

# Funktion för koordinering 2017

LANDSTING OCH REGIONERS REDOVISNING AV VILLKOR 2

# Förord

2016 redovisade landstingen att funktionen rehabiliteringskoordinator fanns inom de flesta verksamheter i primärvården och även inom en del sjukhusspecialiteter. Detta gäller även landstingens redovisning för 2017. Rehabiliteringskoordinatorn är en ny roll i hälso- och sjukvården. Funktionen har ytterligare utvecklats och är uppskattad både av patienter, läkare, övriga medarbetare och av externa parter som arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunernas socialtjänst. Rehabiliteringskoordinatorn kan bidra till att förkorta sjukskrivningar visar flera studier, både internationella 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. Regeringens utredare har presenterat förslag på hur funktionen kan bli permanent i hälso- och sjukvården och enligt förslaget, som är ute på remiss, föreslås en ny lag träda i kraft 1 januari 2019.

Denna rapport är en redogörelse av landstingens redovisningar av villkor 2 - funktion för koordinering enligt den överenskommelse som tecknades mellan SKL och Socialdepartementet för 2017-2018. Rapporten är författad av Mariann Jansson som tidigare har arbetat i Landstinget Sörmland.

Maj 2018

Helén Lundkvist Nymansson

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

# Sammanfattning

Det är mycket positivt att landstingens utveckling av funktionen för koordinering ytterligare har utvecklats under 2017. Allt fler beskriver att koordinatören utgör en mycket viktig länk för att förbättra samverkan runt patienten både internt och externt. Innehållet i uppdraget har gradvis fördjupats i takt med att patienten, medarbetare, arbetsgivare och samarbetspartners alltmer ser den stora nytta funktionen för koordinering ger.

Samtliga landsting har redovisat sina uppdragsbeskrivningar för funktionen för koordinering. Beskrivningarna har blivit tydligare och mer ingående, men även 2017 varierar beskrivningarna av vad som ska ingå i funktionen och vad som är upp till rehabiliteringskoordinatören i både uppdrag, organisation och rutiner.

Alla landsting uppger att de har rehabiliteringskoordinatorer på samtliga vårdenheter i primärvården och att utbyggnaden börjat på sjukskrivningsintensiva sjukhuskliniker. I förhållande till 2016 har det skett en viss ökning av rehabiliteringskoordinatorer inom sjukhuskliniker.

De flesta landsting ersatte vårdenheterna ekonomiskt för funktionen rehabiliteringskoordinator men resurserna varierade stort, även hur de beräknades. I primärvården var en beräkning en heltid rehabiliteringskoordinator per 25 000 listade i arbetsför ålder, en annan hade en heltid per 10 000 listade patienter i arbetsför ålder. Beräkningen varierar i övrigt mellan 25 procent till 100 procent tjänst. Inom sjukhusklinikerna angavs lägre resurser avsatta, där rehabiliteringskoordinatorerna beskrevs mer som kontaktpersoner. Ofta delades funktionen mellan olika kliniker. Inom primärvården var det också vanligt förekommande att en heltid rehabiliteringskoordinatorers uppdrag ingick flera vårdcentraler. En svårighet med att fördela resurser beskrevs av landsting där det förekommer många mycket små vårdcentraler.

Samtliga landsting beskrev att kompetensutvecklingsinsatser för uppdraget har genomförts med kunskap i försäkringsmedicin, jämställdhet, våld i nära relation, rehabiliteringskoordinatorns uppdrag och innehåll. Utbildningen har skett via kurser, konferenser och återkommande nätverksträffar. Ett flertal landsting erbjöd rehabiliteringskoordinatorerna möjlighet att genomgå en utbildning på 7,5 hp (högskolepoäng) ”koordinering av rehabiliteringsprocessen” som finns på flera universitet, antingen i ordinarie kursutbud eller som uppdragsutbildning. Några landsting beskrev att det var ett krav för rehabiliteringskoordinatorerna att genomgå utbildningen.

I villkor 2.6 skulle landstingens redogöra för genomförd analys av vilka åtgärder som behövdes för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare. Landstingen har kommit olika långt och mycket arbete har påbörjats för att utveckla denna kontakt. En del landsting har genomfört en analys, andra inte, samtidigt som de beskrev en mängd redan

påbörjade insatser. Kan det vara så att analysen till viss del redan var avklarad och nu var man redan inne på verkställighet och utveckling? Oberoende av svaret beskriver det flesta landsting påbörjade och planerade insatser och vikten av tidiga kontakter med arbetsgivare, för att kunna bistå individen/arbetstagaren till återgång i arbete alternativt vara kvar i arbete under pågående rehabiliteringsinsatser.

Några landsting beskriver att det fortfarande finns en uppfattning och attityd i hälso- och sjukvården att det inte är hälso- och sjukvårdens uppgift att arbeta med arbetsgivarkontakter. Men genom att använda goda exempel och fortsätta utveckla kontakterna börjar hälso- och sjukvården att se dessa kontakter som ett verktyg bland andra för att skapa förutsättningar för arbetsåtergång.

Slutligen konstaterade samtliga landsting att funktionen underlättar och stödjer medarbetare i sjukskrivningsprocessen och att tydliga rutiner underlättar för både hälso- och sjukvården och externa samverkanspartners. Stödet från rehabiliteringskoordinatören underlättar för patienten att vara delaktig i sin egen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och inriktningen återgång i arbete löper som en röd tråd genom processen.

Fortfarande måste vi påminna oss att funktionen för koordinering 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.

Det som ständigt framkom i svaren är att när funktionen väl är etablerad uppskattas rehabiliteringskoordinatörens insatser och kompetens av både patienter och behandlande medarbetare och särskilt av läkarna. En väl fungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess kan vara 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, i tabeller kan förkortningen reko förekomma.

# 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 hälso- och sjukvårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt.<sup>1</sup>

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 sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess”. Efter årliga uppföljningar och redovisade resultat har landstingen erhållit statliga stimulansmedel för olika fokusområden.

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.

Efter 2011 började dock sjukfrånvaron åter att stiga och särskilt inom två områden - psykisk ohälsa och komplex, generell smärta identifierades ökad sjukfrånvaro. Fortfarande är den höga sjukfrånvaron ett stort problem och är ett av staten prioriterat område där många olika insatser pågår.

Under 2017 och fortfarande syns en minskning av sjukfrånvaron, och i den nyligen presenterade rapporten Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator<sup>2</sup> framkom bland annat följande effekter på sjukskrivning:

Positiv effekt för patienter:

- med sjukskrivningshistoria och diagnoser inom lätt medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta.

Ingen effekt för patienter:

- med kombination av långvarig smärta och psykisk ohälsa

---

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

<sup>2</sup> Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator - Utvärdering och utveckling av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting, SLL april 2018

- med låg eller ingen sjukskrivningshistorik och tidigare låg vårdkonsumtion, de klarar sin återgång i arbete utan stöd av koordinatören.

Redan 2006 och framåt införde några landsting på eget initiativ via stimulansmedlen funktionen rehabiliteringskoordinator (bland annat Sörmland, Skåne och Jönköping) och successivt har allt fler landsting följt efter. Under 2015 skulle landstingen ha en funktion för koordinering på plats med bred förankring i hälso- och sjukvården där sjukskrivning var vanligt förekommande. Ett av kraven i överenskommelsen 2016 var att landstingen skulle redovisa om de infört funktionen för koordinering på grundnivå eller utökad nivå enligt ReKoordprojektet.<sup>3</sup> Resultatet var att samtliga landsting godkändes av Försäkringskassan på den utökade nivån.

Det handlade bland annat om hur hälso- och sjukvården kunde bidra till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess samt utveckling av samverkan/samarbetet internt och 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.

Målet för överenskommelsen 2017-2018 är att slutföra flera av de insatser som har utvecklats genom tidigare överenskommelser. Det gäller bland annat koordinatorfunktionen. Regeringen har under 2017 utrett möjligheten att permanenta funktionen för koordinering i hälso- och sjukvården. Socialdepartementet har tagit fram ett förslag till en ny lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet. Den nya lagen beräknas träda i kraft 1 januari 2019.

## **Beskrivning av vad funktion för koordinering innebär och hur uppdraget kan eller bör se ut**

Denna rapport beskriver landstingens redovisningar till Försäkringskassan för 2017 enligt villkor 2 – Funktion för koordinering i 2017-2018 års överenskommelse.

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

Uppdraget som rehabiliteringskoordinator beskrevs med 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

---

<sup>3</sup> ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.

sjukskrivningsprocess. Rehabiliteringskoordinatören var spindeln i ett väl fungerande teamarbete och 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 och samverkan internt och samverkan externt med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där arbetsgivare var en särskilt viktig aktör.

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 rehabiliteringskoordinator färre sjukskrivningsdagar än de som inte fick stöd av en rehabiliteringskoordinator då det gäller patienter med psykisk ohälsa eller långvarig smärta.

Kortfattad beskrivning av funktionen för koordinering:

- Individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna, utifrån patientens önskemål och förutsättningar.
- Intern samverkan på vårdenheter och med övriga verksamheter i hälso- och sjukvården. I uppgiften ingår att kartlägga individens rehabiliteringsbehov och följa upp statistik om sjukskrivningsmönster.
- Extern samverkan där koordinatören är en samarbetspartner som tar kontakt med arbetsgivare eller arbetsförmedling, om patienten ger sitt samtycke, för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Syftet är att underlätta återgång i arbete eller att vara kvar i arbete. Andra viktiga samarbetspartners är försäkringskassan och kommunens socialtjänst.

## **Kraven i överenskommelsen 2017**

Denna överenskommelse gäller 2017-2018 och består av insatser som skulle/ska vidtas inom prioriterade områden för att utbetalning av medel ska ske. Följande insatsområden ("villkor") gäller:

1. Kompetenssatsning i försäkringsmedicin
2. Funktion för koordinering
3. Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta
4. Utökat elektroniskt informationsutbyte
5. Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning

Jämställdhet och frågor om våld i nära relationer som en faktor bakom ohälsa och sjukfrånvaro ingår som integrerade delar i de olika insatsområdena. Syftet är att jämställdhet och frågor om våld i nära relationer ska vara integrerade delar i landstingens kvalitetsarbete med sjukskrivning och rehabilitering.

Villkor 2 beskrivs nedan.

## **Funktion för koordinering**

Hälso- och sjukvården är tillsammans med arbetsgivaren den aktör som tidigt, ibland redan före att en sjukskrivning blir aktuell, får kännedom om patientens situation. Hälso- och sjukvården kan därmed skapa möjligheter att tidigt ge individuellt stöd åt patienten samt utveckla former för samverkan internt inom hälso- och sjukvården och externt med andra aktörer såsom arbetsgivare, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst.

Regeringen och SKL bedömer att det är viktigt att i denna överenskommelse säkerställa att funktionen för koordinering fortsatt byggs ut i landstingen så att den finns i de verksamheter där sjukskrivning är vanligt förekommande. Det är också viktigt att säkerställa att koordineringsfunktionen har den kompetens som krävs för uppdraget samt har kunskap i försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation.

