

# Koordineringsinsatser vid sjukskrivning

En utvärdering av lagen om koordineringsinsatser  
för sjukskrivna patienter

---

Publikationen kan läsas och laddas ner på [www.isf.se](http://www.isf.se) och [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se).  
Publikationen kan även beställas på [www.isf.se](http://www.isf.se)

---

© Inspektionen för socialförsäkringen och  
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Inspektionen för socialförsäkringen  
Rapport 2026:6

Tryckt av Elanders Sverige AB, 2026

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
Rapport 2026:7

ISBN: 978-91-90154-12-0

# Innehåll

Generaldirektörernas förord .....	9
Sammanfattning .....	11
1 Inledning .....	19
1.1 Lagen om koordineringsinsatser .....	19
1.2 Vårt uppdrag .....	20
1.3 Avgränsningar och definitioner .....	21
1.4 Hur vi har genomfört uppdraget .....	21
1.4.1 Dokumentstudier .....	22
1.4.2 Vi har intervjuat regionföreträdare, externa aktörer, professionsförbund och patienter .....	22
1.4.3 Vi har samlat in data om regionernas arbete med koordineringsinsatser .....	23
1.4.4 Registerdata från flera myndigheter och regioner .....	25
1.5 Rapportens innehåll .....	25
2 En förändrad statlig styrning .....	27
2.1 Regionerna har ett ansvar att erbjuda koordineringsinsatser .....	28
2.1.1 Breda överenskommelser mellan regeringen och SKR .....	28
2.1.2 Från överenskommelser till lag .....	30
2.1.3 Lagen säger att koordineringsinsatser ska bestå av tre delar .....	31
2.1.4 Lagen ger regionerna stort handlingsutrymme .....	33
2.2 Flera aktörer har ansvar för en persons rehabilitering .....	34
2.2.1 Rehabilitering med olika slutmål .....	34

2.2.2	Läkare har ett försäkringsmedicinskt uppdrag .....	36
2.2.3	Arbetsgivaren har ett ansvar för rehabilitering .....	37
2.2.4	Arbetsförmedlingen och socialtjänsten kan komma in om det saknas en arbetsgivare .....	37
2.2.5	Försäkringskassan ska samordna andra aktörer.....	38
2.3	Koordineringsinsatser är inte hälso- och sjukvård.....	39
2.3.1	All samordning inom hälso- och sjukvården är inte koordineringsinsatser.....	40
2.3.2	Primärvården har utmaningar med det försäkringsmedicinska arbetet .....	41
3	Regional styrning och organisering av koordineringsinsatser ....	45
3.1	Insatser görs främst i primärvården men ersättningsmodellerna varierar.....	45
3.1.1	Flest koordineringsinsatser genomförs i primärvården.....	46
3.1.2	Regionerna använder olika ersättningsmodeller för arbetet med koordineringsinsatser .....	47
3.2	Alla regioner har rehabiliteringskoordinatorer men förutsättningar skiljer sig åt .....	47
3.2.1	Rehabiliteringskoordinatorer arbetar oftast i primärvården och oftast vid en vårdenhets .....	48
3.2.2	Rehabiliteringskoordinatorer arbetar olika mycket .....	49
3.2.3	Det finns inga enhetliga kompetenskrav för uppdraget.....	52
3.3	Styrdokument och arbetsbeskrivningar finns i alla regioner .....	56
3.3.1	Regionernas styrdokument ger viss vägledning ....	56
3.3.2	Tydliga arbetsbeskrivningar förtydligar uppdragets mandat.....	58
3.4	Regionerna kan välja att göra förebyggande koordineringsinsatser .....	60
3.5	Svårt att veta hur många koordineringsinsatser som genomförs .....	62

3.5.1	Majoriteten av regionerna anser att koordineringsinsatser inte registreras tillräckligt .....	62
3.5.2	Mer sannolikt att en insats blir registrerad om rehabiliteringskoordinatorn utför insatsen .....	64
3.5.3	Svårt att förklara skillnaderna mellan regionerna med annat än att insatser inte registreras .....	65
4	Hälso- och sjukvårdens arbete med koordineringsinsatser .....	67
4.1	Hälso- och sjukvården bedömer behovet av koordineringsinsatser .....	68
4.1.1	Det är i första hand läkare som bedömer behovet .....	68
4.1.2	Riktlinjer för hur sjukskrivna patienters behov av insatser ska bedömas är otydliga .....	70
4.1.3	Rehabiliteringskoordinatorer tar sig ofta an patienter som har varit sjukskrivna länge .....	71
4.1.4	Sjukskrivna patienter som inte erbjöds koordineringsinsatser ville ha bättre samordning .....	74
4.2	Det personliga stödet ska ge sjukskrivna patienter stöd att vara delaktiga och att ta ansvar .....	76
4.2.1	Det personliga stödet fokuserar på att sjukskrivna patienter ska återgå i arbetet.....	76
4.2.2	Patienterna uppfattar inte alltid informationen på samma sätt som hälso- och sjukvården.....	78
4.3	Den interna samordningen handlar mest om helhetsbilder och processledning .....	79
4.3.1	Koordineringsinsatsen fungerar som en pådrivare och ett stöd i den interna processen .....	80
4.3.2	Sjukskrivna patienter upplever att den interna samordningen är i fokus .....	82
4.4	Samverkan med andra i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.....	82
4.4.1	Samverkan och dialog med Försäkringskassan sker ofta men har vissa utmaningar .....	83
4.4.2	Arbetsgivarna vill gärna bli mer involverade .....	85

4.4.3	Koordinatorerna samverkar med socialtjänsten i olika former utifrån den sjukskrivna patientens behov .....	87
4.4.4	När rehabiliteringskoordinatorer samverkar med Arbetsförmedlingen är det oftast genom andra aktörer .....	88
4.5	Sjukskrivna patienters upplevelser av koordineringsinsatser är positiva .....	89
4.5.1	Emotionellt och praktiskt stöd som skapar trygghet och lugn.....	90
4.5.2	Kontinuiteten och engagemanget hos den som utför koordineringsinsatsen är avgörande.....	91
4.5.3	Många sjukskrivna patienter upplever att stödet har skyndat på processen eller gjort återgången mer hållbar.....	92
4.5.4	För de som är missnöjda med koordineringsinsatsen handlar det ofta om bristfällig information och samordning .....	93
5	Mottagare av koordineringsinsatser och utfall över tid.....	95
5.1	Vår analys är beskrivande och belyser samband snarare än effekter .....	95
5.2	Sjukskrivna patienter med psykiatrisk diagnos eller långa sjukperioder får oftare insatser .....	96
5.3	Koordineringsinsatser sker vid sidan av Försäkringskassans samordningsuppdrag .....	99
5.3.1	Koordineringsinsatser sker tidigare än Försäkringskassans aktiviteter .....	99
5.3.2	Samordning ges till sjukskrivna patienter med längre sjukperioder .....	101
5.4	Återgång i arbete efter sjukperiod med och utan koordineringsinsatser .....	102
5.4.1	Majoriteten av sjukskrivna patienter återfår sin tidigare inkomst efter sin sjukperiod .....	103
5.4.2	Fler av dem utan tidigare arbetsinkomst inträder i arbete med koordineringsinsatser.....	105
5.4.3	Fler får varaktig inkomst efter koordineringsinsatser.....	106

6	Slutsatser och rekommendationer .....	109
6.1	Lagen bidrar till att sjukskrivna patienter får ett behovsanpassat stöd.....	110
6.1.1	Lagen har stärkt regionernas planeringsförutsättningar .....	110
6.1.2	Koordineringsinsatser uppfyller syftet att ge ett stöd till sjukskrivna patienter.....	111
6.1.3	Ett otillräckligt nationellt kunskapsstöd medför risk för olik tillämpning mellan regioner.....	112
6.2	Andra värden än snabbare återgång kan motivera koordineringsinsatser .....	114
6.3	Våra rekommendationer.....	116
7	Referenser .....	119
	Bilaga 1: Metod.....	123
	Bilaga 2: Tidigare forskning om koordineringsinsatser .....	135
	Bilaga 3: Deskriptiv statistik från registerdata .....	139



## Generaldirektörernas förord

För att stödja sjukskrivna patienters rehabilitering och underlätta återgång i arbete infördes lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Lagen innebär att regionerna ska erbjuda individuellt anpassade insatser i form av bland annat personligt stöd, samordning inom vården och samverkan med andra aktörer.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har haft regeringens uppdrag att utvärdera lagen. I den här rapporten analyserar vi hur lagen tillämpas, vilka resultat som uppnås och om insatserna bidrar till sjukskrivna patienters återgång i arbete. Vår förhoppning är att rapporten ska bidra med kunskap som kan användas i det fortsatta arbetet med att utveckla stödet till sjukskrivna patienter som kan stärka både rehabiliteringsprocessen och lagens ändamålsenlighet.

För ISF har arbetet letts av projektledaren och utredaren Linda Beckman. I projektgruppen har även utredarna Jens Karlsson och Christine Sandheimer deltagit. Projektansvarig chef Elin Sundberg har också deltagit i arbetet. För Vård- och omsorgsanalys har arbetet letts av projektledaren och utredaren Johan Frisk. I projektgruppen har även utredarna Jana Fromm och Sofia Almlöf samt juristen Ellen Ringqvist deltagit. Projektdirektören Johan Strömblad har också deltagit i arbetet.

Vi vill tacka alla som har medverkat i intervjuer, besvarat enkäter eller på andra sätt bidragit till arbetet. Ett särskilt tack till alla patienter och till vår referensgrupp med Cecilia Alfvén vid Sveriges kommuner och regioner, Catarina Bremström vid Västra Götalandsregionen, Emilie Friberg vid Karolinska institutet och Erika Johansson vid Arbetsterapeuterna, som har lämnat värdefulla synpunkter och kommentarer på ett utkast av rapporten.

ISF och Vård- och omsorgsanalys ansvarar däremot självständigt för rapportens innehåll.

Stockholm och Göteborg i juni 2026

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*  
*Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*

Dan Ljungberg  
*Vikarierande generaldirektör*  
*Inspektionen för socialförsäkringen*

# Sammanfattning

Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter började gälla den 1 februari 2020. Lagen innebär att regioner, och kommuner som inte ingår i en region, är skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter som behöver sådana insatser för att öka möjligheterna att återgå till arbete eller komma in i arbetslivet. Koordineringsinsatserna ska bestå av tre delar: personligt stöd till patienten, intern samordning inom hälso- och sjukvården och samverkan med andra aktörer.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Inspektionen för socialförsäkringen har av regeringen fått uppdraget att utvärdera lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter och bedöma om lagen har fått en ändamålsenlig utformning så att stödet för sjukskrivna patienter är behovsanpassat samt underlättar och påskyndar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Granskningen omfattar regionernas arbete med koordineringsinsatser, sambandet mellan koordineringsinsatser och sjukskrivna patienters återgång i arbete eller inträde i arbetslivet samt de sjukskrivna patienternas upplevelser av insatserna.

## Lagen bidrar till att sjukskrivna patienter får ett mer behovsanpassat stöd

Av förarbetena framgår att lagen om koordineringsinsatser har ett tudelat syfte. Det handlar dels om att erbjuda stöd till sjukskrivna patienter i och genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, dels om att koordineringsinsatserna ska främja sjukskrivna patienters återgång i arbete. Lagen reglerar inte hur regionerna ska organisera arbetet, och den ger därför regionerna ett stort utrymme för anpassningar utifrån lokala förutsättningar.

Vi bedömer att lagen uppfyller den första delen av syftet. Koordineringsinsatserna bidrar till ökad tydlighet och kontinuitet i en komplex process genom personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Sjukskrivna patienter som får koordineringsinsatser har ofta psykiatriska diagnoser eller långa sjukperioder, och de har i genomsnitt längre sjukperioder än andra sjukskrivna. Det innebär ofta att de har större behov av stöd. Många sjukskrivna patienter beskriver att insatserna ger ett emotionellt och praktiskt stöd, skapar trygghet och lugn och gör det lättare att förstå roller, ansvar och nästa steg i processen.

Koordineringsinsatserna skapar samtidigt ett mervärde för hälso- och sjukvården och för andra aktörer. I en situation där det försäkringsmedicinska arbetet är pressat kan en koordineringsfunktion avlasta läkare, hålla ihop processen och bidra till att åtgärder följs upp i rätt tid. En särskild koordineringsfunktion kan också fungera som en tydlig ingång till hälso- och sjukvården för Försäkringskassan, arbetsgivare och andra aktörer som är involverade i den samverkan som gäller sjukskrivna patienter.

## Lagen har stärkt regionernas planeringsförutsättningar

Övergången från årsvisa överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) till en permanent skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser ger regionerna bättre förutsättningar för långsiktig planering. Tillfälliga stimulansmedel gör det svårare att planera, bygga upp och behålla permanenta strukturer. Genom lagen och finansieringen via generella statsbidrag har regionerna fått stabilare planeringsförutsättningar. Lagen ger även en ökad trygghet för sjukskrivna patienter i och med att den säkerställer att regionerna har en fortlöpande skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser.

Samtidigt har uppdraget blivit smalare än under tiden med överenskommelserna. Det förebyggande arbetet och den kunskapsstödande funktion som tidigare ingick i koordineringsuppdraget omfattas inte på samma sätt av lagen. Lagen har också breddat målgruppen i och med att koordineringsinsatserna även omfattar sjukskrivna patienter

som inte är anställda. Koordineringsinsatserna verkar därmed i ett bredare patientunderlag, men inom ett mer avgränsat uppdrag.

## Ett otillräckligt nationellt kunskapsstöd medför risk för olik tillämpning mellan regioner

Sammantaget ser vi att regionerna i stort riktar koordineringsinsatserna till ungefär samma grupper av sjukskrivna patienter, men att variationer i styrning, organisering, kompetenskrav och registrering ändå medför en risk för olik tillämpning mellan regioner. Vår bedömning är att den statliga kunskapsstyrningen inte ger tillräcklig vägledning för att främja en likvärdig behandling av sjukskrivna patienter. Lagen om koordineringsinsatser tydliggör att regionerna ska erbjuda insatser till sjukskrivna patienter, men den ger begränsad vägledning om vad ansvaret innebär i praktiken. Våra resultat visar att det saknas en nationell samsyn om vad koordineringsinsatser är, var gränsen går mot andra insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och hur sjukskrivna patienters behov av koordineringsinsatser ska identifieras och bedömas.

Regionernas styrdokument ger viss vägledning, men de skiljer sig åt i omfattning och innehåll. Det vanligaste är att dokumenten rör den övergripande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där koordineringsinsatser är en del. Stödet är däremot svagare när det gäller hur en sjukskriven patients behov av koordineringsinsatser ska bedömas. I praktiken är det ofta den sjukskrivande läkaren som avgör om en patient ska få insatser, ibland med stöd av en rehabiliteringskoordinator eller ett team. Eftersom vägledningen är begränsad ökar risken för att likvärdiga behov bedöms olika, både mellan och inom regioner.

Skillnaderna mellan regionerna märks också i hur arbetet organiseras. Koordineringsinsatser genomförs framför allt i primärvården, där merparten av sjukskrivningarna hanteras, medan arbetet i den specialiserade vården är mindre utvecklat. Lagen kräver inte att regionerna ska ha en särskild funktion för koordinering, men alla regioner har ändå specifika funktioner för koordinering, ofta kallade rehabiliteringskoordinatorer. Uppdraget är samtidigt olika utformat. Många rehabiliteringskoordinatorer arbetar deltid med

koordineringsinsatser eller delar sin tjänst mellan flera uppdrag, och regionerna har inte enhetliga kompetenskrav för uppdraget. Det bidrar till variation i hur koordineringsinsatserna genomförs.

