

Att vara rehabkoordinator i Region Gävleborg

En kartläggning

Anette Kjellin och Heléne Breed
Operativa processledare
Region Gävleborg

2019-09-18

Innehåll

Sammanfattning	2
Syfte	2
Metod	2
Bakgrund	2
Resultat.....	3
Verksamhetens förutsättningar	3
Rutiner för statistik.....	3
Marknadsföring av rehabkoordinatorsfunktionen.....	4
Funktionens betydelse och utveckling	4
Olikheter i verksamheterna.....	4
Rehabkoordinatorns förutsättningar	5
Kompetens.....	5
Resursfördelning	6
Rutiner för sjukskrivningar och rehabkoordinatorsuppdraget	8
Samverkan	8
Arbetsituation	8
Chefernas perspektiv.....	9
Tankar om rehabkoordinatorsfunktionen.....	9
Chefens stöd till rehabkoordinatorn	9
Tankar om framtiden.....	9
Medskick till processledningen	9
Myndigheter i samverkan (Mysam)	10
Våra reflektioner	10
Framgångsfaktorer	10
Kompetensen	10
Likheter och skillnader	11
Uppdraget som rehabkoordinator	11
Vinsten med en rehabkoordinator	12
Referenser	13
Bilagor.....	13

Sammanfattning

Under våren 2018 tillsattes operativa processledare för länets rehabkoordinatorer med deluppdraget att göra en kartläggning för att få en samlad bild av förutsättningarna för deras uppdrag. En bidragande orsak till behovet av kartläggningen var ett liggande lagförslag om att permanenta funktionen i Hälso – och sjukvården samt att man sett en ökad efterfrågan av resursen i verksamheterna. Under ett år genomfördes därför intervjuer med 29 rehabkoordinatorer och deras ansvariga chefer.

Resultatet av kartläggningen visar en variation i de arbetsuppgifter som rehabkoordinatorn utför, exempelvis i hur man arbetar med statistik, rutiner och utbildning för personal. Även förutsättningarna varierade i jämförelsen av antal sjukskrivningar, antal listade och områdets demografi.

Rehabkoordinatorerna har olika yrkes-bakgrunder men den gemensamma nämnaren var kunskapen i försäkringsmedicin, samverkan mellan myndigheter samt hur processerna hos olika myndigheter fungerar.

Yrkesrollen kunde för många upplevas ensam men nätverket för rehabkoordinatorer med gemensamma träffar gav stöd och bidrog med viktig information man behövde för uppdraget.

Funktionen sågs som en självklar och värdefull kompetens på enheterna och upplevdes vara ett stort stöd till läkarna. Från chefernas sida fanns många frågor om den ekonomiska ersättningen och hur tjänsterna ska fördelas när lagförslaget om att permanenta rollen går igenom.

Syfte

Under några år har antalet rehabkoordinatorer ökat inom Hälso- och sjukvården i Region Gävleborg. Det har medfört ökade förväntningar på funktionen med konsekvensen att arbetsuppgifter och förutsättningar förändrats. Mot bakgrund av detta fick de operativa processledarna i uppdrag av dåvarande chef, Tommy Stokka, att genomföra en kartläggning av rehabkoordinatorsuppdraget för att få en samlad bild.

Metod

Intervjuer har genomförts på enheterna med rehabkoordinator och ansvarig chef utifrån en frågemall där frågorna var riktade till var och en, se bilaga 1. Dessa pågick under perioden maj 2018 till april 2019.

Bakgrund

Staten införde 2006 den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Syftet var att genom riktade statsbidrag stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården samt att förbättra kvaliteten och effektiviteten i arbetet med sjukskrivningar. Sjukskrivningsmiljarden har sedan dess reglerats årligen genom överenskommelser mellan Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting (Mariann Jansson, 2018, s.5).

Över tid har villkoret om en koordinatorsfunktion, för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, blivit mer tydliggjort och i överenskommelsen för 2019 är det uttalat att regionerna ska upprätthålla och utveckla denna funktion. Regionerna ska säkerställa att kontinuerligt stöd i arbetet ges, men också erbjuda den kompetensutveckling som krävs för att utföra uppdraget (SKL, 2018, s.8-9). Med utgångspunkt från ovan nämnda överenskommelser har Region Gävleborg formulerat en uppdragsbeskrivning (Annchristin Johansson, 2018).

Enheternas lönekostnader för rehabkoordinator har ersatts genom avtal som skrivits mellan central ledning i Regionen och verksamhets- eller vårdenhetschefer på enheten. Detta har finansierats genom de riktade statsbidragen från tidigare Sjukskrivningsmiljarden. I samband med den föreslagna lagen om koordinering så kommer ett statsbidrag utgå till Regionerna för fortsatt finansiering av koordineringsfunktionen. Detaljerna kring detta är dock ännu inte kända. (Regeringskansliet, 2018, s.96-99)

I Region Gävleborg finns i nuläget ca 35 rehabkoordinatorer på nästan alla hälsocentraler och dessutom i flera sjukskrivningsbelastade kliniker som psykiatri, ortopedi, reumatologi, neurologi och rehabiliteringsmedicin.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) publicerade 2016 en metodbok för koordinering inom Hälsa och sjukvården (SKL, 2016) som sedan kompletterades 2017 med en bok riktad till ledningen för rehabkoordinatorer i regionerna (SKL, 2017).