### **Villkor:**

Senast vid utgången av 2018 ska landstingen säkerställa att funktionen för koordinering – med uppdraget så som det beskrivs nedan– finns i hela primärvården där sjukskrivning förekommer. Under 2017 ska landstingen analysera behovet av att funktionen med detta uppdrag finns inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården där sjukskrivning är vanligt förekommande. Under 2018 ska landstingen ha påbörjat införandet av funktionen i berörda verksamheter.

Funktionen har följande uppdrag:

- Individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna.
- Intern samverkan på vårdenheter och med övriga verksamheter i hälso- och sjukvården. I detta ingår att kartlägga individens rehabiliteringsbehov och följa upp statistik om sjukskrivningsmönster.
- Kontakt med arbetsgivare, om patienten ger sitt samtycke, för att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av anpassningar av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering i syfte att underlätta återgång i arbete eller att vara kvar i arbete. Är patienten arbetslös kan motsvarande kontakt tas med arbetsförmedlingen. Andra viktiga samarbetspartners för funktionen är försäkringskassan och kommunen.

Landstingen ska säkerställa att funktionen för koordinering ges den kompetensutveckling som krävs för uppdraget. I detta ingår kunskap om försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering. Landstingen ska också säkerställa att det ges kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling. Ett särskilt viktigt område är att kontakterna mellan funktionen och arbetsgivare utvecklas. Landstingen ska under 2017 analysera vilka åtgärder som behövs för att utveckla sådana kontakter. Under 2018 ska landstingen vidta dessa åtgärder.



# Landstingens redovisningar 2017

Följande områden är redovisade och ingår i villkor 2:

- Uppdragsbeskrivningen
- Utbredning i primärvård respektive specialistkliniker där sjukskrivning är vanligt förekommande
- Kompetensutveckling - funktionen för koordinering ges den kompetensutveckling som krävs för uppdraget (i detta ingår kunskap i försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation)
- Säkerställa att det ges kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling.
- Arbetsgivarkontakt - Landstingen ska under 2017 analysera vilka åtgärder som behövs för att utveckla sådana kontakter.

## Uppdragsbeskrivningen

Enligt överenskommelsen skulle landstingen lämna in en uppdragsbeskrivning/direktiv för koordineringsfunktionen på landstingsnivå som skulle omfatta följande områden:

- Individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna.
- Intern samverkan på vårdenheter och med övriga verksamheter i hälso- och sjukvården. I detta ingår att kartlägga individens rehabiliteringsbehov och följa upp statistik om sjukskrivningsmönster.
- Extern samverkan med arbetsgivare, om patienten ger sitt samtycke, för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering i syfte att underlätta återgång i arbete eller att vara kvar i arbete. Är patienten arbetslös tas motsvarande kontakt med arbetsförmedlingen. Andra viktiga samarbetspartners är försäkringskassan och kommunen.

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

De flesta landsting hade redovisat sina uppdragsbeskrivningar för koordineringsfunktionen, dock i varierande format. De flesta har bifogat uppdraget, antingen som separat dokument i redovisningen eller som länk/not i den digitala redovisningen. Några landsting har redovisat uppdraget inkluderat i ledningssystemet.

Då det i tabellen nedan anges - *innehåller samtliga tre delar* - avses

- individuellt stöd till patienter

- intern samverkan på vårdenheten och med andra verksamheter inom hälso- och sjukvården
- extern samverkan med arbetsgivare/ arbetsförmedling, försäkringskassan och kommunen.

**Tabell 1**

<b>Landsting</b>	<b>Uppdragsbeskrivningen</b>
Blekinge	Innehåller samtliga tre delar.
Dalarna	Beskrev att man arbetar utifrån uppdaterad arbetsbeskrivning och angavs att den innehåller efterfrågat innehåll. Beskrevs att det planeras för en uppdatering av uppdraget i primärvården och att man ska göra en ny för klinikerna.
Gotland	Innehåller samtliga tre delar.
Gävleborg	Innehåller samtliga tre delar.
Halland	Innehåller samtliga tre delar, fokus på stödja chefen, medarbetare internt och även externt, rutiner, koordinera på egna enheten, säkra att patienten är informerad om ansvarsfördelningen. Individuellt stöd till patienten kan eventuellt utvecklas.
Jämtland/Härjedalen	Finns två uppdagsbeskrivningar en för primärvården och en för specialistvården. Innehåller samtliga tre delar.
Jönköping	Innehåller samtliga tre delar, bifogad digitalt.
Kalmar	Innehåller samtliga tre delar.
Kronoberg	Innehåller samtliga tre delar.
Norrboten	Texten beskriver kortfattat uppdraget, innehåller samtliga tre delar men dokumentet saknas, finns ej heller digitalt.
Skåne	En övergripande beskrivning av uppdraget är bifogat, innehåller samtliga tre delar som sen respektive enhet ska utforma. Uppgifterna beskrivs som skapa rutiner, struktur, förutsättningar för samordning, stödja medarbetare, koordinera möten mm. Individuellt stöd till patienten kan eventuellt utvecklas.
Stockholm	Har bifogat uppdagsbeskrivning för handkirurgisk klinik, ortopedklinik och primärvård och innehåller samtliga tre delar.
Sörmland	Innehåller samtliga tre delar, bifogad digitalt
Uppsala	Innehåller samtliga tre delar. Tydlig ansvarsfördelning framgår, dels vad koordinator ska, vad chef ska och vad regionkontor ska.
Värmland	Innehåller samtliga tre delar.

Landsting	Uppdragsbeskrivningen
Västmanland	Till skillnad från redovisningen 2016 innehas funktionen nu av andra professioner än läkare. I redovisningen av villkor 2.1 beskrivs de tre områden som ska ingå vilket framgår i deras ledningssystem.
Västerbotten	Innehåller samtliga tre delar, ingen separat medskickad uppdagsbeskrivning men sist i det bifogade ledningssystemet finns uppdraget rehabiliteringskoordinator med. Angavs att uppdragen kan se olika ut beroende på behov av koordinering.
Västernorrland	Innehåller samtliga tre delar, allmänt hållen med beskrivning vad uppdraget som koordinator kan vara, få satser vad uppdraget ska vara. I dokumentet beskrivs även åtaganden för verksamheten och för enheten för Försäkringsmedicin.
Västra Götaland	Med som en not i digitala redovisningen. Innehåller samtliga tre delar, kort och övergripande. Angavs att verksamhetschef ska formulera lokal arbetsbeskrivning efter ovanstående grunddokument.
Örebro	Innehåller samtliga tre delar. Rehabkoordinatorn utför sitt uppdrag inom ordinarie tjänst.
Östergötland	Innehåller samtliga tre delar.

### **Hur ser det ut och var finns rehabiliteringskoordinatorer i primärvård respektive specialistkliniker där sjukskrivning är vanligt förekommande**

Villkor 2.2 innebär att landstingen skulle redogöra för planen hur koordineringsfunktionen, med uppdraget såsom det beskrivs i överenskommelsen 2017-2018, har införts eller kommer att införas i primärvården.

Villkor 2.3 innebär att landstingen skulle redogöra för landstingets analys av behovet av koordineringsfunktion inom andra verksamheter där sjukskrivning är vanligt förekommande (förutom primärvården) och där man har och/eller kommer påbörja införandet under 2018.

Flertalet landsting beskrev 2016 att det fanns rehabiliteringskoordinatorer på samtliga vårdcentraler och på sjukskrivningsintensiva sjukhuskliniker samt psykiatri. Här nämndes ortopedi, onkologi, reumatologi, vuxenpsykiatriska mottagningar, geriatrik och neurologi.

Generellt för 2017 i jämförelse med 2016 hade koordinatorfunktionen ytterligare utvecklats i primärvården. Allt fler beskrev att de arbetade med sjukskrivningsstatistiken för att både tydliggöra behov av insatser men även som underlag vid diskussioner om dimensionering av koordinatorsresurser på

vårdenheterna. Det var också tydligt att tjänstgöringstid/avsatt resurs på vårdcentralerna hade utökats inom många landsting. Ett nyckeltal som några angav var utökning till en heltidsresurs per 10 000 listade i arbetsför ålder. Många angav också att en person kan arbeta som rehabiliteringskoordinator på mer än en vårdcentral eller klinik. Inom sjukhuskliniker hade ytterligare specialiteter tillkommit som medicin, kirurgi och kvinnosjukvård.

Landstingens beskrivning av var det fanns rehabiliteringskoordinatorer 2017:

**Tabell 2**

Landsting	Primärvård	Sjukhuskliniker
Blekinge	Fanns på alla vårdcentraler	Reko på specialistpsykiatri vuxenpsykiatriska mottagningar, medicin-, kirurg-, ortoped-klinik, thoraxcentrum och rehabiliteringsklinik.
Dalarna	24 koordinatörer i primärvården	Arbete pågick för utökning inom öppenvårdspsykiatri. Pilotprojekt inom cancerområdet, planerad implementering hösten 2018. Behov att påbörja arbete för införande på Kvinnokliniken, två reko på ortopedklinikerna.
Gotland	Koordinatorer på samtliga vårdcentraler.	Fanns på smärteamnet. Inom psykiatri fanns kuratorer med i stort uppdrag som koordinatörer och planer fanns att implementera funktionen fullt ut i psykiatri. Möte inplanerat med cancer- och kirurgivården för att inventera behov, därefter på ortopedin.
Gävleborg	På alla offentligt drivna hälsocentraler och de flesta privata, utbyggnad fortsätter med inriktning anpassning av tjänstgöringsgrad mot utökat uppdrag.	Fanns inom ortopedi, reuma och vuxenpsykiatri (fyra områden), fler kliniker hade visat intresse. Utbyggnad efter analys. Dialog med rehabiliteringsmedicinska kliniken.
Halland	Alla vårdcentraler	Under 2017 prioriterades öppenvårdsmottagningar psykiatri. Dialog med ortopedin om behov, ej klart. Dialog startad för att se om rekofunktion kunde tillföras det strukturerade arbetet i cancerprocesserna.

<b>Landsting</b>	<b>Primärvård</b>	<b>Sjukhuskliniker</b>
Jämtland/ Härjedalen	Reko på alla vårdcentraler. För 2018 beslutats utökning till en heltid/ 10 000 listade i arbetsför ålder. Reko baseras på volym sjukskrivna och ärendens komplexitet. Underlag för analysen var statistiktjänsten och verksamhetsföreträdarens kunskap.	Fanns inom vuxenpsykiatri och ortopedi. Under 2018 kommer bemanningen koordinatörer ökas så även område medicin och område kirurgi får del av resursen. Även område Hjärta- neuro och reumatologi erbjuds reko 2018.
Jönköping	Fanns på alla vårdcentraler	Fanns inom ortopedi-, psykiatri-, medicinklinik, rehabiliteringsmedicinska kliniken och onkologen. Bedömdes att koordinatörer fanns på de kliniker som hade behov av det.
Kalmar	Fanns på alla vårdcentraler utom en	Angav att det fanns reko på psykiatrin och 12 enheter inom specialistvården. Utifrån analys saknades koordinator på 2 enheter, inledande diskussion efter sommaren.
Kronoberg	Fanns på alla vårdcentraler	Analys via Statistiktjänsten baserad på antal sjukfall och verksamheter med högst andel sjukfall hade identifierats. Dialog kring styrning, ledning, styrande dokument mm hade visat att ortopedklinik och vuxenpsykiatri var de verksamheter med flest sjukfall och i störst behov av införande av koordinator. Angav inget om implementering på dessa enheter.
Norrbottn	Fanns på alla vårdcentraler utom en	Inom vuxenpsykiatrin var reko implementerad i hela länet. Analys påbörjats och dialog i första hand med länschefer ortopedi, kvinnosjukvård och kirurgi. Rekrytering höst -17 och vår -18. Länsenheten Ortopedi haft egen reko 2011-2016 som resulterat i att arbetsmetoden implementerats i ordinarie verksamhet varför de inte upplevde att funktionen behövdes. Möten med övriga verksamhetschefer under hösten 2017.

