

Funktion för koordinering 2016

LANDSTING OCH REGIONERS REDOVISNING AV VILLKOR 3

Förord

Rehabiliteringskoordinatorn är en ny roll i hälso- och sjukvården. Funktionen är uppskattad både av patienter och läkare, och av externa parter som arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunernas socialtjänst.

Rehabiliteringskoordinatorn kan bidra till att förkorta sjukskrivningar visar både internationella studier och en studie från Stockholms läns landsting.

Funktionen för koordinering har vuxit fram genom de överenskommelser som har tecknats mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet under ett antal år. Idag finns funktionen i alla landsting och regioner. Regeringen utreder nu hur funktionen kan bli permanent i hälso- och sjukvården.

Denna rapport bygger på landstingens redogörelser enligt den överenskommelse som tecknades mellan SKL och Socialdepartementet 2016 redovisningar av villkor 3 - funktion för koordinering Rapporten är författad av Marianne Jansson som tidigare har arbetat i Landstinget Sörmland .

Helén Lundkvist Nymansson

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning

Det är mycket positivt att konstatera att landstingen ser betydelsen av och innehållet i rehabiliteringskoordinators uppdrag och att koordinators utgör länken för att förbättra samverkan runt patienten både internt och externt.

Internt beskriver man att koordinators underlättar och stödjer medarbetare i sjukskrivningsprocessen. Tydliga rutiner underlättar för vårdenheten och det är viktigt att hela vårdenheten är involverad i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Flertalet lyfter fram koordinatorsstödet/underlättandet för patienten och inriktningen återgång i arbete som en röd tråd genom processen. Insikten om och vikten av att föra dialog med patienten för att få en patient som är delaktig i sin egen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är tydlig.

Koordinators roll och mandat varierar. Flertalet landsting beskrev en mycket aktiv roll och att det är rehabiliteringskoordinators som på verksamhetschefens uppdrag håller samman koordineringen och arbetet inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Det finns även landsting där rollen beskrevs mer passiv i ordalag som deltar och medverkar. Här måste vi påminna oss att funktionen för koordinering fortfarande är ett förhållandevis nytt uppdrag och därmed krävs både ödmjukhet och respekt för att förändringsarbete tar tid. Att forma uppdraget och få acceptans i verksamheterna som redan är hårt pressade att genomföra sitt "ordinarie" uppdrag kan uppfattas försvårande.

Men det som ständigt framkommer är att när funktionen väl är etablerad uppskattas rehabiliteringskoordinators insatser och kompetens av både patienter och behandlande medarbetare och särskilt av läkarna. En väl fungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är ett effektivt och kvalitetssäkert sätt att försäkra sig om att tidiga och rätt insatser till rätt patienter underlättar för såväl patienter, vårdenheternas medarbetare som externa samverkanspartners.

Ord och begrepp som används:

Landsting och region: I texten används begreppet landsting och innefattar då både landsting och region. Efter att initialt beskrivit exempelvis Stockholms läns landsting eller Landstinget Dalarna skrivs endast Stockholm och Dalarna.

Funktion för koordinering har många benämningar i landstingen, vanligast förekommande är rehabiliteringskoordinator, rehab koordinator, reko, koordinator, sjukskrivningskoordinator, rehab samordnare och rehabiliteringssamordnare. I texten används genomgående begreppet rehabiliteringskoordinator eller koordinator.

Bakgrund

Redan inför den första överenskommelsen mellan staten och SKL visade professor Kristina Alexanderssons studier inom området ”Hälsa, sjukdom, arbetsförmåga och sjukfrånvaro” att konsekvenser av att vara sjukskriven kan vara positiva och/eller negativa samt att sjukskrivningsprocessen ofta faller utanför det systematiska kvalitetsarbetet. Detta har successivt förändrats och de åtgärder som har vidtagits inom ramen för sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att stärka vårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt.¹

Sedan 2006 har staten och SKL ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen. Stimulansmedel har utgått via den s.k. sjukskrivningsmiljarden som i senare överenskommelser och fortfarande benämns ”En effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess”. Efter årliga uppföljningar och redovisade resultat har landstingen erhållit statliga stimulansmedel för olika fokusområden.

Första överenskommelsen 2006–2008 innebar att landstingen skulle ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och utveckla sjukskrivningsprocessen genom att arbeta med ledning och styrning, kompetensutveckling, samverkan och särskilda satsningar för kvinnor.

Överenskommelserna fortsatte och för att initialt inte varit särskilt detaljstyrda innebar överenskommelsen 2010–2011 mer tydliga mål som landstingen skulle uppnå för att få del av den fasta ersättningen och en ny ekonomisk modell för den rörliga delen.

Under perioden 2006–2010 minskade sjukfrånvaron i samtliga landsting med i genomsnitt cirka 50 procent. Det var många faktorer som påverkade sjukfrånvarons utveckling. Förändrade regelverk vid sjukskrivning och förutsättningar för sjukersättning var en bidragande orsak tillsammans med ökad medvetenhet om att hälso- och sjukvården var/är en viktig aktör i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Insatser för att vara kvar i arbete eller insatser för återgång i arbete var prioriterade områden. Där anses Sjukskrivningsmiljarden ha bidragit till att sjukskrivningsprocessen blev en mer aktuell fråga inom hälso- och sjukvården som stimulerades till åtgärder för att undanröja hinder som försvårade en effektiv handläggning av sjukförsäkringsärenden.

Efter 2011 började dock sjukfrånvaron åter att stiga och särskilt inom två områden - psykisk ohälsa och komplex, generell smärta identifierades ökad sjukfrånvaro.

¹ 1 Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning, Karolinska Institutet, 2013.

Redan 2006 och framåt införde några landsting på eget initiativ via stimulansmedlen funktionen rehabiliteringskoordinator (bland annat Sörmland, Västerbotten, Skåne och Jönköping) och successivt har alltfler landsting följt efter. I överenskommelsen för 2013 infördes ett villkor om tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Villkoret fanns även med i överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014–2015. Under 2015 skulle landstingen ha en funktion för koordinering på plats med bred förankring i hälso- och sjukvården där sjukskrivning var vanligt förekommande. Samtliga landsting redovisade att så var fallet.

Ett av kraven i överenskommelsen 2016 var att landstingen skulle redovisa om de infört funktionen för koordinering på grundnivå 5–6 eller utökad nivå 7–8 enligt ReKoordprojektet.²

Det handlade bl.a. om hur hälso- och sjukvården kunde bidra till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess samt utveckling av samverkan/samarbetet med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen i syfte att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt främja kvinnors och mäns återgång i arbete.

Kunskapen om denna så angelägna fråga har ökat genom åren och kraven på att implementera sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvårdens övergripande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet har funnits med i överenskommelserna ett flertal år.

Ett idogt arbete har pågått och pågår och genom den stimulans landstingen fått har kunskap, kompetens och medvetenhet ökat alltmer. Ledningsnivåerna inom hälso- och sjukvården bedöms i allt större utsträckning se sjukskrivning som en del av vård och behandling och följer även upp arbetet.