Flertalet utvärderingar har gjorts av koordinatorsfunktionens effekter och nytta. En sammanställning över dessa publikationer finns på SKL:s hemsida (SKL, 2019), där även pågående studier inom området beskrivs (SKL, 2019).

Regeringen har under hösten 2018 tagit fram ett förslag till lag om koordinering (Regeringskansliet, 2018), där koordinatorsfunktionen föreslås permanentas inom Hälsa- och sjukvården. Lagförslaget ska beslutas av riksdagen och i väntan på detta har överenskommelsen förlängts under 2019.

Resultat

Verksamhetens förutsättningar

Rutiner för statistik

I resultatet framgick det att rehabkoordinatorns arbete med sjukskrivningsstatistik varierade. Intresset hos verksamheter och chefer var avgörande för hur frekvent statistiken plockades ut. Flertalet av rehabkoordinatorerna presenterade regelbundet aktuell statistik på APT, läkarmöten samt individuell statistik för varje enskild läkare. På några få enheter var det enbart cheferna som tog fram aktuell statistik och hade överblick över pågående sjukskrivningsärenden. Sex rehabkoordinatorer arbetade inte regelbundet eller aldrig med sjukskrivningsstatistiken på enheten, ett par tog fram statistiken när det efterfrågades.

Rehabkoordinatorn har olika verktyg för att ta fram aktuell statistik. De som arbetar inom specialistvården använder sig av Cyklop eller Rehabstödet, medan man inom primärvården tar fram statistik via Medrave och Rehabstödet.

Ett antal Rehabkoordinatorer hade svårigheter att plocka fram aktuell statistik från systemen. Orsaken till svårigheterna var att det inte fanns kunskap i hur statistiken plockades fram och att olika behörigheter till systemen inte var beställda.

KVÅ-koden för rehabkoordinering, GC001, infördes nationellt under våren 2018. Koden används i de situationer där rehabkoordinatören går in med sina insatser. Insatserna kan vara allt från administrativa till samverkansmöten, men rutinen kring registrering av koden skiljer sig åt mellan rehabkoordinatorerna. De flesta har en bra rutin kring registreringen, några vet om den med glömmet bort, någon visste inte om att koden fanns och någon valde i samråd med vårdenhetschef att inte registrera.

Marknadsföring av rehabkoordinatorsfunktionen

Drygt en tredjedel av rehabkoordinatorerna träffar ny personal som en del i enhetens introduktion, några är på gång att införa det som en rutin medan många är inarbetade och presenterar sitt uppdrag mer informellt. Vid arbete på en mindre enhet eller bara *en* enhet så blir rehabkoordinatören snabbt känd i verksamheten.

De allra flesta rehabkoordinatorerna har utrymme att presentera sig själv och delta i forum som APT, läkarmöten eller sjuksköterskemöten. Där kunde många också informera om förändringar hos samverkanspartner och inom området försäkringsmedicin. Några hade dessutom möjligheten att hålla i utbildning för AT och ST-läkare samt övrig personal. Ett fåtal deltog i interna forum för diskussioner kring patientärenden som rehabteam, ronder och behandlingsteam.

Funktionens betydelse och utveckling

Både rehabkoordinatorerna och deras chefer var eniga om att rollen är viktig både för läkaren som utför sjukskrivningar och för övrig personal som hanterar frågor som uppkommer kring sjukskrivningsprocessen.

Vi ställde frågan om rehabkoordinatören hade egna idéer på hur rollen kunde utvecklas. De som nyligen anställts hade inga tydliga förslag på att utveckla rollen då deras fokus var att lära sig rutiner och hitta sin roll på enheten. De mer erfarna var alla eniga att framgångsfaktorn var att jobba tidigt i sjukskrivningsärendet och inte släcka bränder som många gör i dag. Några av förslagen för att utveckla rollen var att delta på läkarbesök med patienter, arbeta heltid enbart på en enhet, implementera sjukskrivningskollen, höja kompetensen i försäkringsmedicin hos rådgivningssköterskor samt jobba mer med arbetsgivarkontakter.

Olikheter i verksamheterna

Att arbeta som rehabkoordinator inom specialistvård jämfört med primärvård skiljer sig åt både i behovet av samverkan med andra myndigheter och i hur patientgrupperna ser ut. Inom specialistvården är diagnoserna ofta avgränsade och vårdkontakten är begränsad i tid även om vårdtider och sjukskrivningar kan vara långa. Upptagningsområdet är också större. Inom psykiatri och reumatologi arbetar man i team medan man på ortopedi jobbar mycket mot den största personalgruppen – som är läkare.

I verksamheter med många hyrläkare och stora volymer av sjukskrivningsärenden var det svårt att få till en kontinuitet i sjukskrivningsprocessen. Vissa hälsocentraler var mer populära och fick många nya patienter från andra hälsocentraler med en pågående sjukskrivning. Antalet sjukskrivningar var

där relativt högt jämfört med antal listade. Problemet var inte lika stort i glesbygd, där valmöjligheten mellan hälsocentraler är mer begränsade.

Storleken på området har haft betydelse, några rehabkoordinatorer ansvarade för fyra-fem enheter och resorna mellan enheterna tog mycket tid. Att vara regelbundet på plats blev då svårt särskilt vid de mindre enheterna.

