



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso-  
och vårdvetenskap,  
Livsstil och rehabilitering  
vid långvarig sjukdom

**Införande av rehabiliteringskoordinator (REKO) vid  
Ortopedmottagningen vid Akademiska sjukhuset  
Forskningsplan  
(FoU 2019-0001-35)**

Huvudansvarig:

Ingrid Anderzén, Docent, Uppsala universitet

E-post: [ingrid.anderzen@pubcare.uu.se](mailto:ingrid.anderzen@pubcare.uu.se)

Forskare i projektet:

Åsa Andersén

E-post: [asa.andersen@pubcare.uu.se](mailto:asa.andersen@pubcare.uu.se)

Erik Berglund

E-post: [erik.berglund@pubcare.uu.se](mailto:erik.berglund@pubcare.uu.se)

## 1. Områdesöversikt och bakgrund

Sedan 2006 har landstingen i Sverige, med stöd av stimulansmedel baserat på överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), utvecklat en funktion för koordinering internt inom sjukvården men även med externa aktörer. Avsikten är att främja samverkan och effektivisera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med målet att underlätta återgång i arbete vid sjukskrivning eller att motverka sjukskrivning. Denna nya funktion som benämns Rehabiliteringskoordinator (REKO) har även till uppdrag att stödja patienterna i rehabiliteringsprocessen samt förmedla kunskap till professioner inom hälso- och sjukvården.

### 1.1 Sjukskrivningar i Sverige

Över tid har sjukskrivningstalen i Sverige varierat gällande både andelen nya sjukfall samt längden på sjukfallen [1]. Från år 2010 till 2016 ökade andelen sjukskrivningar i Sverige med 80 % [2] och totalt erhöll 625 000 individer i Sverige ersättning från Försäkringskassan 2016 för nedsatt arbetsförmåga. Av dessa var 64 % var kvinnor och 36 % män och av dem var 105 000 långtidssjukskrivna ( $\geq 60$  dagar) med en fördelning på 67 % kvinnor och 33 % män [3]. Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukskrivning, följt av muskuloskeletal ohälsa [2].

Även om sjukskrivning kan vara nödvändigt för läkning och återhämtning och utifrån arbetets krav, så visar forskning att längre sjukskrivningar kan medföra negativa konsekvenser för individen, däribland försämrad hälsa [4, 5]. Även individers självuppfattning kan påverkas negativt av långvarig sjukskrivning [6] liksom tilltron till den egna förmågan [7-9], med förlängd sjukskrivning som följd [10]. Sjukskrivningsperioder på  $>245$  dagar har även visat sig minska sannolikheten att återgå i arbete betydligt [11]. Vid sjukskrivningsperioder längre än 60 dagar ökar behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering [12], vilket innefattar insatser som syftar till att en person som drabbats av ohälsa ska återvinna sin arbetsförmåga och därmed få förutsättningar till egen försörjning genom förvärvsarbete [13].

### 1.2 Rehabilitering tillbaka till arbetslivet eller påbörjan av studier

Återgång i arbete kan vara en komplex process där många olika faktorer utöver individens medicinska tillstånd påverkar individens arbetsförmåga. Förutom psykiska-, fysiska-, känslomässiga- och sociala faktorer hos individen har även omgivande system och faktorer betydelse. Dessa är hälso- och sjukvårdssystemet, sjukförsäkringssystemet och arbetsplatsystemet [14]. Dessa aktörer har sina egna ansvarsområden [15, 16] och kan ha sina egna mål med sina insatser [17] och individen är beroende av hur dessa aktörer arbetar och vilka beslut de fattar [15, 16]. Målet med den rehabilitering som individen erhåller kan skilja sig mellan aktörerna och individen, där aktörerna kan vara intresserade av resultat avseende sjukskrivning och arbetsåtergång medan individen oroar sig för påverkan på hälsa och livskvalité [18].