<b>Landsting</b>	<b>Primärvård</b>	<b>Sjukhuskliniker</b>
Skåne	Flertalet av Skånes vårdcentraler/motsvarande hade reko. Hänvisades till vårdförvaltningarnas och leverantörernas ansvar. Ska finnas minst en utsedd sakkunnig läkare och en koordinator på varje enhet.	Analysarbete pågick för att kartlägga om utbildade reko arbetade som reko, om man hade avsatt tid för arbetet, om man upplevde att man hade tillräckligt med tid för uppdraget, samt vilka yrkeskategorier som hade uppdraget som reko. Under 2016 och framåt hade den psykiatriska divisionen stärkt funktionen för reko, likaså fanns det enstaka reko på neurologen, specialistvård smärta, ortopedin, reumatologiska kliniken, handkirurgen med flera. Införande av reko inom sjukhusansluten öppenvård fortsätter under 2018.
Stockholm	Införandet av funktionen i primärvården löper på successivt. Antalet mottagningar med reko hade ökat varje år sen 2015. Bedömning samma trend för 2018.	Behov av reko var analyserat inom olika medicinska specialiteter. Bedömningen var att inom gynekologi, onkologi, reumatologi, neurologi, kardiologi, ortopedi, handkirurgi samt öppenvårdspsykiatri kan finnas behov av funktionen. Inom akutsjukhusens ortopedkliniker, handkirurgi och öppenvårdspsykiatri var funktionen införden tidigare.
Sörmland	Finns på samtliga vårdcentraler	Reko på följande kliniker: Psykiatri, ortopedi, medicin, onkologen, reuma. Identifierat behov på rehabiliteringskliniken med inriktning stroke som kommer att tillsättas.
Uppsala	En oberoende extern utredare skulle under hösten 2017 svara på om och hur funktionen reko ska implementeras i primärvården och på sjukhusen utan statsbidrag från 2019. I dagsläget fanns reko på 32 av länets 47 vårdcentraler.	Oberoende utredarens rapport klar januari 18 om rekos utbredning från 19. Finns redan inom psykiatri. Sjukskrivningsintensiva verksamhetsområden hade identifierats och medfört att 2018 starta upp reko anpassad till sjukhus på ett par ställen för sen successiv utbyggnad, troligen start med affektiv mottagning psykiatri, ortopedi, reuma och onkologi.

<b>Landsting</b>	<b>Primärvård</b>	<b>Sjukhuskliniker</b>
Värmland	Fanns på samtliga vårdcentraler, beslut fanns om permanentning och utökning av rekofunktionen.	Förutom i primärvården, beskrevs: reko är organiserad i åtta verksamhetsområden inom öppen vård. Varje reko har ett individuellt uppdrag att ansvara för koordinering i olika verksamheter. För reko med uppdrag på Centralsjukhuset och dess kliniker driftsätts reko på en klinik i taget, angav att insatser skedde vid ortopedi, neurologisk klinik och hörselvård. Genom utökning av rekojänster gavs möjlighet att utveckla rekofunktionen vid länets sjukhus i Karlstad, Torsby och Arvika.
Västmanland	Hade infört funktion för koordinering på samtliga vårdcentraler. Under senhösten 2017 efterfrågades handlingsplaner/ rutiner från varje vårdcentral.	Statistik hade analyserats och bedömt verksamheternas behov av reko i dialog med verksamheterna. Psykiatri, ortopedi, neurologi, reuma och medicin var de mest sjukskrivningsintensiva klinikerna. Dialog var påbörjad med onkologen. Kontakt hade upprättats med kliniker ovan och plan fanns att boka möten med verksamhetschefer och teamen höst 17 vår 18.
Västerbotten	Fungerande rekofunktion integrerad på alla vårdcentraler	Analyserade 2008 behov av reko, angavs att det fanns på de stora sjukskrivningsintensiva klinikerna. Psykiatricentrum, hand- plastikkirurgiska kliniken, neurologkliniken, ortopediska kliniken, stressrehabiliteringen, smärtrehabiliteringen, reumatologkliniken, cancercentrum, neurorehabiliteringen, hjärtcentrum, medicinkliniken, öron-och ögonkliniken har kontaktpersoner/ reko med mindre uppdrag. Dessa funktioner hade ingen ersättning för uppdraget utan bedrevs inom klinikens ramar.

<b>Landsting</b>	<b>Primärvård</b>	<b>Sjukhuskliniker</b>
Västernorrland	Koordinatorer inom samtliga hälsocentraler	Reko väl etablerad inom vuxenpsykiatri. Analys genomförd i 12 verksamheter, där sjukskrivning var vanligt förekommande och/eller haft reko sen tidigare, gällde Länskliniken för geriatrik, neurologi och rehabilitering (GNR) och länsverksamhet ortopedi men funktionerna var vakanta. Ortopedin såg inte behov. Dialog påbörjats om återinförande reko på GNR. Plan fanns för införande på medicinent- rum Ö-vik. Sammanfattade analysen med att det generellt råder okunskap om på vilket sätt reko kan vara stöd i verksamheten. Flera verksamheter hade efterfrågat att i verksamheten ha en särskilt försäkringsmedicinskt ansvarig läkare (kontaktläkare) som kontaktperson till processledarna, mottagare av information och stöd till kollegor. Landstinget hade beroende på verksamhetens art och behov beslutat att arbeta för ett införande av både reko och ”kontaktläkare”
Västra Götaland	Fanns på 90 % av vårdcentralerna, erbjöds en heltid/ 25 000 listade.	Reko fanns inom de stora sjukhusförvaltningarna. Tillgång till reko inom psykiatri, ortopedi, reuma, neurologi, beroendevård och cancervård. Planerade att göra en strategi med analys av sjukskrivningsprocessen och dokumentation av lokala rutiner.
Örebro	Fanns på alla vårdcentraler, resurstillskott som säkrade att reko arbetade i enlighet med fastställd uppdragsbeskrivning.	Arbete hade påbörjats om hur reko fungerade i praktiken. Inledningsvis fokus på psykiatri för att få till reko med liknande innehåll som reko primärvård. Möten planerades med område medicin och rehab samt område opererande/onkologi för att utveckla rekofunktionen.



<b>Landsting</b>	<b>Primärvård</b>	<b>Sjukhuskliniker</b>
Östergötland	Finns på alla vårdcentraler. Tillägg 2018: rekouppdraget ska motsvara minst 50 % av heltid per 10 000 listade i arbetsför ålder.	2015 infördes ett skallkrav för reko i primärvård och på specialistkliniker. I nuläget är funktionen etablerad, sedan flera år i psykiatri och neurologiska kliniken. Implementering pågår inom delar av specialistsjukvården. Till de mer sjukskrivningsintensiva enheterna räknas, förutom psykiatri, ortopedkliniken, onkologiska kliniken, hand- och plastikkirurgiska kliniken.

### **Kompetensutveckling - funktionen för koordinering ges den kompetensutveckling som krävs för uppdraget (i detta ingår kunskap i försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation)**

I överenskommelsen 2017-2018 beskrivs att landstingen ska säkerställa att funktionen för koordinering ges den kompetensutveckling som krävs för uppdraget. En förändring sen tidigare års överenskommelser är att jämställdhet och våld i nära relation nu ingår i samtliga områden och inte längre finns som ett eget ”villkor”. Kompetens inom jämställdhet och kunskap om våld i nära relation som en faktor bakom ohälsa och sjukfrånvaro ska vara integrerade delar i landstingens kvalitetsarbete med sjukskrivning och rehabilitering och är fortsatt viktiga att uppmärksamma och bevaka. Det är vidare viktigt att bevaka så kunskap i försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation ingår i pågående insatser och särskilt bevaka att kompetensutveckling ges inom dessa områden.

Vad innebär att rehabiliteringskoordinatören har kompetens och kunskap enligt överenskommelsen?

Det förväntas att de personer som har uppdrag att arbeta som rehabiliteringskoordinator har kompetens för att ge individuellt stöd till patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna och att de kan arbeta med intern samverkan, vilket bland annat innebär att man kartlägger individers sjukskrivning och rehabiliteringsbehov och följer upp sjukskrivningsmönster. De ska även kunna arbeta med extern samverkan med arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen om patienten gett sitt samtycke. Landsting och regioner anordnar antingen egna utbildningar eller köper in dessa utbildningar.

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

## **Säkerställa att det ges kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling.**

I landstingens redovisningar av 2016 års villkor beskrev flertalet landsting en processledning organiserad centralt på landstingsledningsnivå/beställarnivå med uppdrag att stödja och utveckla området kring försäkringsmedicin och dess nätverk, arbeta med kvalitetssäkring och kvalitetsförbättring. Vidare ett ansvar för att insatser för rehabiliteringskoordinatorer genomfördes i form av utbildning, stöd, introduktion, redovisningar med mera.

Vad innebär det i villkoren för 2017-2018 att landstingen ska säkerställa att det finns ett kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling?

Utöver att personer som har uppdraget rehabiliteringskoordinator får olika utbildningar behövs ett kontinuerligt stöd till dessa personer över tid, särskilt eftersom funktionen och arbetssättet fortfarande är nytt. Det kan exempelvis innebära att landstingen samlar rehabiliteringskoordinatorerna för utbildning eller erfarenhetsutbyte eller handledning. Formerna för stödet behöver varje landsting utveckla utifrån sina förutsättningar.

Då efterfrågad redovisning av landstingens kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer och vilket stöd som kontinuerligt ges till funktionens arbete och utveckling har ett nära samband redovisas detta nedan i en gemensam tabell:

**Tabell 3**

<b>Landsting</b>	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
Blekinge	Tredagarsutbildning som tagits fram tillsammans med SKL, försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation ingår. Introduktion individuellt, innehåller bl a uppdraget, ledningssystemet, statistik, metodstödet mm. Kan även delta i AT- utbildningen i försäkringsmedicin. Årliga utbildningsinsatser med olika teman. 2017 var temat vårdens kontakt med arbetsgivare som gavs i samarbete med Jönköping och Halland. Under 2017 deltog alla reko i den fortbildningsdag som anordnades för yrkesverksamma primärvårdsspecialister. Nya reko har erbjudits deltagande i Jönköpings KI-utbildning på 7,5 p. (KI = Karolinska Institutet).
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Obligatoriska nätverksträffar minst 4 ggr/år. Ledningen involveras för att säkerställa ledningens förståelse, kunskap om uppdraget och stöd. Reko deltog i verksamhetsdialoger med FK. Reko har egen flik på landstingets intranät med "sida" om sjukskrivning och rehabilitering, info om uppdraget, länkar mm. Landstingets processledare informerade regelbundet om nyheter inom området.

