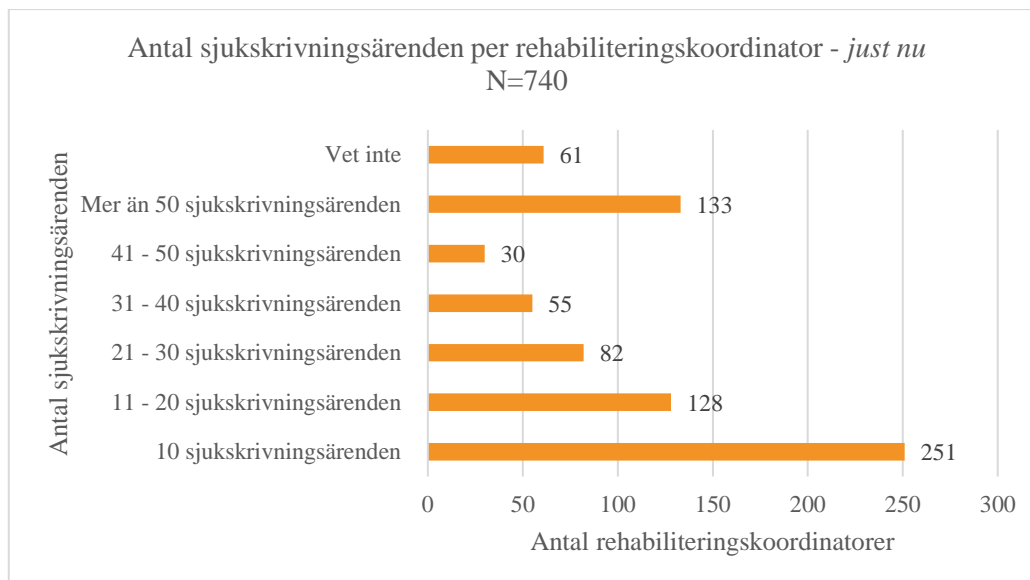
Om rehabiliteringskoordinatorn arbetade på *två* vårdenheter var det vanligt med en tjänst på upp till 60 procent av en heltid. Över 80 procent uppgav detta.

Materialet är litet när det fördelas på antal vårdenheter och de presenterade resultaten ska tolkas med försiktighet. Resten av materialet är så litet att det ger en missvisande bild av fördelningen *tid avsatt för funktionen* och *antal vårdenheter* man arbetar på och presenteras därför inte i rapporten.

Intressant var också att få en bild av hur många sjukskrivningsärenden rehabiliteringskoordinatorn arbetar med och hur antalet ärenden samvarierar med den tid som är avsatt för uppdraget.

Resultatet på den första frågan presenteras i Tabell 4.

Tabell 4 Antal sjukskrivningsärenden som rehabiliteringskoordinatör arbetar med just nu.



Det finns inget tydligt mönster eller samband mellan *tid* för koordinering i procent av en heltid och *antal* sjukskrivningsärenden koordinatör arbetade med, vid det tillfälle då enkäten fylldes i. Inom primärvården i offentlig regi tenderar antalet ärenden att öka med den tid som är avsatt för koordineringen.

Dock uppgav 18 procent att de har fler än 50 ärenden på gång. Någon tydlig koppling till avsatt tid kan dock inte utläsas.

Grundutbildning och kompetens

Målsättningen med koordineringsfunktionen är att underlätta patientens återgång i arbete vid sjukskrivning och att förebygga sjukskrivning. Koordinatör är också en samordnare inom och mellan vårdenheter. SKL:s litteraturstudie från 2015 visar att införandet av funktionen gynnar patientens väg tillbaka i aktivitet och arbete³.

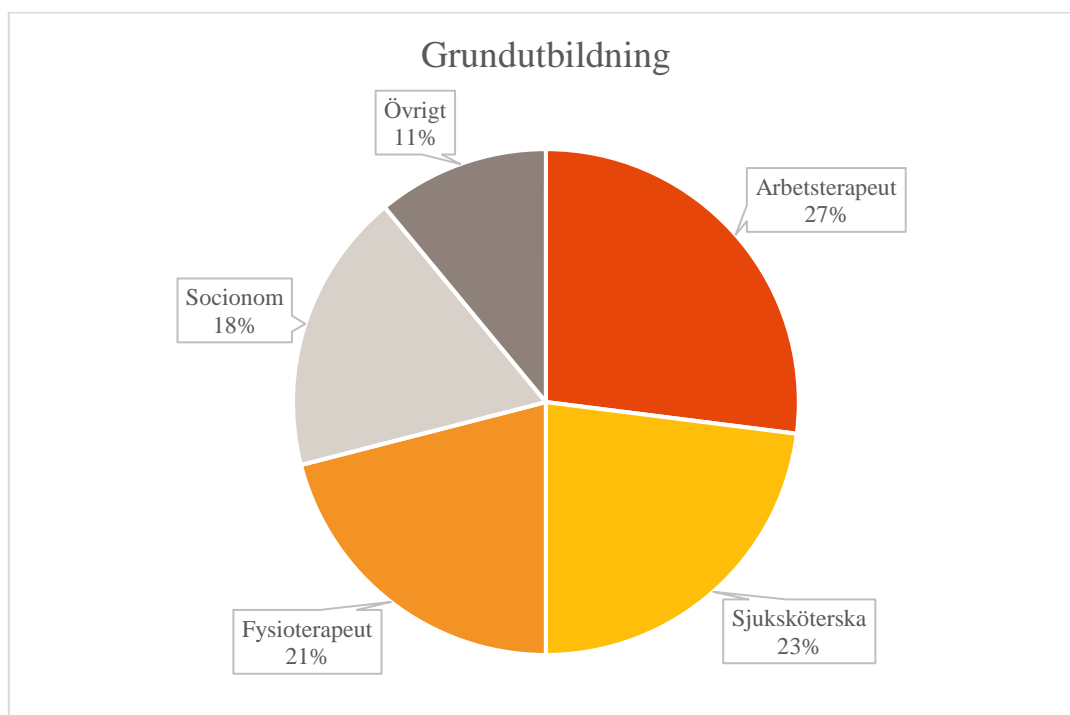
I SKL:s Metodbok för koordinering⁴ beskrivs generella kunskaper och förmågor som en rehabiliteringskoordinatör bör ha. Den relevanta kunskapsbasen bör med fördel vara en högskoleutbildning inom medicin, psykologi eller socialt arbete. Personen bör också ha goda kunskaper i försäkringsmedicin, jämställdhet, missbruk samt våld i nära relationer. Vidare bör personen ha en god förmåga till mellanmänniska relationer, social kompetens, förmåga att kunna utveckla och behålla relationer, våga ställa krav och kunna arbeta självständigt.