En utmaning inom rehabiliteringsområdet ligger i att bibehålla en persons arbetsförmåga (om sådan finns) på en nivå som gör det möjligt för individen att arbeta i någon grad trots sjukdom eller nedsatt funktion [18]. Framgångsfaktorer för individens möjlighet till återgång i arbete har bland annat visat sig vara medverkan från arbetsgivaren samt arbetsplatsens stöd [17]. Även kontakten mellan vården och arbetsgivaren har betydelse för individens arbetsåtergång liksom

involvering av en person som koordinerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen [19]. Förutom att arbete med patienters sjukskrivningsprocesser ställer krav på sjukvårdens kunskaper inom Försäkringsmedicin [20] behövs även kunskap om arbetsplatsen för att kunna bedöma individens arbetsförmåga i förhållande till arbetets krav. Denna har ibland visat sig vara otillräcklig [21]. Arbetsförmågan kan uppfattas olika bland de aktörer som är involverade i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen vilket kan leda till motsättningar dem emellan [21]. En förutsättning för att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ska få ett positivt utfall avseende individens hälsa och arbetsåtergång är att denna sker i samarbete mellan individen och dessa aktörer [22]. Brist på samarbete mellan dessa parter kan istället komplicera individens möjlighet till arbetsåtergång [23]. En tidigare genomförd metaanalys har kunnat påvisa en tydlig men måttlig effekt på återgång i arbete för anställda som var sjukskrivna och som hade tillgång till en person som koordinerade deras process för återgång i arbete [24].

### **1.3 Utvecklingen av en koordinatorsfunktion**

Sedan 2006 har landstingen i Sverige, med stöd av stimulansmedel baserat på överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), utvecklat en funktion för koordinering internt inom sjukvården men även med externa aktörer. Avsikten är att främja samverkan och effektivisera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med målet att underlätta återgång i arbete vid sjukskrivning eller att motverka sjukskrivning [20]. Denna nya funktion som benämns *Rehabiliteringskoordinator* har även till uppdrag att stödja patienterna i rehabiliteringsprocessen samt förmedla kunskap till professioner inom hälso- och sjukvården [25]. Prioriterade målgrupper för rehabiliteringskoordinatorerna är patienter med psykisk ohälsa och muskuloskeletal ohälsa, dvs F och M diagnoser enligt ICD systemet [26]. Över tid har rehabiliteringskoordinatorns funktion utvecklats och funktionen finns numera inom primärvården och i viss grad inom specialistsjukvården [27]. Detta har lett till att rehabiliteringskoordinatorns huvudfunktioner idag består av att [28]:

- Kartlägga rehabiliteringsbehov och bidra till en plan för återgång i arbete i dialog med läkare och andra medverkande aktörer, ge individanpassat stöd till patienter genom koordinering och coachning med fokus på en varaktig arbetsåtergång. Utgöra ett stöd i kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedling för gemensam planering inför arbetsåtergång eller påbörjan av arbete/studier.
- Intern koordinering av rehabilitering samt sjukskrivning.
- Utgöra kontaktperson i externa kontakter med Försäkringskassan, arbetsgivare, företagshälsovård, Arbetsförmedling och kommun.

### **1.4 Tidigare forskning och utvärdering inom området**

En tidigare utvärdering innefattande patienter med psykisk ohälsa eller muskuloskeletal ohälsa som fick stöd av en rehabiliteringskoordinator inom primärvården hade lägre sjukskrivningsgrad, avslutade sin sjukskrivning snabbare samt hade färre återkommande sjukskrivningar jämfört med en kontrollgrupp. Samma effekt kunde dock inte ses för patienter med båda dessa diagnoser [29]. Tillgången till en rehabiliteringskoordinator har även visat sig kunna minska upplevelsen av stress kring sin situation, bidra till ökad delaktighet i rehabiliteringsprocessen och ökad insikt om det egna ansvaret i denna [30]. Förutom att införandet av en rehabiliteringskoordinator har betydelse för patienters rehabilitering anses denne även underlätta kontakten mellan

Försäkringskassan och sjukskrivande läkare men även samverkan med andra aktörer utanför vården [31]. En nyligen publicerad studie med strokepatienter visar att involvering av en rehabiliteringskoordinator under den arbetslivsinriktade rehabiliteringen uppskattades av patienterna som såg detta som ett stöd och gav en känsla av att ha någon vid sin sida. Rehabiliteringskoordinatorm kunde bland annat guida patienterna i processen tillbaka till arbete och ge svar på frågor samt följde upp patienterna över tid. Patienterna fick även hjälp med att sätta upp rimliga mål för framtiden samt att balansera och anpassa arbetstiderna efter sin förmåga. Rehabkoordinatorm kunde även initiera till anpassningar på arbetsplatsen och ta upp och diskutera frågor med arbetsgivaren samt hjälpa deltagarna att hitta strategier för att hantera olika utmaningar i arbetet [32]. Funktionen för koordinering liknande den som finns för patienter i Sverige verkar sakna en direkt motsvarighet i andra länder även om liknande funktioner utanför sjukvården finns bland annat i Holland, Australien och Kanada [33].