Dalarna	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Ny utbildning med fem tillfällen, innehåll: Sjukskrivningsprocessen, uppdraget, sjukskrivningsstatistik, rollen, grundläggande försäkringsmedicin, förebyggande sjukpenning. Statistikuppföljning och diskussioner utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Våld i nära relation i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Personcentrerad vård i teamarbetet. Fördjupad försäkringsmedicin och intern och extern samverkan.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	I uppdraget för landstingets projektledartjänster ingår att stödja reko genom utbildning, nätverksträffar, informera om utbildningar, konferenser, litteratur, forskningsnytt samt andra nyheter inom området. Nätverksträffar ca 1 gång per månad. I november 2017 heldagsträff för samtliga reko. Syftet med dagen var att tillsammans med reko göra en behovsanalys och planering för att säkerställa behovet av rätt stöd till reko under 2018.
Gotland	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Reko deltog i samma utbildning försäkringsmedicin som ST, utöver det olika webbutbildningar bl a våld i nära relation, HBT, normer, etnicitet mm. 7,5 hp KI erbjöds. Nya reko fick utbildning hos FK samverkansansvariga lokalt.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Sedan 2015 erbjuds alla reko professionell handledning, beskrevs fylla viktig funktion och förutsättning för yrkesmässig utveckling av rekofunktionen. Reko träffades i eget nätverk en gång/mån, reko utformade träffarna baserat på önskemål och behov som uppkommer. Stöd för reko från processledare/ledning framgick inte.
Gävleborg	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Utbildning för reko i samarbete med samordningsförbund, innebar termin 1 uppdragsutbildning motsvarande 7,5p KI, termin 2 kommunikation, process, ledarskap, arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Regelbundna nätverksträffar 3-4 gånger/termin med utbildning och nationell och lokal information, mentorskap mm. Nya reko och äldre med behov påfyllnad deltog i utbildning försäkringsmedicin för läkare steg 1 och 2, där ingår även avsnitt om jämställd vård samt våld i nära relationer.  Struktur med fyrpartssamverkan, TRISAM, har byggts upp där Reko har en central roll. Utbildningssatsningar gjorda inom området.

Gävleborg	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Stöd till hela gruppen via processledaren, via mentorskap mellan nya och erfarna reko, träffar med FK och processledare inom TRISAM. Reko och bl a rådgivningssköterskor erbjuds delta i varje termin återkommande utbildningar inom försäkringsmedicin för AT och ST-läkare, introduktion, steg 1 och 2. Utbildningssatsningar via obligatorisk 7,5 hp KI-utbildning, via regelbundna koordinatorsträffar och möjlighet delta i både lokala och centrala utbildningar och konferenser. Behov av ytterligare stöd i specifika frågor har blivit allt tydligare och diskussioner pågår om skapande av ny funktion som operativ processledare för länets reko.
Halland	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Obligatorisk ”Grundkurs i försäkringsmedicin och rehabsamordning” två ggr/år, jämställdhet och våld i nära relation ingår. Alla uppmanades genomgå webbutbildning om våld i nära relation. Alla reko erbjöds genomgå 7,5 hp utbildningen. 1 gång/år anordnades utbildningsdag med olika teman och 2017 gällde tillsammans med verksamhetschef rekos roll, utveckling och stöd.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	2 regionala och 2 lokala rekoträffar anordnas/år. De regionala = info om länsövergripande utvecklingsarbete och dialog kring relevanta ämnen. Lokala träffarna ger utrymme för dialog, tips, idéer för arbetet som reko. Ett övergripande processtöd för reko är tillsatt under året, ska ge praktiskt enskilt stöd till reko och verksamhetschefer samt stödja psykiatrins utvecklingsarbete. SKL:s metodbok för koordinatorer samt regionens information på intra- och extranätet för reko utgör också ett stöd för funktionen.
Jämtland/ Härjedalen	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Utbildningsserie med 9 olika delmoment hade genomförts där bl a försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation ingick. Ansvaret för kompetensutveckling ligger i linjen. Praktiskt samordnades det av utvecklingsstrateg och studierektor. Särskild utbildningsplan för AT, ST och reko, webbaserad utbildning ex genushanden, rehabiliteringsplanen, kartläggningssamtalet mm. För nya reko fanns ett introduktionsschema med utbildningsinsatser, beskrevs som gedigen och pågick kontinuerligt, var obligatorisk. Utbildats i coachande arbetssätt och kommunikation.

<p>Jämtland/ Härjedalen</p>	<p><b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b></p> <p>Beskrevs som väl genomarbetad ledningsstruktur för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt rekos arbete och utveckling. Övergripande styrdokument beslutad i regionfullmäktige, följs upp och avrapporteras. Denna plan tillsammans med statliga överenskommelsen var grund för regionens arbete. Finns styrgrupp som leds av regiondirektören, följer strategiskt sjukskrivningsprocessens utveckling. Praktiskt arbete leds av processledare och utvecklingsstrateg som utformar rutiner och arbetssätt, rekoträffar 1 gång/mån. Formell chef för reko är chef hälsocentral eller vårdavdelning.</p>
<p>Jönköping</p>	<p><b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b></p> <p>Alla reko erbjuds plats i utbildning försäkringsmedicin för AT och ST, även KI 7,5hp. I varje vårdcentral rutinbeskrivning om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska jämställdhet och våld i nära relation belysas, könsuppdelad statistik och genusperspektiv finnas med. Ett webbaserat metodstöd för rehabkoordinering har tagits fram, innehållande mallar, dokument samt lokala rutiner. De operativa processledarna handledde både nya och erfarna reko vid behov via tel, mail eller fysiska möten. Varje år regional konferens och 2017 deltog även verksamhetschefer för att få direktkoppling till verksamhetsstyrningen.</p> <p><b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b></p> <p>Hälso- och sjukvårdsdirektören fastställer övergripande mål, balanserat styrkort och handlingsplan som revideras årligen. För att stödja reko finns en länsövergripande processledning bestående av processledare och sakkunnig läkare i försäkringsmedicin. Finns en handbok för reko i RJL samt två webbaserade metodstöd. Processledningen har besökt flertalet vårdcentraler och alla kliniker, syfte - stödja rekos roll och rutiner, information till läkare om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt försäkringsmedicinsk genomgång. Processledning och representanter för AF, FK träffas 4 ggr/år i en försäkringsmedicinsk arbetsgrupp med uppgift att driva samverkansfrågor och kvalitetsutveckling. Samverkan även via samordningsförbunden. En omstart av försäkringsmedicinska kommittén är på gång. Nätverksträffarna innebär kompetenshöjning, sprida info och för utbyte av idéer, erfarenheter samt lokal samverkan. För att koordineringsfunktionen verkligen ska kunna göra skillnad följde regionen under hösten 2017 upp den mätning som gjordes 2016 för att ta fram en rimlig tjänstgöringsgrad för reko. Parametrar som togs hänsyn till var bl.a. antalet sjukfall, antal listade i arbetsför ålder, nuvarande och önskad tjänstgöringsgrad.</p>

Kalmar	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Alla nya reko gavs grundutbildning i försäkringsmedicin, integrerades med AT- läkarnas försäkringsmedicinska utbildning. Utbildning i användandet av Ineras statistiktjänst, självstudiematerial, metodbok koordinering, jämställdhet, våld i nära relation, genomgång uppdragsbeskrivningen samt verktyg och stöd. Utbildningsmaterial, rutiner mm på webbplats för våld i nära relationer. Fortlöpande utbildningsinsatser minst 2 ggr/år, leds av processledare och försäkringsmedicinsk sakkunnig läkare. Målsättning att länets samtliga team ska arbeta enligt samma struktur och förhållningssätt, reko central roll i denna process och ska få 4 dagars utbildning i ACT (Acceptance and Commitment Therapy).
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Omfattande insatser beskrevs för att ständigt fördjupa rekos kunskap och arbetsmetoder, för att ge det stöd och förutsättningar som behövs för att fullgöra uppdraget. Nära samarbete rekonätverket och processledaren som alltid fanns tillgänglig, även sakkunnig läkare kunde stödja reko vid behov. Riktade insatser med individualiserad utbildning på respektive enhet/klinik vid behov. Vid övergripande frågor/ärenden lyfts dessa till samverkansorgan mellan länets myndigheter; styrgrupp och försäkringsmedicinsk kommitté. Årliga dialogmöten där processledare, FK och AF träffar reko, verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare, där diskuteras även behov av kompetensutveckling inom försäkringsmedicin. Haft utbildningsdag för chefer och reko om metodboken och uppdraget med syfte att tydliggöra behov av fastställd tid för att kunna utföra uppdraget på ett bra sätt. Pågående informationsinsatser till ledning och även politisk ledning behöver fortsätta långsiktigt för att öka förståelsen och ge förutsättningar för rekos insatser.
Kronoberg	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Nya reko introducerades av central funktion med ansvar för samordning reko, deltog i fokusgrupper, nätverksträffar, personlig handledning, alla reko genomgick region Kronobergs grundutbildning i försäkringsmedicin.

Kronoberg	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Vid introduktionen uppmanades nya reko kontakta samordnaren vid behov, hade återkommande fokusgrupper för reko, återkommande nätverksträffar, uppmanades till deltagande i konferenser och utbildningar. Dialogmöten genomfördes med verksamhetschef, avdelningschef, reko och samtliga läkare på enheterna. Övergripande försäkringsmedicinsk styrgrupp bestående av representanter för FK, AF och hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp ger uppdrag inom försäkringsmedicinska området till verkställande arbetsgrupp = försäkringsmedicinskt forum.
Norrbotten	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Reko får kompetensutveckling med olika teman genom regelbundna koordinatorsträffar (försäkringsmedicin och våld i nära relation ingår) samt deltar i regionala och nationella utbildningar. December 2017 genomfördes en vecka fri från våld som uppmärksammades på hälsocentralerna. Våld i nära relation är en politiskt prioriterad fråga och våld och jämställdhet är en stående punkt på nätverksträffarna. Reko erbjuds delta i de årliga introduktionsdagar som Nationellt centrum för Kvinnofrid genomför, 2017 deltog reko från primärvård och psykiatri.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
Skåne	Kontinuerliga nätverksträffar med olika teman. Genom åren fortlöpande vidareutbildning i jämställd sjukskrivningsprocess och våld i nära relation. Genom de långa avstånden ger processledaren fortlöpande stöd och vidareutbildning via video, skype och tele. Processledare deltar på arbetsplatsträffar och planeringsdagar i verksamheterna i syfte att stödja reko i deras uppdrag. Metodbokens innehåll har arbetats med i studiecirkelform. FK har utsett särskild handläggare för varje hälsocentral.
	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Två dagars grundutbildning för alla reko, arrangeras i samverkan med AF och FK. Här ingår bl a tydliggörande av uppdraget, rutiner för kontakter med FK, AF, arbetsgivare och kommun, sjukförsäkringen, rehabkedjan, genus och jämställdhet, våld i nära relation, tips, idéer hur komma igång. Statistik, hur använda den. I samband med utbildning ska reko tillsammans med sin chef utforma ett tydligt uppdrag på enhetsnivå som bygger på det regionala uppdraget. För att höja kompetensen erbjuds reko utbildning 7,5 hp som löper över ett år med bl a processutbildning och handledning.