³ Hansen Falkdal A., Hörnqvist Bylund, S. (2015). *Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*.

⁴ [Metodbok för koordinering – av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården](#). ISBN 978-91-7585-454-0, SKL 2016

I Figur 1 redovisas vilken typ av grundutbildning som rehabiliteringskoordinatorerna har. Bland socionomerna finns även de som uppgett att de arbetar som kuratorer. I gruppen ”övrigt” ingår exempelvis samhälls- och beteendevetare, handläggare på Försäkringskassan, dietist, medicinsk sekreterare, företagsekonom, legitimerad kiropraktor samt folkhälsovetare.

Figur 1 visar fördelningen av olika yrkeskategorier bland rehabiliteringskoordinatorerna i procent.



Av de svarande var det 133 personer (18 procent) som arbetade enbart med koordinering. Övriga delade sin arbetstid mellan funktionen för koordinering och sin grundprofession eller med andra arbetsuppgifter på vårdenheten, som till exempel processledare eller vårdadministratör.

På frågan hur personen fördelar sin tid mellan funktionen för koordinering och andra arbetsuppgifter svarade 43 procent att de hade fasta tider för uppdraget och 39 procent att de tog uppdragen när de kommer. Av kommentarerna framkom att även om personen har fasta tider för uppdraget krävs det ofta att man kan vara flexibel och ta ärenden utanför den schemalagda tiden för rehabiliteringskoordineringen. En av respondenterna skriver följande kommentar: ”jag fördelar min avsatta tid som rehabiliteringskoordinator över veckan, men ofta svårt att rodda mellan olika roller.” En annan person kommenterar: ”måste pussla om schemat hela tiden då vissa saker tar mera tid i rehabiliteringskoordineringen än vad som finns beräknat för funktionen.”

Vidareutbildning för funktionen

För att kunna arbeta som rehabiliteringskoordinator behövs, förutom en högskoleutbildning eller motsvarande, också andra kunskaper och färdigheter. På frågan: *har du för att kunna arbeta som rehabiliteringskoordinator genomgått någon utbildning arrangerad av ditt landsting/region eller arrangerad av något universitet/högskola*, uppgav 64 procent att de hade genomgått en utbildning arrangerad av landstinget/regionen och 29 procent att de hade fått sin utbildning på universitet eller högskola. Det bör påpekas att de utbildningsmöjligheter som anordnats av landstingen/regionerna kan vara universitets- eller högskoleutbildning. Endast 15 procent uppgav att de inte genomgått någon utbildning. Förutom utbildning uppger respondenterna att handledning och nätverksträffar bidragit till en ökad kompetens inom relevanta områden.

På frågan om, och *hur*, de skaffat sig kunskaper inom områden som *jämställdhet, våld i nära relationer* samt *missbruk* svarade 83 procent att de skaffat sig kunskap om *jämställdhet* genom utbildning, handledning, nätverksträffar eller på annat sätt. För kunskap om *våld i nära relationer* var motsvarande siffra 87 procent, när det gällde *missbruk* svarade 35 procent att de ännu inte skaffat sig kunskaper inom området.