I regeringens budgetproposition för 2018 betonas också återigen behovet av att; utveckla hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen, öka samverkan mellan olika myndighetsaktörer samt stödet till den enskilda individen som ett sätt att uppnå en effektivare sjukskrivningsprocess [34].

### **1.5 Problemformulering**

Långvariga sjukskrivningar ökar behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering och en koordinerad rehabiliteringsprocess. Kunskapen kring vilka insatser som är effektiva för att stödja individer tillbaka till arbete/påbörjan av arbete/studier är begränsad. Ett införande av en rehabiliteringskoordinator som arbetar enligt SKL:s metodbeskrivning kan vara ett sätt att öka sjukskrivna patienters möjligheter till att återgå i/påbörja arbete eller studier. Inom primärvården har rehabiliteringskoordinatorernas arbetssätt utvecklats och utvärderats men dess funktion inom ortopedi har inte tidigare prövats och effektutvärderats avseende minskad sjukskrivning eller återgång till/påbörjan av arbete/studier.

## **2. Vetenskaplig frågeställning**

### **2.1 Syfte**

Det huvudsakliga syftet med studien är att undersöka om införande av en rehabiliteringskoordinator inom ortopedi har effekt på sjukskrivning och återgång i/påbörjan av arbete eller studier för patienter som är sjukskrivna.

### **2.2 Frågeställningar**

Studien ämnar söka svar på följande frågeställningar:

- 1. Vilken effekt har insatser från en rehabiliteringskoordinator på patienters sjukskrivning (omfattning och längd)?*
- 2. Vilken effekt har insatser från en rehabiliteringskoordinator på patienters återgång i/påbörjan av arbete/studier?*
- 3. Vilken effekt har insatser från en rehabiliteringskoordinator på patienters upplevda hälsa?*

### 3. Projektbeskrivning/upplägg för respektive mottagningen

#### 3.1 Metodbeskrivning

För att besvara studiens frågeställningar genomförs en randomiserad kontrollerad studie (randomized controlled trial, RCT) på Ortopedmottagningen. Denna studiedesign ger möjlighet att göra jämförelser mellan interventions- och kontrollgrupp samt dra slutsatser av interventionen. Avsikten är att studera om interventionen har effekt på sjukskrivningslängd/omfattning samt återgång i/påbörjan av arbete/studier och om eventuella skillnader som uppkommer mellan de båda grupperna beror på interventionen. Detta studieupplägg kan minimera risken för slumpmässiga och systematiska fel (bias). Samma personer studeras över tid varför studien kommer vara longitudinell.

##### 3.1.1 Verksamhetsbeskrivning, Ortopedmottagningen

På mottagningen behandlas patienter med sjukdomar, skador och besvär i skelett och mjukdelar, till exempel ledförslitningar, frakturer och arm- och benbrott. Det är en specialistmottagning som har riks- och regionverksamhet med patienter från stora delar av Sverige. Mottagningen består av fem sektioner, protes-, rygg-, trauma-, fot- och skulder-knäsektionen. Patienterna kommer via remiss från annan vårdgivare eller söker själv med egen vårdbegäran för bedömning, utredning och uppföljning eller för återbesök från akutmottagningen eller efter en operation.

##### 3.1.2 Studiepopulationen

Patienter vid Ortopedmottagningen som är sjukskrivna till följd av rygg-, fot- eller skulderbesvär och som;