Socioekonomiskt kunde patientgrupperna variera exempelvis i ålder, sociala förutsättningar, utbildningsbakgrund, anställda eller arbetslösa. I några områden fanns stora arbetsgivare med bra utbyggd HR-resurs.

Läkarresurserna varierade med andel utbildningsläkare, hyrläkare och omsättningen på läkare. Personalens engagemang för sjukskrivningsfrågor på enheterna skilde sig också åt. På vissa enheter fanns interna forum för att diskutera patienter där rehabkoordinator medverkade och bidrog med att lyfta fokus på samverkans- och sjukskrivningsfrågor.

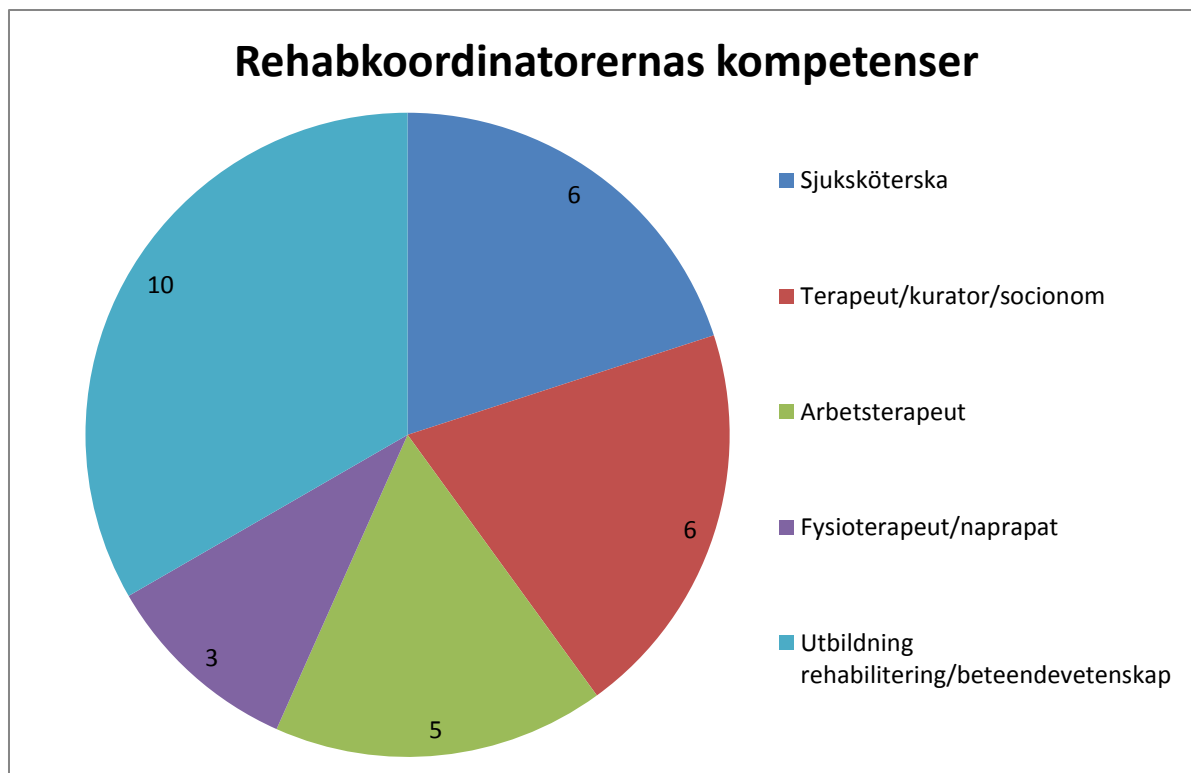
På alla enheter uttryckte man att arbetet med sjukskrivningar var en belastning. Några drev projekt riktade mot sjukskrivningsprocessen, med goda resultat.

Rehabkoordinatorns förutsättningar

Kompetens

20 av de 29 intervjuade har vårdutbildning och 10 har akademisk utbildning inom kunskapsområdet rehabilitering och beteende. En rehabkoordinator har dubbla kompetenser och en är utbildad inom annat område. 14 har arbetat inom myndigheter som försäkringskassa, arbetsförmedling och/eller socialtjänst. De flesta har genomgått utbildning i rehabkoordinering via Karolinska Institutet, inköpt uppdragsutbildning eller utbildning anordnad av processledningen. Två tredjedelar har genomgått Regionens utbildning i försäkringsmedicin för AT och ST-läkare. I intervjuerna uppgav rehabkoordinatorerna att de oftast hade tillräcklig kunskap om de frågor som hamnade på deras bord.