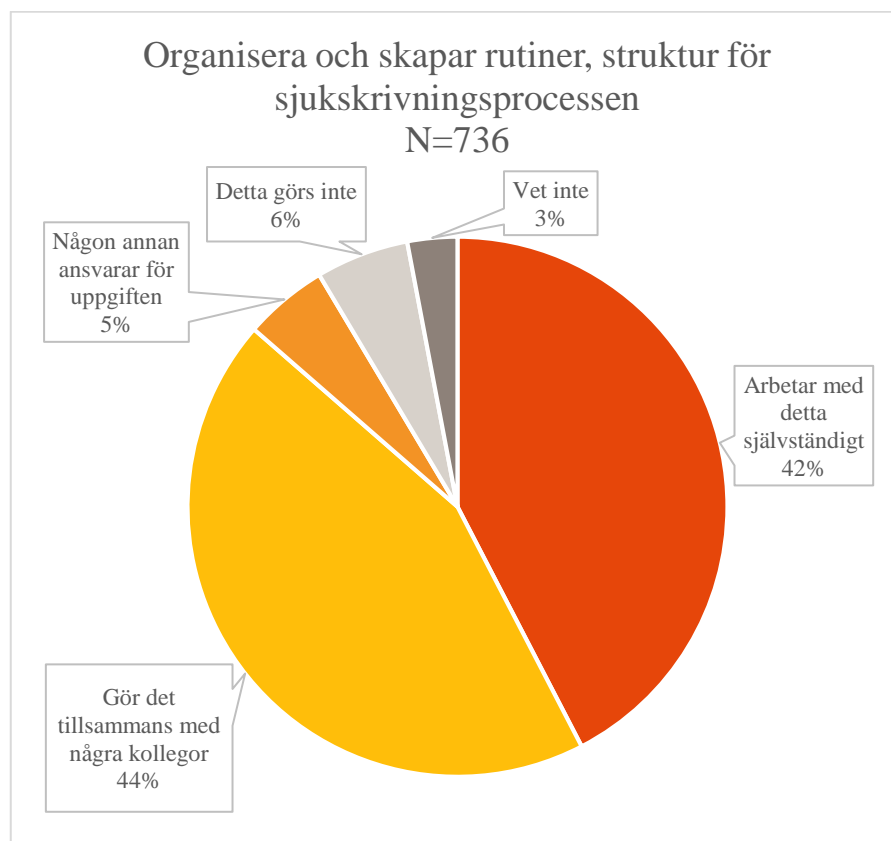
Arbetsuppgifter och arbetssätt

För att få en bild av hur rehabiliteringskoordinatorerna arbetar med de specifika koordineringsuppgifterna ställdes följande frågor:

”Hur arbetar du som rehabiliteringskoordinator med att organisera och skapa rutiner och struktur för sjukskrivningsprocessen på din enhet?” se Figur 2.

Frågan syftar till att belysa eventuell samverkan på vårdenheten, självständighet i uppgiften och om uppgiften gjordes på vårdenheten.

Figur 2 visar hur rehabiliteringskoordinatorm arbetar med att organisera och skapa rutiner och struktur för sjukskrivningsprocessen.



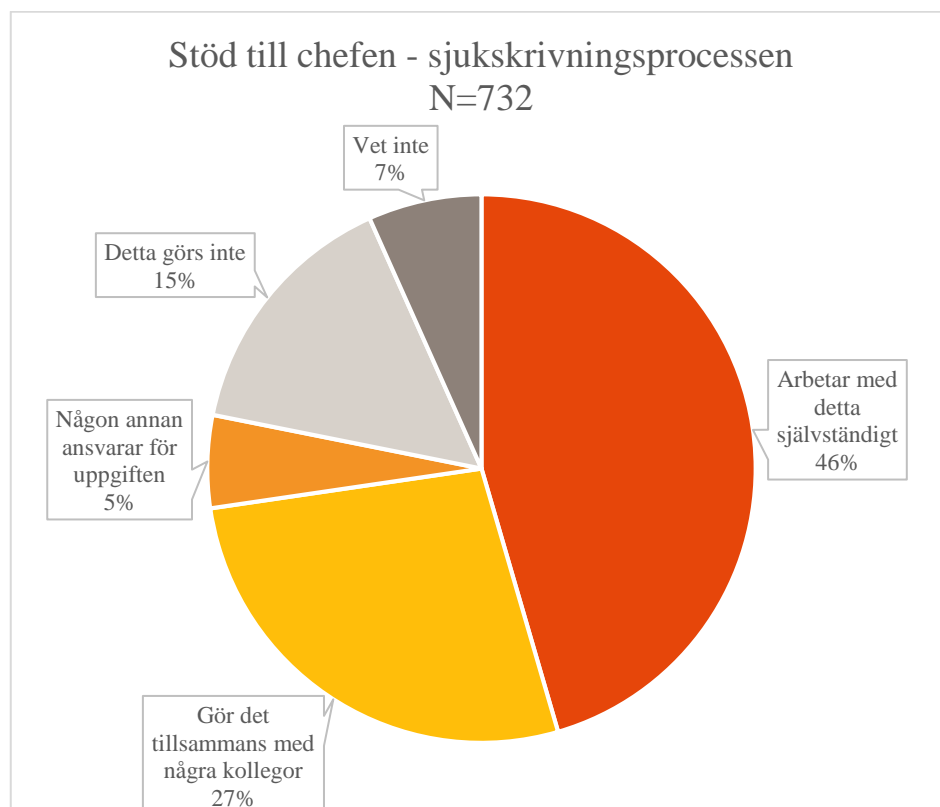
Fler än 85 procent svarar att de arbetar självständigt eller tillsammans med någon annan med att organisera och skapa rutiner och strukturer för sjukskrivningsprocessen på den egna enheten.