Aktiva insatser för att både förhindra och/eller förkorta sjukskrivningar och aktivt arbeta för att förebygga långtidssjukskrivningar är idag en mycket aktuell fråga.

En ny sammanställning som SKL presenterat visar att ökningstakten i sjukfrånvaron i kommuner och landsting bromsade in kraftigt 2016. Detta efter en ökning sedan 2011.

Ökningen på riksnivå är därmed betydligt mindre än åren innan och indikerar att sjukfrånvarokurvan är på väg att åter igen minska. Andelen långtidssjukfrånvaro minskar i både kommuner och landsting och nära en tredjedel av kommunerna redovisar en minskning av sjukfrånvaron.

Bilden stärks även av Försäkringskassans statistik. Deras analyser visar att det mål om nio sjukpenningdagar som regeringen satt upp för 2020 bör kunna nås med marginal, om inget drastiskt händer som helt förändrar nuvarande utveckling.

² ReKoordprojektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.

Beskrivning av vad funktion för koordinering innebär och hur uppdraget kan/bör se ut

Denna rapport beskriver landstingens redovisning av villkor 3 till Försäkringskassan enligt villkoren i 2016 års överenskommelse.

Med en funktion för koordinering kan landstingen i ett tidigt skede samverka kring individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Uppdraget som rehabiliteringskoordinator hade lite olika innebörd och innehåll hos olika landsting men generellt kan man säga att koordinatorfunktionen bedömdes vara en av nyckelfunktionerna för att få ordning och reda/struktur och långsiktighet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att kunna bidra till en effektiv sjukskrivningsprocess. Koordinatören var spindeln i ett väl fungerande sjukskrivningsnätverk och hade i en del landsting stöd av en läkare, sakkunnig i försäkringsmedicin.

En sådan funktion skulle bidra till ett ändamålsenligt stöd och möjliggöra tidig bedömning samt utveckling av samordning/samverkan internt och samverkan externt med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där arbetsgivare var en särskilt viktig aktör.

Det var viktigt att säkerställa att koordineringsfunktionen hade kompetens inom jämställda sjukskrivningar som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering, i syfte att göra rätt bedömningar om sjukskrivning, hitta rätt åtgärder samt undvika omotiverade skillnader mellan kvinnor och män.

Betydelsen av funktionen för koordinering har lyfts fram i flera aktuella studier³. Funktionen har visat ge positiva effekter på patientens rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering, samt för samverkan med externa parter. Enligt en studie gjord i Stockholms läns landsting hade en patient som fått stöd av en koordinator betydligt färre sjukskrivningsdagar än de som inte fick stöd av en koordinator

Utvärderingen visade att patienter som fått stöd av rehabiliteringskoordinator snabbare kom tillbaka i arbete och minskade sjukskrivningen med en tredjedel, 32 procent, jämfört med kontrollgruppen. Dessutom minskade den totala sjukskrivningsgraden och patienterna upplevde förbättrad livskvalitet jämfört med kontrollgruppen.

Kortfattad beskrivning av funktionen för koordinering:

- Individuellt stöd/coachning. Verka för att stödja kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att underlätta för patienten att återgå i arbete eller vara kvar i arbete.
- Intern samordning/stöd inom hälso- och sjukvården.

³ ReKoordprojektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013. Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen – en litteraturstudie”, SKL, 2015. Rapport om koordinatorfunktionen 2016

- Extern samverkan gentemot andra aktörer. I de fall det är lämpligt och patienten har gett sitt medgivande tas direktkontakter med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Inneha kompetens inom jämställda sjukskrivningar som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering, i syfte att göra rätt bedömningar om sjukskrivning, hitta rätt åtgärder samt undvika omotiverade skillnader mellan kvinnor och män.

Kraven i överenskommelsen 2016

Denna överenskommelse bestod av insatser som skulle vidtas inom prioriterade områden för att medel skulle betalas ut. Följande insatsområden ("villkor") ingick i denna överenskommelse:

1. En jämställd sjukskrivningsprocess
2. Kompetenssatsning i försäkringsmedicin
3. Funktion för koordinering
4. Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta
5. Utökad elektroniskt informationsutbyte
6. Teknisk plattform för stöd och behandling
7. Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning

Villkor 1–3 inkluderas på olika sätt i uppdraget funktion för koordinering varför dessa beskrivs nedan.

En jämställd sjukskrivningsprocess

Sjukskrivningarna har ökat de senaste åren och skillnaderna mellan kvinnor och män har ökat. Kvinnor är sjukskrivna i större utsträckning än män. De psykiska diagnoserna har ökat mest bland både män och kvinnor och är idag de vanligaste diagnoserna för kvinnor. Detta pekar på behovet av att fortsatt följa utvecklingen av sjukskrivningsmönster för kvinnor och män och att säkerställa en god kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för både kvinnor och män.

Villkor:

Med hjälp av den nationella statistiktjänsten och andra relevanta underlag skulle landstingen analysera sjukskrivningsmönster som en del i kvalitetsarbetet.

Landstingen skulle implementera de handlingsplaner och riktlinjer som hade utarbetats avseende området våld i nära relation i arbetet med patienters sjukskrivning.

Kompetenssatsning i försäkringsmedicin

Det försäkringsmedicinska området är en av grunderna för att säkerställa god kvalitet i arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för att det finns system och ledningsstrukturer

för kompetensutveckling och kvalitetsuppföljning av sjukskrivningsprocessen. Vidare har sjukvårdshuvudmännen ansvar för att säkra kompetensen för att klara uppdraget med en långsiktig och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess i hälso- och sjukvården.

Villkor:

Landstingen skulle vidmakthålla och vidareutveckla den försäkringsmedicinska kompetensförsörjningen i landstingens ordinarie system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling. Det skulle finnas en struktur för långsiktig kompetensförsörjning och kompetensstöd i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper. Strukturen skulle utgöra ett kontinuerligt kompetensstöd i form av fortbildning och handledning för läkare och andra professioner som var involverade i försäkringsmedicin, såsom sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer samt koordinatörer inom sjukskrivning och rehabilitering.

Kunskap om jämställdhet och våld i nära relationer skulle ingå i kompetensutvecklingen i försäkringsmedicin som en del i kvalitetsarbetet med sjukskrivningsprocessen. Likaså skulle det ingå, som en del i utbildningen och handledningen.

Funktion för koordinering

Hälso- och sjukvården var och är tillsammans med arbetsgivaren de aktörer som tidigt, ibland redan innan en sjukskrivning blir aktuell, får kännedom om patientens situation. Hälso- och sjukvården kan därmed skapa möjligheter att vid behov tidigt samverka kring kvinnor och män i sjukskrivningsprocessen genom att hitta former för samverkan internt inom vården och externt med andra aktuella aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och kommun.

För att möjliggöra en god samverkan kring patienten har landstingen, med stöd av överenskommelsen, infört en funktion för koordinering (rehabiliteringskoordinatorer). Denna funktion verkar för att stödja kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att underlätta för patienten att återgå i arbete eller vara kvar i arbete. Funktionen arbetar med stöd till patienten/individerna, intern samordning och stöd inom hälso- och sjukvården samt extern samverkan gentemot andra aktörer. Funktionen är relativt etablerad inom primärvården och finns även inom delar av specialistvården.