Rehabkoordinatorernas kompetenser

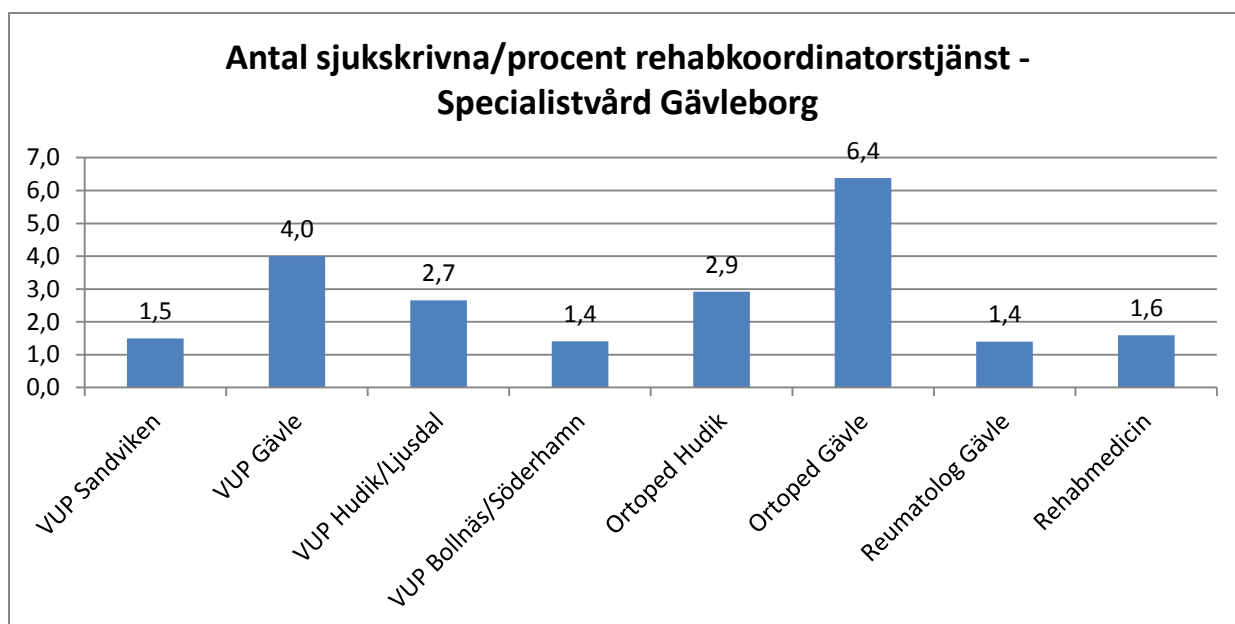


Av 29 intervjuade så har 20 vårdutbildning och 10 akademisk utbildning mot rehabilitering eller beteendevetenskap. En har dubbla kompetenser och en är utbildad inom annat område. 14 har tidigare bakgrund inom försäkringskassa, arbetsförmedling och/eller socialtjänst.

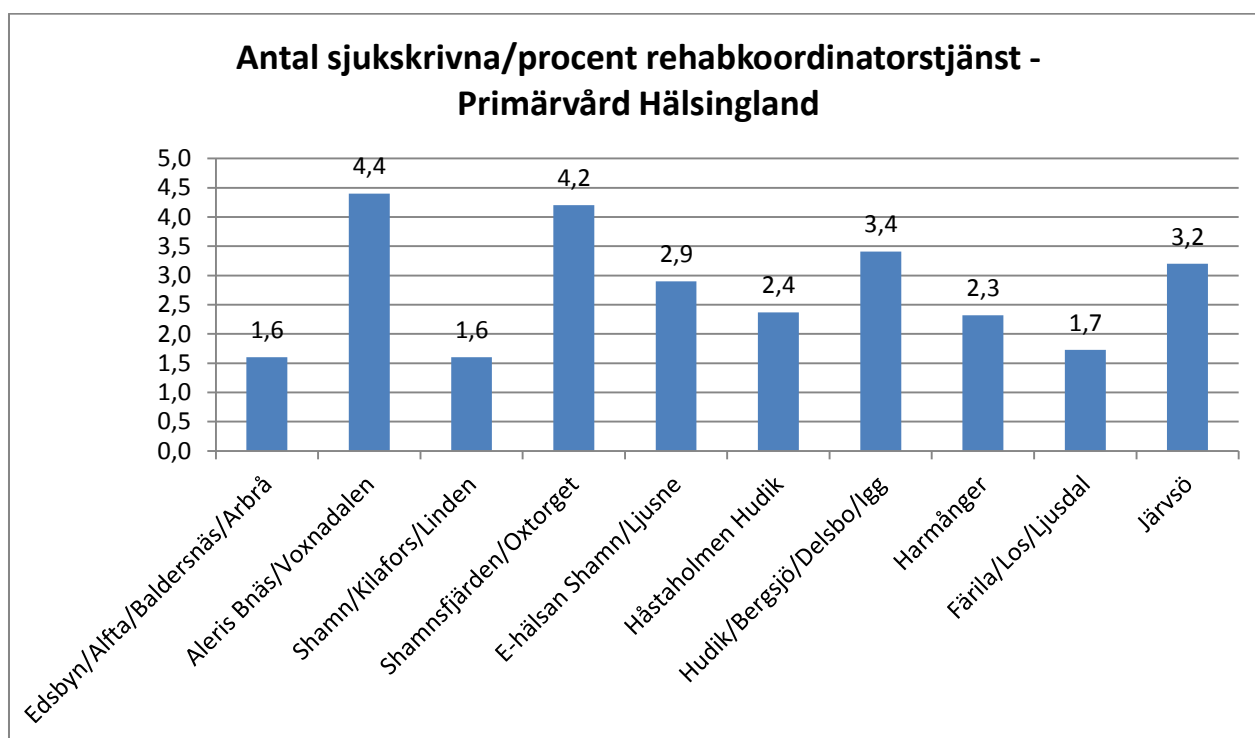
Resursfördelning

Jämförelser mellan primärvårdens rehabkoordinatorer på antal listade patienter i förhållande till hur många procent man arbetade, visade på stor variation. Majoriteten hade mellan 130-200 listade i förhållande till hur många procent de arbetade. De högst belastade verksamheterna rekommenderades att utöka procenten i rehabkoordinatorsuppdraget i samband med vårt besök.