Skåne	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Reko ingår i förvaltningarnas uppdrag. Samtliga reko bjuds in till dialogmöte/kompetensutveckling 2 ggr/år. En förvaltning hade utarbetat ett strukturerat säkerställt stöd för reko, två förvaltningar beskrevs vara under utveckling.
Stockholm	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Kompetensutveckling säkras genom skrivningar om kompetenskrav i uppdragsbeskrivningar, uppföljning av reko, nätverksträffar, finansiering av utbildning. Alla reko ska genomgå 7,5 hp KI "koordinering av rehabprocessen", en del MI, webbutbildning "Din hjälp i konsten att sjukskriva" bl a med moduler om jämställdhet, våld i nära relation. Anordnar fortlöpande en serie seminarier, seminarie 1-3 fast program som försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation, sen efter behov och önskemål.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Stöd för funktionen – nätverksträffar, mentorer, handledning. Nätverksträffars syfte att stödja reko i sin roll och utveckla funktionen. Mentorer, erfarna reko stöd för nya och mindre erfarna kollegor. Översyn pågår av möjligheten att utveckla och formalisera detta stöd ytterligare. Handledning, 2017 handledning i mindre grupper, ledd av erfaren reko, tog upp fallbeskrivningar och svårigheter som möter reko. Ettårsuppföljning har visat att reko även får stöd genom lokalt anordnade nätverk.
Sörmland	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Webbaserad introduktionsutbildning samt en tredagars "körtkursutbildning" erbjöds årligen. Verksamhetsstöd erbjöds. Inledde 2017 test med 100 procent reko på tre större vårdcentraler för bättre möjligheter för verksamhetsutveckling.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Kartläggning av aktuell status för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess utarbetades och genomfördes under 2016 på alla enheter som hade en reko. Syftet var att kvalitetssäkra sjukskrivningsprocessen samt ge verksamheterna ett verktyg i sitt förbättringsarbete. Det följdes upp av respektive enhet 2017 och under 2018 följs den upp centralt av processledare och samordnare. Kontinuerliga utbildningstillfällen erbjöds, nätverksträffar samt verksamhetsstöd erbjöds via processledare. Under 2017 utvecklades och påbörjades även informationstillfällen via Skype.



Uppsala	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Introduktion för nya reko i grupp, individuellt stöd och handledning i det praktiska arbetet av processledare samt ansvarig för Rehabstöd och Statistiktjänst. Sex obligatoriska nätverksträffar per år för kunskapsstöd och erfarenhetsutbyte, där ingår bl a jämställdhet och våld i nära relation. Från 2018 planeras att starta lokala nätverk i länets olika delar för ett tätare samarbete mellan reko och möjlighet till handledt erfarenhetsutbyte samt mentorskap. Nya reko på specialistvården ges utbildning och processtöd efter behov samt deltar i kunskapsnätverk sinsemellan och med primärvårdens reko.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	En extra processledare har rekryterats under 2017- och ska fortsätta 2018 ge intensifierat och kontinuerligt stöd till reko och ingår i Team försäkringsmedicin som finns med i arbetet med reko. Teamet ansvarar för att reko kontinuerligt får kompetensutveckling på olika sätt. Reko får snabb support av teamet via mail och tel. Teamet ger stöd i form av mallar, arbetsverktyg och rutinbeskrivningar. Ett dokument där alla kompetensområden finns med beskriver mer i detalj innehållet än i uppdragsbeskrivningen. Fram till årsskiftet 2017 hade alla reko fått individuellt besök med handledning av teamets processledare. Enkät till alla reko i primärvården genomfördes strax före sommaren och ska upprepas en gång per termin. Det framkom att reko behöver ökat stöd, struktur, rutiner och fortsättning med nätverksträffar och kompetensutveckling. Synpunkter från enkäten ska forma arbetet framåt och för 2018 planeras aktiviteter som auskultation FK, mindre diskussionsforum med handledning/ erfarenhetsutbyte, mentorskap, utökad information till chefer för att de ska stödja reko.
Värmland	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Reko har fått grundläggande utbildning, beskrevs att jämställdhet, våld i nära relation och försäkringsmedicin ingick. Tre dagars specifik utbildning har givits via extern utbildare, standardpaket från externa utbildaren är bifogat.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Svårt att läsa ut vilket stöd som gavs till reko. Beskrevs att beslut hade fattats att införa reko permanent i öppenvården och detta ansågs säkerställa funktionen i organisationen. Reko hade bildat nätverk med egna träffar, oklart vilket stöd som gavs. Angav att uppföljning av statistik skedde vid varje vårdcentral och redovisades varje månad och att en kontaktperson för reko deltog i försäkringsmedicinska kommittén som hade möte två gånger/månad.

Västmanland	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Ett utbildningspaket bestående av kunskap om försäkringsmedicin har byggts under 2017, kommer att erbjudas regelbundet. Målgruppen är nya reko och i framtiden även övriga reko som behöver påfyllnad. På alla utbildningstillfällen förs dialog om jämställdhet. Regionens mediekonsult har tagit fram en webbutbildning om våld i nära relation som all personal med patientkontakt ska genomgå, beräknades bli klar hösten 17. Hösten 17 var en obligatorisk utbildning i samarbete med SKL inplanerad med innehåll som Metodboken, vikten av arbetsgivarkontakt, hur man gör och vad man ska tänka på vid dialog med arbetsgivare, prioriteringar, sjukskrivnings- och rehabiliteringsplaner, rehabstöd mm.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Det beskrevs vikten av lyhördhet hos processledarna och att de ansvarade för att stödja reko och chefer, innebar att hålla i rekonätverk, besöka vårdcentraler, träffa chef och reko för att säkerställa att funktionen fick det stöd som krävdes av lokal chef. Förutom kunskap via SKL:s metodbok, planerades hösten 2017 att chefer och ledning skulle få fördjupad information och utbildning om koordinatorfunktionen. Genomförande beskrivs till våren 2018. Kontakt ska tas med samordningsförbunden för att bjuda in reko till en nätverksträff för att lyssna in varandras behov. Sjukskrivningskommittén leder arbetet med försäkringsmedicin inklusive arbetet med koordinatorfunktionen. Ordförande är huvudansvarig för försäkringsmedicinska frågor och det beskrevs att kommittén ska utgöra en brygga mellan landstingsledningen och det försäkringsmedicinska arbetet. Processägare av sjukskrivningsprocessen är den medicinske rådgivaren på ledningsnivå.
Västerbotten	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Landstinget har utvecklat program för att säkerställa att reko får den fortbildning som krävs - koordinatorkörkortet. Består av personlig introduktion som hålls av processledningen och grundar för fortsatta samarbetet. Introduktionen innehåller övergripande beskrivning av uppdraget och struktur för arbetet, därefter fem utbildningsmoment där bl a försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation ingick. Årligen återkommande tvådagarsseminarium för reko, läkare i försäkringsmedicin och verksamhetschefer. För att få till bra fyrpartssamverkan har en struktur byggts upp för att kompetensutveckla och hålla nätverket igång. Klinikernas kontaktpersoner erbjöds delta i fortbildning och koordinatorkörkortet.

Västerbotten	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
	Hela sjukskrivningsarbetet leds idag av utsedd processledning. Arbetet pågick med implementering i linjen. Hösten 2017 pågick översyn/kartläggning av hur ledning/ styrning av rekofunktionen ska se ut, upprätthållas och utvecklas med inriktning kompetensutveckling, nätverk, samverkan. Hypotes att det kommer behövas stabsstöd till verksamheterna, integreras i linjen så långt det är möjligt. Tillsatts försäkringsmedicinskt råd med syfte att vara brygga mellan landstingsledning och försäkringsmedicinska arbetet. I rådet pågår arbete 2017-2018 med att ta fram implementeringsstrategier som förväntas helt implementerat i linjen 2019.
Västernorrland	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Individuell introduktion gavs av processledare. Basutbildning gavs av processledare i grupp och här ingick samverkan med arbetsgivare och arbetsförmedling, våld i nära relation, jämställdhet, utbildning i försäkringsmedicin mm. Tre heldagar/år med olika teman, chattforum reko, erbjöds deltagande i AT- och ST-läkarnas utbildning i försäkringsmedicin samt fyra nätverk över länet med egna träffar.
	<b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b>
Västra Götaland	Hänvisades till uppdragsbeskrivningen och beslut att erbjuda handledning till reko där förstudie om upplägg påbörjats. Uppföljning har skett vid de verksamheter som haft reko och visade på att man inte landat i behov av reko och vad reko kan tillföra. Konstaterat att chefens inställning styr och att det generellt råder okunskap om på vilket sätt en reko kan vara till stöd i verksamheten.
	<b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b>
	Beskrev en stegvis uppbyggd utbildning med 1- introduktion i rollen med lokal processledare och chef, 2- heldagsutbildning angav ej innehåll och steg 3 Koordinering av rehabiliteringsprocessen via Göteborgs universitet 7,5 hp

Västra Götaland	<p><b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b></p> <p>Det finns lokala processledare både i primärvård och på flertalet sjukhus. Lokala processledare beskrevs som en nyckelfunktion i stödet till reko och utgör stödresurs i förvaltningen och agerar i den regiondel där de lokalt verkar. De samordnar, handleder och stöttar reko. Tillsammans med rekos chef står de för introduktion och fortbildning. På strategisk nivå skapas förutsättningar för reko och lokal processledare av regionutvecklare = regional processledare. De lokala processledarna samlas i nätverksträffar, härigenom förankras regional strategi och når ut till reko. Emellanåt träffas reko på konferens- och temadagar men de är 200 reko så mest via lokala processledare som reko får stöd.</p>
Örebro	<p><b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b></p> <p>Vårdutvecklare i HS-staben arbetade vidare med att utveckla de länsdelsvisa nätverken för reko som utgjorde grund för dessa funktioners kontinuerliga kunskapspåfyllnad och erfarenhetsutbyte. Utveckling av hemsidan för reko för att få tillgång till relevanta styrande dokument pågick. Med start hösten -17 erbjöds rekoutbildning i försäkringsmedicin liknande upplägget för AT och ST. En inventering/enkät hade gjorts av hur bl a reko jobbade med att ställa frågan om våld, därefter hade utbildning gällande att kunna ställa frågan om våld i nära relation kopplat till sjukskrivningsarbetet genomförts.</p>