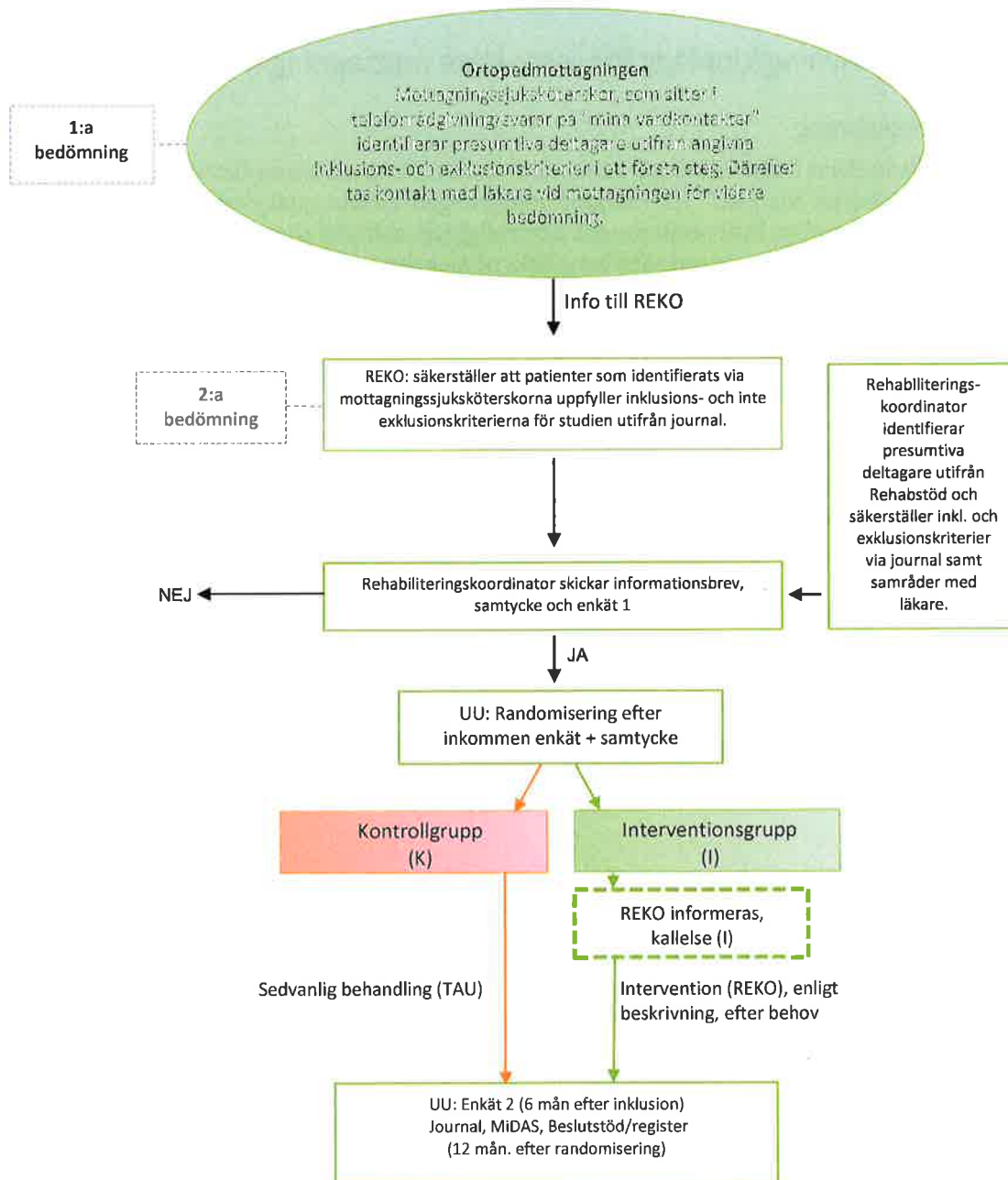
##### Inklusionskriterier:

- Inte ”tillfrisknat enligt plan” eller inte kan opereras och önskar en förlängning av sin sjukskrivning
- Ålder 18-64 år

##### Exklusionskriterier:

- Uppenbara medicinska komplikationer till operation såsom sårinfektion, proteslossning, propp eller liknande
- Samsjuklighet/omfattande somatiska besvär (somatiskt multisjuk)
- Hel sjukersättning
- Arbetslös
- Utomlänspatienter

Se flödesschema i Figur 1 nedan.



Figur 1. Flödesschema för studien på Ortopedmottagningen

### **3.2 Interventionsgrupp**

De patienter som inkluderas i studien erbjuds stöd av en rehabiliteringskoordinator. Rehabiliteringskoordinatören har ett kartläggningssamtal med patienten och bedömer vilka insatser som är aktuella för respektive patient både vad gäller den direkta kontakten med patienten och samordning med övriga aktörer inom vården. En del i stödet till patienten innebär möte för upprättande av en rehabiliteringsplan, kontakt med externa aktörer (med särskild tonvikt på eventuell arbetsgivare) med ansvariga behandlare samt uppföljningsmöten med patient. Alla insatser och kontakter sker utifrån individens behov och pågår så länge rehabiliteringskoordinatören bedömer detta som lämpligt och den tid som patienten är sjukskriven via mottagningen. Deltagaren kan också avbryta fortsatt kontakt och därmed interventionen.