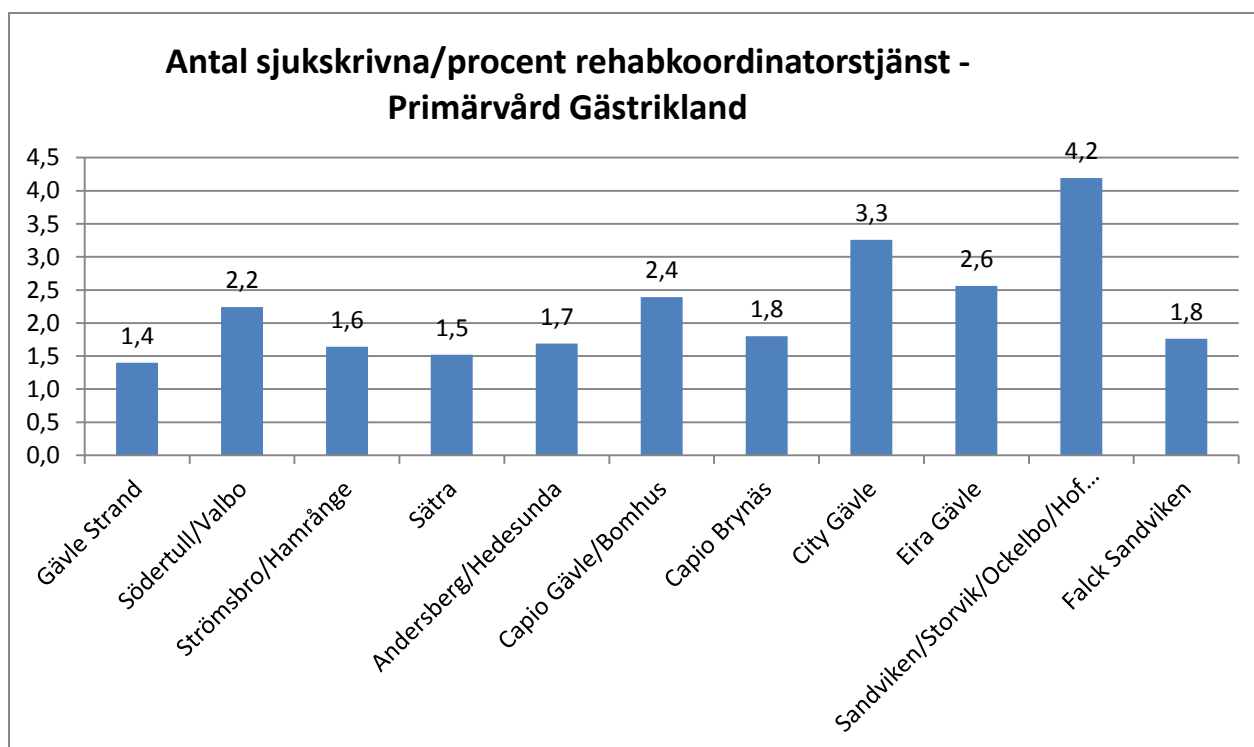
En jämförelse med antal sjukskrivningar i förhållande till hur många procent man arbetade, visade också på en variation:



Ortopeden och Vuxenpsykiatrien i Gävle har högre andel än övriga, men verksamheterna skiljer sig mycket åt. Ortopedin har många korta sjukskrivningar som rehabkoordinatören inte behöver lägga insatser på medan i Vuxenpsykiatrien är majoriteten av sjukskrivningarna långa och i behov av insatser.



Vid de enheter som har högre andel än 4 är rehabkoordinator placerad bara på en ort medan andra med lägre andel har flera enheter att resa mellan. Det kan göra att belastningen ändå är högre hos den med mycket restid.



I det område som sticker ut i både hög andel och geografiskt spridda enheter, har rehabkoordinatören en extra hög belastning.

Rutiner för sjukskrivningar och rehabkoordinatoruppdraget

Endast 13 av 29 intervjuade har en lokal uppdragsbeskrivning om vilka uppgifter de ska utföra.

Nästan hälften av enheterna hade en lokal sjukskrivningsrutin, de flesta hade arbetat fram en gemensam rutin över verksamhetsområdet/kliniken. Fem hade en plan för att ta fram rutin och tre uppgav att de hade ett bra flöde och tänk kring sjukskrivningar ändå.

Samverkan

Samverkan var en tydlig gemensam nämnare för alla rehabkoordinatorer. En framgångsfaktor för uppdraget är en bra samverkan med andra myndigheter och aktörer. Detta underlättades främst genom Trisam, som är ett länsövergripande arbetssätt för samverkan mellan kommunerna, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Hälso- och sjukvården.