Örebro	<p><b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b></p> <p>Beskrevs att arbete pågick för att stärka vårdens representation på sjukskrivningskommitténs möten från samtliga närsjukvårdsområden, relevanta områden inom specialistvården samt psykiatrin. Kommittén hade också i uppdrag att vid behov initiera utbildningsinsatser. Eftersom ordföranden för kommittén också ingår i hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp bedömdes sjukskrivningsfrågorna nu få en starkare ingång i ordinarie ledningsstruktur. Ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget skulle stärkas bl a genom nyutbildad biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör med övergripande ansvar att driva på det aktiva arbetet inom området. Vårdutvecklare arbetade vidare med att utveckla de länsdelvisa nätverken för reko, grundläggande för dessa funktioners kontinuerliga kunskapspåfyllnad och erfarenhetsutbyte. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen utgjorde ett område i plan för uppföljning 2017 via Hälsoval, med fastställda måttal och målvärden. Översyn pågick inför 2018. Uppföljning skedde genom utdatarapporter samt rapporter från vårdcentralerna. Uppföljningsbesök två gånger/ år där ledning för respektive vårdcentral och närsjukvårdschef deltog. Under 2018 kommer särskilt fokus vid uppföljningsbesöken på vårdcentralerna vara rekouppdraget och sjukskrivningstygnd.</p>
Östergötland	<p><b>Kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorer</b></p> <p>Utbildningen har tidigare år haft följande innehåll: rehabiliteringskoordinatorns roll och uppdrag, andra aktörers roller och uppdrag inkl. lagar och förordningar, försäkringsmedicin, arbetssätt och metoder, coachande förhållningssätt, (f)riskfaktorer – varningssignaler, Genushanden, jämställd sjukskrivningsprocess, föreläsningen ”Våga fråga” om hot och våld, föreläsningen ”Vad är friskt och vad är sjukt?”</p> <p>Under 2017/2018 kommer utbildningen att arbetas om och anpassas utifrån SKL:s Metodbok för koordinering. Utbildningen kommer genomföras i samarbete med bland andra FK, AF, arbetsgivarrepresentanter samt Arbets- och miljömedicin i Region Östergötland. Innan utbildningen är färdig kommer reko ha möjlighet att delta på utbildningen i försäkringsmedicin för AT-läkare. Möjlighet finns för reko att genomgå uppdragsutbildningen Rehabkoordinator 7,5 hp på Karolinska Institutet. Från och med 2017 deltar rehabiliteringskoordinatorer på samtliga försäkringsmedicinska utbildningar, i syfte att öka kunskapen bland läkare om koordinatorernas funktion och betydelsen av samarbete med övriga aktörer i sjukskrivningsarbetet. Deltagandet i utbildningarna innebär även en kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorerna själva.</p>

Östergötland	<p><b>Kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling</b></p> <p>Regionens processledare för sjukskrivning och rehabilitering har kontinuerlig kontakt med reko, kan initiera och genomföra utvecklingsinsatser då behov finns. Fortbildningsdagar planerades för samtliga reko, tänkta att genomföras 2 ggr/år på liknande sätt som för övriga yrkeskategorier. För att underlätta för reko att få en överblick över sådant som är på gång regionalt och nationellt finns uppdaterad information på webbsidan ”Sjukskrivning och rehabiliteringsprocess”. Medicinsk rådgivare finns tillgänglig som stöd i komplicerade ärenden. Reko får även stöd för sitt arbete via nätverksträffar och utbildningar.</p> <p>Två reko med särskilt uppdrag – samordnarfunktion för att stödja verksamheterna och vara stöd till reko och processledare.</p>
--------------	---

Sammanfattningsvis konstateras att det varierar stort mellan landstingen hur mycket utbildnings- och kompetenshöjande insatser som genomfördes 2017. Några landsting hade sen tidigare år utvecklat ett körkort på tre dagar som alla rehabiliteringskoordinatorer skulle genomgå. Många landsting beskrev genomförande av dialogmöten i verksamheterna där verksamhetschef, läkare och rehabiliteringskoordinator deltog. I flera landsting erbjöds alla rehabiliteringskoordinatorer den utbildning för rehabiliteringskoordinator 7,5 högskolepoäng som anordnas vid olika universitet. I andra landsting var det relativt vanligt att några i landstingen genomgått utbildningen.

Samtliga beskrev återkommande nätverks- och utbildningsträffar och i regel krav att alla rehabiliteringskoordinatorer ska delta. Det varierade om Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst deltog.

### **Arbetsgivarkontakt i syfte att underlätta återgång i arbete eller att vara kvar i arbete. Åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare**

Landstingen ska under 2017 analysera vilka åtgärder som behövs för att utveckla sådana kontakter. Under 2018 ska landstingen vidta dessa åtgärder. I villkoret för att uppfylla kraven 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.

Landstingens analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare beskrevs på följande sätt:

**Tabell 4**

<b>Landsting</b>	<b>Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare</b>
Blekinge	<p>Analys genomförd med sjukskrivande läkare och reko samt vid dialogmöten visade att det handlar om ledning och styrning, kunskap, de olika aktörernas ansvar, tid och acceptans att utföra uppdraget. Beskrevs som komplicerat, inte känt eller accepterat att sjukvården ska ta kontakt, även tidsbrist angavs som skäl. Framkom också att reko känner osäkerhet kring formalia och juridik, vad är rätt, vem gör vad och när mm. Åtgärder är påbörjade för att utveckla kontakter mellan reko och arbetsgivare bl a genomfört utbildning/seminarium om arbetsgivarkontakter i praktiken. Samtidigt gavs information om rekos uppdrag. Framkom att ledning och styrning är viktig och att chefen måste vara möjliggörare för att reko ska kunna utföra alla delar i uppdraget. Viktigt att ledningen ser till att det finns tid till dialog arbetsgivare och patient tillsammans med reko och läkare. Analysen visade att nästan alla arbetsgivare uppskattade kontakten med reko. Vikten av information om reko och rekos kompetens konstaterades i olika sammanhang och viktig del är att såväl ledning, HR, medarbetare patienter får hjälp att förstå vikten/tillgången av rekoressursen samt att reko får känna sig trygg i sitt uppdrag. Riktade regelbundna insatser gavs årligen.</p>
Dalarna	<p>Följande beskrevs: Struktur för kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling har förankrats i styrgrupp sjukskrivning. En rutin har tagits fram med beskrivning av hur och när det är aktuellt att ta direktkontakter. Våren 2018 planeras att reko och projektledare ska arbeta fram stöd hur man ytterligare kan samverka med arbetsgivare. Hösten 2017 genomfördes konferens för reko med fokus på samarbete med arbetsgivare där reko deltog. Frågan lyfts vid utbildningar/ nätverksmöten och temadagar för både reko och annan berörd personal i verksamheterna, även vid olika samverkansmöten på ledningsnivå tillsammans med projektledare.</p>
Gotland	<p>Beskrev behov att fokusera och bli bättre på tidiga kontakter med arbetsgivare/arbetsförmedling. Analys visade att reko inte får kännedom om patienter i tid. Åtgärder behövs för att läkare och sjuksköterskor ska ta till sig nytt arbetssätt med att tidigt ta kontakt med arbetsgivare. Kunskap om rekos uppdrag och positiva effekter av tidig kontakt ska säkerställas. Utbildningsinsatser planerades.</p>

Landsting	Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare
Gävleborg	<p>Beskrev att ingen formell analys skett däremot ordentlig ”kontroll” och genomgång av läget och både goda exempel och brister har påtalats. Redan tidigare fanns kunskap om vikten av tidiga arbetsgivarkontakter för att främja återgång i arbete. Uppmärksammats på vikten av att koppla in reko och arbetsgivarkontakter. Visat på osäkerhet i rekogruppen om hur kontakter kan tas, vad säga, hur göra som medfört att hjälpmedel tex checklistor utarbetats och utbildningsinsatser genomfördes. Stort fokus beskrevs inom området arbetsgivarkontakter. Saknades övergripande rutiner med AF, fanns lokalt. Arbetsgivarkontakter fanns beskrivet och uppmuntrades via rutindokument och metodstöd. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ingick i rekoutbildningen. Lokalt i länet regelbundna kontakter mellan vården och större arbetsgivare.</p> <p>Fyrpartssamverkan TRISAM har fortsatt utvecklats och byggts ut där regelbundna möten sker mellan vården, FK, AF och Socialtjänsten. Arbetsgivare deltar inte i dessa möten, men här tydliggörs vilka behov som finns för att få processen gå vidare och där kan kontakter med arbetsgivare bli en viktig föreslagen åtgärd. En utökning av tjänsteutrymmet för många koordinatörer har gjorts för att möjliggöra denna samverkan.</p> <p>Gävleborg beviljades också deltagande i utlysning av Innovationsprojekt som syftar till att arbetsgivare ska komma in tidigt i sjukprocessen, helst innan sjukskrivning påbörjas.</p>
Halland	<p>Analys saknades men arbetet beskrevs som att fortsatt strukturerad dialog med kommuner som arbetsgivare har skett 2017, uppföljningsträff genomfördes ca en gång/halvår för att följa hur samverkan fortgick. Fanns en rutin för hur frågor som kom upp skulle hanteras och informeras om. Konstaterade att information inte nådde arbetsledare. Försökte informera om att reko fanns som stöd och förtydligande av roller och syfte vid arbetsgivarkontakt. En fortsatt kontinuitet och tydlighet kring kontaktvägar ökar förutsättningarna för att insatserna kan utgöra ett utökat naturligt arbetssätt för hälso- och sjukvården. I 2017 års överenskommelse om utvecklingsarbete inom vårdcentralerna ingick att säkerställa egna rutiner för arbetsgivarkontakter.</p>



<b>Landsting</b>	<b>Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare</b>
Jämtland/ Härjedalen	<p>Analys saknades, följande beskrevs: projekt startats med vården och större arbetsgivare för att hitta bättre former för samverkan. Reko tog kontakt med arbetsgivare i ökande omfattning. Hur kontakt togs och vad man kunde prata om diskuterades på reko månadsmöten.</p> <p>Konstaterades att vårdens representanter behövde ökat stöd för arbetsgivarkontakter och rutinbeskrivningar kommer att utarbetas. Vidare beskrevs kunskapsbrist om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar både hos reko och arbetsgivare. Material ska utarbetas. Svårigheter att veta vem som ska kontaktas, hos mindre arbetsgivare ofta givet men hos stora arbetsgivare svårare. Här hade kontakt etablerats med dessa organisationers HR-avdelningar för att tillsammans upprätta tydliga instruktioner, hur vägen in ska se ut, vem som ska kontaktas. Motsvarande beskrevs skulle göras från vårdens sida till arbetsgivaren för att veta vem i vården som kan kontaktas när man vill stötta en medarbetare. Planerades för olika utbildningar och seminarier. Tidsbrist var ytterligare en faktor som diskuterats. Reko har oftast deltidsuppdrag och det kan vara svårt att finna den tid som krävs för arbetsgivarkontakter. För att stötta detta har tjänstetrymme för år 2018 utökats för alla koordinatörer och alla hälsocentraler. Förhoppningen är att regionen därigenom ska ha bidragit till att skapa det utrymme som krävs.</p>
Jönköping	<p>Ett nytt arbetssätt med trepartsmöte/samtal tidigt i sjukfall infördes 2012. Trepartsmöte/samtal innebär ett fysiskt möte eller telemöte mellan patient, läkare och arbetsgivare/arbetsförmedling. En uppföljning av arbetssättet skedde 2013. Där framkom att alla tre parter var nöjda med dessa möten/samtal. Antalet trepartsmöten/samtal har ökat för varje år och utförs nu både av läkare och/eller reko. Utöver trepartsmöten/samtal tog reko vid behov direktkontakt med arbetsgivare i syfte att föra en dialog om insatser som kan förkorta sjukfallet, under förutsättning att samtycke gavs från patienten. Metodstöd fanns och de operativa processledningarna beskrevs stödja reko i arbetssättet. Uppföljning av antalet trepartsmöten/samtal samt direktkontakt med arbetsgivare sker kvartalsvis.</p> <p>Det behövs tillräcklig tjänstgöringsgrad för reko för att hinna ta externa kontakter med arbetsgivare.</p>