Betydelsen av funktionen har lyfts fram i flera aktuella studier. Det framkommer att funktionen för koordinering har positiva effekter på patientens rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering samt för samverkan med externa parter. Koordinatören bedöms vara en nyckelfunktion för att få långsiktighet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och kunna bidra till en effektiv sjukskrivningsprocess.

Regeringen och SKL bedömer att det är viktigt att vidmakthålla och vidareutveckla en funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården. En sådan funktion ska bidra till ett ändamålsenligt stöd för kvinnor och män, möjliggöra tidig bedömning samt utveckla samordning och samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där arbetsgivare är en särskilt viktig aktör.

Villkor:

Koordineringsfunktionen skulle omfattas av befolkningen som berördes av sjukförsäkringen för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Koordineringsfunktionen skulle ha kompetens inom jämställda sjukskrivningar som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering och landstingen skulle redogöra för hur de har säkerställt detta.

Ersättning utgick utifrån den nivå Försäkringskassan bedömt att respektive landsting befann sig på. Nedan följer en beskrivning vad som skulle och ska ingå i grund- respektive utökad nivå:

Grundnivå för koordineringsfunktionen

Koordineringsfunktionen ska ha ansvar för att vara rådgivare och kunskapsförmedlare, kontaktperson eller samarbetspartner till andra aktörer samt kontaktperson eller coach till sjukskrivna. Funktionen ska ha både en intern och extern roll i samverkan, t.ex. verka för tidig kontakt inom vården samt möjliggöra tidig samverkan och samarbete runt individen med andra aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten, dvs. motsvarande nivå 5–6 ReKoordprojektet.

I de fall det är lämpligt och patienten har gett sitt medgivande är det önskvärt att direktkontakter tas med arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det ska finnas uppdragsbeskrivning/direktiv för koordineringsfunktionen på landstingsnivå.

Utökad nivå för koordineringsfunktionen

En sådan koordineringsfunktion har, utöver den första nivån (grundnivån), ett uppdrag som i ännu högre grad innebär samordning och stöd, t.ex. coaching av patienter, analys av statistik, kartläggning av rehabiliteringsbehov, samarbete med andra aktörer och utveckling av rehabiliteringsteam, dvs. motsvarande nivå 7–8, ReKoordprojektet.

I de fall det är lämpligt och patienten har gett sitt medgivande tas direktkontakter med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det ska finnas uppdragsbeskrivning/direktiv för koordineringsfunktionen på landstingsnivå.

Redovisning

Landsting som befinner sig på grund- respektive utökad nivå avseende koordinatorkfunktionen.

I landstingens redovisningar från 2015 konstaterades att alla landsting hade en koordineringsfunktion på plats, men att omfattningen och funktionens uppdrag och arbetssätt varierade mellan landstingen. Ett flertal landsting bedömdes av FK ha uppnått den högre nivån för koordinering. I överenskommelsen 2016 ingick att redovisa innehållet i den nivå landstingen ansåg sig ha uppnått. Samtliga landsting redovisade att de befann sig på den utökade nivån och efter försäkringskassans bedömning godkändes flertalet landsting, dock ej Västmanland. Utifrån inlämnade redovisningar var det tydligt att det på ledningsnivå fanns beslut och framtagna uppdrag för införandet av funktion för koordinering. Flertalet landsting hade sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inkluderad i sina ledningssystem och tolkades som att medvetenheten och kunskapen om detta fanns och ökade successivt. Däremot föreföll det vara stor variation i hur den utökade nivån omsatts i praktiken.

Alla landsting hade utvecklat en koordinatorkfunktion med stöd till kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och som underlättade för patienten att återgå eller vara kvar i arbete.

Samtliga landsting hade redovisat sina uppdragsbeskrivningar för koordineringsfunktionen.

De flesta landstingen beskrev att koordinatorsuppdraget med viss variation skulle innehålla samtliga krav enligt ReKoordinationsprojektet.

Koordinatorerna ska:

- skapa rutiner o struktur kring enhetens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess
- ha god organisations- och samarbetsförmåga
- ha stöd och tydligt mandat från verksamhetschefen
- delta i kompetensutveckling och nätverksträffar
- vara stöd, rådgivare och bollplank till patienten
- vara rådgivande till kollegor inom arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
- analysera könsuppdelad statistik
- förmedla kunskap inom försäkringsmedicin och organisera tvärprofessionella team
- verka för god samverkan internt och externt
- tidigt ta kontakt med arbetsgivare
- vara kliniskt verksam

Hur såg det ut i landstingen/regionerna? Var fanns koordinatörer och i vilken utsträckning?

Flertalet landsting beskrev att det fanns, en del uttryckte att det är obligatoriskt, med rehabiliteringskoordinatorer på samtliga vårdcentraler och på sjukskrivningsintensiva sjukhuskliniker samt psykiatri. Här nämndes ortopedi, onkologi, reumatologi, vuxenpsykiatriska mottagningar, geriatrik och neurologi. Svårigheter beskrevs att få till funktionen för landsting som har många mycket små vårdenheter.

Det fanns beslut hos landstingsledningarna/beställare om att rehabiliteringskoordinator skulle finnas/tillsättas men det är svårt att utläsa hur mycket av dessa beslut som blev verkställda och om koordinatorfunktionen kommit igång fullt ut. Uppdraget beskrevs exemplariskt enligt "läroboken" som "kartlägga och analysera sjukskrivningsmönster utifrån kön, ålder, diagnos och sjukskrivningslängd. Ta fram handlingsplaner för jämställd sjukskrivningsprocess, medverka i sammanhållen sjukskrivningsprocess, vara rådgivare, kunskapsförmedlare, kontaktperson till andra aktörer internt och externt samt till patienten."

Flertalet landsting beskrev en processledning organiserad centralt på landstingsledningsnivå/beställarnivå med uppdrag att stödja och utveckla området kring försäkringsmedicin och dess nätverk, arbeta med kvalitetsssäkring och kvalitetsförbättring och med ansvar för att insatser för rehabiliteringskoordinatorer genomfördes i form av utbildning, stöd, introduktion, redovisningar med mera.

Det beskrevs att vårdcentralerna alltmer infört strukturerat sätt att tidigt arbeta med patienter med behov av samverkan.

Inom några landsting var tolkningen att mycket återstod innan rehabiliteringskoordinatorer fanns på plats med de uppdrag som beskrivits i ReKoordprojektet. Formella beslut fanns men implementering återstod.

Funktionen läkare sakkunnig i försäkringsmedicin eller läkare med försäkringsmedicinska uppdrag förekom, men än så länge i ett fåtal landsting. Landstinget Sörmland och Västerbotten hade funktionen på alla vårdcentraler och vissa kliniker och i en del landsting fanns funktionen i processledning eller i annan övergripande stödfunktion, bland annat i Jönköping. Skåne angav att det på enhetsnivå skulle finnas utsedd försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare och att hen ska ha kunskap om a) socialförsäkringens regelverk b) försäkringens betydelse i ett samhällsperspektiv c) praktisk försäkringsmedicin. Utifrån sin kunskap ska hen kunna ge stöd åt kollegor i sjukskrivningsärenden, där den försäkringsmedicinskt sakkunnige läkaren har ett särskilt ansvar.