#### **3.2.1 Interventionsinnehåll/REKOs uppdrag**

Följande punkter kommer att utgöra rehabiliteringskoordinatörens huvudsakliga uppdrag i studien:

- Kartlägga deltagarens rehabiliteringsbehov.
- Bidra till en plan för återgång i/påbörjan av arbete eller studier i dialog med läkare och andra medverkande aktörer samt ansvara för att denna dokumenteras och uppdateras.
- Utgöra kontaktperson och ge individanpassat stöd till deltagarna genom koordinering och coachning med fokus på en varaktig arbetsåtergång.
- Stödja deltagaren i kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedling och medverka till eventuella anpassningar/arbetsuppgifter eller arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Utgöra kontaktperson i externa kontakter med Försäkringskassan, arbetsgivare, företagshälsovård, Arbetsförmedling och kommun.
- Utgöra ett stöd till arbetsgivaren.

Som tidigare beskrivits så kommer Rehabiliteringskoordinatörens funktion att uppgå till max nivå 6 i den stege som beskrivs av SKL avseende rehabiliteringskoordinatörens uppdrag. Rehabiliteringskoordinatören kommer att ges en grundutbildning och kontinuerlig kompetensutveckling samt processtöd av det Försäkringsmedicinska teamet vid Region Uppsala. Vidare kommer rehabiliteringskoordinatören ges möjlighet att delta i ett kunskapsnätverk tillsammans med primärvårdens rehabiliteringskoordinatorer där denna funktion finns implementerad sedan tidigare. Då den aktuella verksamheten skiljer sig från primärvården kommer behov och uppdrag anpassas efter mottagningen. Regelbundna korta uppföljningsmöten kommer att ske med det Försäkringsmedicinska teamet för att följa hur arbetsmodellen fungerar och om något behöver justeras och/eller förtydligas i uppdraget.

### **3.3 Kontrollgrupp**

Deltagare som randomiseras till kontrollgrupp på Ortopedmottagningen kommer att erhålla sedvanlig vård vid mottagningen utan tillgång till rehabiliteringskoordinator.

### **3.4 Datainsamling och variabler**

I denna studie används en baslinjemätning och därefter en mätning vid 6 månader och ett år efter inklusions-/randomiseringstillfället. Detta för att studera skillnader i sjukskrivningslängd och omfattning och återgång i/påbörjan av arbete eller studier före och efter interventionen.

Data kommer att insamlas via enkäter, journal och register. Enkäterna i projektet kommer att samla in information avseende demografi, självrapporterad hälsa, sjukskrivning och arbetslivserfarenhet/-förmåga som inte går att få fram via register eller journaler. I Tabell 1 nedan listas de variabler som kommer att användas i studien och vid vilka tillfällen data för respektive variabel kommer att inhämtas.

**Tabell 1.** Lista över variabler, datakällor och mättillfällen

Datakällor och variabler	Mättillfälle/en för respektive variabel		
	1. Baslinje	2. 6 månader	3. 1 år
<b>Enkät</b>			
Demografi (ålder, kön, utbildning, födelse-land)	X		
Anställningsstatus	X	X	
Tidigare arbetslivserfarenhet	X		
Sjukskrivningar	X		
Vårdkonsumtion (egenskattad)	X	X	
Motivation till arbete	X	X	
Självskattad arbetsförmåga, Work Ability Index (WAI) [35, 36]	X	X	
Worker Role Self-Assesment (WRS-2), Item 2 [37]	X	X	
Studiespecifika frågor gällande kontakt med Rehabiliteringskoordinator		X	
Ängest och Depression, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [38]	X	X	
World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) [39]	X	X	
Självskattad hälsa, Self-rated health (SRH) [40]	X	X	
The short version of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ)/Linton [41]	X	X	
Self-efficacy, General Self-efficacy Scale (GSE) [42]	X	X	
Socialt stöd (emotionellt och instrumentellt) [43]	X		
Sysselsättning;			
Arbete (hel-/deltid)	X	X	
Studier (hel-/deltid) eller annan verksamhet (hel-/deltid)	X	X	
Annan sysselsättning (ex. deltagande i arbetsmark. aktivitet)	X	X	
<b>Journal</b>			
Diagnos	X		
<b>Försäkringskassan, MiDAS</b>			
Sjukskrivningsdata (se beskrivning nedan)			X
<b>Beslutstöd</b>			