På frågan om hur de som rehabiliteringskoordinatörer hanterar sjukskrivningsstatistik ser vi ett liknande mönster där 81 procent antingen arbetar självständigt eller tillsammans med någon annan. Dock uppger elva procent att de inte hanterar sjukskrivningsstatistik på deras enhet.

61 procent svarar att de arbetar självständigt med att vara ett stöd till andra medarbetare på enheten inom det försäkringsmedicinska området, 30 procent uppger att de gör detta tillsammans med någon annan.

Resultatet för frågan om de utgör ett stöd till chefen i arbetet med att uppdatera lokala riktlinjer för sjukskrivningsprocessen på enhet presenteras i Figur 3.

Figur 3 visar hur rehabiliteringskoordinatören arbetar med att stödja chefen i sjukskrivningsprocessen.



På frågan om personen koordinerar team-möten på sin vårdenhets svarade 53 procent att de arbetade självständigt med denna uppgift och 23 procent att de gjorde det tillsammans med någon annan. Av de 737 som svarade på denna fråga uppgav 122 personer (17 procent) att det inte sker på dennes vårdenhets och sju procent att de inte visste.

Arbeta med externa aktörer

Rehabiliteringskoordinatören har beskrivits som ”spindeln i nätet” i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för patienter. För att få en bild av vilka externa aktörer de samverkar med och *hur*, har respondenterna fått svara på olika påståenden.

”Är kontaktperson till externa aktörer (kontaktvägen in till vårdenheten).”

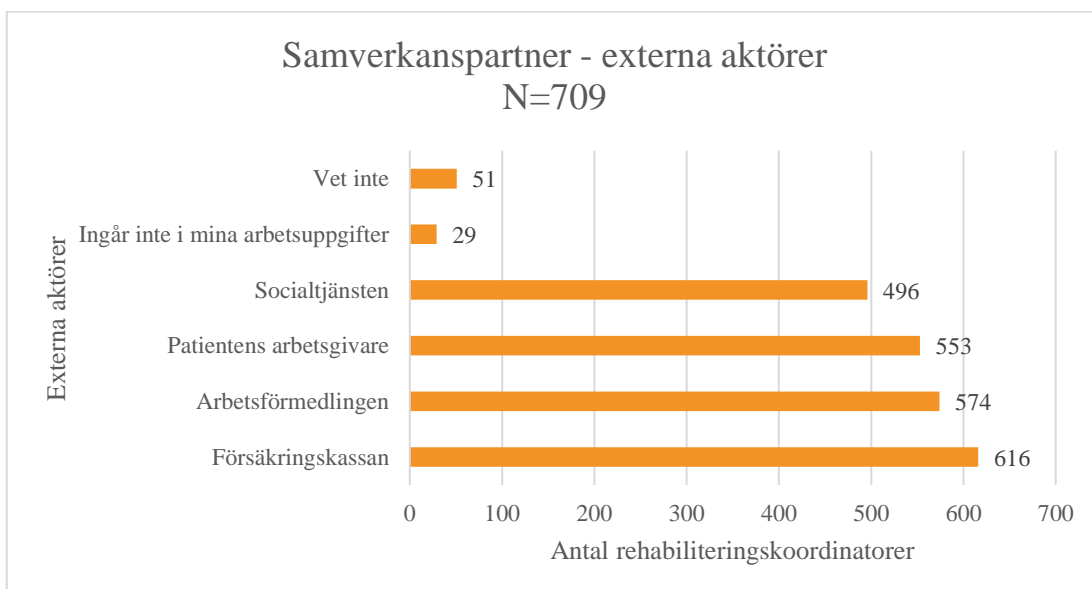
Detta är en flervalfråga där respondenterna ombads kryssa i alla de externa samverkanspartner där de är kontaktväg in till hälso- och sjukvården. Se Tabell 5.

Tabell 5 visar rehabiliteringskoordinatorernas kontaktytor med externa aktörer.



Resultatet på påståendet "Är samverkanspartner till externa aktörer (agerar tillsammans med externa aktörer)" (flervalsfråga) presenteras i Tabell 6.

Tabell 6 visar antalet rehabiliteringskoordinatorer som utgör samverkanspartners med externa aktörer.



Kontakt med arbetsgivare

Tabell 5 och 6 visar att rehabiliteringskoordinatören axlar rollen som både kontaktperson och samverkanspartner med patienternas arbetsgivare.

På frågan om rehabiliteringskoordinatören vid behov tar kontakt med arbetsgivare efter att patienten gett sitt samtycke svarar hela 95 procent *ja*. Kontakt tas via mejl eller ett kontaktbrev. Hela 95 procent uppger att de tar en telefonkontakt med arbetsgivaren och 63 procent att de deltar i möten med patienten och dennes arbetsgivare. På frågan om de gör arbetsplatsbesök har 18 procent svarat att de gör detta.

I de fria svarsalternativen beskrivs att ingången till patientens arbetsgivare kan se ut på olika sätt. Ett exempel är att rehabiliteringskoordinatören skickar ett kontaktbrev till HR-funktionen hos patientens arbetsgivare med syfte att få till ett möte för att ta fram en individuell plan för återgång i arbete. Kontakten med arbetsgivaren kan också ske via Försäkringskassans avstämningsmöte. Det är inte heller ovanligt att patienten bjuder in sin arbetsgivare till ett gemensamt möte. Arbetsplatsbesöken kan vara utformade som rehabiliteringsmöten ute på patientens arbetsplats.