Registreringen av koordineringsinsatser är ytterligare ett område där det finns betydande variation. Alla insatser registreras inte med den KVÅ-kod som Socialstyrelsen rekommenderar och majoriteten av regionerna bedömer att registreringen är bristfällig. Det gör det svårare att följa upp insatserna nationellt.

## Andra värden än snabbare återgång kan motivera koordineringsinsatser

Bilden är mer osäker när det gäller den andra delen av lagens syfte, det vill säga om koordineringsinsatser främjar återgång i arbete. Våra analyser av sambandet mellan koordineringsinsatser och inkomst efter avslutat sjukfall visar att koordineringsinsatser kan gynna återgång i arbete för vissa grupper av sjukskrivna patienter. Bland personer utan tidigare arbetsinkomst och bland personer med längre sjukfall pekar resultaten på att fler får arbetsinkomst efter sjukperioden om de har fått koordineringsinsatser. Vi ser också tendenser till att återgången i arbete blir mer hållbar genom att gruppen som har fått koordineringsinsatser har mer varaktiga inkomster efter sjukperiodens slut än gruppen utan insatser. Resultaten ska dock tolkas med försiktighet eftersom grupperna är små, och kvaliteten på data är osäker. Osäkerheten grundar sig på underregistreringen av koordineringsinsatserna i regionerna. Eftersom antalet registreringar i registerdata inte överensstämmer med vad regionerna själva anger, finns det en risk att de personer som vi har räknat till kontrollgruppen egentligen kan ha fått koordineringsinsatser. Dessa osäkerheter bidrar till att det inte är möjligt att uttala sig om lagen är ändamålsenlig avseende främjandet av återgång i arbete. För att bättre kunna utvärdera koordineringsinsatser i framtiden krävs en mer pålitlig och heltäckande registrering i nationella register och databaser.

Det är en politisk fråga hur styrning, stöd och uppföljning av koordineringsinsatser ska ske när effekterna på återgång i arbete i dagsläget inte är möjliga att bedöma. Samtidigt visar granskningen att koordineringsinsatserna har andra betydelsefulla värden. De stärker sjukskrivna patienters delaktighet, förbättrar samordningen

och skapar kontinuitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. För många sjukskrivna patienter är det ett värde i sig att någon håller ihop processen och bidrar till att minska osäkerheten i denna svåra situation.

Det är samtidigt viktigt att se koordineringsinsatserna i sitt sammanhang. Koordineringsinsatser utgör en begränsad del av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och den processen är i sin tur bara en del av allt som sker inom hälso- och sjukvården. Ur ett samhällsperspektiv omfattar processen också arbete hos arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommuner. Hos varje aktör finns kända utmaningar som påverkar möjligheterna att få till en effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Koordineringsinsatser kan därför underlätta för sjukskrivna patienter, hälso- och sjukvården och andra aktörer, men de kan inte fullt ut kompensera för de brister som finns i ett fragmenterat system.

Kända utmaningar finns också inom hälso- och sjukvården. Brister i tillgänglighet, kontinuitet, resursläge och det försäkringsmedicinska arbetet påverkar vad koordineringsinsatserna kan åstadkomma. De sjukskrivna patienter som är missnöjda med koordineringsinsatserna beskriver ofta brister som ligger utanför koordineringsfunktionens direkta ansvar, till exempel långa väntetider, svårigheter att få kontakt med vården eller att inte få träffa samma person över tid.

## Rekommendationer

Vår bedömning är att kunskapsstyrningen när det gäller koordineringsinsatserna kan förbättras i syfte att öka möjligheterna till en likvärdig behandling av sjukskrivna patienter mellan och inom regioner. Vi bedömer också att det krävs ytterligare insamling av uppgifter för att möjliggöra en nationell uppföljning av arbetet med koordineringsinsatser. Vi väljer utifrån det att ge regeringen följande rekommendationer:

### **Regeringen bör stärka kunskapsstyrningen för att öka likvärdigheten i koordineringsinsatserna**

Vi rekommenderar regeringen att stärka kunskapsstyrningen när det gäller koordineringsinsatser. Det kan exempelvis ske genom uppdrag till Socialstyrelsen om att utveckla och förtydliga

kunskapsstödet för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att stödja regionerna i deras arbete med koordineringsinsatser. Socialstyrelsen har sedan 2024 haft i uppdrag att ytterligare stödja och utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering.<sup>1</sup>

Vår utvärdering visar att regionerna har behov av tydligare stöd i tolkningen av vad koordineringsinsatser innebär och hur registrering och uppföljning av genomförda insatser ska ske. Vi ser att regionerna riktar koordineringsinsatserna till ungefär samma grupper av sjukskrivna patienter, men vi ser samtidigt ett värde i att formalisera hur regionerna ska bedöma en sjukskriven patients behov av koordineringsinsatser för att inte riskera att regionerna över tid gör olika bedömningar av likvärdiga behov. Ett tydligare nationellt kunskapsstöd skulle också kunna bidra till att avhjälpa bristande registrering.

## **Regeringen bör snarast förverkliga förslagen om att utöka insamlingen av uppgifter från hälso- och sjukvården**

Vi rekommenderar regeringen att verka för att snarast utöka insamlingen av hälsodata i både primärvård och specialiserad öppenvård för att arbetet med koordineringsinsatser ska kunna följas upp framöver. Vi vill också understryka vikten av en nationell infrastruktur för digitala hälsodata.

För att kunna göra oberoende systematiska uppföljningar och analyser av hälso- och sjukvården måste det finnas register och sammanhållna databaser av god kvalitet. Därför behövs tillgång till hälsodata över hela vårdkedjan för att möjliggöra en effektiv uppföljning av hälso- och sjukvården. Koordineringsinsatser är ett tydligt exempel på behovet av att Socialstyrelsens patientregister (PAR) bör utvidgas till att inkludera information från primärvården i ett nationellt primärvårdsregister. Men koordineringsinsatser sker även i den specialiserade somatiska vården, där koordineringsinsatser i stor utsträckning utförs av andra yrkeskategorier än läkare. Även dessa kontakter behöver registreras i ett nationellt register för att möjliggöra en mer heltäckande nationell utvärdering av insatserna.

---

<sup>1</sup> Regeringens beslut den 10 oktober 2024, S2023/02549, S2024/00584 och S2024/01779.

För att i framtiden möjliggöra en nationell uppföljning av arbetet med koordineringsinsatser understryker vi vikten av en nationell infrastruktur för digitala hälsodata. Vår rekommendation ligger därmed i linje med det som föreslagits i betänkandet om *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57) om en utökad insamling av hälsodata och det som framkommit i betänkandet om *En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården* (SOU 2026:6) gällande sekundär användning av hälsodata.



# 1 Inledning

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) fick tillsammans med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) den 10 oktober 2024 i uppdrag av regeringen att utvärdera lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (lagen om koordineringsinsatser).<sup>2</sup>

## 1.1 Lagen om koordineringsinsatser

Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter trädde i kraft den 1 februari 2020. Lagen innebär att regioner och kommuner som inte ingår i en region är skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter som behöver insatser för att öka möjligheterna att återgå i arbete eller komma in i arbetslivet.<sup>3</sup> När vi i texten framöver skriver ”återgång i arbete” syftar vi på såväl återgång i arbete som att komma in i arbetslivet.

Koordineringsinsatser ska ges efter behov och bestå av personligt stöd till patienten, intern samordning inom hälso- och sjukvården och samverkan med andra aktörer, som arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommuner.<sup>4</sup> Om en patient som får koordineringsinsatser kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken (SFB) ska regionen informera Försäkringskassan om det, under förutsättning att patienten samtycker

---

<sup>2</sup> Regeringens beslut den 10 oktober 2024, S2024/01782.

<sup>3</sup> 1 § första stycket lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (lagen om koordineringsinsatser).

<sup>4</sup> 3 § lagen om koordineringsinsatser och prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 82–83.

till det.<sup>5</sup> Det kan då handla om arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsträning eller utbildning.

Ett par regioner har haft koordineringsfunktioner sedan millennieskiftet. Utifrån överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR, dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting, SKL) har regionerna infört en koordineringsfunktion.<sup>6</sup> I och med lagen om koordineringsinsatser har regionerna ett permanent ansvar att erbjuda insatser till sjukskrivna patienter som behöver insatser.<sup>7</sup>

## 1.2 Vårt uppdrag

Syftet med denna rapport är att utvärdera lagen om koordineringsinsatser. Vi ska enligt vårt uppdrag dels analysera regionernas arbete med koordineringsinsatser, dels analysera sambandet mellan insatta koordineringsinsatser och i vilken utsträckning som sjukskrivna patienter har återgått i arbete.

När det gäller regionernas arbete med koordineringsinsatser ingår det i uppdraget att:

- analysera om regioner har tillämpat lagen olika på ett sätt som kan innebära en risk att sjukskrivna patienter inte får likvärdig behandling över landet
- analysera samarbetet och dialogen mellan regionerna och externa aktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och kommuner.

När det gäller i vilken utsträckning sjukskrivna patienter har återgått i arbete ska vi enligt uppdraget:

- analysera sambandet mellan genomförda koordineringsinsatser och i vilken utsträckning sjukskrivna patienter har återgått i arbete.

Vi har också i uppdrag att analysera om lagen har fått en ändamålsenlig utformning så att stödet för sjukskrivna patienter är anpassat

---

<sup>5</sup> 4 § lagen om koordineringsinsatser.

<sup>6</sup> Regeringens beslut den 17 december 2015, S2014/04393/SF, S2014/05261/SF, S2015/00601/SF, S2015/04213/SF, S2015/07756/SF och S2015/08163/SF.

<sup>7</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 50.

efter deras behov och underlättar och påskyndar rehabiliteringsprocessen för dem. Enligt uppdraget så kan vi om vi anser att det behövs lämna förslag på hur funktionen för rehabilitering kan förbättras ytterligare för att öka sannolikheten att sjukskrivna patienter kan återgå till arbete.<sup>8</sup>

### 1.3 Avgränsningar och definitioner

Koordineringsinsatserna riktar sig till patienter som är sjukskrivna och omfattar alla personer oavsett vad deras sysselsättning är – anställda, föräldralediga, egenföretagare, studerande och arbets-sökande. Vad patienten är sjukskriven från eller varifrån hen får sin försörjning är alltså inte relevant. Syftet med koordineringsinsatserna är att patienterna ska få stöd genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att de snabbare ska kunna återgå i arbete. ”Återgång i arbete” kan både omfatta återgång i arbete och inträde på arbetsmarknaden.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är omfattande, och flera aktörer har ansvar att ge patienten stöd i processen. Flera utredningar har under åren pekat på utmaningar i processen, inte minst när det gäller samverkan mellan olika aktörer.<sup>9</sup> Vi har i vårt uppdrag fokuserat specifikt på koordineringsinsatserna, som bara är en liten del i en omfattande process.

Företagshälsovården är arbetsgivarens oberoende expertresurs och är därför en viktig part inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi har i vårt uppdrag inte undersökt eller analyserat företagshälsovårdens förutsättningar, utan har avgränsat oss till de koordineringsinsatser som genomförs inom primärvården och den specialiserade vården.

### 1.4 Hur vi har genomfört uppdraget

För att besvara vårt uppdrag har vi använt flera metoder. Vi har hämtat in underlag genom dokumentstudier, enkäter, intervjuer och

---

<sup>8</sup> Regeringens beslut den 10 oktober 2024, S2024/01782.

<sup>9</sup> Se exempelvis SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*; SOU 2023:48, *Rätt förutsättningar för sjukskrivning* och Inspektionen för socialförsäkringen, *Försäkringskassans samordningsuppdrag*, rapport 2025:3.

registerdata från regioner och myndigheter. Vi har samlat in underlag själva och via konsultbolag. I detta avsnitt beskriver vi kortfattat hur vi har genomfört arbetet med att besvara våra övergripande uppdragsfrågor. En mer utförlig metodbeskrivning finns i bilaga 1.

#### 1.4.1 Dokumentstudier

För att förstå lagen och dess syfte har vi utöver lagen om koordineringsinsatser även analyserat förarbeten till lagen.<sup>10</sup> Vi har även analyserat Socialstyrelsens och SKR:s stödmaterial till regionerna.

För att analysera hur regionerna har tillämpat lagen har vi samlat in och analyserat regionernas styrdokument. Det kan till exempel handla om förfrågningsunderlag, regionala riktlinjer och uppdrags- och arbetsbeskrivningar. Dokumentanalysen är inte någon heltäckande genomgång av riktlinjer, uppdrags- eller arbetsbeskrivningar. Vi har heller inte haft möjlighet att granska lokala riktlinjer eller rutiner på vårdenhetsnivå.

Via ett konsultbolag har vi sammanställt uppgifter om varje regions arbete med koordineringsinsatser och hur det har förändrats över tid. Konsultbolaget har sedan stämt av sammanställningarna med försäkringsmedicinskt sakkunniga i respektive region.

#### 1.4.2 Vi har intervjuat regionföreträdare, externa aktörer, professionsförbund och patienter

För att fånga perspektiv från personer som arbetar i hälso- och sjukvården har vi intervjuat representanter för olika professionsförbund och föreningar. Vi har intervjuat fyra professionsförbund som organiserar professioner som vanligen arbetar som rehabiliteringskoordinatorer, i rapporten benämner vi dessa som professionsförbunden. Vi har också intervjuat tre organisationer för läkare, i rapporten benämner vi dessa som läkarförbunden.

En del i arbetet med koordineringsinsatser handlar om att regionerna ska samverka med externa aktörer. Vi har därför intervjuat företrädare för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och de centrala arbetsgivarorganisationerna. Syftet med intervjuerna med

---

<sup>10</sup> Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården* och prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10.

externa aktörer har varit att ta reda på hur de upplever samarbetet och dialogen med hälso- och sjukvården när det gäller koordineringsinsatser.

Vi har inom ramen för den här utvärderingen inte haft möjlighet att undersöka vad enskilda biståndshandläggare vid kommunernas socialtjänster anser om dialogen med hälso- och sjukvården. Vår datainsamling av kommunernas perspektiv är därför begränsad till fem intervjuer med tre olika samordningsförbund samt en handläggare vid socialtjänsten i Stockholms stad.

Vi har genomfört 59 telefonintervjuer med personer som har fått koordineringsinsatser. Syftet har varit att belysa deras erfarenheter av koordineringsinsatser.

Under arbetets gång har vi även presenterat vårt projekt för patient- och brukarrådet vid Vård- och omsorgsanalys. Vi har också haft dialog med SKR, SKR:s nätverk för försäkringsmedicin och ett regionnätverk med försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare. Vi har även intervjuat Socialstyrelsen, bland annat med utgångspunkt i deras arbete med kunskapsstöd för koordineringsinsatser.

### 1.4.3 Vi har samlat in data om regionernas arbete med koordineringsinsatser

Vi har genomfört tre enkäter med olika perspektiv för att få en bred bild av arbetet med koordineringsinsatser. Enkäterna har gått ut till regionerna, rehabiliteringskoordinatorer samt till personer som har varit sjukskrivna.

#### *Enkät till regionerna*

Våren 2025 skickade vi ut en enkät till regionernas representanter i SKR:s nätverk för försäkringsmedicin. Samtliga regioner besvarade enkäten. Syftet var att få en bild av hur regionerna organiserar och bedriver arbetet med koordineringsinsatser. I SKR:s nätverk finns personer som arbetar med försäkringsmedicinska frågor på en strategisk nivå, exempelvis samordnare, processledare eller försäkringsmedicinskt sakkunniga.

Frågorna i enkäten handlade om hur regionerna arbetar med koordineringsinsatser, hur uppföljningen går till och hur eventuella rehabiliteringskoordinatorer verkar inom regionerna.

Vi benämner framöver denna enkät ”regionenkäten”.