Vårdkonsumtion (via register)			X
-------------------------------	--	--	---

### 3.5 Dimensionering

För att kunna påvisa eventuella skillnader i utfallen mellan interventions- och kontrollgrupp med en signifikansnivå på 0.05 har en powerberäkning genomförts för att säkerställa hur många deltagare som behövs i respektive grupp för att kunna dra slutsatser. Estimationen av den tilltänkta studiens statistiska styrka har baserats på ett hypotetiskt antal personer som följs upp ett år efter randomisering, med en signifikansnivå på 0,05. Antalet personer antas vara 100 deltagare i interventions- respektive kontrollgrupp, totalt 200 deltagare. För att göra estimationen någorlunda enkel har vi utgått från ett utfallsmått med två utfall, dels andel som återgått till/påbörjat arbete studier (positivt utfall) och dels andel som inte återgått till/påbörjat arbete studier (negativ/oförändrat utfall). Statistikprogrammet Stata 15.0 har används för att beräkna studiens styrka (power). Styrkan för att hitta en skillnad i proportioner mellan de båda grupperna på 20 procentenheter ger ett betavärde på 0,828. Normalt krävs en power på 0.8 för att inte ha en underdimensionerad studie.

### 3.6 Datahantering och analysplan

Studien samlar in data från flera källor. Det finns tre mättillfällen i analysplanen, det första då deltagare inkluderas (baslinje), uppföljningsenkät vid 6 månader samt registerdata 1 år efter inklusions-/randomiseringstillfället.

Data kommer att analyseras med deskriptiv statistik, logistiska regressionsanalyser för andelar av sjukskrivning/sysselsättning (återgång i/påbörjan av arbete/studier). Linjära regressionsanalyser kommer att användas för att studera skillnader i vårdkonsumtion och inkomst. De huvudsakliga statistiska analyserna kommer att ske med regressionsanalyser där effekten av interventionen kommer att mätas mot respektive utfall. Med hjälp av regressionsanalyser kan även hänsyn tas till och kontrollera för potentiella confounders/förväxlingsfaktorer.

## 4. Tidigare erfarenheter och arbetsplan

### 4.1 Tidigare erfarenheter

Akademiska sjukhuset tillsammans med Region Uppsalas Försäkringsmedicinska team ansvarar för interventionen. Rehabiliteringskoordinatorm kommer att ges utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling samt processtöd av det Försäkringsmedicinska teamet vid Region Uppsala. Uppföljningsmöten kommer att ske kontinuerligt med rehabiliteringskoordinatorm.

Forskargruppen har tidigare erfarenhet av att arbeta med de utvärderingsmetoder som skall användas i studien.

### 4.2 Arbetsplan

Studien genomförs som ett samarbetsprojekt med Region Uppsala och Ortopedmottagningen vid Akademiska sjukhuset, Uppsala. Forskare vid Uppsala Universitet, Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap kommer att vara huvudansvarig för utvärderingen av studien. En projektledare ansvarar för studieupplägg, koordinering av studien samt datainsamling. Projektledare ansvarar

även för analys av data, avrapportering och skrivande av eventuella vetenskapliga publikationer i samarbete med övriga i forskargruppen. Projektledaren ansvarar både för kontakterna med Landstinget (Region Uppsala) och personalen vid den aktuella mottagningen.

### **4.3 Etiska överväganden**

Studien har genomgått sedvanlig etikprövning vid Etikprövningsmyndigheten (Dnr: 2019-00212). Hanteringen av personuppgifterna regleras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning (GDPR). Kontaktperson för detta i projektet är Åsa Andersén; Uppsala universitet. Projektet omfattas och regleras även av etikprövningslagen samt offentlighets- och sekretesslagen (SFS, 2009:400).

Alla deltagare får skriva på ett samtycke till deltagande i studien och godkännande av att inhämta data via enkät, journal och register. Deltagande i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan motivering. Ingen obehörig kommer att få ta del av data som samlas in i detta projekt. Datafilen kommer att avidentifieras vid analys och statistiska körningar. Resultaten kommer att presenteras på gruppnivå och det kommer inte vara möjligt att identifiera enskilda individers svar vid redovisning av resultaten.