<b>Landsting</b>	<b>Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare</b>
Kalmar	<p>Analys saknades, följande insatser beskrevs: man har under flera år arbetat med tidig kontakt arbetsgivare i form av trepartsmöte, väl inarbetat. I lokala rutinerna ingår uppmaning att initiera kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedling och att det ska ske tidigt. Frågan ständigt i fokus, reko med lång erfarenhet har god kompetens om detta. Följer statistik trepartsmöten, stadig ökning. Inom några kommuner med höga sjukskrivningstal hade kontakt med större arbetsgivare tagits för att få till strukturerat arbetssätt kring anställda sjukskrivna eller som riskerade bli sjukskrivna. Hösten 2017 genomfördes ett seminarium för arbetsgivare om vilka möjligheter arbetsgivaren har att förebygga sjukskrivning och vad som gäller när en anställd blir sjuk. Redovisad sammanfattning: kompetensen att etablera kontakt med arbetsgivare är god, reko får de stöd de behöver.</p>
Kronoberg	<p>Beskriver olika identifierade behov av strukturerat stöd för arbetsgivarkontakter;</p> <p>Statistiken om KVÅ-koder gällande arbetsgivarkontakter visar på få registrerade kontakter.</p> <p>Utvecklingsbehov av arbetsgivarkontakt har identifierats på grundutbildningarna i försäkringsmedicin. Vid grundutbildningen ser vi behov av att ytterligare förstärka vikten av tidiga arbetsgivarkontakter i sjukskrivningsprocessen.</p> <p>Ytterligare information till verksamhetschefer kring vikten av att det på ett tidigt stadie tas arbetsgivarkontakter</p> <p>För att ge ett strukturerat stöd till koordinatorsgruppen implementerades ADA-metoden under våren 2017. (ADA=Arbetsplatsnära dialog för arbetsåtergång)</p> <p>Journalmall med specifik åtgärdskod för kontakt med arbetsgivare/ AF</p> <p>En rutin för rehabteam har tagits fram där arbetsgivarkontakt alltid ska diskuteras på ett tidigt stadie.</p> <p>I rehabkoordinators mall för kartläggningssamtal ingår frågor om arbetet och arbetsgivarkontakt. Ovanstående genomförda åtgärder är föremål för fortsatt uppföljning och stödåtgärder för att säkerställa genomförandegrad.</p>

Landsting	Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare
Norrbotten	<p>Beskrev behov av åtgärder på olika nivåer för att utveckla kontakten reko och arbetsgivare och att det krävs tid för reko att utföra uppdraget. Regionen hade påbörjat och planerade för insatser:</p> <p>påbörjat arbete med personalhandläggare kommun och lokala reko för att underlätta och utveckla samarbetet kring anställda/patient.</p> <p>Konferens februari 17 - ett friskare Norrbotten där reko var inbjudna. FHV har deltagit i rekoträffar och utsett egen reko för att utveckla samarbetet vård och arbetsgivare. Processledare har deltagit i möten med HR partners och informerat om koordinatorkfunktionen och samarbete. Regionen deltar som arbetsgivare i SKL-projekt Förbättrad samverkan för att minska sjukskrivningar.</p> <p>Samverkansforum har etablerats med FK, AF och regionen där chefer och sakkunniga ingår. Region Norrbotten beskrev att tillsammans med AF och FK genomföra pilot med syfte att förebygga eller förkorta sjukskrivning genom att aktivt främja tidig återgång i arbete eller utbildning. Inleddes i höstas med workshop med mål utveckla samarbetsmodell som kan implementeras i hela länet.</p>
Skåne	<p>Analys saknades, följande insatser beskrevs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Åtgärder för att utveckla kontakter mellan vården (reko) och arbetsgivare pågår ständigt genom uppdrag, utbildningar, enskilda satsningar.</li> <li>- utvecklingssatsningar pågår tillsammans med Försäkringskassan, vården och arbetsgivare i utvalda kommuner</li> <li>- utvecklingssatsningar mellan regionen som arbetsplats och vården.</li> </ul>
Stockholm	<p>Ettårsuppföljning av försöksverksamheten med reko i primärvården 2015-2017 pekade mot stor variation av hur ofta kontakter togs med arbetsgivare. Arbetsgivarkontakt ska registreras med KVÅ-kod, varierade hur reko har rapporterat dessa åtgärder. Åtgärder för att utveckla arbetsgivarkontakter fanns med på nätverksträffar och seminarier. Ersättning utgår vid arbetsgivarkontakt vid behandling av psykisk ohälsa eller MMR. Stor variation vid kontakt arbetsgivare. Primärvården kommit längst. Reko beskrevs som facilitator med intern och extern roll för samverkan med arbetsgivare och övriga.</p>

<b>Landsting</b>	<b>Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare</b>
Sörmland	<p>Projekt tidiga insatser och samverkan mellan arbetsgivare, landstinget och försäkringskassan initierades 2015 och har sedan utvecklats. Målet beskrevs som att uppnå väl fungerande samverkan arbetsgivare/landstinget och försäkringskassan för att utveckla tidiga insatser då en arbetstagare visade tecken på att vara i riskzon för sjukskrivning. Projektet har erbjudit stöd genom dialog, informations- och utbildningsinsatser för att möjliggöra för arbetsgivaren att sätta in tidiga insatser, medvetandegöra vilka metoder och stöd arbetsgivaren kan få från landstinget och försäkringskassan. Ur projektet har ett pilotprojekt utvecklats för 2017-2018 för att få fram stöd och metoder med fokus på arbetsgivarens tidiga insatser, att stärka rekos roll i kontakten med arbetsgivaren och denne att kontakta vården. Metodstöd och rutiner för hur kontakten ska tas har utvecklats. Inom piloten erbjöds tre större vårdcentraler 100% reko. Projektet ska beforskas och utgöra grund för länsövergripande implementering. TRIS- samarbetet bidrar till arbetsgivarkontakten. I pågående projekt har identifierats och därefter uppmuntrats starkt till att reko måste vara mer synliga på sina webbplatser så arbetsgivarna hittar in till vården på ett smidigt sätt. Trots beskrivet projekt 100% reko beskrevs att fortfarande de flesta delar sin tjänst mellan flera uppdrag tex. 35% reko och 65% arbetsterapeut eller sjukgymnast. Analysen visade behov av att utöka rekos tid för att kunna utveckla arbetet och öka kontakten med arbetsgivare.</p>

<b>Landsting</b>	<b>Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare</b>
Uppsala	<p>Analys saknades, följande insatser beskrevs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensivt arbete med att stötta reko att ta kontakt med patientens chef. Tillsammans med reko tydliggöra fungerande rutiner för kontakt med arbetsgivare, olika slags stödmaterial. Det beskrevs att alla reko hade kunskap om vikten av att tidigt ta kontakt med arbetet/arbetsgivare/chefen. I 2016 års redovisning presenterades en kartläggning inom psykiatrin med könsuppdelad statistik som handlade om att identifiera behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för målgruppen med allvarlig psykisk funktionsnedsättning. 2017 initierades ett arbete mellan samverkande parter för att omsätta utredningens förslag i praktiken.</li> <li>- September 17 antogs ny samrådsstruktur mellan kommun och region, här ingår samverkansbehov kring att ta tillvara vuxnas arbetsförmåga.</li> <li>- I regionens arbete med framtidens primärvård och nära vård beskrevs att en viktig kompetensväxling är uppdraget reko med fokus på arbetsåtergång.</li> <li>- Samarbete har påbörjats med landstingets övergripande HR-enhet för att öka deras kännedom om koordineringsfunktionen och för att sprida adekvata arbetsverktyg till chefer som har sjukskrivna medarbetare.</li> <li>- Processledare hade deltagit i arbetsgivarnätverk med kommuner för information om reko.</li> <li>- Arbetsgivare uppmuntrades ta kontakt med reko via vårdcentralernas funktionsbrevlådor.</li> <li>- I pågående satsningar lyftes betydelsen av arbetsgivarkontakten och att reko är viktig medspelare.</li> </ul>
Värmland	<p>Analys saknades, svårt läsa ut den röda tråden och genomförda insatser. Beskrevs LARM-projektet, projekt i Arvika kommun hade syftet att hitta samverkansformer med arbetsgivare och arbetsgivarens rehabiliteringssamordnare. Kontaktväg mellan reko och "LARM" för att upptäcka tidiga signaler på stressrelaterad problematik. Arbetade enligt BEON (bästa effektiva omhändertagandenivå) med utveckling av metoder för tidig kontakt med arbetsgivare under sjuklöneperioden. Värmland har använt sig av extern utbildare till reko och i uppdraget har bland annat ingått att särskilt fokusera på kontakt med arbetsgivare.</p>

<b>Landsting</b>	<b>Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare</b>
Västmanland	<p>Någon form av analys har genomförts och där framkom att det är nytt för sjukvården att ta kontakt med arbetsgivare. Vid besök på vårdcentraler hade man påbörjat arbetssättet och hade fokus på att ha med arbetsgivare i dialogen. Processledare tog särskilt upp kontakt med arbetsgivare på nätverksträffar och vid möten på vårdcentral med chefer, reko och team. Det fanns utarbetat material, brevmallar, formulär mm för att underlätta kontakt med arbetsgivare. En utbildning hade planerats med SKL och där fanns särskilt avsnitt gällande kontakt med arbetsgivare. Samarbete hade upparbetats med regionens HR -avdelning och Regionhälsan för ömsesidigt utbyte.</p>
Västerbotten	<p>Landstinget har genom åren arbetat med ett utvecklingsarbete för att få till ett arbetssätt för tidiga kontakter med arbetsgivare. Ingår som del i ledningssystemet, har understötts av ett antal seminarier och finns som en del i koordinatorskörkortet. Samarbete med Umeå universitet för att utveckla ADA ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång, utvärdering pågår och på väg att implementeras. Beskrevs även utveckling av metodstöd för ADA, vänder sig till dem som arbetar med koordinering för återgång i arbete. Beskrev att man använde goda exempel för att komma vidare men det går trögt. Vissa enheter ser kontakt med arbetsgivare som given i rehabiliteringsarbetet men andra enheter anser inte att arbetsgivarkontakter ingår i hälso- och sjukvårdens uppgifter. Strategin från landstinget har varit att genom insatserna förändra attityden och det beskrevs att vården börjar se det som ett verktyg bland andra för att skapa förutsättningar för arbetsåtergång. Det kommer att krävas fortsatta insatser men attitydförändringen ute i verksamheterna gör att åtgärderna från landstingets sida är att fortsätta på inslagen väg.</p>
Västernorrland	<p>Analys hade skett genom samtal med reko och verksamhetschefer och följande behov framkommit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ökad kompetens av regelverk som styr arbetsgivaransvar i rehabiliteringsprocessen, reko fått utbildning,</li> <li>- stöd i att utveckla rutiner och arbetssätt, särskilda medel avsatta bl a för projekt utökning reko för att i tidigt skede föra in samtalet på återgång i arbete</li> <li>- Utveckla rehabiliteringsplanen, bli tydligare på vem och när kontakt tas med arbetsgivare. Påbörjat i särskild arbetsgrupp.</li> <li>- Utveckla arenor för erfarenhetsutbyte vad som fungerar bra.</li> <li>- Utveckla teamarbete inom respektive enhet.</li> </ul>