Förutsättningar för uppdraget

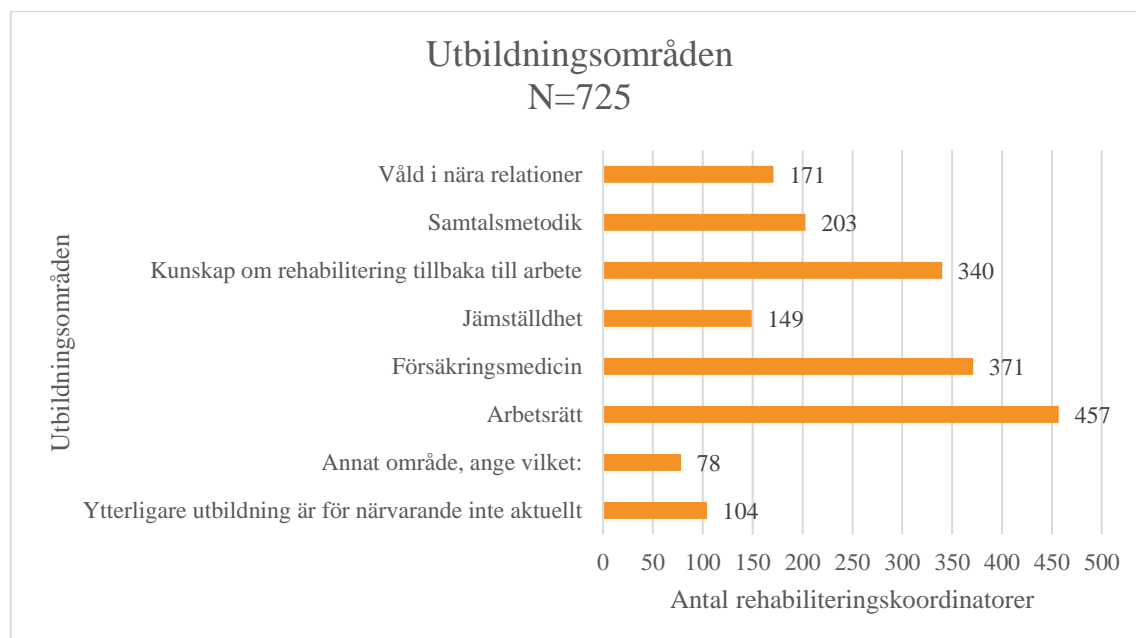
Funktionen för koordinering är en relativt ny funktion inom hälso- och sjukvården, samtidigt som det ställs stora krav på rehabiliteringskoordinatörens kunskap och färdigheter. Men det räcker inte, förutsättningarna för att kunna göra ett "bra jobb" måste också finnas. Det handlar om tydligheten i uppdraget, om mandat, tid och om stöd.

På frågan om uppdraget är tydligt formulerat svarade 53 procent *ja*, 32 procent *nej* och 15 procent kunde vid tillfället för ifyllandet av enkäten inte avgöra detta. Avseende den tid som avsatts för uppdraget uppgav 48 procent att tiden inte räckte för det definierade uppdraget, 34 procent ansåg att tiden var tillräcklig och 18 procent kunde vid svarstillfället inte bedöma detta. Inget samband fanns mellan upplevelsen av tydlighet i uppdraget och antal år som rehabiliteringskoordinator.

På frågan om det fanns ett tydligt mandat för uppdraget uppgav 69 procent att mandatet var tydligt formulerat, 15 procent upplevde att mandatet var otydligt och lika stor andel hade svårt att bedöma detta. Vid en jämförelse mellan antal år som rehabiliteringskoordinator och upplevelsen av "tydligt mandat" finns en trend att ju fler år personen arbetat i funktionen, ju tydligare är mandatet. Detta gäller för koordinering inom primärvården i offentlig regi.

Svar på frågan om rehabiliteringskoordinatorerna bedömer att de behöver ytterligare kunskap och kompetens inom speciella områden i sin roll, eller om den kunskap de har för tillfälligt är tillräcklig, presenteras i Tabell 7. Observera att frågan är en flervalsfråga.

Tabell 7 visar de kunskapsområden rehabiliteringskoordinatorerna önskar få en fördjupning i.



I fritextsvaren framhålls vikten av att få eller skaffa sig kontinuerlig uppdatering och fortlöpande information om förändringar och nyheter inom de olika områdena. Andra områden som framhålls som angelägna är kunskap och stöd i hanteringen av webbapplikationen Rehabstöd, olika journalsystem och intygs-tjänster.

Om behovet av ytterligare kunskap bryts ner på antal år som personen arbetat med rehabiliteringskoordinering visar det till exempel att drygt 71 procent av de som arbetat kortare tid än ett år uppger att de behöver mer kunskap i arbetsrätt, se Tabell 8.

Tabell 8 visar behovet av ytterligare kunskaper/kompetens i nedanstående ämnen fördelade på antal år i funktionen för koordinering. Andelen rehabiliteringskoordinatorer anges i procent.