Under hösten 2018 införde Försäkringskassan telefontider som påverkat tillgängligheten negativt till handläggare för rehabkoordinatorerna. De flesta uppgav detta som en försämring i arbetet kring samverkan och försvårade sjukskrivningsprocessen kring patienten.

Processledningen anordnar regelbundet nätverksträffar för länets rehabkoordinatorer. På träffarna bjuds gäster in för att informera om nyheter eller presentera verksamheter. Deltagandet på träffarna är högt och de allra flesta såg träffarna som givande, inte minst för de som är nya i uppdraget. Lokala nätverk finns i Hälsingland, men också inom verksamheterna.

Arbetssituation

13 rehabkoordinatorer arbetade deltid som paramedicinärer (fysioterapeut, psykosocial behandlare, arbetsterapeut, naprapat) men även som chefsstöd och processledare. Att ha delad tjänst var för många svårt att kombinera. Arbetet som rehabkoordinator blev svårt att prioritera då

behovet utifrån den andra yrkesrollen var mer tydligt och rehabkoordinatorsrollen mer flytande, även om vissa hade en bra struktur för att dela upp rollerna.

Att ha tillgång till eget rum var ingen självklarhet. På grund av rumsbrist fick flera ta de rum som fanns tillgängliga för dagen. I något fall satt rehabkoordinatoren i ett konferensrum. En framgångsfaktor var att ha ett eget rum placerat nära läkare och övrig personal.

De som hade sin arbetsplats på fler än 2 enheter upplevde en svårighet att få kontinuitet och fasta rutiner samt att restiden blev en tidstjuv. De flesta hade hög arbetsbelastning och behövde göra prioriteringar i hanteringen av de ärenden som kom in.

Buskort, egen dator och mobiltelefon var tillgängligt för alla.

Chefernas perspektiv

Tankar om rehabkoordinatorsfunktionen

Alla chefer var positiva till funktionen och uppgav att den var uppskattad i verksamheten. Skulle funktionen tas bort så finns oro att det blir kännbart i det dagliga arbetet med sjukskrivningar. Många rehabkoordinatorer upplevs som avlastning till läkare samt har en kompetens i ett område som övrig personal har svårt att hålla sig uppdaterade inom. Det är en inarbetad funktion som är en del i det dagliga arbetet med patienterna inom områdena sjukskrivning och intyg. Rehabkoordinatoren har bidragit till en utveckling av tänket kring rehabilitering och återgång till arbete. Man ansåg även att funktionen inte ska ersätta annan personals tid utan fokusera på sjukskrivningsprocessen.

Chefers stöd till rehabkoordinatoren

Det varierade mellan olika chefer hur insatt man var i vad en rehabkoordinator gör och om man regelbundet följer upp arbetet. Några följde sjukskrivningsstatistiken noggrant, några var delaktiga i utvecklingen av rollen medan andra hade dålig kunskap inom området och förlitade sig på kunskapen hos rehabkoordinatoren.

Tankar om framtiden

Alla chefer uttryckte att funktionen behöver finnas i vården som en självklar kompetens. Att ta bort rehabkoordinatoren skulle ge kännbara konsekvenser för annan personal, men det förutsätter en finansiering till verksamheterna. 7 chefer ansåg att omfattningen av rehabkoordinatorsresursen var tillräcklig i dagsläget, medan övriga uttryckte behov av att utöka.

Medskick till processledningen

Chefer ville ha en beskrivning av uppdraget som är realistisk - inte önsketänkande - och konkret med begrepp man förstår.

Det fanns önskemål om centrala direktiv vad man vill med funktionen och med en rättvis resursfördelning anpassad efter enheternas förutsättningar. Det upplevdes vara en stor skillnad i hur stora geografiska områden rehabkoordinatoren har, hur många enheter som finns i området och antal sjukskrivna som finns på enheten.

Önskan fanns att rehabkoordinatorerna ska jobba mer lika i länet med en tydlig gränsdragning mot vårdpersonal och externa aktörers ansvar. Fokus ska ligga på vad som genererar det bästa för patienten. Det fanns även farhågor att uppdraget blir för styrt från centralt håll.

Någon ansåg att rehabkoordinatoren kan vara ett bra komplement för att klara utmaningen med resursförsörjningen p.g.a bristen på vårdpersonal.

Det önskades en tydlighet från Regionen om nivå på chefskapet för rehabkoordinatorsfunktionen. Rätt mandat från rätt chefsnivå. Det upplevs nu vara personbundet utifrån chefs intresse för funktionen.

Man ansåg att informationen kring rehabkoordinatorsfunktionen och förändringar i det försäkringsmedicinska området inte nådde fram till ledningsgrupp, utan det blev parallella spår där informationen kom från rehabkoordinator. Som exempel direktivet att rehabkoordinator ska KVÅ-koda sina insatser.

Det fanns en åsikt att vården inte styr verksamheten utifrån medicinskt perspektiv, utan påverkas av Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens direktiv.

Myndigheter i samverkan (Mysam)

Mysam är lokala chefsgrupper för samverkan i rehabiliteringsområdet som Samordningsförbundet har i uppdrag att stödja. Det är geografiskt uppdelat i länets 10 kommuner. Ett av uppdragen för Mysam är att utse styrgrupper för Trisam (Tidig rehabilitering i samverkan) (Samordningsförbundet Gävleborg, 2019). Överlag var intresset och kunskapen lågt hos de chefer vi intervjuade.