#### *Enkät till rehabiliteringskoordinatorer*

I september 2025 skickade vi ut en enkät till vårdpersonal som hade uppdrag som rehabiliteringskoordinator inom hälso- och sjukvården eller personal som hade i uppdrag att genomföra koordineringsinsatser exempelvis som koordineringsfunktion. Framöver benämner vi hela denna grupp som rehabiliteringskoordinatorer eller koordineringsfunktion. Syftet med enkäten var att fånga upp verksamheternas perspektiv på arbetet med koordineringsinsatser.

Frågorna i enkäten handlade bland annat om hur kända och tydliga arbetsbeskrivningar och riktlinjer är i verksamheterna samt hur regionerna ska bedöma en sjukskrivens behov av koordineringsinsatser. Vi hämtade in e-postadresser från regionerna och enkäten gick ut till 1 171 respondenter. Vi fick en svarsfrekvens på 55 procent, men svarsfrekvensen varierade mellan regionerna.

Vi hänvisar framöver till denna enkät som ”verksamhetsenkäten”.

#### *Enkät till personer som har varit sjukskrivna*

Vi har även genomfört en enkät genom Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. Enkäten riktade sig till personer som innan enkäten gick ut någon gång har varit sjukskrivna av läkare under de senaste 24 månaderna. Det var 1 872 personer som besvarade enkäten.

Enkäten innehöll frågor bland annat om personerna känner till koordineringsinsatser samt om hälso- och sjukvården hade erbjudit koordineringsinsatser. De personer som hade erbjudits och tackat ja till koordineringsinsatser fick besvara frågor om innehållet i koordineringsinsatserna och deras erfarenheter av insatserna.

Vi benämner framöver denna enkät ”befolkningsenkäten”.

#### 1.4.4 Registerdata från flera myndigheter och regioner

Vi har samlat in registerdata från Försäkringskassan, regioner, Socialstyrelsen och Statistikmyndigheten SCB. Vår registerdata innehåller bland annat uppgifter om sjukskrivning, inkomst och bakgrundsegenskaper och kommer både från primärvården och från specialiserad öppen- och slutenvård.

Vi har analyserat personer som har fått koordineringsinsatser under perioden 2019–2024 och jämfört dem med personer som har blivit sjukskrivna under samma period och som inte har fått någon koordineringsinsats. Hur vi har tagit fram vår population och delat in dem i insatsgrupp och kontrollgrupp framgår i bilaga 1.

Utifrån registerdata har vi primärt gjort analyser om vilka personer som har fått koordineringsinsatser och hur de skiljer sig från personer som inte har fått koordineringsinsatser. Tolv regioner levererade data till oss. Av dessa redovisar vi data från tio regioner på grund av bortfall (se bilaga 1).

### 1.5 Rapportens innehåll

I kapitel 2 ger vi en översikt över den statliga styrningen av koordineringsinsatserna.

I kapitel 3 beskriver vi hur regionerna har organiserat och styrt sin verksamhet kring koordineringsinsatserna.

I kapitel 4 fokuserar vi på de tre delarna inom insatserna – det personliga stödet, den interna samordningen och samverkan med andra aktörer.

I kapitel 5 presenterar vi vår analys av sambandet mellan genomförda koordineringsinsatser och sjukskrivna patienters återgång i arbete.

I kapitel 6 presenterar vi våra slutsatser och rekommendationer.



## 2 En förändrad statlig styrning

I det här kapitlet redovisar vi syftet med lagen om koordineringsinsatser, skillnader mot de tidigare överenskommelserna som fanns mellan staten och SKR samt ger en översiktlig beskrivning av andra aktörers ansvar inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi tar även upp frågorna om hur den interna samordningen inom hälso- och sjukvården ser ut samt primärvårdens generella utmaningar när det gäller arbetet med koordineringsinsatser.

Våra huvudsakliga resultat i kapitlet är:

- Regionerna har ett stort handlingsutrymme eftersom varken lagen eller Socialstyrelsens kunskapsstöd ger en tydlig definition av koordineringsinsatser eller vad de ska omfatta. Det saknas också nationella riktlinjer för hur regionerna ska bedöma en patients behov av koordineringsinsatser.
- De lagreglerade insatserna är mindre omfattande än när koordineringsinsatserna styrdes genom frivilliga överenskommelser. Förebyggande koordineringsinsatser och den kunskapsstödjande roll som koordineringsfunktionen tidigare hade omfattas inte av lagen. Samtidigt ser vi att målgruppen för koordineringsinsatserna har breddats genom att lagen gör det tydligt att den gäller även sjukskrivna utan anställning.
- Koordineringsinsatserna är en liten del i en lång kedja, där flera aktörer har ansvar för olika delar och där målen i de olika delarna inte alltid stämmer överens.
- Hälso- och sjukvården har utmaningar när det gäller samordning och det försäkringsmedicinska arbetet. Genom att avlasta läkare kan koordineringsinsatser underlätta arbetet med samordning och försäkringsmedicin.

## 2.1 Regionerna har ett ansvar att erbjuda koordineringsinsatser

Innan lagen om koordineringsinsatser infördes så ingick regeringen breda överenskommelser med SKR, med målet att öka effektiviteten och kvaliteten i arbetet med sjukskrivningar och rehabilitering. I följande avsnitt beskriver vi översiktligt överenskommelserna och den förändrade finansieringen.

Vi beskriver hur den statliga styrningen har förändrats och avgränsat regionernas ansvar, i och med övergången från överenskommelser till lag. Men vi beskriver även hur lagen och det nationella kunskapsstödet ger regionerna ett stort handlingsutrymme.

### 2.1.1 Breda överenskommelser mellan regeringen och SKR

Mellan 2006 och 2019 fanns överenskommelser mellan staten och SKR för att ge arbetet med sjukskrivningar högre prioritet.<sup>11</sup> Överenskommelserna hade ett brett fokus och syftet med satsningen var att skapa en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Ett övergripande mål var att utveckla samverkan för att förebygga eller förkorta sjukskrivningarna och underlätta för sjukskrivna patienter att återgå i arbete. Insatsen riktade sig inte enbart mot patienter som redan var sjukskrivna, utan regionerna kunde även erbjuda insatser i förebyggande syfte.

Koordineringsfunktionerna har funnits inom några regioner sedan slutet av 1990-talet, och finansierades till en början genom medel i Dagmaröverenskommelsen. Inom Västra Götalandsregionen (dåvarande Västra Götalands län) fanns en roll som sjukskrivningscoach, som hade skapats på grund av att hälso- och sjukvården hade identifierat ett behov att samordna åtgärder för sjukskrivna patienter. I samband med överenskommelserna mellan regeringen och SKR, fick landstingen statliga stimulansmedel för att utveckla sjukskrivningsprocessen. I samband med det infördes koordineringsfunktionen på fler ställen.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*.

<sup>12</sup> Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*, s. 14.

Innehållet i överenskommelserna har varierat och förändrats genom åren.

Inom ramen för överenskommelserna genomförde regionerna flera kompetenssatsningar inom det försäkringsmedicinska området. Överenskommelserna omfattade även ekonomiska stimulansmedel för att regionerna skulle vidareutveckla en organisatorisk struktur för en effektiv samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på lokal och regional nivå. Strukturen skulle omfatta bland annat rutiner för att följa upp hur sjukfrånvaron utvecklades och för att identifiera mönster i denna utveckling.

Överenskommelsen för 2014 och 2015 innebar att staten skulle betala ut högst 1 000 miljoner kronor respektive år till regionerna. Villkoret i överenskommelsen som omfattade en organisatorisk struktur och en funktion för koordinering stod för 175 miljoner kronor. Ytterligare totalt 25 miljoner kronor kunde betalas ut till regioner där koordineringsfunktionen hade ett utökad uppdrag som i än högre grad låg inom samordning och stöd. Det utökade uppdraget omfattade bland annat att analysera statistik, att kartlägga rehabiliteringsbehov och att skapa ett rehabiliteringsteam. I villkoret för det utökade uppdraget ingick att regionerna skulle ta fram uppdragsbeskrivningar eller direktiv för koordineringsfunktionen.<sup>13</sup>

I överenskommelsen för 2016 rörde ett av villkoren uttryckligen en utveckling av en funktion för koordinering. Samtliga regioner hade vid tidpunkten en funktion för detta, men omfattning, uppdrag och arbetssätt varierade mellan regionerna. Villkoret i överenskommelsen för 2016 stod för totalt 360 miljoner kronor av totalt 1 190 miljoner kronor av de medel som betalades ut enligt överenskommelsen. Det mesta av stimulansmedlen var reserverade för den utökade koordineringsfunktionen, det vill säga det ökade fokuset på samordning och stöd.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Regeringen, *Godkännande av en överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2014–2015*. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr III:9.

<sup>14</sup> Regeringen, *Godkännande av en överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2016*. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2015-12-17 nr I:13.

## 2.1.2 Från överenskommelser till lag

I promemorian *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården* föreslog en arbetsgrupp att riksdagen skulle besluta om att införa en lagreglerad permanent skyldighet för regionerna att erbjuda individuellt stöd för att underlätta för sjukskrivna patienter att återgå i arbete.<sup>15</sup> Syftet var att genom gemensamma minimikrav för alla regioner skapa förutsebarhet och främja en mer likvärdig behandling av sjukskrivna patienter.<sup>16</sup>

Den sista överenskommelsen slutade gälla 2020, och ersattes inom området om koordineringsfunktionen av lagen om koordineringsinsatser den 1 februari 2020. Enligt lagen är regionerna skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter som behöver sådana insatser. Syftet är att underlätta för dem att återgå i arbete. Koordineringsinsatserna förväntas bidra till att sjukskrivna patienter snabbare kan återgå i arbete och minska sjukfrånvaron.<sup>17</sup>

Den lagstadgade skyldigheten för regionerna att erbjuda koordineringsinsatser innebar att regionerna fick nya obligatoriska uppgifter. Regeringen bedömde att regionerna skulle kompenseras med 361 miljoner kronor enligt den kommunala finansieringsprincipen. Regeringen bedömde även att det fanns ett behov av en ettårig överenskommelse med SKR.<sup>18</sup> Målet var att genom överenskommelsen slutföra de insatser som hade tagits fram under tidigare överenskommelser, bland annat etablerandet av en funktion för koordinering och kompetensutveckling för uppdraget. Överenskommelsen för 2020 omfattade 944 miljoner kronor och fem insatsområden, bland annat en funktion för koordinering. Eftersom skyldigheten att tillhandahålla koordineringsinsatser var ett nytt uppdrag så bedömde regeringen att regionerna behövde stöd för att under 2020 ta fram former för en permanent kompetensutveckling. Regionerna skulle enligt villkoret ta fram former för kompetensutveckling för att kunna se till att den personal som utför

---

<sup>15</sup> Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*.

<sup>16</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 52.

<sup>17</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 78.

<sup>18</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 92.

koordineringsinsatser har de kunskaper som krävs, samt ta fram former för samordning och stöd för personalen.<sup>19</sup>

### 2.1.3 Lagen säger att koordineringsinsatser ska bestå av tre delar

Målgruppen för koordineringsinsatser är enligt lagen sjukskrivna patienter. Syftet är att de ska få stöd för att kunna återgå i arbete, oberoende av vad de är sjukskrivna ifrån eller varifrån de får sin försörjning. Enligt 3 § i lagen ska koordineringsinsatserna bestå av:

- personligt stöd
- intern samordning
- samverkan med andra aktörer.

Koordineringsinsatser ska bara genomföras om den sjukskrivna patienten samtycker till det.

Det är inte särskilt tydligt vad koordineringsinsatserna ska innehålla eller vad de ovanstående tre delarna ska innebära, utöver att insatserna kan bestå av dessa tre delar. Anledningen till att det inte är tydligare skrivet i lagen är att regionerna ska ha stora möjligheter att utforma koordineringsinsatserna utifrån sina lokala förutsättningar. Regeringen menade att regleringen balanserar behovet av nationell enhetlighet med regionernas behov av att anpassa insatserna till lokala förutsättningar.<sup>20</sup>

Socialstyrelsen tog 2023 fram ett nationellt kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering. I kunskapsstödet ingår avsnitt som specifikt rör koordineringsinsatserna.<sup>21</sup> Utöver kraven att koordineringsinsatser ska bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer så specificerar varken lagen, förarbeten eller Socialstyrelsens kunskapsstöd exakt av vad koordineringsinsatser ska omfatta eller exakt hur regionerna ska bedöma en sjukskrivnings behov av koordineringsinsatser. I förarbetena framgår att de sjukskrivna

---

<sup>19</sup> Regeringen, *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2020*, utdrag protokoll vid regeringssammanträde 2019-12-19 II:10.

<sup>20</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 58.

<sup>21</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd.

patienter som sannolikt ska erbjudas koordineringsinsatser kan vara de som har återkommande sjukskrivningar, eller en mer komplicerad sjukskrivning som riskerar att bli långvarig. Det kan till exempel handla om diagnoser som rör psykisk ohälsa eller smärtproblematik samt patienter inom cancervård och ortopedi. Men det avgörande är den sjukskrivna patientens behov av stöd för att återgå i arbete.<sup>22</sup> Kunskapsstödet tar inte upp frågan om hur bedömningen av detta behov ska gå till, men återger de exempel på vad de tre olika delarna som nämns i lagens förarbeten kan innebära.

Det *personliga stödet* har fokus på motiverande insatser för att den sjukskrivna patienten ska delta aktivt i sin vård och behandling och ta ansvar för den. Det kan innebära att stödja den sjukskrivna patienten för att öka hens tilltro till sin egen förmåga, ge stöd och information om olika aktörers roller samt stödja den sjukskrivna patienten i sina kontakter med arbetsgivare eller motsvarande. Det personliga stödet bör innebära att den sjukskrivna patienten får en kontaktperson inom hälso- och sjukvården, men regeringen betonar att kontaktpersonen inte ska ha rollen som ombud för patienten.<sup>23</sup>

Den *interna samordningen* har fokus på att samordna åtgärder inom hälso- och sjukvården som påverkar den sjukskrivna patientens möjlighet att återgå i arbete.<sup>24</sup> Intern samordning innebär här att samordna den sjukskrivna patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess med utgångspunkt i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen.

*Samverkan med andra aktörer*, den tredje delen av koordineringsinsatserna, innebär att hälso- och sjukvården har en skyldighet att samverka med andra aktörer kring den sjukskrivna patienten. Det kan exempelvis handla om att de kan behöva samverka med arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller kommunens socialtjänst. Förarbetena är tydliga med att koordineringsinsatserna enbart ska omfatta behov som regionen ansvarar för att tillgodose, och inte behov som ska tillgodoses av andra aktörer. Samverkansskyldigheten är inte heller ett samordningsansvar, eftersom det ansvaret vilar på Försäkringskassan.<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*, s. 52–54.

<sup>23</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 58.

<sup>24</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 59.

<sup>25</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 82–83.

Hälso- och sjukvården ska enligt 4 § lagen om koordineringsinsatser även lämna information till Försäkringskassan om sjukskrivna patienter som får koordineringsinsatser kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB. Det kan till exempel handla om att den sjukskrivna patienten behöver arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsträning på en arbetsplats.