I ett antal landsting var funktionen för koordinering införd i regelboken för vårdval.

Landstingen beskrev var det fanns koordinators och om de ingick i vårdval enligt följande:

(Uppgifterna bygger på vad landstingen har rapporterat. Det skiljer sig dock hur landstingen rapporterat vilket gör att informationen inte ser lika ut.)

Hur såg det ut i landstingen/regionerna? Var fanns koordinators och i vilken utsträckning?				
Landsting	Primärvård	Sjukhuskliniker	Angivit vårdval	Ej angivit vårdval eventuellt annan ersättning
<u>Blekinge</u> Obligatoriskt vid vårdenheter där sjuk-skrivning förekommer, verksamhets-chefens ansvar att utse en koordinator.	30 verksamma koordinators, främst inom primärvård	koordinators på sjukskrivnings-intensiva kliniker och vuxenpsykiatri	X	
<u>Dalarna</u>	22 koordinators i primärvården	beskrevs ett samarbete mellan kontaktsjuk-sköterskor på onkologmottagning en och rehab-koordinators i primärvården		X
<u>Gotland</u>	Koordinators på samtliga vårdcentraler.	Inom psykiatriska verksamhets-området fanns tre kurators med i stort uppdrag som koordinators		X
<u>Gävleborg</u>	På alla offentligt drivna hälsocentraler och de flesta privata	Inom ortopedi och vuxenpsykiatri.		X

Landsting	Primärvård	Sjukhuskliniker	Angivit vårdval	Ej angivit vårdval eventuellt annan ersättning
<u>Halland</u> ska finnas i verksamheter som möter patienter som bedöms ha risk för sjuk-skrivning längre än 60 dagar.	Vårdcentraler	Öppenvårds-mottagningar psykiatri	X	
<u>Jämtland</u> stor utmaning då många är mycket små vårdcentraler	Koordinatorer inom samtliga vårdcentraler, även privata, Resursfördelning 1,0 per 17 000 listade 16–67 år, totalt 4,8 tjänst i länet	vuxenpsykiatri 0,5 och ortopedi 0,25		X
<u>Jönköping</u> övergripande mål, styrkort och handlingsplan för sjukskrivning- och rehabiliteringsprocessen, revideras varje år	46 vårdcentraler	Koordinatorer finns på sjukskrivningstäta kliniker. 18 kliniker fördelat på ortopedi, medicin, rehab medicin, psykiatri och onkologi	X	
<u>Kalmar</u>	Koordinatorer på alla offentliga vårdcentraler och de privata förutom 2, ca 60 koordinatörer,	Koordinatorer på sjukhuskliniker (specialistvård), psykiatri och klinisk bettfysiologi		X

Landsting	Primärvård	Sjukhuskliniker	Angivit vårdval	Ej angivit vårdval eventuellt annan ersättning
<u>Kronoberg</u>	alla vårdcentraller, skulle omfatta minst 10 % av heltid. Tecknade tilläggsuppdrag krav på beskrivning av omfattning och hur koordinator arbetar med stöd av framtagna nivåbestämningar	finns inom specialistvården	X	
<u>Norrboten</u>	Målet var att det skulle finnas koordinatorer på alla hälso-centraler innan 2016 slut. 25 av 32 uppnåddes	Beskrev beslut att tillsätta 9 koordinatorer i närpsykiatri. Oklart vad resultatet blev		X
<u>Skåne</u>	Hänvisning till vårdförvaltningarnas ansvar och att det är krav på koordinatorer inom vårdvalen. Det angavs väsentligt att tillräcklig tid avsattes. Totalt ca 200 koordinatorer inklusive sjukhusanslutna enheter.	I uppdragen för hälso-och sjukvården omfattas också sjukhusanslutna enheter.	X	

Landsting	Primärvård	Sjukhuskliniker	Angivit vårdval	Ej angivit vårdval eventuellt annan ersättning
<u>Stockholm</u>	Fanns på 40 husläkarmottagningar och utvecklas stegvis	planeras för spridning till mottagningar inom öppenvårds-psykiatri, onkologi och reuma		X
<u>Sörmland</u>	totalt 42 koordinatörer mellan 0,35–0,5 tjänst, på samtliga vårdcentraler och vissa kliniker	koordinatörer på följande kliniker: ortopedi 1,35, reuma 0,4, onkologi 0,5, medicin 0,7, smärtenheten 0,25 och psykiatri 3,0 tjänst		X
<u>Uppsala</u>	Politiskt beslut om successivt breddinförande med start på länets vårdcentraler.	Senare införas på kliniker. Inom psyk på Akademiska sjukhuset finns samordnings-chef och kontaktpersoner vid psykiatriska öppenvårdsmottagn ingarna för funktion för koordinering		X
<u>Värmland</u> Beskrev att det fanns beslut om att organiseras i egen enhet med egen chef och det gällde både primärvården och slutenvården. Hur detta skulle ske framkom ej	Beskrev att beslut fattats att koordinatör och medicinska bedömnings-team skulle finnas på vårdcentraler Totalt 10 heltids tjänster inklusive sjukhusen	koordinatör och medicinska bedömningsteam på länets sjukhus i Arvika, Torsby och Karlstad.		X

Landsting	Primärvård	Sjukhuskliniker	Angivit vårdval	Ej angivit vårdval eventuellt annan ersättning
<u>Västmanland</u> Ej godkänd av Försäkrings- kassan på utökad nivå	Det beskrevs att landstinget hade implementerat Tidig samverkan och funktion för koordinator på samtliga vårdcentraler och beskrev att sjukskrivande läkare är koordinator.		X	
<u>Västerbotten</u>	på samtliga hälsocentraler o sjukstugor, totalt cirka 60 koordinatörer	specialistkliniker med mycket sjukskrivning	X	
<u>Västernorrland</u>	Koordinatorer inom samtliga hälsocentraler (knappt 10 heltid)	Koordinatorer på länets tre vuxen-psykiatriska mottagningar samt länskliniken för geriatrik, neurologi och rehabilitering	X	
<u>Västra Götaland</u>	Koordinatorer och sjukskrivningscoacher har funnits i primärvården sen 2010.		X	

Landsting	Primärvård	Sjukhuskliniker	Angivit vårdval	Ej angivit vårdval eventuellt annan ersättning
<u>Örebro</u> poängterade teamsamverkan och att rehabiliteringskoordinator skulle se till att rehabiliteringsplan upprättades vid risk för långtidssjuk-skrivning och extern samverkan hade etablerats särskilt med försäkringskassan för att få till avstämningsmöten.	Utsedd koordinator fanns på alla vårdcentraler	Fanns på sjukskrivnings-intensiva kliniker och på psykiatrin.		X
<u>Östergötland</u>	2015 infördes skullkrav för koordinator i primärvård	Sjukskrivning-intensiva kliniker.		X

Utbildning och stöd som ges till koordinatörerna i de olika landstingen och exempel på vad som ingår i utbildningarna

Utöver att det skulle finnas en uppdragsbeskrivning/direktiv för koordineringsfunktionen på landstingsnivå skulle landstingen redogöra för hur de hade säkerställt att koordineringsfunktionen hade såväl jämställdhets- som övrig kompetens som fordrades för att utföra uppdraget på ett effektivt och kvalitetssäkrat sätt.