## **5. Studiens betydelse**

Rehabiliteringen till arbetslivet behöver förbättras och den planerade studien ger möjlighet att bidra till ny och djupare kunskap inom forskningsområdet och fylla en del av de kunskapsluckor som idag finns.

Man har idag sett att rehabiliteringskoordinatorerna i Primärvården fyller en viktig funktion i samordning mellan patient, vård och Arbetsförmedling/arbetsgivare. Införande av en rehabiliteringskoordinator inom ortopedi skulle kunna vara ett stöd både för vården och för den enskilda patienten i koordinering av sjukskrivningsprocessen och återgången i arbete.

Studien ger möjlighet att bidra till ny kunskap inom forskningsområdet. Målet med studien är att resultaten ska spridas och delges verksamma inom hälso- och sjukvården samt aktörer som är delaktiga i arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta skulle indirekt även kunna bidra till att förbättra hälsa, livskvalité och delaktighet i samhället för den aktuella målgruppen samt medverka till jämlikhet och minskat utanförskap. Även den ekonomiska belastningen för samhället, som ersättning via välfärdssystemet innebär, kan reduceras. Därmed förväntas studien ha betydelse på både individ- och samhällsnivå.

## Referenser

1. A BPA: **Långa sjukfall. Korta analyser. [Long sick cases. Short analyzes]**. In., vol. 2017:2: Analys och Prognos 2017.
2. **Korta analyser 2017:1. Psykiatriska diagnoser. Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. [Short analyzes 2017:7. Psychiatric diagnoses. Long way back to work in case of sick leave ]**
3. **Socialförsäkringen i siffror 2017 [The Social Insurance in figures 2017]**. In.: Försäkringskassan; 2017.
4. Vingård E, Alexanderson K, Norlund A: **Chapter 9. Consequences of being on sick leave.** *Scandinavian journal of public health* 2004, **32**(63\_suppl):207-215.
5. Alexanderson K, Aronsson G, Floderus B, Göransson S: **The influence of long-term sick leave on daily life.** In: *Arbete och Hälsa*. vol. 13. Stockholm: National Institute for Working Life; ; 2003.
6. Lannerstrom L, Wallman T, Holmstrom IK: **Losing independence--the lived experience of being long-term sick-listed.** *BMC Public Health* 2013, **13**:745.
7. Annie HF: **Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning. [Resources and obstacles for work re-entry among sick listed. The importance of early assessment]**. Uppsala: Umeå: Department of Community Medicine and Rehabilitation, Occupational Therapy, Umeå University; 2005.
8. Sommer B, Thomsen GF, Labriola M: **[Sickness absence may impair self-efficacy]**. *Ugeskr Laeger* 2013, **175**(22):1555-1559.
9. Labriola M, Lund T, Christensen KB, Albertsen K, Bültmann U, Jensen JN, Villadsen E: **Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more.** *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 2007, **29**(3):233-238.
10. Busch H, Goransson S, Melin B: **Self-efficacy beliefs predict sustained long-term sick absenteeism in individuals with chronic musculoskeletal pain.** *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain* 2007, **7**(3):234-240.
11. Wallman T, Wedel H, Palmer E, Rosengren A, Johansson S, Eriksson H, Svardsudd K: **Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years.** *BMC Public Health* 2009, **9**:104.
12. Social Insurance Agency: **Socialförsäkringen i siffror 2015 [The Social Insurance in figures 2015]**. Stockholm: Försäkringskassan; 2015.
13. **Socialförsäkringsbalk, 2010:110, chapter 29, 2§. (Social Insurance Act, 2010:110, chapter 29).** [[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110\\_sfs-2010-110](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110)]
14. Loisel P, Anema JR: **Handbook of work disability : prevention and management.** New York: Springer; 2013.
15. Kolk A: **Socialförsäkringen i siffror 2012.** Stockholm: Försäkringskassan; 2012.
16. Stahl C, Svensson T, Ekberg K: **From cooperation to conflict? Swedish rehabilitation professionals' experiences of interorganizational cooperation.** *J Occup Rehabil* 2011, **21**(3):441-448.
17. Vingård E: **Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro [Elektronisk resurs]**; 2015.
18. Kuoppala J, Lamminpää A: **Rehabilitation and work ability: a systematic literature review.** *J Rehabil Med* 2008, **40**(10):796-804.
19. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J: **Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature.** *J Occup Rehabil* 2005, **15**(4):607-631.