#### 2.1.4 Lagen ger regionerna stort handlingsutrymme

Det finns inga krav i lagen på att regionerna ska utse en särskild koordineringsfunktion – det är upp till regionerna hur de vill organisera verksamheten. Regeringen nämnde däremot särskilt inför införandet av lagen att det är viktigt att den som utför uppgifterna får förutsättningar att koncentrera sig på uppdraget och därmed kan se till att det finns en kontinuitet i insatserna. Regeringen menade att det är lämpligt att sjukskrivna patienter hela tiden har kontakt med samma person inom koordineringsarbetet.<sup>26</sup> I samband med att lagen infördes ingick även staten en ny överenskommelse med SKR, där regeringen avsatte ekonomiska stimulansmedel för att regionerna skulle kunna ta fram permanenta former för kompetensutveckling för de som arbetar med koordineringsinsatserna.<sup>27</sup>

Delar av det som tidigare ingick i överenskommelserna omfattas inte av lagen om koordineringsinsatser. Den funktion för koordinering som regionerna byggde upp genom överenskommelserna skulle i första hand stödja verksamheten med kunskaper. Koordineringsfunktionen kunde fungera som en expert på området. En del av arbetsuppgifterna kunde vara att ta fram och analysera statistik gällande sjukskrivningar. Överenskommelserna omfattade villkor för den här typen av uppgifter, vid sidan av koordineringsfunktionen, och regionerna fick ta del av stimulansmedel för arbetet. Men dessa uppgifter omfattas inte av lagen, eftersom det anses vara en del av regionernas övergripande ansvar för hälso- och sjukvården.<sup>28</sup>

Lagen innebär heller inte någon skyldighet för regionerna att erbjuda koordineringsinsatser i förebyggande syfte. Under tiden med

<sup>26</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 82.

<sup>27</sup> Regeringen, *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2020*, utdrag protokoll vid regeringssammanträde 2019-12-19 II:10.

<sup>28</sup> Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*, s. 61–62.

överenskommelser växte det fram arbetssätt inom regionerna som inriktades på förebyggande insatser för att förebygga att personer behövde bli sjukskrivna.<sup>29</sup> Skyldigheten att erbjuda koordineringsinsatser omfattar bara personer som redan är sjukskrivna och som hälso- och sjukvården bedömer har ett behov av koordineringsinsatser. Men regionerna kan själva välja om de vill erbjuda förebyggande koordineringsinsatser. Att förebygga ohälsa ingår som en del av hälso- och sjukvårdens övergripande uppdrag.<sup>30</sup>

Lagen har samtidigt gjort det tydligt att målgruppen för koordineringsinsatserna även omfattar sjukskrivna patienter som inte har ett arbete. Insatserna ska underlätta för dem att komma in i arbetslivet.<sup>31</sup>

## 2.2 Flera aktörer har ansvar för en persons rehabilitering

De som arbetar med koordineringsinsatser befinner sig i gränslandet till flera olika aktörers ansvar för patientens rehabilitering. Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen, medan arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården på olika sätt är inblandade i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

I följande avsnitt beskriver vi översiktligt hur rehabiliteringen kan ha olika slutmål, beroende på vilken typ av rehabilitering det handlar om. Vi beskriver även vilket ansvar som olika aktörer har i rehabiliteringsprocessen.

### 2.2.1 Rehabilitering med olika slutmål

Målet med koordineringsinsatserna är att ge sjukskrivna patienter stöd för att det ska gå snabbare att återgå i arbete.<sup>32</sup> Koordineringsinsatsen kan ses som en pådrivare, eller ett smörjmedel, i processen. Men samtidigt är koordineringsinsatserna bara en liten del av

---

<sup>29</sup> Regeringen, *En kvalitetssäker överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2020*, utdrag protokoll vid regeringssammanträde 2019-12-19 II:10.

<sup>30</sup> 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL).

<sup>31</sup> 1 § lagen om koordineringsinsatser.

<sup>32</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 76–78.

helheten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, som involverar många olika aktörer.

Flera remissinstanser påtalade i remissrundan inför lagen om koordineringsinsatser att det saknas evidens för att koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården är effektiva åtgärder.<sup>33</sup> Det finns kvalitativa studier som visar på positiva erfarenheter av koordineringsinsatser från såväl sjukskrivna patienter som personal inom hälso- och sjukvården.<sup>34</sup> Enstaka studier har visat att koordineringsinsatser har lett till färre sjukskrivningsdagar.<sup>35</sup> Men det saknas övergripande evidens från svenska förhållanden som kan visa att koordineringsinsatserna leder till kortare sjukskrivningar eller att sjukskrivna patienter snabbare kan återgå i arbete (se bilaga 2).

Det kan till viss del förklaras av att många samverkande faktorer påverkar hur snabbt sjukskrivna patienter kan återgå i arbete, där koordineringsinsatserna bara är en liten pusselbit. Ytterligare en komplicerande faktor är att den medicinska rehabiliteringen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i viss mån har olika mål och syften. Den medicinska rehabiliteringen har som mål att personen ska återvinna bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har som mål att personen så långt det är möjligt ska få tillbaka sin arbetsförmåga. Koordineringsinsatserna har som mål att skynda på processen att sjukskrivna patienter ska kunna återgå i arbete.

I den bästa av världar går dessa mål hand i hand – och leder till att personer återvinner bästa möjliga funktionsförmåga och snabbare kan återgå i arbete. Men en snabbare återgång i arbete kan i vissa fall även innebära risk att personens möjligheter att återvinna psykiskt och fysiskt välbefinnande fördröjs, vilket i sin tur kan öka risken för ny sjukskrivning. Detta innebär alltså då en mindre hållbar återgång i arbete.

ISF har i en granskning konstaterat att hälso- och sjukvårdens prioriteringar inte alltid stämmer överens med Försäkringskassans

---

<sup>33</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 49.

<sup>34</sup> Berglund E., m.fl., Coordination and Perceived Support for Return to Work: A Cross-Sectional Study among Patients in Swedish Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health* vol. 19, nr 7, 2022, s. 4040 och Västerbotten läns landsting, *ReKoord-projektet Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet*.

<sup>35</sup> Stockholms läns landsting, *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator*, slutrapport april 2018.

samordningsuppdrag. Förutom att målet med rehabiliteringen kan skilja sig åt mellan Försäkringskassans och hälso- och sjukvården så kan skilda prioriteringar även gälla regelverk där sjukförsäkringens tidsgränser inte följer hälso- och sjukvårdens prioriteringar och väntetider.<sup>36</sup>

### 2.2.2 Läkare har ett försäkringsmedicinskt uppdrag

Läkarens arbete med sjukskrivning och rehabilitering är en del av det försäkringsmedicinska området och ansvaret. Läkaren har dubbla roller i arbetet med sjukskrivning. Utöver det medicinska ansvaret har läkaren ett ansvar att bedöma om patienten behöver sjukskrivas eller inte. I uppgiften ingår att utreda och bedöma patientens diagnos, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. För att bedöma om personen behöver sjukskrivas eller inte så behöver läkaren även ha information om patientens arbetssituation. Den tudelade rollen som läkaren har kan vara utmanande – exempelvis om läkaren och patienten inte gör samma bedömning av behovet av sjukskrivning.

Läkarna kan, ofta i dialog med patienten, ta fram en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för hur hen ska kunna återgå i arbete eller annan sysselsättning. Hälso- och sjukvården kan också föreslå åtgärder som andra aktörer kan utföra för att underlätta för patienten att återgå i arbete, exempelvis arbetsanpassning eller arbetsträning. Hälso- och sjukvården kan även säga att det kan finnas behov av att involvera företagshälsovården.<sup>37</sup>

Våra intervjuer med läkarförbunden visar att deras medlemmar inte upplever att läkares arbetssätt har förändrats specifikt utifrån lagen om koordineringsinsatser. Att samordna vården för sina patienter har varit något som läkare har gjort sedan långt innan lagen fanns på plats. Däremot har läkarkåren börjat fokusera mer på behovet av aktiva sjukskrivningar, och det finns en diskussion om riskerna med sjukskrivning och de eventuella biverkningar och vårdskador som kan uppstå om sjukskrivningen blir passiv.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Inspektionen för socialförsäkringen, *Försäkringskassans samordningsuppdrag*, rapport 2025:3.

<sup>37</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd.

<sup>38</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd, s. 21.

### 2.2.3 Arbetsgivaren har ett ansvar för rehabilitering

Arbetsgivaren ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, där målet är att sjukskrivna patienter ska kunna återgå i arbete. Exempel på åtgärder där kan vara arbetsanpassning, arbetsträning och utbildning.<sup>39</sup> Arbetsgivaren ska planera åtgärderna tillsammans med den sjukskrivna patienten och utgå ifrån hens individuella förutsättningar och behov.

Arbetsgivarens ansvar regleras i olika lagar och föreskrifter, exempelvis arbetsmiljölagen (1977:1160), Arbetsmiljöverkets föreskrifter, lagen (1991:1047) om sjuklön, SFB och lagen (1982:80) om anställningsskydd. Enligt bestämmelserna i socialförsäkringsbalken ska arbetsgivaren efter att ha haft samråd med den anställde lämna de upplysningar till Försäkringskassan som myndigheten behöver för att kunna klarlägga personens behov av rehabilitering. Arbetsgivaren har också en skyldighet att upprätta en plan för hur den sjukskrivna personen ska kunna återgå i arbete vid sjukperioder som förväntas sträcka sig över 60 dagar.<sup>40</sup>

Till sin hjälp har arbetsgivaren företagshälsovården, som fungerar som en oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering. Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren se till att det finns företagshälsovård i den utsträckning som arbetsförhållandena kräver.<sup>41</sup>

### 2.2.4 Arbetsförmedlingen och socialtjänsten kan komma in om det saknas en arbetsgivare

Det är inte alltid en sjukskriven patient har en anställning att gå tillbaka till. I de fallen kan Arbetsförmedlingen och kommunen vara aktörer som hälso- och sjukvården behöver samverka med för att den sjukskrivna patienten ska komma framåt i sin rehabilitering.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har ett samarbete när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för personer som saknar anställning eller för personer som under en sjukskrivning behöver ställa om till annat arbete. Arbetsförmedlingen stöttar personen och är med och planerar insatser för att hen ska kunna återgå i arbete. Det

---

<sup>39</sup> Arbetsgivarverket webbplats: [www.arbetsgivarverket.se](http://www.arbetsgivarverket.se), åtkomstdatum den 25 november 2025.

<sup>40</sup> 30 kap. 6 och 6 a §§ socialförsäkringsbalken (SFB).

<sup>41</sup> 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML).

kan exempelvis handla om att personen med stöd får pröva sin arbetsförmåga på en arbetsplats.

Kommunerna ansvarar för olika typer av sociala insatser och har det yttersta ansvaret för att personer får det stöd och den hjälp som de behöver.<sup>42</sup> Personer som är sjukskrivna men som inte får sjukpenning eller har låg sådan kan beviljas ekonomiskt bistånd. Det kan finnas flera orsaker till att personen inte får sjukpenning. Det kan exempelvis handla om att personen saknar sjukpenninggrundande inkomst eller av andra skäl har fått avslag av Försäkringskassan.

Om personen behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården så ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.<sup>43</sup> Det är ofta socialsekreteraren som har det samordnande ansvaret kring personen i dessa fall. Målet är att personen ska kunna försörja sig själv. Kommunens socialtjänst ansvarar för insatser som ger stöd för att personer som får ekonomiskt bistånd ska kunna försörja sig själva.<sup>44</sup> Insatserna kan exempelvis bestå av stöd via kommunernas arbetsmarknadsverksamhet eller liknande.<sup>45</sup>

## 2.2.5 Försäkringskassan ska samordna andra aktörer

Läkaren bedömer om personen behöver sjukskrivas, men Försäkringskassan bedömer om personen har rätt till sjukpenning enligt SFB. Bedömningen av rätt till ersättning görs stegvis enligt tidsramar som är fastställda i lagtexten. Detta kallas rehabiliteringskedjan. Vilka bedömningsgrunder som är aktuella bestäms av hur länge arbetsförmågan har varit nedsatt.<sup>46</sup>

Försäkringskassan genomför inte några rehabiliteringsåtgärder, men har ett samordningsansvar. Det innebär att myndigheten ska samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt socialförsäkringsbalken.<sup>47</sup>

I praktiken betyder det att Försäkringskassan kan behöva samordna

---

<sup>42</sup> 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2025:400) (SoL).

<sup>43</sup> 16 kap. 4 § HSL.

<sup>44</sup> 12 kap. 1 § SoL.

<sup>45</sup> Samordningsförbundet Stockholm Stad, *Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården kring individen i Stockholms stad*, dnr 2024:48, 2024.

<sup>46</sup> 27 kap. 46–49 §§ SFB.

<sup>47</sup> 30 kap. 8 § SFB.

insatser och åtgärder som exempelvis hälso- och sjukvården och arbetsgivaren utför och ansvarar för. Det är Försäkringskassan, inte hälso- och sjukvården, som har ansvar för att klarlägga den sjukskrivna patientens behov av rehabilitering och se till att åtgärder vidtas, även hos andra aktörer.<sup>48</sup> Men Försäkringskassan ska inte organisera alla kontakter mellan olika aktörer. Aktörer ska vid behov kunna samverka i frågor som rör en sjukskriven patient utan att Försäkringskassan involveras som samordnare.<sup>49</sup> Där kan i stället koordineringsinsatser bidra.

Försäkringskassan har flera olika verktyg som de kan använda för att komma vidare i ett rehabiliteringsärende. Utöver interna insatser innefattar verktygen dialoger med den sjukskrivna eller andra aktörer i processen. Bland annat kan de bjuda in till ett avstämningsmöte. Syftet med ett sådant är att utreda och bedöma den sjukskrivna patientens arbetsförmåga och vilka åtgärder som behövs för att personen ska komma tillbaka i arbete. I normalfallet är de som deltar i mötet en försäkringsutredare från Försäkringskassan, den sjukskrivna patienten och en representant från vården, som kan vara en läkare eller i vissa fall rehabiliteringskoordinator. Det kan även vara aktuellt att arbetsgivaren är med på mötet.<sup>50</sup>

## 2.3 Koordineringsinsatser är inte hälso- och sjukvård

Koordineringsinsatserna utgår från sjukskrivna patienters behov av stöd och vägledning genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och specifikt inom hälso- och sjukvården.<sup>51</sup> Koordineringsinsatserna omfattar inte medicinska bedömningar eller insatser och är inte hälso- och sjukvård enligt definitionen i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).<sup>52</sup> Det innebär att koordineringsinsatserna inte omfattas av bestämmelserna om prioriteringsordning i hälso- och sjukvårdslagen. Insatserna omfattar bara det som hälso- och

---

<sup>48</sup> 30 kap. 9–10 §§ SFB.

<sup>49</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 59–60.

<sup>50</sup> Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*, vägledning 2025:1, version 3, s. 40.

<sup>51</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 52.

<sup>52</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd, s. 52–56.

sjukvården ansvarar för – inte behov som andra aktörer ska tillgodose.<sup>53</sup>

### 2.3.1 All samordning inom hälso- och sjukvården är inte koordineringsinsatser

Koordineringsinsatser kan omfatta intern samordning inom hälso- och sjukvården. Men det betyder inte att all samordning som görs inom hälso- och sjukvården kan likställas med koordineringsinsatser. Den samordning som görs inom ramen för koordineringsinsatser ska ha fokus på att ge en sjukskriven patient stöd för att hen ska kunna återgå i arbete. Samordningen bör framför allt handla om att främja en samsyn kring patienten och att de som behandlar en patient utgår från samma mål och plan avseende patientens arbetsförmåga och arbetsåtergång. Denna samordning kräver också patientens samtycke.

Till skillnad från koordineringsinsatser så är inte samordning inom hälso- och sjukvården begränsad till sjukskrivna patienter. Skyldigheten att samordna hälso- och sjukvården gäller samtliga personer som har behov av det. Den interna samordningen inom hälso- och sjukvården är en naturlig del av patientens vård och behandling, och hälso- och sjukvården har en skyldighet att samordna vården på ett ändamålsenligt sätt.<sup>54</sup> Målet är att se till att patienten får en god vård och har en god hälsa. Rehabilitering i hälso- och sjukvården har som mål att patienten ska återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och psykiskt och fysiskt välbefinnande.<sup>55</sup>

Det är inte reglerat vilken profession som ska ansvara för samordningen av vården. Det faller sig naturligt att läkaren, som i sitt medicinska uppdrag att ställa diagnos och ge behandling, samordnar insatser för sina patienter. Men det finns även ett antal andra funktioner inom hälso- och sjukvården som har ett utpekat samordningsansvar, exempelvis en fast vårdkontakt. Hälso- och sjukvården ska utse en fast vårdkontakt om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hens behov av trygghet, kontinuitet,

---

<sup>53</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 57.