Kompetenskrav där det nämndes i redovisningarna var legitimationsgrundande högskoleutbildningar som sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator/auktorerad socionom eller sjuksköterska.

Flertalet landsting beskrev olika former av utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser som givits till rehabiliteringskoordinatorerna men mycket övergripande och ofta går det inte att läsa ut innehåll och upplägg.

Samtliga beskrev årligen återkommande nätverksträffar från 1–6/år. Det varierade om försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten deltog. Det var relativt vanligt att någon i landstingen genomgått den utbildning för rehabiliteringskoordinator 7,5 högskolepoäng som Karolinska Institutet då och fortfarande genomför. I ett fåtal landsting hade alla koordinators denna utbildning (bland annat Jönköping).

Några landsting angav att de i sin utbildning använde sig av verktyget sjukskrivningar.se.

Flertal landsting beskrev att de gav utbildning för rehabiliteringskoordinatorer i användandet av Ineras statistiktjänst.

En del landsting beskrev att rehabiliteringskoordinatorerna fick utbildning i att hantera sjukskrivningsfrågor och försäkringskassans tillämpning av gällande regelverk samt försäkringsmedicinsk utbildning motsvarande AT-/ST-läkare samt utbildning i jämställdhet och våld i nära relation.

Utbildningsinsatser som landstingen redovisat förutom utbildning inom jämställda sjukskrivningar och hot och våld

Nedan redovisas vad landstingen beskrivit som genomförd utbildning för koordinatorserna.

(Uppgifterna bygger på vad landstingen har rapporterat. Det skiljer sig dock hur landstingen rapporterat vilket gör att informationen inte ser lika ut.)

Landsting	Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer
Blekinge	3 heldagar enligt utökad nivå, extern anordnare. Obligatorisk för alla koordinators. 7,5 hp på Karolinska Institutet (KI) för stödresurs till övriga koordinators. Fyra nätverksträffar/år då FK och AF deltar.
Dalarna	Använde sig av sjukskrivningar.se som kompetensstöd i försäkringsmedicin, utbildning på regelbundna nätverksträffar.
Gotland	Merparten av koordinatorserna hade grundutbildning i Motiverande samtal (MI), som kunskapsgrund erbjöds 7,5 hp via KI, erbjöds även professionell handledning som syftade till att ge deltagarna möjlighet till att reflektera över arbetsätt, metoder och situationer. Träffades i eget nätverk en gång per månad.
Gävleborg	Erbjöds försäkringsmedicinska utbildningarna Steg 1 och 2. Regelbundna koordinatorsträffar. Möjlighet fanns att delta i olika föreläsningar och seminarier efter önskemål och behov.

Landsting	Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer
Halland	Flera hade förutom tidigare coachutbildning genomgått KI:s utbildning på 7,5 hp för koordinering. Beskrev krav på grundutbildning i försäkringsmedicin och rehabiliteringssamordning, oklart hur detta genomfördes.
Jämtland	Träffades 1g/mån för information och erfarenhetsutbyte. Utbildats i coachande arbetssätt och kommunikation. Hänvisade utbildningsbehov till ReKoordprojektets rekommendationer, oklart hur detta genomfördes.
Jönköping	<p>Nätverksträffar 6 gånger/år per sjukvårdsområde (3 st.) för primärvårdens och klinikernas rehabiliteringskoordinatorer.</p> <p>Här ingick kompetenshöjning, information, ide´- och erfarenhetsutbyte samt lokal samverkan. Arbetsförmedlingen och försäkringskassan deltog. Varje verksamhetsområde inom klinik hade ytterligare 1 gång/år en egen utvecklingsdag. Årlig koordinatorkonferens med genomgång av överenskommelsen och beslutad handlingsplan, vartannat år deltog verksamhetscheferna. Försäkringsmedicinsk utbildning är obligatorisk. Karolinska institutets utbildning ”Koordinering av rehabprocessen” 7,5 poäng erbjuds till alla koordinatorer. Region Jönköping har en handbok för rehabsamordning som bland annat beskriver arbetssätt för tidiga insatser, verktyg för kartläggande rehabsamtal, trepartssamtal, extern samverkan och hur det ska dokumenteras. Operativa processledare handleder koordinatorerna ute på verksamheterna.</p>
Kalmar	Erbjöds 7,5 hp ”Koordinering av rehab processen”. Grundutbildning i försäkringsmedicin, som integrerades med AT- läkarnas försäkringsmedicinska utbildning. Utbildning i användandet av Ineras statistiktjänst.
Kronoberg	Lokala och länsgemensamma nätverksträffar och utbildningar
Norrbotten	Påfyllnad ny kunskap vid nätverksträffar
Skåne	2-dagars grundutbildning som arrangeras två gånger per år. Utbildningen ansvarar Region Skåne för i samverkan med FK, AF och kommunen.
Stockholm	Kompetensutveckling genom seminarier, nätverksträffar, KI:s 7,5 hp för funktion för koordinering samt grundutbildning i motiverande samtal (MI). De mest erfarna koordinatorerna ställde upp som stöd till nya kollegor. Ortopedkliniken på Södersjukhuset hade mentorskap med rehabiliteringskoordinatorer som skulle stödja koordinatorer i yrkesrollen på övriga sjukhus.

Landsting	Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer
Sörmland	Sörmland hade gemensamma nätverksträffar för rehabiliteringskoordinatorer och sakkunnig läkare i försäkringsmedicin 2 gånger/år, webbaserad introduktionsutbildning samt en tredagars ”körkortsutbildning” som erbjöds årligen.
Uppsala	Kompetensutveckling och kunskapsnätverk 2–3 ggr/termin. Innehåll beskrevs: grundläggande försäkringsmedicin, FK om sjukförsäkringen, hantering av statistiktjänsten, genus och könsaspekter på sjukskrivning, arbetsverktyg och teamarbete, arbetsgivaransvar och om att etablera kontakt med patientens chef. Processtöd individuellt eller i mindre grupper efter behov.
Värmland	Initialt deltog koordinatorerna i försäkringsmedicinsk utbildning för AT-/ST-läkare, mål att genomföra 7,5 hp koordinering.
Västmanland	Framgår ej
Västerbotten	Introduktion enskilt för nya koordinatorer. I grundutbildningen - körkortet - ingick fem delmoment samt eget arbete om jämställdhet.
Västernorrland	Samtliga koordinatorer i länet genomgått genusutbildning med fördjupning. Erbjudits deltagande i försäkringsmedicinsk basutbildning.
Västra Götaland	1-dagsutbildning samt 7,5 hp utbildning på avancerad nivå i samarbete med Göteborgs universitet (fr.o.m. ht -16).
Örebro	Nätverksträffar i primärvården för respektive länsdel och nätverksträffar för samtliga koordinatorer 2 gånger/år. Kompetensutveckling, stöd och erfarenhetsutbyte ingick. Vissa nätverksträffar var tillsammans med försäkringskassan för att utveckla samverkan. Liknande skulle starta i psykiatrin. Utbildning gavs i att ta fram och analysera statistik.
Östergötland	Utbildning har genomförts i samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivarrepresentanter samt Arbets- och miljömedicin i Region Östergötland. Utbildningen har varit uppdelad i moduler med bl a följande innehåll: dialog om roll och uppdrag, andra aktörers roller och uppdrag inkl. lagar och förordningar, försäkringsmedicin, arbetsätt och metoder, coachande förhållningssätt, (f)riskfaktorer – varningssignaler och genushanden, jämställd sjukskrivningsprocess och våld i nära relationer