Våra reflektioner

Framgångsfaktorer

Att arbeta med statistik ger en tydlig bild på hur situationen ser ut, och ger förutsättningar att komma in tidigt i sjukskrivningsärenden. Idag upplever majoriteten av rehabkoordinatorerna att man gör "brandkårsuttryckningar" och får inte chansen att systematiskt göra egna bedömningar av vilka ärenden man skulle kunna påverka för ett hållbart resultat. I längden skulle det ge en snabbare och bättre planering för patienten men även det mest kostnadseffektiva resultatet för enheten. På de enheter där rehabkoordinator är "grindvakt" vid förfrågningar om utlåtande och intyg finns en tydlig vinst i att inte boka onödiga läkartider.

Uppdraget är ett ensamarbete på så sätt att man inte har en kollega på enheten att bolla med och får ingen avlastning i de arbetsuppgifter man har spetskompetens för. Det är därför viktigt att rehabkoordinatoren blir känd på enheten och får delta i det vardagliga arbetet vid sidan av vårdpersonalen. Att känna sig behövd och uppskattad är viktigt. Stöd från en chef som har ett intresse för området ger förutsättningar att alla på enheten blir delaktiga i sjukskrivningsprocessen.

Kompetensen

Ur ett nationellt perspektiv har Regionerna olika utgångspunkter när det gäller krav på rehabkoordinatorns kompetens och fortbildning. Någon har ett körkort för rehabkoordinator som omfattar en plan på ett år. En del anser att endast legitimerad vårdpersonal ska anställas som rehabkoordinator medan andra anser att erfarenheter från myndighetsarbete inom rehabilitering är meriterande. Region Gävleborg har en blandad grupp av rehabkoordinatorer som är vårdpersonal, har utbildning inom rehabilitering/beteende samt erfarenhet från myndigheternas perspektiv. Vi ser

att mixen ger en kunskapsstark yrkesgrupp med en bredd som hjälper oss att utveckla varandra och rollen.

Likheter och skillnader

Något som är gemensamt för rehabkoordinatorerna är specialistkompetensen inom sjukförsäkring och myndighetssamverkan. Det innebär att rehabkoordinatorn är viktig i arbetet med att utbilda personalen på enheten i dessa frågor men även i att stödja chefen i att utforma arbetsätt och rutiner.

Skillnaderna mellan rehabkoordinatorerna syns tydligast i tjänstgöringsgrad, geografiskt område och antal sjukskrivna i området. Att ha flera enheter medför att resandet tar arbetstid och omställningen mellan olika enheters förutsättningar innebär bl.a. att man måste installera sig på en ny arbetsplats, bära sina saker med sig, hantera relationen till flera arbetsgrupper och vara uppdaterad i vad som händer på enheterna.

En låg tjänstgöringsgrad, ex 25 %, gör att man antingen behöver kunna hoppa in och ta frågor när de kommer och då missa strukturen i att ha en avgränsad tid där man jobbar som rehabkoordinator eller riskera att frågor får ligga och vänta på att hanteras.

De flesta rehabkoordinatorerna har idag en andel av 1,4 - 2,9 sjukskrivna per procent tjänst, vilket omräknat blir 140-290 sjukskrivna på en heltidstjänst. För att kunna få en tydlig effekt av rehabkoordinatorns arbete på enheten så tror vi att ett rimligt antal är någonstans mellan 150-200 för en heltidstjänst. Har man fler än så, behöver en avgränsning göras mot vilka målgrupper som rehabkoordinatorn ska arbeta. Man måste även ta med i beräkningen att rehabkoordinatorn ska utveckla rutiner och arbetsätt på enheten men också samverka med andra aktörer. Till det kommer andra faktorer att påverka, som antal enheter, läkarresurser och demografi.

Förutsättningarna i antal sjukskrivna kan skilja sig mellan olika hälsocentraler. En del av antalet sjukskrivna är kortare sjukskrivningar som inte är i behov av någon insats från rehabkoordinator, ex graviditet och influensa. Även inom ortopedi finns sjukskrivningar som är kortare eller med en tydlig avgränsad operation/behandling som inte behöver långa insatser. Skillnaden finns mot psykiatri och reumatologi där fler patienter har svårare och mer långvarig problematik som kräver insatser från rehabkoordinator.

Skillnader mellan primärvård och specialistvård ligger främst i den målgrupp patienter som de olika verksamheterna kommer i kontakt med. Inom primärvård är det en bred målgrupp med stora variationer i frågeställningar som måste hanteras, ibland utanför vårdens egentliga uppdrag. Specialistvården hanterar en specifik problematik som föregås av ett remissförfarande. Det innebär att rehabkoordinatorn där behöver djupare kunskap inom verksamhetens område.

Samverkan med olika aktörer kan variera beroende på den målgrupp av patienter som specialistvården har. T.ex. har ortopedien större behov av kontakt med försäkringskassa än andra aktörer medan psykiatrin även har behovet av samverkan med arbetsförmedling och socialtjänst.