<sup>54</sup> 13 a kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821) (patientlagen).

<sup>55</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 42.

samordning och säkerhet.<sup>56</sup> Patienten ska även få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.<sup>57</sup>

Tidigare studier visar att hälso- och sjukvården generellt har problem när det gäller samordningen.<sup>58</sup> Patienterna märker i första hand av det genom att samordningen mellan primärvården och den specialiserade vården brister och genom tillgången till fasta vårdkontakter. I våra intervjuer säger Sveriges Arbetsterapeuter att koordineringsinsatsen kan vara precis det som sjukskrivna patienter och hälso- och sjukvården behöver för att kunna få till en bättre samordning.

### 2.3.2 Primärvården har utmaningar med det försäkringsmedicinska arbetet

Primärvården har en central roll inom hälso- och sjukvården. Men resurserna på övergripande nivå är inte tillräckliga, och arbetsmiljön är i många fall pressad. Förutsättningarna att ge vanligt förekommande vård är relativt god, men förutsättningar för att arbeta förebyggande finns inte fullt ut.<sup>59</sup>

Det försäkringsmedicinska arbetet tar en stor del av läkarnas tid. E-hälsomyndigheten uppskattar att läkare lägger omkring tre miljoner arbetstimmar per år på att hantera intyg, där läkarintyg som underlag för sjukpenning är den största posten.<sup>60</sup> Av läkarna i primärvården uppger 78 procent att tidsbrist är det största hindret i arbetet med sjukskrivningar och i det enskilda patientmötet. Ännu fler säger att tiden inte räcker till för att dokumentera och skriva sjukintyg.<sup>61</sup> En rapport från Vård- och omsorgsanalys visar samtidigt att situationen har förbättrats över tid. Andelen primärvårdsläkare som upplever stora problem med administration av ärenden hos Försäkringskassan har successivt minskat mellan 2019 och 2025, från 81 procent till 50 procent.<sup>62</sup>

---

<sup>56</sup> 6 kap. 2 § patientlagen.

<sup>57</sup> 7 kap. 3 § HSL.

<sup>58</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Omtag för omställning*, rapport 2025:1, s. 242.

<sup>59</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *På stabil grund?* PM 2025:6.

<sup>60</sup> E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att genomföra en förstudie om en sammanhållen intygshantering inom hälso- och sjukvård och omsorgen*, dnr. 2023/0268, 2023.

<sup>61</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd.

<sup>62</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv*, PM 2026:1, s. 38–40.

Lagen om koordineringsinsatser började gälla strax före pandemin, som belastade hälso- och sjukvården hårt. I vår regionenkät lyfter flera regioner fram att arbetet med koordineringsinsatser i viss utsträckning fick stå tillbaka de första åren på grund av det ansträngda läget.

#### *En koordineringsfunktion kan vara avlastande för läkarna*

I våra intervjuer framkommer att läkarförbunden anser att primärvården är underbemannade när det gäller allmänläkare (specialister i allmänmedicin). Det gör att de som arbetar där inte hinner hantera alla de behov som finns. En koordineringsfunktion kan avlasta läkarna och göra det enklare för läkaren att disponera sin tid. Genom att få hjälp med att hämta in information, med tidsbokning och med samverkan med externa aktörer kan läkaren frigöra tid för att göra andra arbetsuppgifter. På liknande sätt resonerar professionsförbunden, att koordineringsfunktionen kan vara ett sätt att frigöra läkarnas tid så de kan lägga den på andra arbetsuppgifter. Men en risk som de på läkarförbunden som vi intervjuade pekar på är att läkaren tappar helhetsbilden av den sjukskrivna patienten. Det kan i värsta fall leda till att vården blir patientosäker.

Även om det i intervjuerna med läkarförbunden finns en tydlig uppfattning att en koordineringsfunktion kan avlasta läkarna så är de kritiska till att det inte finns någon tydlig alternativkostnad att jämföra kostnaden för koordineringsfunktion med. Ett alternativ skulle enligt dem vara att lägga resurserna på annat håll, exempelvis att öka antalet allmänläkare i primärvården.

En annan aspekt som de som vi har intervjuat i professionsförbunden påpekar är att koordineringsinsatsen inte verkar i ett vakuum. De betonar att koordineringsinsatser bara fungerar när det finns goda förutsättningar i övrigt i primärvården. Lagstiftningen är enligt dem ett bra steg. Men eftersom de generella förutsättningarna i primärvården inte har förbättrats så menar professionsförbunden att patienterna har fått sämre tillgång till medicinsk rehabilitering.

En aspekt som läkarförbunden lyfter fram är att läkaren och rehabiliteringskoordinatören behöver känna tillit till varandra. Våra intervjuer visar att tilliten bygger på vilken grundprofession som rehabiliteringskoordinatören har, utifrån läkarens uppfattning om vad som krävs för att ansvara för koordineringen. Men relationen är även

i stor utsträckning personberoende. En uppfattning som verkar vara vanlig är att om läkaren inte anser att det är rätt person som är rehabiliteringskoordinator så sköter läkaren koordineringsinsatserna själv.

I våra intervjuer med läkarförbunden framkommer också att alla läkare inte är medvetna om lagen om koordineringsinsatser eller vad koordineringsinsatser och en specifik koordineringsfunktion innebär. Det gör att det kan vara svårt för läkaren att förklara vad patienten kan förvänta sig av en koordineringsinsats.

Försäkringskassan lyfter i vår intervju fram att arbetet med koordineringsinsatser skiljer sig mellan regionerna. Försäkringskassan upplever att rehabiliteringskoordinatorer över landet har delvis olika uppdrag, förutsättningar och ambitionsnivå. Det skapar en otydlighet för sjukskrivna patienter, för försäkringsutredare på Försäkringskassan och för arbetsgivare.



### 3 Regional styrning och organisering av koordineringsinsatser

I det här kapitlet beskriver vi hur regionerna styr och organiserar arbetet med koordineringsinsatser.

Våra huvudsakliga resultat i kapitlet är att:

- Koordineringsinsatserna genomförs i första hand i primärvården, men i viss utsträckning också inom den specialiserade vården.
- Lagen reglerar inte att det ska finnas en specifik funktion för koordinering, men alla regioner har rehabiliteringskoordinatorer.
- Regionerna har inte enhetliga kompetenskrav för uppdraget att utföra koordineringsinsatser.
- De styrdokument som finns i regionerna ger viss vägledning i arbetet med koordineringsinsatser, men de som arbetar i hälso- och sjukvården vill ha det tydligare beskrivet vad koordineringsinsatserna ska innebära och vad rollen som rehabiliteringskoordinator innebär.
- Koordineringsinsatser registreras sällan på det sätt de borde, och regionerna ser flera utmaningar med registreringen.

#### 3.1 Insatser görs främst i primärvården men ersättningsmodellerna varierar

De flesta koordineringsinsatser genomförs i primärvården. Men ungefär en femtedel görs inom psykiatrin. Det förekommer också

att koordineringsinsatser genomförs inom andra delar av den specialiserade vården.

Regionerna använder olika ersättningsmodeller för arbetet med koordineringsinsatser. Det kan påverka förutsättningarna för arbetet med koordineringsinsatser.

### 3.1.1 Flest koordineringsinsatser genomförs i primärvården

Vår regionenkät visar att koordineringsinsatser i första hand genomförs i primärvården. Det varierar mellan regionerna, men mellan 60 och 97 procent av alla koordineringsinsatser genomförs i primärvården. En förklaring är att en stor del av alla sjukskrivningar hanteras av läkare i primärvården.

Vår regionenkät visar även att koordineringsinsatser är relativt vanliga inom den specialiserade vården, i första hand inom psykiatrin, där i genomsnitt 20 procent av insatserna genomförs. En liten andel koordineringsinsatser utförs inom ortopedin, upp till 8 procent. Koordineringsinsatser genomförs också i mindre omfattning inom andra områden som exempelvis neurologi, reumatologi och onkologi. Uppgifterna från regionenkäten om att koordineringsinsatser inom den specialiserade vården är vanligast inom psykiatrin stämmer överens med vår registerdata från den specialiserade öppen- och slutenvården. Denna registerdata visar att ungefär 75 procent av koordineringsinsatserna där har genomförts inom psykiatrisk vård och cirka 12 procent har gjorts inom rehabiliteringsmedicinsk vård.

En tidigare undersökning från Socialstyrelsen 2023 bekräftar bilden att koordineringsinsatser i stor utsträckning erbjuds i primärvården. I den svarade 84 procent av läkarna inom primärvården och psykiatrin att deras verksamhet erbjuder koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter.<sup>63</sup>

Regionerna organiserar arbetet olika för primärvården och för den specialiserade vården. Utifrån våra resultat får vi en bild av att arbetet med koordineringsinsatser inom primärvården är mer strukturerat och tydligt än vad arbetet inom den specialiserade vården är. Våra resultat

---

<sup>63</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*, 2023-6-8595, 2023, s. 68–69.

visar också att arbetet med koordineringsinsatser inom den specialiserade vården är mindre utvecklat och mer utmanande. Flera regioner lyfter däremot fram att det är viktigt att se till att koordineringsinsatser inom den specialiserade vården också görs för att vården för sjukskrivna patienter ska bli så sömlös som möjligt.

### 3.1.2 Regionerna använder olika ersättningsmodeller för arbetet med koordineringsinsatser

De flesta regioner finansierar insatserna genom den fasta ersättning en vårdgivare – exempelvis en vårdcentral – får baserad på antalet listade patienter som de har, det vill säga inom ramen för kapiteringsersättning. Kapiteringsersättningen kan också ges i kombination med öronmärkta medel. Det finns även exempel där varianter av struktur- och basersättning används, det vill säga där vårdgivaren får en fast summa för att ha vissa förutsättningar eller strukturer på plats. Ett exempel är när en vårdcentral får en fast summa för att utbilda en rehabiliteringskoordinator. En del regioner kombinerar flera olika ersättningsmodeller.

När vi intervjuade professionsförbunden så pekade de på att förutsättningarna är ojämlika, både mellan regioner och mellan vårdenheter inom samma region. Enligt förbunden påverkar ersättningssystemens utformning hur vårdenheterna bedriver sitt arbete. Men de säger också att variationerna i ersättningssystem fanns redan innan lagen infördes, och att olika modeller har både för- och nackdelar.

## 3.2 Alla regioner har rehabiliteringskoordinatorer men förutsättningar skiljer sig åt

Lagen reglerar inte vem eller vilka professioner som ska utföra koordineringsinsatserna. Trots det så har alla regioner rehabiliteringskoordinatorer med ett specifikt uppdrag att arbeta med koordineringsinsatser. Även om det inte bara är rehabiliteringskoordinatorerna som utför koordineringsinsatser så utför de sannolikt de flesta insatserna. Regionen käten visar att många regioner ser det

som en framgångsfaktor att ha specifika funktioner som tar sig an uppdraget.

Rehabiliteringskoordinatorerna arbetar oftast i primärvården. Men det finns också rehabiliteringskoordinatorer i delar av den specialiserade hälso- och sjukvården, som exempelvis psykiatrin. Förutsättningarna för rehabiliteringskoordinatorerna skiljer sig mellan regioner, men även mellan vårdenheter. Vi ser också att regionerna ställer olika kompetenskrav för uppdraget att utföra koordineringsinsatser.

### 3.2.1 Rehabiliteringskoordinatorer arbetar oftast i primärvården och oftast vid en vårdenhet

De flesta rehabiliteringskoordinatorer arbetar i primärvården, där även merparten av sjukskrivningarna sker. Vår verksamhetsenkät visar att de flesta rehabiliteringskoordinatorer, 68 procent, har uppdrag att utföra koordineringsinsatser inom primärvården (figur 1). Utöver det har 14 procent uppdrag inom psykiatrin, medan 18 procent har uppdrag inom andra vårdområden, där de flesta finns inom neurologi och ortopedi.

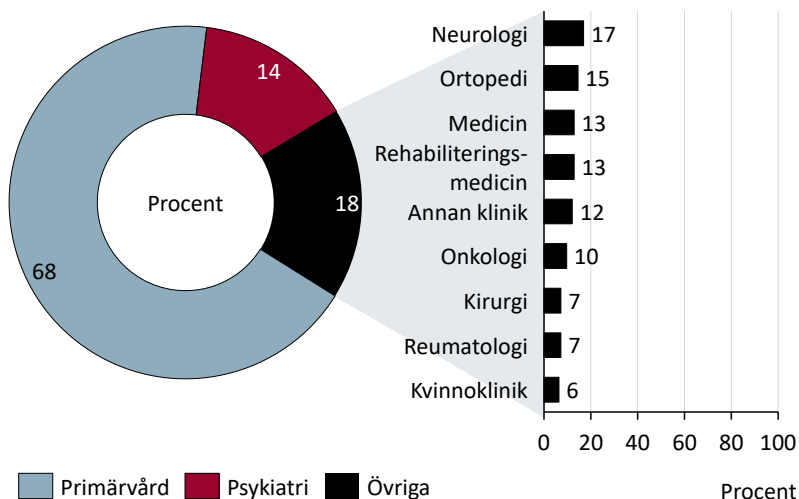
Det vanligaste är att rehabiliteringskoordinatorerna har uppdrag inom bara en vårdenhet, 72 procent. Resterande 28 procent av rehabiliteringskoordinatorerna säger att de har uppdrag på fler än en vårdenhet. De som har uppdrag på fler än en vårdenhet arbetar vanligen på två vårdenheter. Det är bara ett fåtal, 3 procent, som har i uppdrag att utföra koordineringsinsatser på fler än fem vårdenheter.

Resultaten från verksamhetsenkäten bekräftas av såväl vår regionenkät som en undersökning som SKR genomförde 2021.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården – En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018, 2022*, s. 12–14.

Figur 1 Vårdområden som rehabiliteringskoordinatorerna verkar inom



Anm.: Flera svarsalternativ var möjliga att ange.

Källa: Verksamhetsenkäten.

Ett antal rehabiliteringskoordinatorer med erfarenhet från den specialiserade vården beskriver i fritextsvaren i verksamhetsenkäten att det är en miljö där koordinatorrollen ofta blir splittrad. Fritextsvaren visar också att det är svårt att förankra arbetet med koordineringsinsatser och att rehabiliteringskoordinatorerna ofta blir inkopplade sent, trots att de sjukskrivna patienterna kan ha stora och komplexa behov. I enkätsvaren framkommer bilden att koordineringsinsatserna fungerar bäst när rehabiliteringskoordinatorn är integrerad i ett fast team.