Sammanfattningsvis konstateras att det varierar stort mellan landstingen hur mycket utbildnings- och kompetenshöjande insatser som genomfördes för

koordinatorerna. Några landsting hade utvecklat ett körkort på tre dagar som alla koordinatörer skulle genomgå. Ett större antal landsting erbjöd 7,5 hp-kursen för koordinering. Återkommande nätverksträffar där utbildning ingick var återkommande i flertalet landsting.

Hur arbetar man för att öka arbetsgivarkontakterna och vilka kontakter tas?

I villkoret för att uppfylla kraven i överenskommelsen beskrevs att, i de fall det är lämpligt och patienten har gett sitt medgivande, det är önskvärt att direktkontakter tas med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Landstingen beskrev en utveckling och ökat arbete med tidiga arbetsgivarkontakter på följande sätt:

(Uppgifterna bygger på vad landstingen har rapporterat. Det skiljer sig dock hur landstingen rapporterat vilket gör att informationen inte ser lika ut.)

Landsting	Hur arbetar man för att öka arbetsgivarkontakterna och vilka kontakter tas?
Blekinge	Hade arbetat med struktur och metoder för tidig arbetsgivarkontakt i utbildningar och på konferens. Brevmallar fanns för brev till arbetsgivare/patient och samtyckesdokument fanns på landstingets webbplats. Syftet var att ge koordinator metodstöd och verktyg enligt utökad nivå med fokus på ökad patientdelaktighet och effektivt och tidigt samverka med berörda parter.
Dalarna	Hade tagit fram en rutin med beskrivning av hur och när det var aktuellt att ta direktkontakter med arbetsgivare.
Gotland	Beskrev att strukturer för vårdens kontakt med arbetsgivare höll på att utformas, främst inom primärvården
Gävleborg	Beskrev att tydliga övergripande rutiner saknades och alla försökte hitta fungerande modeller på sina enheter. Direktkontakter togs efter patientens godkännande. Deltagande i avstämningsmöten var vanlig väg för dialog/kontakt.
Halland	Hade utvecklat ett arbetssätt mellan kommuner som arbetsgivare och närsjukvården samt Försäkringskassan. Det fanns mall för arbetsrelaterade frågor, brevmall för kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling och patientinformation i mapp.
Jämtland	Gav information till chefer att det var önskvärt att vården tog ökat ansvar för arbetsgivarkontakter och att stimulansmedel fanns. Kontakt med arbetsgivare kunde ske via behandlare eller koordinator.

Landsting	Hur arbetar man för att öka arbetsgivarkontakterna och vilka kontakter tas?
Jönköping	Sjukskrivningsstatistiken följdes regelbundet för att hitta rätt patienter med behov av koordinering. Kontakt togs med patienten för att ta fram rehabiliteringsplan och vid behov, efter samtycke, tidig arbetsgivarkontakt. Brev lämnades till patienten med information om rehabiliteringskoordinators roll. Eventuellt genomfördes trepartsmöte med patient, läkare/koordinator och arbetsgivare/arbetsförmedling.
Kalmar	Länets arbetsgivare hade fått en utbildningsinsats rörande psykisk ohälsa för att stimulera till ett bättre förebyggande arbete samt tidig samverkan med vården. En workshop på temat ”Skapa en hälsosam arbetsplats” hade genomförts för rehabiliteringskoordinatorer med fokus på kontakt med arbetsgivare i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I de lokala sjukskrivningsrutinerna fanns en uppmaning att i tillämpliga fall initiera kontakt med arbetsgivare eller Arbetsförmedling.
Kronoberg	Journalmall med specifik åtgärds kod för kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling. Arbetade på att ta fram koncept för tidig samverkan där alla yrkesprofessioner fick kunskap om och hur kontakt kunde tas för dialog med arbetsgivare/arbetsförmedling.
Norrbotten	Rutin fanns som angav att patienten var skyldig att medverka och arbetsgivaren hade skyldighet att vidta rehabiliteringsåtgärder. Arbetsgivarkontakt kunde tas av koordinator och bestod av möte där patienten medverkade, fysiskt eller telefon/video. Arbetsgivarkontakten skulle tas i anslutning till pågående rehabiliteringsinsats och resultera i överenskommen åtgärd. Arbetsgivarkontakten registrerades med åtgärds kod och verksamheterna ersattes med 2500 kr per arbetsgivarkontakt som etablerades och åtgärd vidtogs.
Skåne	Här var rutiner och/eller struktur ej beskrivna annat än följande: ”I de fall det är lämpligt och patienten gett sitt medgivande är det önskvärt att direktkontakt tas med arbetsgivare eller Arbetsförmedling om anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och arbetslivsriktad rehabilitering”
Stockholm	Startade samarbete med en stor arbetsgivares HR -funktion för att underlätta koordinators kontakter med patienternas närmsta chefer. Husläkarmottagningarna har speciell kod för kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling. För koordinator skulle återgång i arbete finnas med och uttalades från första kontakten med patient. Checklista för direktkontakt med arbetsgivare fanns.