Landsting	Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare
Västra Götaland	<p>I strategi för utveckling av tidiga kontakter med arbetsgivare beskrivs att man infört arbetsmodellen Guide för tidig samverkan vid 70 % av de 200 vårdcentralerna. En förutsättning har varit koordineringsfunktionen. "Guide för tidig samverkan" innebär ett strukturerat ledningsverktyg där man med hjälp av flödesanalys kartlägger sin rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess och identifierar sina förbättringsområden. De lokala rutinerna för processen dokumenteras samlat i "Guiden". En vägledning finns som hjälp för att arbeta igenom vårdcentralens och rehabmottagningens arbetsrutiner för tidig samverkan och innehåller frågeställningar som stöd för att utveckla aktiviteterna i processen. Målsättningen är att samla och dokumentera vårdcentralens lokala arbetsrutiner för tidig samverkan på ett strukturerat sätt. I vägledningen under rubrik "Kontakt med arbetsgivare och andra samverkansaktörer" beskrivs syftet med arbetsgivarkontakterna. Kontakten ska bidra till att arbetsgivare eller arbetsförmedlingen/socialtjänsten får kännedom om vad som behövs för att underlätta återgång i arbete. Analysen är att arbets sättet med dokumenterade rutiner (standardiserade vårdförlopp) är en framgångsfaktor. VGR fortsätter arbete med införande av "Guide för tidig samverkan" och tillvaratagande av erfarenheter gjorda inom ramen för projektet.</p>
Örebro	<p>Hänvisar inte till genomförd analys, följande beskrevs: Ett utvecklingsarbete pågår kring att utveckla kontakten mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare i arbetet med patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna. Regionen avser nu gå över till att tillämpa frågeformulär, guider, blanketter mm som tagits fram tillsammans med SKL och landstingen. Syfte: vara till hjälp vid kontakt med patient och arbetsgivare och i arbetet med intern och extern samverkan, arbetet kopplat till Metodboken. Projekt planeras genomföras för att utveckla bra arbetsprocess för samverkan reko och arbetsgivare. Projektet planeras avslutas med större utbildningsinsats för reko med fördjupad kunskap om arbetsprocessen för samverkan med arbetsgivare inklusive arbetsgivarens roll och ansvar i rehabiliteringsprocessen av anställda. Analys/konstaterande att det är viktigt att säkra att reko känner sig trygga i uppdraget att ta tidig kontakt med arbetsgivare och att även patienter och arbetsgivare upplever insatsen som relevant.</p>

Landsting	Analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare
Östergötland	<p>I nuläget har verksamheterna tagit fram egna riktlinjer för tidig kontakt med arbetsgivare kopplat till verksamhetens handlingsplan för sjukskrivningsprocessen. Redovisningen av verksamheternas riktlinjer visade att tidig kontakt vanligtvis tas av reko eller läkaren och att det sker via telefon eller brev. Den riktlinje som finns i samtliga utbildningar i försäkringsmedicin är att tidig kontakt bör tas med arbetsgivare om behov finns, med fördel vid läkarbesöket. Syftet med kontakten är i första hand att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av att anpassa arbetsplatsen /arbetsuppgifter /arbetstider eller initiera rehabiliteringsinsatser, för att patienten därigenom ska kunna vara kvar i arbete alternativt främja återgång i arbete. I slutet av april 2017 genomfördes en workshop med arbetsgivarrepresentanter där syftet var att diskutera hur kontakten mellan vård och arbetsgivare kan utvecklas. Frågeställningarna utgick från "Vad behöver vi förändra?", "Varför behöver vi förändra?" och "Hur ska vi åstadkomma förändringen?". I diskussionerna som följde uppmärksammades behov av förtydligande av varandras uppdrag och roller samt vad som kan förväntas av respektive aktör, inklusive patient.</p> <p>Primärvården är ett prioriterat område för fortsatt arbete att utveckla kontakter mellan reko och arbetsgivare, ses som ett långsiktigt utvecklingsarbete. I dialog med primärvårdsledningen har en handlingsplan tagits fram med tre åtgärdsområden som är kopplade till aktiviteter;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Vidareutveckling av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på verksamhetsnivå vilket bl.a. innebär : Dialog med primärvårdsledning, kartläggning av verksamheternas behov av stöd och insatser.</li> <li>- 2 Förtydliga ansvarsområden mellan vård, arbetsgivare och FHV innebär: Klargöra vårdens respektive arbetsgivarens ansvar.</li> <li>- 3 Patientdelaktighet: Att ge praktiskt stöd till koordinator, läkare och övrig personal som arbetar med sjukskrivningsprocessen för att utveckla kommunikationen med patienten om vikten av patientens egen delaktighet</li> </ul>

## Summering

Det finns många goda exempel att lyfta fram från redovisningarna. Här följer några, även som hela rapporten är skriven med ambitionen att beskriva exempel under respektive avsnitt som kan ge idéer och stimulans till fortsatt utveckling.



- Uppdragsbeskrivningarna har utvecklats sen 2016 års redovisning även om de ser ganska olika ut till innehåll, omfattning och tydlighet. Goda exempel att lyfta fram är bland annat Gotland, Gävleborg, Kalmar och Uppsala. Uppsala beskriver ansvarsfördelning och vad rehabiliteringskoordinator, chef och regionkontor ska ansvara för. Kalmar kommenterar att innehållet i uppdraget gradvis har fördjupats med förklaringen att det skett i takt med att arbetsgivare och samarbetspartners alltmer erfar den stora nytta funktionen för koordinering ger.
- Resurstilldelningen för funktionen varierar stort från 100 procent rehabiliteringskoordinator på en vårdcentral till lägre tjänstgöringsgrad men ändå för många med funktionen fördelad på flera vårdcentraler. Inom primärvården tycks det ändå vara fler som har ett delat uppdrag på en enhet, dvs en viss procent i uppdraget som rehabiliteringskoordinator och resten upp till 100 procent i sin ordinarie profession. Innehållet i uppdragsbeskrivningarna varierar också, samtidigt som att uppdraget inte är balanserat mot vårdenhetens avsatta resurs för koordineringen. Det innebär att rehabiliteringskoordinatorn kan ha svårigheter att klara uppdraget inom avsatt tid. Ett fåtal landsting beskriver att uppdraget ingår i medarbetarens ordinarie uppdrag. För rehabiliteringskoordinatorer på sjukhuskliniker varierar det vilken resurs som finns avsatt och vad som ingår i uppdraget. En del landsting beskriver att rehabiliteringskoordinator på klinik är mer kontaktperson gentemot primärvården och Försäkringskassan medan andra tycks ha ett uppdrag som mycket är detsamma som på vårdcentral men med mindre resurs avsatt. Det finns anledning att tro att allt eftersom rollen blir mer etablerad och erkänd kommer även efterfrågan på stöd från rehabiliteringskoordinator att öka, varför vikten av rätt avsatt resurs för uppdraget blir allt viktigare och säkert även vinsten för patienten, vårdverksamheterna och externa samarbetspartners. Kommenteras bör även de stora regionerna och landstingens förutsättningar för införande och utveckling av koordinatorfunktionen, vilket beskrivs i tabellen med landstingens beskrivning av var det fanns rehabiliteringskoordinatorer 2017 fördelat på primärvård och sjukhuskliniker. Av naturliga skäl ges det här mer övergripande uppdrag och beskrivningar som sedan ska omsättas i rutiner på enskilda vårdenheter.
- Många landsting beskrev stort deltagande och mycket positivt satsningen på SKL:s tvådagarskonferens för rehabiliteringskoordinatorer som genomfördes i september 2017.
- I villkor 2.6 efterfrågas landstingens analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare. En del landsting beskriver genomförd analys men fler inte, samtidigt som man beskriver en mängd redan påbörjade insatser. Kan det vara så att analysen till viss del redan är avklarad och nu är man redan inne på verkställighet och utveckling? Oberoende av svaret beskriver det flesta landsting påbörjade och planerade insatser.
- En del landsting beskriver även att det finns en attityd och uppfattning i hälso- och sjukvården att det inte är hälso- och sjukvårdens uppgift att

arbete med arbetsgivarkontakter och att det behövs fortsatt arbete för att rehabiliteringskoordinatören och övriga i hälso- och sjukvården ska känna sig säkra i arbetet med utveckling av arbetsgivarkontakter. Genom att använda goda exempel och utveckling av insatserna beskrev Landstinget Västerbotten att hälso- och sjukvården börjar se det som ett verktyg bland andra för att skapa förutsättningar för arbetsåtergång.

- Regelbundna statistikuttag från tjänsterna Intygsstatistik och Rehabstöd utvecklas alltmer och används som underlag för utveckling och insatser.
- Landstinget Kronoberg beskriver struktur och ledning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med att det finns en övergripande försäkringsmedicinsk styrgrupp bestående av representanter för försäkringskassan, arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Denne ger uppdrag inom försäkringsmedicinska området till en verkställande arbetsgrupp som utgör försäkringsmedicinskt forum.
- I redovisningen av villkor 2.5 om kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling, varierade stödet och dess innehåll mellan landstingen. En del beskrev främst den kompetensutveckling som anordnades för rehabiliteringskoordinatorerna och då främst via processledarna i landstingen. En del landsting beskrev mer utförligt det övergripande stöd som gavs. Ett exempel är Region Örebro som ingående beskrev den struktur och de beslut som tagits för att stödja funktionen för koordinering.
- Inom Region Örebro pågick arbete för att stärka hälso- och sjukvårdens representation på sjukskrivningskommitténs möten från samtliga närsjukvårdsområden, relevanta områden inom specialistvården samt psykiatrin. Kommittén hade också i uppdrag att vid behov initiera utbildningsinsatser. Eftersom ordföranden för kommittén också ingår i hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp bedömdes sjukskrivningsfrågorna nu få en starkare ingång i ordinarie ledningsstruktur. Ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget skulle stärkas bland annat genom nyutnämnd biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör med övergripande ansvar att driva på det aktiva arbetet inom området. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen utgjorde ett område i plan för uppföljning 2017 via Hälsoval, med fastställda mätetal och målvärden. Översyn pågick inför 2018. Uppföljning skedde genom utdatarapporter samt rapporter från vårdcentralerna. Uppföljningsbesök två gånger på år där ledning för respektive vårdcentral och närsjukvårdschef deltog. Under 2018 kommer särskilt fokus vid uppföljningsbesöken på vårdcentralerna vara koordinatorsuppdraget och sjukskrivningstyngd.
- Slutligen konstaterar den rapport som Stockholm läns landsting publicerat i april 2018 att sjukfrånvaron minskar för vissa grupper som under sin sjukperiod får stöd av rehabiliteringskoordinator och det gäller individer med psykisk ohälsa eller långvarig smärta. Viktigt att notera är att alla inte behöver stöd av rehabiliteringskoordinator, det gäller individer med låg sjukfrånvaro och låg vårdkonsumtion.

## Funktion för koordinering 2017

Rehabiliteringskoordinatören 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 2 - Funktion för koordinering, enligt 2017-2018 års överenskommelse mellan SKL och Socialdepartementet.

Upplysningar om innehållet  
Anna, Östbom, [anna.ostbom@skl.se](mailto:anna.ostbom@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018  
ISBN: 978-91-7585-633-9  
Text: Mariann Jansson