### 3.2.2 Rehabiliteringskoordinatorer arbetar olika mycket

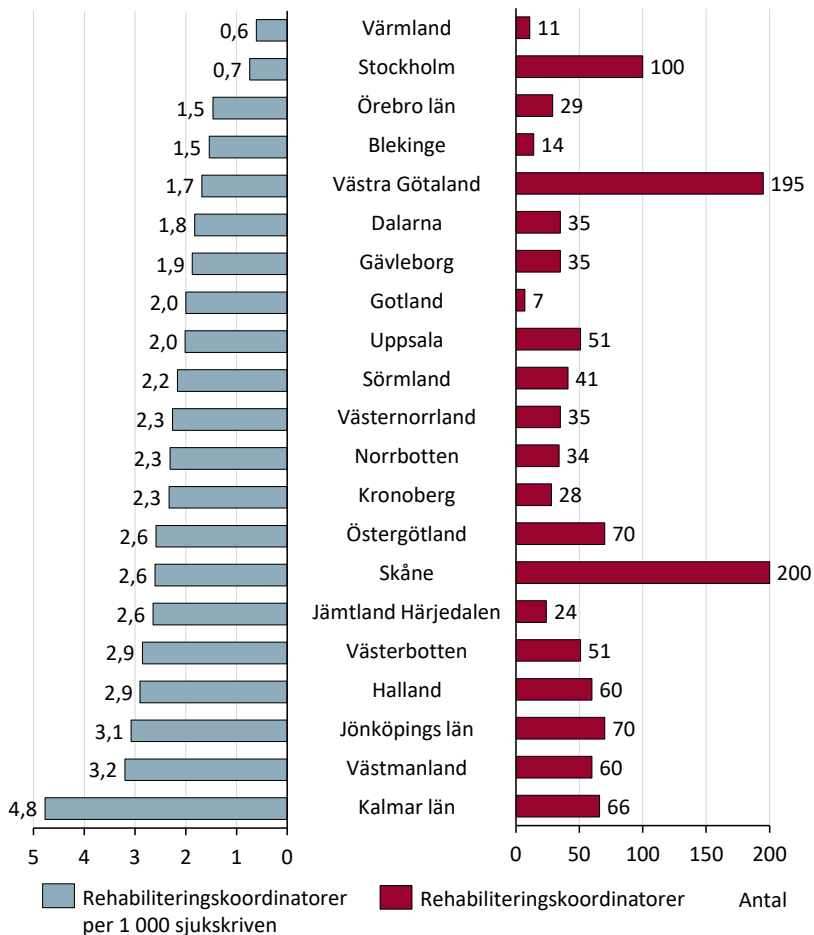
Uppskattningsvis finns det runt 1 200 rehabiliteringskoordinatorer i regionerna. Men det är en stor variation i hur mycket varje rehabiliteringskoordinator arbetar. Förutsättningarna för rehabiliteringskoordinatorerna skiljer sig åt mellan regioner, men även mellan vårdenheter.

I regionenkäten har vi fått svar från 15 regioner, som uppskattar att deras cirka 700 rehabiliteringskoordinatorer motsvarar drygt 300 heltidstjänster. Rehabiliteringskoordinatorerna har alltså ungefär 45 procent i genomsnittlig arbetstid. I fritextsvaren lyfter många regioner fram att det är svårt att uppskatta hur många heltidstjänster som deras rehabiliteringskoordinatorer tillsammans motsvarar. En region skriver till exempel att ingen arbetar heltid som rehabiliteringskoordinator. Regionerna säger att det är svårt att räkna ut årsarbetskrafter eftersom funktionen inte enbart arbetar med koordineringsinsatser.

I verksamhetskäten svarade hälften av alla rehabiliteringskoordinatorer att de arbetar halvtid eller mindre med koordineringsinsatser, medan 27 procent svarade att de arbetade heltid med koordineringsinsatser.

Våren 2025 hade Region Skåne flest rehabiliteringskoordinatorer (inte årsarbetskrafter), medan Region Gotland hade lägst antal (figur 2). Antalet rehabiliteringskoordinatorer är inte nödvändigtvis en indikation på hur många koordineringsinsatser som regionen genomför. Hur mycket rehabiliteringskoordinatorerna arbetar och att de ibland delar en tjänst mellan olika vårdenheter har stor betydelse för vilka förutsättningar som finns i verksamheterna. Befolkningens storlek, sammansättning och sjuktalet i regionen påverkar vilket behov av koordineringsinsatser som respektive region har. Sett till antal sjukskrivna har Region Kalmar län flest rehabiliteringskoordinatorer och Region Värmland har lägst antal rehabiliteringskoordinatorer.

Figur 2 Antal rehabiliteringskoordinatorer (ej årsarbetskrafter) i regionerna våren 2025



Anm.: Antal rehabiliteringskoordinatorer avser inte antal årsarbetskrafter, tjänstetrymmet varierar.

Källa: Regionenäten och Försäkringskassans sjukskrivningsstatistik.

Vår genomgång av regionernas förfrågningsunderlag, det vill säga de underlag som beskriver villkoren för att bedriva primärvård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, visar att fem regioner har specificerat att rehabiliteringskoordinatorer inom primärvården ska arbeta i en viss omfattning. Exempelvis har en region skrivit att

det är ett krav att varje vårdcentral ska ha en rehabiliteringskoordinator som arbetar minst 20 procent. Två av dessa fem regioner har rekommendationer för hur mycket rehabiliteringskoordinatorer ska arbeta medan övriga tre har ska-krav kring detta. Resterande sexton regioner har varken krav eller rekommendationer, enligt de underlag som vi har haft tillgång till.

#### *Tiden för uppdraget räcker inte alltid till*

Regionerna pekar i fritextsvar till regionenkäten på specifika funktioner för arbetet med koordineringsinsatser som framgångsfaktorer. Men de betonar också att rehabiliteringskoordinatorernas förutsättningar är avgörande. Det måste finnas ett tydligt mandat, en grundläggande utbildning, stöd från både ledningen och styrningsfunktionerna inom verksamheterna, och i bästa fall möjlighet att arbeta i team.

Vår verksamhetsenkät visar att rehabiliteringskoordinatorerna i viss utsträckning tycker att de inte har förutsättningar att genomföra sitt uppdrag. Enkäten visar att 65 procent av rehabiliteringskoordinatorerna tycker att tiden som de har fått avsatt för uppdraget inte räcker till, medan 35 procent tycker att tiden som de har fått avsatt är tillräcklig för uppdraget. Resultaten skiljer sig inte åt mellan rehabiliteringskoordinatorer i primärvården och de i den specialiserade vården.

De flesta regioner saknar systematisk uppföljning av hur stor del av rehabiliteringskoordinatorernas arbetstid som läggs på koordineringsinsatser. Det är därför svårt att följa upp hur mycket tid och resurser som respektive rehabiliteringskoordinator eller vårdenhet lägger på koordineringsinsatser. Det är också svårt att följa pengarna genom budgetunderlag eller liknande, eftersom regionerna får sin finansiering för koordineringsinsatserna genom det generella statsbidraget.

### 3.2.3 Det finns inga enhetliga kompetenskrav för uppdraget

Lagen om koordineringsinsatser bestämmer inte vilken profession det är som ska utföra koordineringsinsatsen. Det betyder att det är regionerna som bestämmer vilka kompetenskrav som ska gälla för

uppdraget. Regionerna gör olika, och kompetenskraven är inte enhetliga över riket.

Våra resultat från verksamhetsenkäten visar att det är vanligast att rehabiliteringskoordinatorerna i sin grundprofession är arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Även kuratorer och socionomer är relativt vanliga grundprofessioner. Resultaten är jämförbara med SKR:s undersökning från 2021.<sup>65</sup>

Vår genomgång av regionernas styrdokument visar att sex regioner har specifika krav när det gäller vilken kompetens som vårdgivaren måste ha för att få utföra koordineringsinsatser. Fem av de sex regionerna har krav på att insatserna ska utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession eller annan utbildning, oftast socionom eller inriktning mot socialt arbete. En av de sex regionerna kräver specifikt en legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession.

Nio av regionerna har rekommendationer till verksamheterna i stället för krav. Det kan då handla om att det bör vara antingen en legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession eller annan utbildning.

Sex av regionerna specificerar varken krav eller rekommendationer. I dessa fall är det upp till varje enskild vårdenhet att avgöra vem eller vilka som ska utföra koordineringsinsatser i verksamheten. Professionsförbunden och läkarförbunden anser att grundprofessionen för en rehabiliteringskoordinator är viktig. Professionsförbunden lyfter fram att det är viktigt att rehabiliteringskoordinatören har kunskap och kompetens om hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för att kunna vara ”spindeln i nätet”. Därför menar de att exempelvis fysioterapeuter och arbetsterapeuter är lämpliga att arbeta med uppdrag att koordinera. Även läkarförbunden anser att kunskap och kompetens om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är viktiga för att funktionen ska kunna avlasta läkarna i deras arbete och för att insatsen ska bli pådrivande och ändamålsenlig.

Socialstyrelsen rekommenderar att medicinska bedömningar och insatser skiljs ifrån koordineringsinsatser, och att rollen som rehabiliteringskoordinator inte blandas ihop med rehabiliteringskoordinatorns grundprofession.<sup>66</sup> I vår intervju med Socialstyrelsen

---

<sup>65</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården – En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018, 2022*, s. 17.

<sup>66</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd, s. 41–42.

säger myndigheten att det är svårt att skriva ett kunskapsstöd eller bygga ut ett ansvarsområde, som utgör en relativt liten del av stödet, när de inte vet vem som ska utföra insatserna eller vilken kompetens som personen har. Det gäller speciellt när koordineringsinsatserna inte görs inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen. Statskontoret poängterar i en rapport hur viktigt det är att den statliga kunskapsstyrningen är anpassad efter behoven och användarna. Statskontoret konstaterar även att det är svårare att ringa in kunskapsbehoven när kunskapsstöden riktar sig till flera målgrupper.<sup>67</sup>

*Det är vanligt att regionerna anordnar ytterligare utbildningar kring arbetet med koordineringsinsatser*

Alla regioner har på något sätt utbildningar om vad koordineringsinsatser innebär. Utbildningarna anordnas ofta internt i regionen, men det förekommer också att utbildningar anordnas av externa arrangörer. Det är relativt vanligt att regionerna köper uppdragsutbildningar från högskolor eller universitet. Exempelvis har Karolinska institutet en utbildning i *Koordineringsinsatser – att koordinera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*.<sup>68</sup> Kursen behandlar uppdraget som rehabiliteringskoordinator, hur koordineringen går till i praktiken, vilket ansvar och uppdrag som olika parter har samt socialförsäkringens och arbetsrättens betydelse. Liknande kurser ger också exempelvis Göteborgs universitet och Lunds universitet.<sup>69</sup>

I verksamhetsenkäten svarar 49 procent av alla rehabiliteringskoordinatorer att de har gått en specifik högskole- eller universitetskurs i koordinering. Ungefär hälften av regionerna har också krav eller rekommendationer om att alla som utför koordineringsinsatser ska ha gått en särskild kurs i koordinering.

Flera regioner hänvisar i regionenkäten även till SKR:s webb-utbildningar i försäkringsmedicin och rehabiliteringskoordinering<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> Statskontoret, *Att styra med kunskap – En studie om statlig kunskapsstyrning riktad till kommuner och regioner*, 2023.

<sup>68</sup> Karolinska institutets webbplats: [www.utbildning.ki.se](http://www.utbildning.ki.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026.

<sup>69</sup> Göteborgs universitets webbplats: [www.gu.se](http://www.gu.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026 och Lunds universitets webbplats: [www.medicin.lu.se](http://www.medicin.lu.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026.

<sup>70</sup> Addas webbplats: [www.adda.se](http://www.adda.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026.

samt SKR:s tolkningsstöd för lagen om koordineringsinsatser<sup>71</sup> som viktiga delar.

I regionenkäten säger regionerna att läkare är en viktig målgrupp för information och kunskap om koordineringsinsatser. Andra grupper som nämns är sjuksköterskor och chefer. Trots att regionerna har interna utbildningar för rehabiliteringskoordinatorer eller motsvarande betyder det inte att alla som berörs har genomgått en utbildning. Utbildningarna ser också olika ut mellan regionerna.

*En tredjedel av rehabiliteringskoordinatorerna vill ha mer kunskaper om arbetsrätt*

I verksamhetskäten fick rehabiliteringskoordinatorerna berätta om det finns områden som de behöver kompetensutveckling inom. Nästan en tredjedel av rehabiliteringskoordinatorerna svarade att de skulle vilja ha mer kunskap och kompetens om arbetsrätt. Dessutom ville 24 procent gärna ha mer kunskap om försäkringsmedicin och 20 procent om rehabilitering tillbaka i arbete.

Resultaten bekräftar att de som utför koordineringsinsatser tycker att de behöver bättre kompetens inom försäkringsmedicin och arbetsrätt. En relativt liten andel av rehabiliteringskoordinatorerna, runt 4 procent, vill bland annat ha mer information om den nya socialtjänstlagen och om socialförsäkringssystemet.

De rehabiliteringskoordinatorer som har gått universitetskursen i koordinering tycker i mindre utsträckning att de behöver mer kompetensutveckling än de som inte har gått kursen. Störst är skillnaden när det gäller försäkringsmedicin och i viss mån arbetsrätt. Resultatet är inte förvånande, eftersom universitetskursen vanligtvis innehåller delar om både försäkringsmedicin och arbetsrätt.

I fritextsvaren lyfter många fram behovet av kontinuerlig fortbildning och att de får möjlighet att få utbildning för att utföra uppdrag som rehabiliteringskoordinator. Många rehabiliteringskoordinatorer beskriver att utbildningen i första hand genomförs i början när uppdraget påbörjas.

---

<sup>71</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, *Tolkningsstöd avseende Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297)*, SKR2024/00203, 2023.

### 3.3 Styrdokument och arbetsbeskrivningar finns i alla regioner

Det varierar mellan regionerna vad styrdokument och arbetsbeskrivningar innehåller. När styrdokument ger vägledning i arbetet underlättar det för de som arbetar i hälso- och sjukvården. Tydliga arbetsbeskrivningar skapar också tydligare mandat för de som arbetar med uppdraget att utföra koordineringsinsatser.

#### 3.3.1 Regionernas styrdokument ger viss vägledning

Det som tydligast skiljer regionerna åt är hur omfattande styrdokumenterna är och vad de innehåller (tabell 1). Det vanligaste är att dokumenten rör den övergripande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där koordineringsinsatserna är en mindre del. Det kan även finnas styrdokument eller rutiner för koordineringsinsatser på respektive vårdenhetsnivå. Det har vi inte haft möjlighet att undersöka.

Beskrivningarna av koordineringsinsatser utgår i mångt och mycket ifrån skrivningarna i lagen. Men i vissa fall finns det något mer utförligt beskrivet vad som kan ingå i det personliga stödet, den interna samordningen eller samverkan med andra aktörer. Det förekommer också att styrdokumentet beskriver vilka ansvarsuppgifter som rehabiliteringskoordinatorer eller en liknande funktion har i primärvården. Det kan då handla om arbetsuppgifter som inte direkt har med koordineringsinsatser att göra. Det kan exempelvis vara att ta ut sjukskrivningsstatistik på vårdenhetsnivå, vara sammankallande eller planera arbetet i teamet.

När det gäller stöd för arbetet med det personliga stödet och den interna samordningen har nitton regioner viss vägledning kring lagen. En region har ingen vägledning alls, utan bara en hänvisning till lagen om koordineringsinsatser. När det gäller stödet för samverkan med andra aktörer har arton regioner en viss vägledning, medan två regioner har en mer utförlig vägledning. Det kan även stå i uppdragsbeskrivningar för rehabiliteringskoordinatorer vad som ingår i det personliga stödet eller den interna samordningen.

Det finns oftare styrdokument som rör personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer än styrdokument för hur regionerna ska bedöma en sjukskrivnings behov av koordineringsinsatser eller för att följa upp koordineringsinsatser. Knappt hälften

av regionerna ger någon form av stöd i styrdokumenterna när det gäller hur vårdgivaren ska bedöma sjukskrivna patienters behov av koordineringsinsatser. En av regionerna har en mer utförlig vägledning eller checklista.

Region Uppsala utmärker sig med tydliga dokument och riktlinjer för arbetet med koordineringsinsatser. Det är också den enda regionen som har en mer utförlig vägledning som gäller hur regionen ska bedöma en sjukskrivnings behov av koordineringsinsatser.