Landsting	Hur arbetar man för att öka arbetsgivarkontakterna och vilka kontakter tas?
Sörmland	Det pågick och fortfarande ett pilotprojekt för att dels stärka koordinators roll i kontakten med arbetsgivare och dels stärka/underlätta för arbetsgivaren att få kontakt med vården. Koordinatoren har erbjudits utökad tid för detta och rutiner för hur kontakten ska tas har utvecklats. Projektet ska be forskas och utgöra grund för länsövergripande implementering. Arbetssättet TRIS samarbete med externa parter bidrog till och förstärkte kontakten med arbetsgivare/arbetsförmedling.
Uppsala	Beskrev att det ingick i koordinators uppdrag att på lämpligt sätt involvera och etablera kontakt med patientens chef/handläggare på arbetsförmedlingen. I första hand uppmanades patienten att ta denna kontakt eventuellt med stöd av koordinator. Vid dialogseminarier ingick även undervisning om betydelsen av att ta kontakt med arbetsgivare och hur.
Värmland	beskrev en modell "LARM" för att upptäcka tidiga signaler på stressrelaterad problematik. Arbetssättet innebar att koordinator tog tidig kontakt med arbetsgivare efter samtycke från patient.
Västmanland	Här var rutiner och/eller struktur ej beskrivna annat än följande: "Landstinget uppmuntrar vårdgivarna till tidig kontakt med arbetsgivare. Hälso- och sjukvården ska vidta de åtgärder som behövs." Regelbundna möten mellan processledare, försäkringskassa och arbetsförmedling.
Västerbotten	Rutiner har tagits fram på respektive enhet och utveckling pågick. Stimulansmedel utgick för kontakter med arbetsgivare i samband med rehabiliteringsinsatser. Forskningsprojekt vid Stress rehab - ADA arbetsplatsdialog för arbetsåtergång användes och utvärderas 2017.
Västernorrland	Hade startat samverkansprojekt inom vuxenpsykiatri och primärvård för att skapa bra rutiner för samverkan i de ärenden där det fanns behov. Koordinatoren hade en nyckelroll och var oftast den som tog den kontakten.
Västra Götaland	Enligt uppdragsbeskrivning och vårdöverenskommelse med offentlig primärvård skulle koordinatoren säkerställa att vården tog kontakt med arbetsplatsen tidigt i sjukskrivningsärendet. Utveckling på vårdgivarnivå kunde följas genom KVÅ-kod. Stimulanssättning utgick vid minst en arbetsrelaterad kontakt/insats/aktivitet (arbetsplatsdialoger, avstämningsmöten, arbetsplatsbesök, uppföljningssamtal eller utredande samtal).

Landsting	Hur arbetar man för att öka arbetsgivarkontakterna och vilka kontakter tas?
Örebro	Införde modell/rutin för tidig kontakt med arbetsgivare och koordinatör var spindeln i att hålla ihop detta arbete. Patienten uppmuntrades att tillsammans med arbetsgivaren fylla i ett kartläggningsdokument för att få fram en bild av vad som behövde anpassas och vad patienten klarade att göra och inte.
Östergötland	Verksamheterna tar fram egna riktlinjer för tidig kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen kopplat till verksamhetens handlingsplan för sjukskrivningsprocessen. Redovisningen visade att tidig kontakt vanligtvis tas av koordinatör eller läkaren och att det sker via telefon eller brev. Syftet med kontakten är att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av att anpassa arbetsplatsen/arbetsuppgifter/arbetstider eller initiera rehabiliteringsinsatser, för att patienten ska kunna vara kvar i arbete alternativt främja återgång i arbete. Om behov fanns skulle föreligger flerpartsmöte genomföras och handlingsplan upprättas.

Hur och vad ingår i utbildning och utveckling inom området jämställda sjukskrivningar som del av kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering?

Samtliga landsting beskrev att de ger utbildningar om jämställdhet och jämlikhet samt om hot och våld i nära relation och de var regelbundet återkommande. I regel ingick det i den basutbildning som gavs till rehabiliteringskoordinatorer samt var återkommande på nätverksträffar. Stöd som användes var bland annat boken Jämställda sjukskrivningar och Genushanden.

Några angav att i utbildning för att analysera sjukskrivningsstatistik ingick genusutbildning. I uppdraget ingick att tillse att verksamheten hade baskunskap om våld i nära relationer samt stöd i att det fanns rutiner att fråga om våld o våldsutsatthet. Jämställdhet diskuterades även i andra utbildningar och i dialogmöten.

Landstingens redovisade utbildningssatsningar:

(Uppgifterna bygger på vad landstingen har rapporterat. Det skiljer sig dock hur landstingen rapporterat vilket gör att informationen inte ser lika ut.)

Landsting	Hur och vad ingår i utbildning och utveckling inom området jämställda sjukskrivningar som del av kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering?
Blekinge	Jämställda sjukskrivningar ingick i tredagars utbildningen för koordinators som landstinget gav. Könsperspektivet kom också in i momentet risk- och friskfaktorer. Boken Jämställda sjukskrivningar och Genushanden användes.
Dalarna	Jämställda sjukskrivningar togs upp på nätverksträffar och utbildningsdagar. Ingick också att analysera och reflektera över sjukskrivningsstatistik inför presentation av könsuppdelad statistik på enheternas regelbundna möten.
Gotland	Utbildning kring våld och hot i nära relation, utbildningar om jämställdhet och jämlikhet.
Gävleborg	Erbjöds försäkringsmedicinska utbildningarna Steg 1 och 2 där genus, jämställdhet och våld i nära relationer ingick. Regelbundna koordinatorträffar. En separat utbildningsinsats inom jämställdhet och våld i nära relationer var regelbundet återkommande.
Halland	Grundutbildning i försäkringsmedicin och rehab samordning som innehöll genusperspektiv (Genushanden), risk för våldsutsatthet, arbetsmarknadens utformning i kvinnodominerade yrkesområden.
Jämtland	Följde statistik och analyserade ur genusperspektiv. Genomgick utbildning som handlade om jämställda sjukskrivningar enligt utbildningsplan som hänvisades till.
Jönköping	Kunskap om jämställdhet ingick i koordinators uppdrag, Varje vårdenhet har rutiner för uppföljning och analys av könsuppdelad statistik i sitt ordinarie arbete. Utbildning i hur man analyserade statistiken för att åstadkomma en jämställd sjukskrivningsprocess hölls. Kunskap om jämställd sjukskrivning ingår i utbildningen för AT-/ST- läkare i Försäkringsmedicin. Även koordinators erbjuds plats på försäkringsmedicinsk utbildning för AT och ST. Målsättning: 80 % av alla koordinators skulle ha den interna försäkringsmedicinska utbildningen och 50 % KI 7,5 hp rehab koordinering. Som utbildningsmaterial och i patientarbetet används Genushanden från Region Skåne för att tydliggör de områden som visar sig skapa genusfördomar i sjukskrivningsprocessen.
Kalmar	En fördjupad utbildning om genushanden och våld i nära relationer fanns tillgänglig 1–2 gånger per år beroende på behovet. Jämställdhet diskuterades även i andra utbildningar, dialogmöten och vid analys av statistik.
Kronoberg	Jämställdhet beskrevs som en naturlig del i uppdraget, togs upp på nätverksträffar och utbildningar.