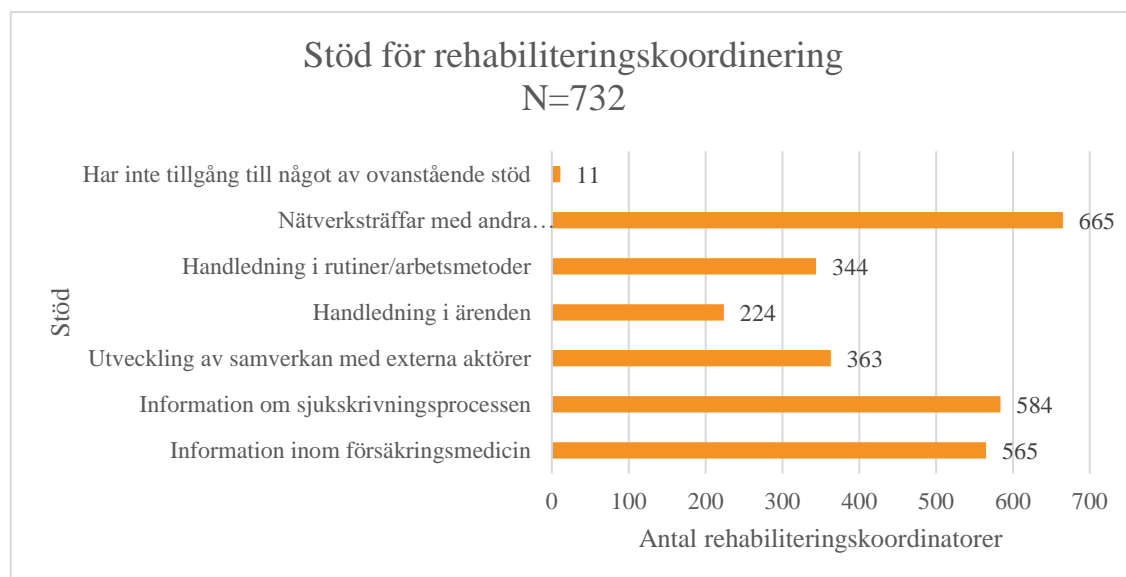
	1 år eller mindre	1-3 år	Fler än 3 år
Arbetsrätt	71,5	60,8	58,1
Försäkringsmedicin	63,4	53,8	35,3
Kunskap om rehabilitering	55,7	47,7	37,2
Samtalsmetodik	36,2	28,8	18,1
Våld i nära relationer	32,3	24,6	12,6
Jämställdhet	27,2	20,8	11,6

Inte förvånande uppger de som arbetat kortare tid inom funktion för koordinering att de behöver mer kunskaper i ämnesområden som på ett eller annat sätt ingår i uppdraget, än de som arbetat längre tid.

Stöd för koordineringsuppdraget

För att arbeta med att organisera, skapa rutiner och strategier för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, samverka med interna och externa aktörer samt ge individuellt stöd till patienten, behövs såväl kunskap och färdigheter inom flera olika områden, som stöd i arbetet. I Tabell 9 presenteras resultaten av hur rehabiliteringskoordinatorerna upplever det stöd de får inom olika områden. Frågan är en flervalsfråga.

Tabell 9 visar inom vilka områden rehabiliteringskoordinatorerna uppger att de har ett stöd.



Det är väldigt få som uppger att de *inte* har något stöd alls och det är oberoende av hur länge personen arbetat som rehabiliteringskoordinator.

De största behoven av stöd, för de som jobbat kortare än ett år, är inom *handledning i sjukskrivningsärenden*, arbetet med *rutiner* och *strategier* samt i arbetet med *externa aktörer*. Här saknar 60-65 procent tillräckligt stöd. Tendensen är densamma för de som arbetat ett till tre år i funktionen. De som arbetat tre år eller längre uppger att de saknar tillräckligt stöd för just handledningen av sjukskrivningsärenden.

Kommentarer från enkäten

Den sista frågan i enkäten var ”Har du ytterligare information till den här kartläggningen som inte efterfrågas i våra frågor”?

Över 170 kommentarer kom in och berörde allt från behovet av chefsstöd, handledning i ärenden till bristen på samverkansytor, men också exempel på bra stöd och bra handledning. Många kommentarer kommer från nya rehabiliteringskoordinatorer som uttrycker behovet av ett mera tydligt definierat koordineringsuppdrag där även chefen på vårdenheten förväntas ha ett tydligt uppdrag för vad som krävs vid ledning och styrning av koordineringsuppdraget. Ett axplock av kommentarerna och delar av kommentarer presenteras här.