Tabell 1 Analys av de regionala styrdokumentens innehåll (antal regioner)

<i>Innehåll i regionala styrdokument</i>	<i>Mer utförliga kriterier eller checklista som stöd</i>	<i>Viss vägledning</i>	<i>Ingen vägledning</i>
Stöd för hur behov av koordineringsinsatser identifieras	1	9	11
Stöd för arbetet med det personliga stödet	1	19	1
Stöd för arbetet med den interna samordningen	1	19	1
Stöd för arbetet med samverkan med andra aktörer	2	18	1

*Källa:* Dokumentanalys av regionala styrdokument.

En annan undersökning visar att regionerna sällan har stöd för alla delar av processen för sjukskrivning och rehabilitering. Socialstyrelsen visade i en nationell uppföljning att bara 10 av 21 regioner har styrdokument för alla delar i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering. Fyra av regionerna följde upp om verksamheterna följer styrdokumentet.<sup>72</sup>

<sup>72</sup> Socialstyrelsens webbplats: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), åtkomstdatum den 19 februari 2026.

### 3.3.2 Tydliga arbetsbeskrivningar förtydligar uppdragets mandat

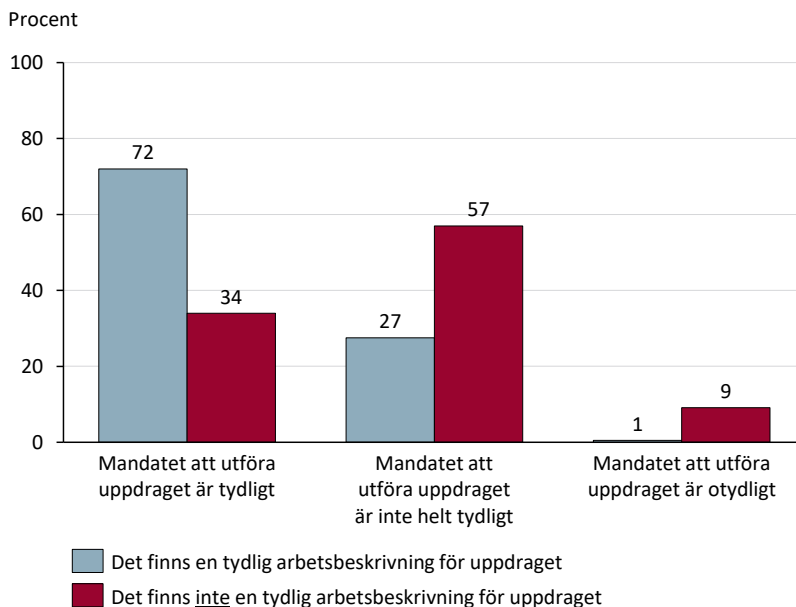
Flera regioner säger i regionenkäten att en positiv aspekt med att införa lagen är att den har ökat legitimiteten för koordineringsinsatserna och skapat ett fokus på försäkringsmedicinska frågor i hälso- och sjukvården. Det gör att hälso- och sjukvården har fått ett tydligare mandat för att utföra koordineringsinsatser, men det har även gett dem ett tydligare mandat gentemot externa aktörer som exempelvis Försäkringskassan. Men i verksamhetskäten pekar många rehabiliteringskoordinatorer på att det saknas styrdokument eller att de ger ett otillräckligt stöd i arbetet på grund av att de är otydliga. De rehabiliteringskoordinatorer som uppfattar att deras arbetsbeskrivning är tydlig upplever också att de har ett tydligt mandat.

Bland alla rehabiliteringskoordinatorer är det 72 procent som anser att de har en tydlig arbetsbeskrivning för sin roll i uppdraget och menar att deras mandat att utföra uppdraget är tydligt (figur 3). Omvänt är det 57 procent av rehabiliteringskoordinatorerna som inte anser att de har en tydlig arbetsbeskrivning som också menar att deras mandat att utföra uppdraget är otydligt.

Samtidigt ser många rehabiliteringskoordinatorer att lagens införande ändå i sig har gjort uppdraget tydligare och att de fått ett tydligare mandat genom att deras roll blivit mer formell än tidigare, både inom hälso- och sjukvården och gentemot Försäkringskassan.

Vi ser inga skillnader när vi delar upp analysen mellan rehabiliteringskoordinatorer som arbetar inom primärvården eller de som arbetar inom den specialiserade vården.

Figur 3 Rehabiliteringskoordinatorernas upplevelse av arbetsbeskrivning och mandat



Källa: Verksamhetsenkäten.

Jämfört med SKR:s undersökning från 2021 har det skett en viss förbättring när det gäller hur många som tycker de har tydliga mandat och tillräckligt med tid. Däremot är det ungefär samma andel som anser att uppdraget inte är tydligt. Skillnaderna kan också påverkas av att det har varit något olika formuleringar av svarsalternativen.<sup>73</sup>

Professionsförbunden trycker i våra intervjuer på vinsten av att ha en tydlig arbetsbeskrivning för rollen som rehabiliteringskoordinator. En rehabiliteringskoordinator har ofta en delad tjänst och ibland delat uppdrag på flera vårdenheter. Då är tydliga arbetsbeskrivningar med formella riktlinjer för ansvar och mandat nödvändiga. Det finns exempel på när rehabiliteringskoordinatorer har fått skriva sin egen arbetsbeskrivning, vilket inte har varit positivt för varken den enskilde eller arbetet med koordineringsinsatser i stort.

<sup>73</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården – En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018*, s. 25.

Läkarförbunden anser även att rehabiliteringskoordinatorernas roll behöver bli tydligare. De anser att det behövs dels för att läkarna ska förstå vad funktionen innebär och vad patienten kan förvänta sig, dels för att förtydliga vilken roll som funktionen har gentemot andra aktörer.

Socialstyrelsen är tydlig med att alla medicinska bedömningar eller rekommendationer bör skiljas från själva koordineringsinsatsen. Men vår dokumentanalys visar att det bara är tre regioner som har skrivningar i sina styrdokument som handlar om att det är viktigt att en rehabiliteringskoordinator inte har dubbla roller för en och samma person, det vill säga att vara både behandlare och den som utför koordineringsinsatser. Ett fåtal regioner nämner det och problematiserar situationer med dubbla roller. Hos övriga regioner finns inga sådana skrivningar alls.

På samma sätt är det viktigt att en rehabiliteringskoordinator inte agerar som ombud för patienten, vilket några regioner uttryckligen skriver i sina styrdokument. Syftet med koordineringsinsatsen är bland annat att stödja patienten att själv ta nödvändiga kontakter. Detta håller professionsförbunden med om. De anser att det är viktigt att stödja sjukskrivna patienter i att förstå systemet och att ge information men utan att ta över för mycket.

### 3.4 Regionerna kan välja att göra förebyggande koordineringsinsatser

Vad som är hälso- och sjukvård regleras i 1 § i HSL. Där står att hälso- och sjukvård i lagens mening gäller åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvården ska alltså arbeta förebyggande. Men koordineringsinsatser är inte hälso- och sjukvård enligt lagen om koordineringsinsatser, och lagen kräver inte att regionerna ska arbeta förebyggande med koordineringsinsatser. Däremot kan regionerna välja att ge koordineringsinsatser till patienter i förebyggande syfte, exempelvis för att undvika en sjukskrivning.

Vår dokumentanalys visar att tolv regioner rekommenderar förebyggande insatser, vilket gör att verksamheterna kan välja att göra det. Sju av regionernas styrdokument nämner inte ett förebyggande arbete, vilket gör att det är oklart om de anser att verksamheterna ska

arbeta förebyggande med koordineringsinsatser eller inte. Två av regionerna skriver uttryckligen i sina styrdokument att det inte ska göras något förebyggande arbetet inom ramen för koordineringsinsatser.

Vår verksamhetsenkät visar att tre av fem rehabiliteringskoordinatorer i någon utsträckning arbetar förebyggande. Fritextsvaren stärker bilden av att rehabiliteringskoordinatorerna arbetar olika och att det inte finns en gemensam syn på det förebyggande arbetet. Några pekar i fritextsvaren på att det är negativt att det förebyggande arbetet har minskat och att fokus har skiftat. Bland fritextsvaren framgår en vilja att utveckla rollen till att bli mer proaktiv och förebyggande, inte bara reaktiv i sjukskrivningsärenden. Lagen har enligt rehabiliteringskoordinatorerna bidragit till att det förebyggande arbetet har minskat. Men det finns också de rehabiliteringskoordinatorer som tänker att det snarare är en positiv utveckling, eftersom uppdraget har smalnat av och genom det förtydligats.

Även i regionenkäten säger flera regioner att lagens införande gjorde att uppdraget blev avgränsat, jämfört med när det reglerades genom överenskommelser mellan SKR och staten. Fokuset har delvis flyttats till att ge stöd till patienten och att hjälpa hen att kunna återgå i arbete, snarare än det bredare uppdraget att ge kunskapsstöd till verksamheterna och bedriva ett förebyggande arbete.

I våra intervjuer med professionsförbunden säger de att det förebyggande arbetet bör omfatta även koordineringsinsatser, precis som annan verksamhet och andra insatser som bedrivs inom hälso- och sjukvården enligt HSL. Även Försäkringskassan och arbetsgivarorganisationerna säger i våra intervjuer att de anser att det vore bra om hälso- och sjukvården kunde arbeta mer strukturerat med förebyggande åtgärder när det gäller koordineringsinsatser. I dag är det mycket olika hur regionerna väljer att göra.

### 3.5 Svårt att veta hur många koordineringsinsatser som genomförs

Den som utför koordineringsinsatser enligt lagen om koordineringsinsatser är skyldig att föra patientjournal.<sup>74</sup> Socialstyrelsen rekommenderar också att den som genomför koordineringsinsatser registrerar dem vid varje tillfälle som insatser utförs och oavsett vilken roll eller profession som utför insatsen.<sup>75</sup> Registreringen ska då ske med KVÅ-koden *Koordineringsinsatser för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet* (GC001).

Omfattningen av registreringen av KVÅ-koder skiljer sig åt mellan och inom regioner. Alla koordineringsinsatser registreras inte med en KVÅ-kod, vilket gör det svårt att följa upp insatserna nationellt och regionalt.

#### 3.5.1 Majoriteten av regionerna anser att koordineringsinsatser inte registreras tillräckligt

Regionerna räknar upp flera olika orsaker till att registreringen av koordineringsinsatser inte är heltäckande (figur 4). Två tredjedelar av regionerna säger att det är svårt att se till att den lokala tillämpningen av hur koordineringsinsatser registreras fungerar bra. Knappt en tredjedel av regionerna säger att det är oklart hur KVÅ-koden ska tillämpas. Regionernas styrdokument ger sällan vägledning i hur registreringen ska gå till. Två av regionerna menar att det egentligen inte finns några svårigheter med att registrera koordineringsinsatserna, utöver att se till att den som är ansvarig för koordineringsinsatsen faktiskt systematiskt registrerar detta.

Resultaten är jämförbara med Socialstyrelsens uppföljning av KVÅ-registreringen 2022.<sup>76</sup> Men i våra resultat är det färre regioner som anser att det är oklart hur KVÅ-koden ska tillämpas än det var i Socialstyrelsens uppföljning.

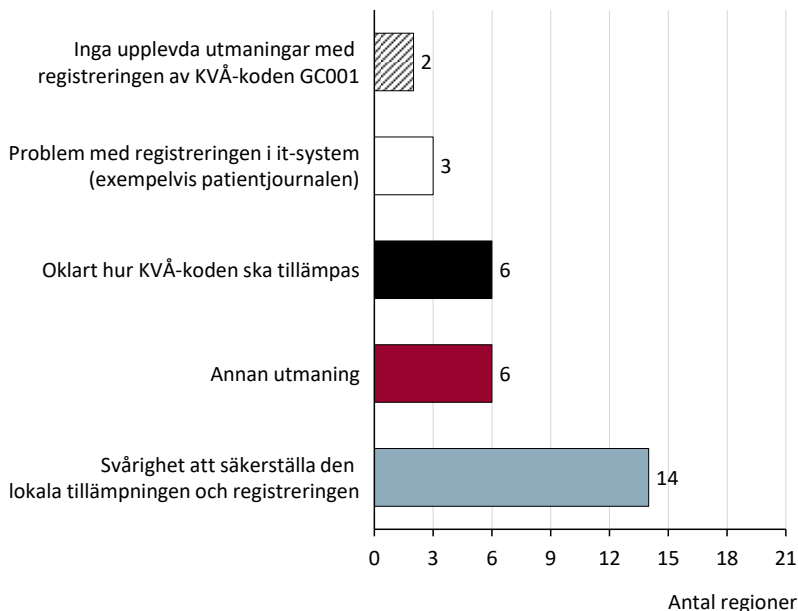
---

<sup>74</sup> 3 kap. 3 § 4 patientdatalagen (2008:355).

<sup>75</sup> Socialstyrelsens webbplats: [www.forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se](http://www.forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026.

<sup>76</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd.

Figur 4 Utmaningar med att registrera koordineringsinsatser (KVÅ-kod GC001)



Anm.: Flera svarsalternativ var möjliga att ange.

Källa: Regionenkäten.

Fritextsvaren till regionenkäten visar att regionerna tror att det finns ett mörkertal, det vill säga att alla insatser som utförs inte registreras genom KVÅ-koden. Dessutom poängterar många regioner att registreringen inte säger något om kvaliteten på insatsen. Det går inte att utläsa hur omfattande insatsen är av en KVÅ-kod och den är därför svår att använda som ett mått på kvalitet.

Ett syfte med registreringen är att regionen ska kunna jämföra olika vårdenheter när de planerar och följer upp verksamheterna. Många regioner ser värdet i att få chefer och verksamhetsföreträdare att tillsammans reflektera över utfallen. En region lyfter fram att de följer upp genom att jämföra antal sjukperioder per vårdcentral med antal registrerade koordineringsinsatser. Vårdcentraler med höga sjuktal bör rimligtvis ha fler koordineringsinsatser.

När det gäller regionernas arbete med koordineringsinsatser, som är en mindre del av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen,

svarade tolv regioner att de har tagit fram rutiner för att följa upp arbetet. I fritextsvar lyfter några regionföreträdare fram att det blir svårare att följa upp koordineringsinsatser både på grund av bristande resurser och på att alla koordineringsinsatser inte registreras med KVÅ-koder (alltså att det finns en underregistrering).

### 3.5.2 Mer sannolikt att en insats blir registrerad om rehabiliteringskoordinatören utför insatsen

Dokumentanalysen visar att det i fjorton regioner är krav på att registrera KVÅ-kod GC001, medan en region rekommenderar att KVÅ-koden ska registreras. Övriga sex regioner nämner inte hur eller att KVÅ-koden ska registreras. I praktiken verkar ändå nästan alla regioner i någon utsträckning registrera koordineringsinsatser. Det är bara en region som i regionenkäten svarade att de inte har någon systematisk registrering.

De flesta regioner lyfter fram att registrering av KVÅ-kod ska ske oavsett vem som utför insatsen, men att det är mer sannolikt att registreringen blir gjord om det är en rehabiliteringskoordinator som utför insatsen. En orsak som nämns är att rehabiliteringskoordinatorer är vana vid att använda sig av specifika KVÅ-koder, vilket den övriga sjukvårdspersonalen inte är på samma sätt.

En annan orsak till att KVÅ-koden inte registreras är att koordineringsinsatser inte är hälso- och sjukvård. Om koordineringsinsatserna hade varit hälso- och sjukvård hade det blivit mer naturligt integrerat i den övriga uppföljningen av hälso- och sjukvården, exempelvis vid nationella uttag och patientregister.

Vissa regioner menar även att registreringen påverkas av resurs- och tidsbrist, och att engagemanget från den enskilde vårdgivaren påverkas av känslan att detta är ytterligare en onödig administrativ uppgift.