Landsting	Hur och vad ingår i utbildning och utveckling inom området jämställda sjukskrivningar som del av kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering?
Norrbotten	Fortlöpande har det getts vidareutbildning i jämställd sjukskrivningsprocess och våld i nära relationer. Stående punkt på koordinatörsträffar med ny kunskap och erfarenhetsutbyte genom föreläsningar och diskussioner. Projektledare tillsatt 2016–2017 med stöd från SoS med mål att alla hälsocentraler ska ha fastställda rutiner om våld i nära relationer som är kända och tillämpas. Webbutbildning "att ställa frågan om våld".
Skåne	Ingår i koordinatörns grundutbildning. Kunskap om jämställdhet och våld i nära relationer ska ingå i kompetensutvecklingen. Bedömning av sjukskrivning som en del av vård och behandling och att undvika medikalisering av normala livshändelser ska ingå i fortbildning och handledning, liksom hur dialogen med patienten i dessa frågor kan utvecklas.
Stockholm	Det angavs att koordinatör skulle genomgå försäkringsmedicinsk webbutbildning med fokus på icke-medikalisering och jämställdhet. Obligatoriskt deltagande i seminarium om jämställdhet och våld i nära relationer. Specifik skrivning om jämställdhet i uppdragsbeskrivningen.
Sörmland	Jämställd sjukskrivning och våld i nära relationer ingår i introduktions- och körkortsutbildningen.
Uppsala	Ingick regelbundet i kompetensutvecklingen. Utbildning i att hantera statistik konsupplämnat. I grundläggande webbutbildningen ingick jämställda sjukskrivningar.
Värmland	Deltog i AT och ST-läkares utbildning samt hade särskild dag på temat jämställda sjukskrivningar och hot och våld i nära relationer.
Västmanland	Beskrev att jämställdhetsperspektivet var med på alla dialoger/uppföljningar på enheterna. Riktade utbildningar i hot och våld hade genomförts på alla vårdcentraler. Genushanden användes och Rehabstöd började man lära sig.
Västerbotten	Ingick i körkortsutbildningen, utöver de särskilda utbildningssatsningarna om hot och våld samt motiverande samtal. I grundutbildningen - körkortet - ingick fem delmoment samt eget arbete om jämställdhet.
Västernorrland	Samtliga rehabiliteringskoordinatörer i länet hade genomgått genusutbildning med fördjupning samt baskunskap om våld och hot.

Landsting	Hur och vad ingår i utbildning och utveckling inom området jämställda sjukskrivningar som del av kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering?
Västra Götaland	Moment om jämställdhet ingick i koordinatorsutbildningen. Likaså i upphandlade 7,5 p kursen som behandlade problematik kring genus och sjukskrivning.
Örebro	En större utbildningsinsats genomfördes inom jämställda sjukskrivningar inklusive hot och våld. Fortsatta satsningar jämställdhet ingick i kontinuerliga kompetens- och utbildningsinsatser på nätverksträffar.
Östergötland	<p>Jämställdhet och våld i nära relationer ingår i gruppdiskussionerna kring egna intyg i samtliga försäkringsmedicinska utbildningar, finns också som en separat utbildningsmodul med namnet "Våga fråga". I utbildningen har koordinatorena fått med sig utbildningsmaterial för att i sin tur utbilda vidare på den egna enheten. Utbildningen riktar sig till flera yrkeskategorier.</p> <p>Fortlöpande uppföljning avseende sjukskrivningsmönstret mellan kvinnor och män, delat på diagnosgrupper, ålder och sjukskrivningens längd med hjälp av Statistiktjänsten.</p>

Goda exempel och eventuella fallgropar

Det finns många goda exempel att lyfta fram från redovisningarna och hela rapporten är skriven på ett sådant sätt att exempel under respektive avsnitt/rubrik förhoppningsvis kan utgöra idéspredning och stimulans till utveckling. Några goda exempel som inte beskrivits tidigare anges nedan:

- Konferens med fokus på nivå 7–8 riktad till verksamhetschefer och rehabiliteringskoordinatorer för ökad kunskap om koordinatorkfunktionen och arbetsgivarkontakter. (Blekinge)
- Koordinator och läkarna hade tillgång till "Rehabstöd" som verktyg för att strukturerat följa upp och koordinera rehabiliteringsinsatser. (Blekinge)
- Dialogmöten genomfördes årligen på alla sjukskrivande enheter. Verksamhetschef, rehabiliteringskoordinator, samverkansansvarig från Försäkringskassan, handläggare från Arbetsförmedlingen och processledare deltog. (Kalmar)
- Artikelserie i lokaltidning för att öka befolkningens kunskap om sjukskrivningsprocessen och funktionen för koordinering. (Gotland)
- Information till arbetsgivare/HR-chefer i regionen om koordinators uppdrag för att öka förståelsen av sjukvårdens uppdrag inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. (Gotland)

- Informationsmaterial om funktionen för koordinering som vände sig till patient/befolkning i syfte att medvetandegöra det stöd som finns att få. (Halland)
- Checklista i telefonrådgivningen för att tidigt identifiera signaler och risk för sjukskrivning. Då det fanns risk etablerades kontakt med rehabiliteringskoordinatör. (Jämtland och Sörmland)
- Tydlig struktur för mötesformer och samverkan mellan vård, arbetsförmedling, försäkringskassa och socialtjänst. Fasta tider i tidboken. (Jämtland och Sörmland)
- Överenskommelser tecknades med externa myndigheter avseende samverkan där reko hade central roll. Gemensamma introduktions- och utbildningsinsatser för samtliga handläggare i extern samverkan. (Västerbotten)
- Projekt Guide för tidig samverkan - ett strukturerat sätt att på vårdcentral tidigt arbeta med patientfall som kräver samordning. Skiljer ut korta okomplicerade sjukskrivningar från längre. (Västra Götaland)
- Utvecklat samarbete mellan kontaktsjuksköterskor på onkologmottagningen och rehabiliteringskoordinatorer i primärvården enligt plan. (Dalarna)
- Sjukskrivningskollen (1177) beskrevs som ett verktyg i koordinatörens arbete. Programmet möjliggör en strukturerad, kontinuerlig kontakt med patienten, och ett stöd för patienten när det gäller delaktighet i sin egen sjukskrivningsprocess. (Kalmar)

Eventuella fallgropar värda att lyfta fram är möjligen att det finns en hel del otydlighet i levererade beskrivningar, som exempel :

För en del landsting är det svårt att läsa ut vad som var genomfört och vad som pågick. En del beskrev främst att det fanns övergripande rekommendationer avseende ledning och styrning samt riktlinjer för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Vissa landsting beskrev att rehabteam förekom på de flesta enheterna men det var inte tydligt med vad och hur teamen arbetade förutom att det gick att utläsa i uppdragsbeskrivningen.

En del landsting beskrev främst krav på insatser och uppdraget för den individ som var koordinatör utan att beskriva funktionen som ett medel för att få en väl fungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess på vårdenheten.

Alla landsting har redovisat sina uppdragsbeskrivningar för rehabiliteringsfunktionen men det varierar stort från att detta ska ingå till skrivningar med hög grad av frivillighet och inte förbindande i både uppdrag, organisation och rutiner. En anledning till det kan bero på att landstingen avvaktar att få besked om regeringen har för avsikt att ge förutsättningar för att permanenta funktionen.

Funktion för koordinering 2016

Rehabiliteringskoordinatorn är en ny och uppskattad roll i hälso- och sjukvården. Rollen har vuxit fram genom landstingens arbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och har utvecklats genom de överenskommelser som har tecknats mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet under ett antal år.

I denna rapport redovisas landstingens och regionernas arbete inom villkor 3 - funktion för koordinering, enligt 2016 års överenskommelse mellan SKL och Socialdepartementet.

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

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2017
ISBN: 978-91-7585-592-9
Text: Mariann Jansson