- ”Vet att tjänstgöringsgraden skiljer sig mellan olika HC och kliniker. Ingen borde dock ha något mindre än 50 procent! Personligen skulle jag vilja jobba 100 procent som koordinator. Detta för att kunna leva upp till vad uppdraget egentligen avser. Arbetsbeskrivningen är så omfattande och syftet med uppdraget så pass viktigt.”
- ”Saknar stöd och förståelse från chef. Förståelse för att ökade produktionskrav och samverkan tar tid finns inte hos närmsta chef. Svårt att tydliggöra skillnader på kort sikt rent statistiskt. *Ett avslutat sjukfall är inte alltid ett kvitto på en lyckad sjukskrivningsprocess.*”
- ”Arbetar med en väl fungerande processledning med kontinuerliga informationsträffar och informationsutbyte. Har en kontaktperson på Försäkringskassan som är riktad just mot en specifik vårdcentral som kan kontaktas om det är något ärende som behöver diskuteras eller frågor om vilken handläggare som har hand om det aktuella sjukskrivningsärendet.”
- ”Mitt uppdrag som rehabiliteringskoordinator är tydligt formulerat *för att jag formulerat det själv utifrån vad jag tror på och utifrån metodboken* för rehabiliteringskoordinering från SKL. Frågan är om det är rätt sätt när det är chefen som ska leda och fördela arbete? Vad har chefen för kunskap om vad jag gör om denne inte deltagit i utformandet av uppdraget utan bara kopierat in det jag skrivit i vår personalhandbok?”
- ”Jag tror att risken är att många rehabiliteringskoordinatorer ägnar sig framförallt åt att träffa patienter eftersom det är den bit som de flesta av oss är mest vana vid att göra samt att det är lättare att träffa patienter än att försöka förändra strukturer på vårdcentralen. Men vill vi ändra synen på sjukskrivningar och hur vi handhar detta för att främja hälsa och arbetsåtergång så behövs det en samsyn på hela enheten och detta är inget enmansjobb. Det räcker inte att sätta in en rehabiliteringskoordinator utan här måste verksamhetscheferna få tydliga riktlinjer hur deras roll ser ut, hur de ska stötta mig så att jag kan göra mitt jobb. Jag efterfrågar mycket mer samarbete och samsyn.”

- ”Det största hindret är att samverkansytor saknas. Visserligen har vi samverkansmöten med ansvariga på FK men jag önskar att kontakten med FK:s enskilda handläggare skulle fungera bättre. Stor skillnad i bemötande och kunskap mellan erfarna och oerfarna handläggare. Behövs både förnuft och känsla för att kunna göra rättvisa bedömningar. Jag upplever en skillnad i att arbeta med de handläggare som är erfarna - de är oftast lättare att komma i kontakt med och resonera kring ärenden medan de oerfarna endast följer paragrafer. Om det fanns möjligheter till teamarbete på vårdcentralen skulle arbetet kunna underlättas.”
- ”Processledarna utgör ett viktigt stöd.”
- ”Eftersom koordinators arbete ofta sker "i det dolda" och är svårt att mäta, behövs kunskap och stöd hos chefer och arbetsledare så att koordinatören inte blir "springpojke" eller slasktratt till verksamheten, vilket innebär att stödet mot/till patienten/arbetsgivaren och samverkan får en undanskymd roll.”
- ”Känner mej ny, inte helt lätt hitta min roll... arbetar som REKO 25-30 procent dvs. en dag/veckan + nån timme därutöver- då försöker jag hinna lyssna av telefonsvararen, ringa, gå på möten mm. De andra dagarna arbetar jag som inom landstinget på annat håll. Känns ibland väldigt splittrat. Svårt hitta tid att samverka med läkarna.”
- ”Det är mycket svårt att sätta gränser då man delar arbetsuppgift. Ärendena i det dagliga arbetet pockar på och då får koordinatorsuppdraget ligga åt sidan. Ensamarbete i det ordinarie arbetet och trycket där ökar också. Jag önskar att uppdraget skulle vara renodlat, bara arbeta med det och kunna koncentrera sig och hålla sig uppdaterad, orken finns inte riktigt när det blir så mycket.”
- ”Jag har förmånen att jobba på en enhet med mycket god läkarkontinuitet och min roll som rehabiliteringskoordinator skiljer sig sannolikt från majoriteten. Min roll är mer utav sammankallande och sammanlänkande av patient, läkare och externa aktörer. Det finns således inget behov att delta i det faktiska patientmötet.”
- ”Det vore bra om det fanns mera handledning i ärendena. Gärna i form av regelbunden handledning i grupp så man får möjligheten att diskutera och utbyta erfarenheter.”

Slutsatser

Kartläggningen visar att funktionen för koordinering finns utbyggd i alla landsting/regioner. Förutom i primärvården finns funktionen idag på många specialistenheter. Få rehabiliteringskoordinatorer arbetar heltid med uppdraget. Det delade uppdraget, där rehabiliteringskoordinatören till viss del arbetar med andra uppdrag, ofta i sin grundprofession, medför att tiden för koordinering blir sönderhackad och att det inte går att utföra koordineringsuppdraget på ett tillfredsställande sätt. Trots att många rapporterar att de har fasta tider för koordineringsuppdraget så uppger många att de i alla fall får hoppa in ”när det behövs.”

Även antalet sjukskrivningsfall som de arbetar med varierar stort, oberoende av den tid som är avsatt för uppdraget.

En stor andel av rehabiliteringskoordinatorerna har genomgått utbildning för uppdraget. De nya som inte har hunnit genomgå en utbildning uppger att de har påbörjat, eller planerat påbörja en utbildning. Behoven varierar när det gäller att få mer kunskap i jämställdhet, våld i nära relationer och missbruk. Störst är behovet av kunskap i försäkringsmedicin, arbetsrätt, arbetslivsrehabilitering och samtalsmetodik. Även kontinuerlig handledning i enskilda sjukskrivningsärenden efterfrågas.