20. Annie Hansen Falkdal SHB, Curt Edlund, Urban Janlert, Birgitta Bernspång: **ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet.** In.: Västerbottens läns landsting; 2013.
21. Ekberg K, Eklund M, Hensing G: **Återgång i arbete : processer, bedömningar, åtgärder.** Lund: Studentlitteratur; 2015.
22. Ekberg K: **Den relativa arbetsförmågan : teoretiska och praktiska perspektiv.** Lund: Studentlitteratur; 2014.
23. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MN, Anema JR: **A developmental conceptualization of return to work.** *J Occup Rehabil* 2005, **15**(4):557-568.
24. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R: **Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials.** *PLoS One* 2012, **7**(11):e49760.
25. Hansen Falkdal A, Ekvall A-B, Eklund U: **Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården.** Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
26. **ICF/ICF-CY utbildningsmaterial. Del 1 – Introduktion, modell, struktur och innehåll Version 2,0** [<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20074/2016-2-18-del-1.pdf>]
27. Regeringen.: **En kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2018.** . In.: Socialdepartementet; 2016.
28. Hansen Falkdahl A. EA-B, Eklund U. : **Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården.** Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting 2016.
29. HealthNavigator. Sll: **Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator. Delrapport 2. Utvärdering av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår åsykisk ohälsa i Stockholms läns landsting.** In.: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2017.
30. S BLMJNLMKANZP: **Tillsammans för att främja hälsa och förebygga sjukfrånvaro. Slutrapport från Mobiliseringsinitiativet Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen.** In.; 2017.
31. Hansen Falkdahl A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C, Janlert U, Bernspång B: **ReKoord-projektet - Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet.** In. Umea: Västerbotten läns landsting; 2013.
32. Ost Nilsson A, Eriksson G, Johansson U, Hellman T: **Experiences of the return to work process after stroke while participating in a person-centred rehabilitation programme.** *Scand J Occup Ther* 2017, **24**(5):349-356.
33. (SKL) SKoL: **Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen - en litteraturstudie.** In. Stockholm; 2015.
34. Regeringen: **Budgetpropositionen för 2018** In., vol. 17-09-20. [<http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2017/09/prop.-2017181/>]; Regeringen; 2018.
35. Ilmarinen J: **The Work Ability Index (WAI).** *Occup Med* 2007, **57**(2):160.
36. Ahlstrom L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L: **The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health--a prospective study of women on long-term sick leave.** *Scand J Work Environ Health* 2010, **36**(5):404-412.
37. Ekbladh E, Thorell LH, Haglund L: **Return to work: the predictive value of the Worker Role Interview (WRI) over two years.** *Work* 2010, **35**(2):163-172.
38. Zigmond AS, Snaith RP: **The hospital anxiety and depression scale.** *Acta psychiatrica Scandinavica* 1983, **67**(6):361-370.
39. Socialstyrelsen: **World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS).** 2017.

40. **Liv och hälsa 2008 - en undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor [in Swedish]. [Life and health 2008 - a survey on health, lifestyles and living conditions].** [[http://www.lul.se/Global/V%c3%a5rd\\_h%c3%a4lsa/Liv%20och%20h%c3%a4lsa%20ung%202011/Liv%20och%20h%c3%a4lsa%20ung%20fr%c3%a5gor%20samlade.pdf](http://www.lul.se/Global/V%c3%a5rd_h%c3%a4lsa/Liv%20och%20h%c3%a4lsa%20ung%202011/Liv%20och%20h%c3%a4lsa%20ung%20fr%c3%a5gor%20samlade.pdf)]
41. Linton SJ, Nicholas M, MacDonald S: **Development of a short form of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire.** *Spine (Phila Pa 1976)* 2011, **36**(22):1891-1895.
42. Schwarzer R, Jerusalem M: **Self-efficacy measurement and generalized self-efficacy scale.** In: *Measures in health psychology: a user's portfolio.* edn. Edited by Johnston MW, John SCW. Windsor: NFER-NELSON; 1995: 33-39.
43. Rosell-Murphy M, Bonet-Simo JM, Baena E, Prieto G, Bellerino E, Sole F, Rubio M, Krier I, Torres P, Mimoso S: **Intervention to improve social and family support for caregivers of dependent patients: ICIAS study protocol.** *BMC Fam Pract* 2014, **15**:53.