Uppdraget som rehabkoordinator

I förslaget "lag om koordinering i Hälso och sjukvården" avgränsas uppdraget till att handla om stöd till sjukskrivna, vilket tydliggör att koordineringsfunktionen inte ska lägga resurser på att jobba med personer som har andra ersättningar t.ex. aktivitetsersättning och sjukersättning. I realiteten

kommer det ändå att innebära ett visst arbete med patienter som av olika anledningar inte har en godkänd sjukskrivning men ändå har nedsatt arbetsförmåga och behov av stöd i en återgång till arbetsmarknaden.

Utifrån de skillnader vi uppmärksammat i kartläggningen så finns det antal fallgropar i uppdraget som rehabkoordinator, där avgränsningarna inte alltid är så enkla att identifiera i praktiken.

- När rehabkoordinator får frågor via kollegor på enheten om intyg och annat som inte tillhör området kring sjukskrivningar. T.ex. intyg angående god man, körkortstillstånd eller till migrationsverket.
- När rehabkoordinator tillfrågas av kollegor att hantera ärenden som andra aktörer har ansvar att ta hand om, t.ex. arbetsrelaterade frågor där företagshälsovården har ansvar att stödja arbetsgivare för att undvika sjukskrivning eller hantera en konflikt på arbetsplatsen.
- När rehabkoordinator lägger mer fokus på ett område i uppdraget, så att man inte hinner med övriga delar. Som ett exempel att arbetstiden till stor del ägnas åt patientkontakter, för att man vill eller förväntas avlasta övrig personal, så kommer tiden inte räcka till för att jobba strategiskt med arbetsätt och rutiner på enheten.
- När riktningen på arbetet utgår från tidigare grundkompetens finns en risk att man fortsätter i samma arbetsätt.
- Det finns en risk att man hamnar i arbetsuppgifter som egentligen ska utföras av vårdpersonal, då belastningen på dessa professioner är hög.

Under vår turné har vi diskuterat vikten av att KVA-koda alla insatser som en rehabkoordinator gör i sina ärenden då vi förstår att denna registrering kommer vara avgörande för vår framtida existens.

Vinsten med en rehabkoordinator

Arbetet med sjukskrivningar ser många läkare som ett arbetsmiljöproblem. Det är mycket man som läkare ska förhålla sig till, t.ex. nya intyg, efterfrågade kompletteringar och förändringar på olika myndigheter. Därtill ska läkaren hantera patienter som "beställer" en sjukskrivning. En rehabkoordinator är ett stort stöd i läkarens dagliga arbete för att få en fungerande process och avlastar övrig personal genom att vara en kanal in för patienter och myndigheter.

För att säkerställa en hög kompetens och kvalitet på framtidens funktion för koordinering i primärvården/specialistvården behövs ett kontinuerligt stöd. Detta kan ges genom tydliga riktlinjer men också från nätverket av rehabkoordinatorer och processledningen. I resursfördelningen till enheterna är det avgörande att man tar hänsyn till antal sjukskrivningar, då detta är en avgränsning i det lagförslag som ligger.

Referenser

Mariann Jansson. 2018. *Funktion för koordinering*. SKL. <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/funktion-for-koordinering-2017.html>

Regeringskansliet, SKL. 2018. *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2018-12-18. Sveriges kommuner och landsting (SKL). [https://skl.se/download/18.31f74af3167ffb549e8566c4/1546526855030/Overenskommelse_En-kvalitetssaker-och-effektiv-sjukskrivnings-och-rehabiliteringsprocess-2019.pdf](https://skl.se/download/18.31f74af3167ffb549e8566c4/1546526855030/Overenskommelse_En_kvalitetssaker-och-effektiv-sjukskrivnings-och-rehabiliteringsprocess-2019.pdf)

Annchristin Johansson, 2018. *Rehabiliteringskoordinator – uppdragsbeskrivning*. Region Gävleborg, Platina.

Regeringskansliet. 2018. *Ny lag om koordineringsinsatser inom Hälso- och sjukvården*. Ds:2018:5. Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2018/03/ds-20185/>

Annie Hansen Falkdal, Ann-Britt Ekvall, Ulrika Eklund. 2016. *Metodbok för koordinering*. SKL. <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/metodbok-for-koordinering.html>

Ann-Britt Ekvall, Mariann Jansson, Ulrika Eklund. 2017. *Att leda funktion för koordinering*. SKL. <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/att-leda-funktion-for-koordinering.html>

SKL. 2019. *Koordinering av sjukskrivning och rehabilitering*. SKL. <https://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/funktionforkoordinering.1033.html> (Hämtad 2019-07-02)

SKL. 2019. *Pågående forskning och studier inom rehabiliteringskoordinering*. SKL. <https://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/arkivsjukskrivningochrehabilitering/arkivsjukskrivningochrehabilitering/pagaendeforskningochstudierinomrehabiliteringskoordinering.26512.html> (Hämtad 2019-07-02)

Regeringskansliet. 2018. *Ny lag om koordineringsinsatser inom Hälso- och sjukvården*. Ds:2018:5. Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2018/03/ds-20185/>

Samordningsförbund Gävleborg. 2019. *Mysam – myndigheter i samverkan*. <http://www.finsamgavleborg.se/mysam/mysam.aspx> (Hämtad 2019-07-02)

Bilagor

Bilaga 1: Frågeformulär vid intervjuer

Bilaga 2: Statistik från intervjumaterialet