Rehabiliteringskoordinatören arbetar med att organisera och skapa rutiner och struktur för sjukskrivningsprocessen på sin enhet. Rehabiliteringskoordinatören är också ett stöd för kollegerna inom det försäkringsmedicinska området och för chefen i arbetet med att uppdatera lokala riktlinjer för sjukskrivningsprocessen. Koordinatören är även intern samordnare och kontaktperson för både interna aktörer vid team-möten och samverkar vid möten med exempelvis arbetsgivare. Majoriteten av de svarande arbetar själv eller tillsammans med en kollega med dessa arbetsuppgifter. De flesta uppger att de vid behov tar kontakt med eller deltar i kontakter med arbetsgivare, efter patientens medgivande.

När det gäller förutsättningarna för att utföra sitt uppdrag uppger ungefär hälften av rehabiliteringskoordinatorerna att uppdraget är tydligt formulerat, något fler uppger att de har mandat från sin verksamhetschef att utföra uppdraget. Nästan hälften anser att tiden för uppdraget inte räcker till.

Sammanfattningsvis visar kartläggningen att de flesta av de svarande säger att de behöver mera tid för uppdraget och att ledning och styrning av uppdraget bör bli tydligare. Till exempel genom att verksamhetschefen är insatt i uppdraget och förstår vikten av en mer effektiv och välutvecklad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. De efterfrågar också mer kunskap inom specialområden och kontinuerlig handledning i sjukskrivningsärenden.

Bilaga 1

Enkätfrågor

Arbetar du som rehabiliteringskoordinator? Svartalternativ ja/nej

Om man svarat ja kommer man till följande frågor i enkäten. Om man svarat nej på den första frågan kommer ett meddelande upp att man ska skicka in svaret och att man inte kommer vidare i enkäten.

Frågor

1. Är du kvinna eller man?
2. Markera de områden där du arbetar som rehabiliteringskoordinator:
 - Primärvård offentlig regi
 - Primärvård privat regi
 - Kirurgi
 - Kvinnoklinik
 - Neurologi
 - Onkologi
 - Ortopedi
 - Psykiatri
 - Rehabilitering
 - Reumatologi
 - Annat
3. På hur många vårdenheter arbetar du som rehabiliteringskoordinator?
4. Ange den tid i procent av en heltid, som är avsatt för dig för ditt arbete som rehabiliteringskoordinator. Här finns möjligheten att ange andelen av tid från 1-100 procent i tio intervaller.
5. Hur många sjukskrivningsärenden arbetar du med just nu inom ramen för ditt uppdrag som rehabiliteringskoordinator?
6. Hur länge har du arbetat som rehabiliteringskoordinator?
7. Vilken/vilka grundutbildningar har du?
8. Vad arbetar du som/med om du inte arbetar enbart som rehabiliteringskoordinator?
9. Eftersom du har ytterligare arbetsuppgifter utöver funktionen för koordinering, hur bestäms den tid du arbetar med koordineringsuppdraget?
10. Har du, för att kunna arbeta som rehabiliteringskoordinator, genomgått någon utbildning arrangerad av ditt landsting/region?
11. Hur har du skaffat dig kunskap om nedanstående områden?

12. Hur arbetar du, som rehabiliteringskoordinator, med nedanstående arbetsuppgifter?
13. Vilka av följande arbetsuppgifter ingår i ditt arbete som rehabiliteringskoordinator?
14. Hur ofta har du kontakt med dina patienter för att ge dem individuellt stöd?
15. Hur ofta har du som rehabiliteringskoordinator möjlighet att följa upp dina patienter?
16. Hur ofta och på vilket sätt kan andra myndigheter nå dig?
17. I de fall när det finns behov och du har fått patientens samtycke, tar du kontakt med patienternas arbetsgivare?
18. Hur tar du kontakt med dina patienters arbetsgivare?
19. Är ditt uppdrag som rehabiliteringskoordinator tydligt formulerat?
20. Är den tid som är avsatt för uppdraget som koordinator tillräcklig för de ingående arbetsuppgifterna...
21. Har du fått ett tydligt mandat för att utföra de arbetsuppgifter som ingår i koordinatorarbetet?
22. Inom vilka av nedanstående områden behöver du ytterligare kunskap eller kompetens?
23. Har du tillgång till följande stöd i ditt arbete som koordinator?
24. Har du ytterligare information till denna kartläggning, som inte efterfrågas i våra frågor, skriv dina kommentarer i fritext fältet nedan.

Rehabiliteringskoordinering inom hälso- och sjukvården

En nationell kartläggning

Funktionen för koordinering har vuxit fram genom de överenskommelser som har tecknats mellan Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen under ett antal år. Idag finns funktionen i alla landsting och regioner inom primärvården och på en del specialistkliniker.

Den här rapporten presenterar resultatet av en första nationell kartläggning av rehabiliteringskoordinatorerna, deras arbetsuppgifter och förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete. Kartläggningen genomfördes våren 2018 och är tänkt att ligga till grund för kommande uppföljningar.

Upplysningar om innehållet
Anna Östbom, anna.ostbom@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN: 978-91-7585-656-8
Text: Clairy Wiholm