I arbetet med sjukskrivning och rehabilitering finns det även andra KVÅ-koder som är vanliga att använda. Det gäller exempelvis *upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning (DV077)* eller *uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning (AW026)*. Några regioner kommenterar att koordineringsinsatserna ingår i de sjukskrivnings- och

rehabiliteringsplaner som en läkare tar fram och följer upp. I regionernas styrdokument listas sju av regionerna rekommenderade tilläggs-koder som kan användas i registreringen av koordineringsinsatser.

### 3.5.3 Svårt att förklara skillnaderna mellan regionerna med annat än att insatser inte registreras

Registreringen av koordineringsinsatser har ökat med drygt 2 procent mellan 2023 och 2024. Men bilden är inte heltäckande, eftersom fyra regioner saknas i vår sammanställning (figur 5). En jämförelse av vår sammanställning och tidigare uppgifter från Socialstyrelsen<sup>77</sup> visar att den sammanlagda registreringen ökade med 28 procent mellan 2021 och 2024. Vår regionenkät visar även att antalet sjukskrivna patienter som fick koordineringsinsatser ökade mellan 2023 och 2024. Men siffrorna är osäkra och det saknas data från sex regioner.

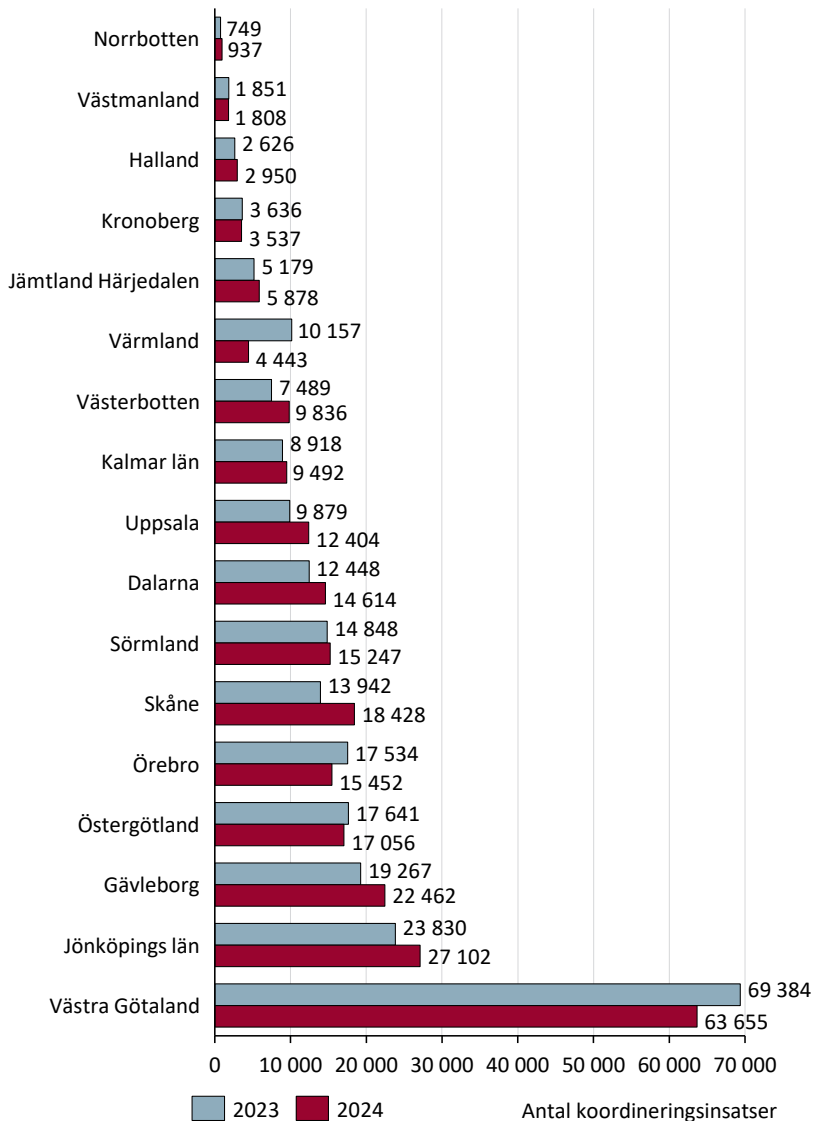
Totalt har sju regioner rapporterat antalet koordineringsinsatser för 2023 och 2024. I elva av regionerna har registreringen av koordineringsinsatser ökat och i sex av regionerna har den minskat.

Hur många koordineringsinsatser som är en rimlig nivå beror på många faktorer, exempelvis befolkningens sammansättning och sjuktalet i respektive region. Men att storleksmässigt liknande regioner som exempelvis Västra Götaland och Skåne har så stora skillnader i registrerade koordineringsinsatser tyder på skillnader i hur de registrerar insatserna. Sannolikt speglar registreringen inte nödvändigtvis antalet faktiskt genomförda koordineringsinsatser eller vilket behov av koordineringsinsatser som de sjukskrivna patienterna har.

---

<sup>77</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023-6-8595, 2023.

Figur 5 Regionernas registrering av koordineringsinsatser (med KVÅ-kod GC001) för 2023 och 2024



Anm.: Uppgifter saknas för Blekinge, Gotland, Stockholm och Västernorrland.

Källa: Regionenkäten.

## 4 Hälso- och sjukvårdens arbete med koordineringsinsatser

I det här kapitlet beskriver vi hur koordineringsinsatserna går till i praktiken, från hur regionerna ska bedöma en sjukskrivnings behov av koordineringsinsatser till de tre delarna personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Vi beskriver även patienternas upplevelse av koordineringsinsatserna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Våra huvudsakliga resultat i kapitlet är:

- Både sjukskrivna patienter och rehabiliteringskoordinatorer upplever att det är otydligt hur bedömningen av patienters behov av koordineringsinsatser ska göras.
- Sedan 2019 har tiden från sjukperiodens start till den första koordineringsinsatsen ökat.
- Det personliga stödet utgår från sjukskrivna patienters behov och situation, men fokuserar ofta på vad som hindrar hen från att återgå i arbete eller annan sysselsättning.
- Sjukskrivna patienter och rehabiliteringskoordinatorerna har olika uppfattning om vilken information som patienten faktiskt får.
- Sjukskrivna patienter är generellt positiva till koordineringsinsatserna och tycker att insatserna bidrar med både emotionellt och praktiskt stöd.
- Generellt har hälso- och sjukvården utmaningar när det gäller samordning, men koordineringsinsatser kan genom intern samordning agera som pådrivare i processen.

## 4.1 Hälso- och sjukvården bedömer behovet av koordineringsinsatser

Enligt lagen om koordineringsinsatser är regionerna skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter om de behöver det. Men det innebär inte att koordineringsinsatserna är en rättighet för sjukskrivna patienter, och någon som nekas koordineringsinsatser kan inte överklaga beslutet.

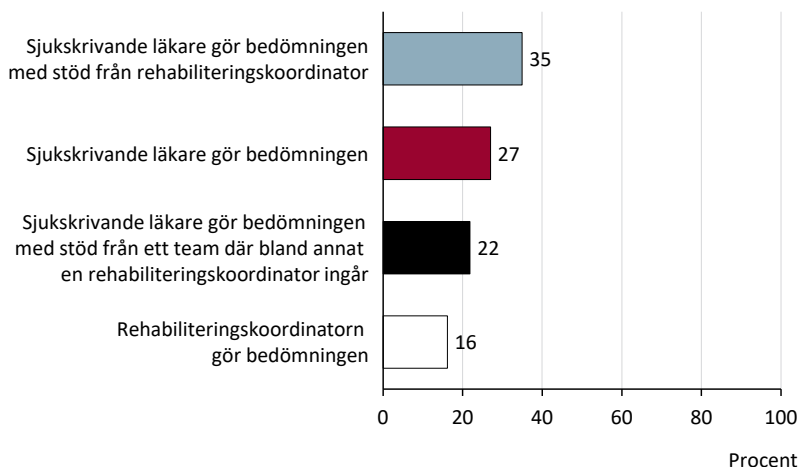
Det är hälso- och sjukvården som bedömer vad en person behöver och prioriterar sina resurser utifrån dessa behov. De olika regionerna prioriterar och bedömer behoven på delvis olika sätt, eftersom processen med att bedöma den sjukskrivna patientens behov inte är tydligt formulerad för de som arbetar med koordineringsinsatser.

Vår analys av registerdata visar att det är vanligt att en sjukskriven patient får koordineringsinsatser efter en sjukskrivning längre än 180 dagar. Den genomsnittliga tiden till en patient får en första koordineringsinsats har blivit allt längre sedan 2019.

### 4.1.1 Det är i första hand läkare som bedömer behovet

Vår verksamhetsenkät visar att det enligt rehabiliteringskoordinatorernas uppfattning i stor utsträckning är läkare som gör bedömningen om en sjukskriven patient behöver en koordineringsinsats, men att de ibland har stöd från rehabiliteringskoordinatorer eller ett team (figur 6). I 16 procent av fallen säger rehabiliteringskoordinatorerna att det är de som bedömer vilka som ska få koordineringsinsatser.

Figur 6 Vem som vanligen gör bedömningen att en sjukskriven patient har behov av koordineringsinsatser



Källa: Verksamhetsenkäten.

I befolkningsenkäten svarade 64 procent av de som hade fått koordineringsinsatser att det var den läkare som sjukskrev dem som föreslog koordineringsinsatsen och stöd från rehabiliteringskoordinator. Drygt en tiondel av personerna svarade att de själva hade frågat hälso- och sjukvården om koordineringsinsatser. Ungefär lika många svarade att det var någon annan vårdpersonal som föreslog koordineringsinsatser. Patienterna tyckte inte det var tydligt på vilka grunder som de erbjöds koordineringsinsatser.

Det är läkaren som kan sjukskriva personer och som har rätt att skriva läkarintyg för sjukpenning. Det nationella kunskapsstödet betonar läkarens ansvar för helheten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och att det är läkaren som ansvarar för den försäkringsmedicinska bedömningen.<sup>78</sup>

Läkarförbundens åsikt är, enligt våra intervjuer, att det ska vara den sjukskrivande läkaren som bedömer om en sjukskriven patient behöver koordineringsinsatser. Läkarförbunden poängterar att det är läkaren som är medicinskt ansvarig för patienten och att det därför måste vara läkaren som bedömer det behovet. Men ibland kan det

<sup>78</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering, nationellt kunskapsstöd*, s. 22–23.

vara till hjälp för läkaren att ha tillgång till andra yrkeskategorier för att göra bedömningen. Processerna på en vårdenhets kan bli effektivare om exempelvis en rehabiliteringskoordinator stödjer läkaren i att ha koll på vilka sjukskrivningar som pågår och ger läkaren statistik över hur det generellt ser ut på vårdenheten. Våra intervjuer med professionsförbunden bekräftar att rehabiliteringskoordinatorer många gånger kan gå in och stötta läkaren i bedömningen av om en sjukskriven behöver en koordineringsinsats.

För att en sjukskriven patient ska få koordineringsinsatser måste hen ha lämnat sitt samtycke till det. Patienten kan tacka nej till en insats även om hälso- och sjukvården bedömer att hen skulle ha nytta av sådana. I befolkningsenkäten svarade en av fem av de som blivit erbjudna koordineringsinsatser att de valde att tacka nej. Den främsta anledningen var att de inte tyckte att de behövde koordineringsinsatsen. Men i fritextsvaren kunde vi läsa att det också handlade om att personen inte fick tillräcklig information om vad hen kunde förvänta sig av koordineringsinsatsen. En annan anledning var att de inte litade på sin vårdgivare och därför inte kände sig trygga med att tacka ja.

#### 4.1.2 Riktlinjer för hur sjukskrivna patienters behov av insatser ska bedömas är otydliga

De flesta regionernas styrdokument innehåller knappt någon vägledning när det gäller hur hälso- och sjukvården ska identifiera sjukskrivna patienter som behöver koordineringsinsatser. De som arbetar i hälso- och sjukvården anser i stor utsträckning att kriterierna för att bedöma det behovet är otydliga, eller att det saknas kriterier.

Utifrån vår dokumentanalys bedömer vi att det bara är en region som har en mer utförlig vägledning när det gäller hur de ska identifiera när en sjukskriven behöver en koordineringsinsats. Övriga regioner har bara viss vägledning eller saknar helt vägledning. I verksamhetsenkäten svarar däremot 48 procent av rehabiliteringskoordinatorerna att de tycker att det finns tydliga kriterier när det gäller vilka sjukskrivna patienter som ska erbjudas koordineringsinsatser. Samtidigt tycker 39 procent att kriterierna är otydliga och 13 procent av rehabiliteringskoordinatorerna menar att det helt saknas kriterier.

Professionsförbunden upplever att bedömningen av sjukskrivna patienters behov av koordineringsinsatser är mer eller mindre godtycklig i primärvården. Även om patientens behov och situation alltid står i centrum, vilket gör det svårt att standardisera, så anser de att det faktum att det saknas riktlinjer och vägledning är något som bidrar till att sjukskrivna patienter upplever att processen är godtycklig och ojämlig.

Bedömningen av om sjukskrivna patienter behöver koordineringsinsatser upplevs som otydlig för såväl de som arbetar som rehabiliteringskoordinatorer som för patienterna.

Regionenkäten visar att sex regioner följer upp hur behovsbedömningarna går till mer eller mindre systematiskt. Det kan exempelvis ske genom att den samordnare som är ansvarig för koordineringsinsatser tillsammans med chefer följer upp hur behovet av koordineringsinsatser ser ut och hur bedömningen av sjukskrivna patienters behov av sådana insatser går till. I en annan region ger styrdokumentet exempel på olika grupper av sjukskrivna patienter som kan vara aktuella för koordineringsinsatser. Några andra regioner följer upp behovsbedömningar i samband med olika nätverksträffar eller utbildningar, då bland annat datauttag och journaler kan följas upp.

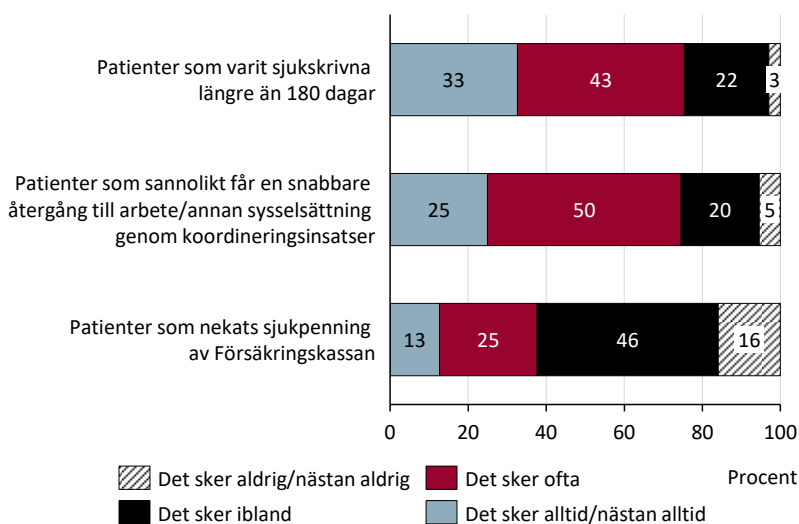
#### 4.1.3 Rehabiliteringskoordinatorer tar sig ofta an patienter som har varit sjukskrivna länge

Många av regionernas styrdokument betonar hur viktigt det är att koordineringsinsatser kommer in tidigt i processen. Patienter som vi har intervjuat som har fått koordineringsinsatser säger att de har positiva erfarenheter av koordineringsinsatser som satts in tidigt i deras sjukskrivning. Men vad som menas med tidigt kan variera utifrån omständigheter i den aktuella sjukperioden. De som inte var nöjda med sina koordineringsinsatser eller som berättade om vad de tycker kunde bli bättre säger att de blev erbjudna insatserna sent i processen. De menar att insatserna kunde ha gjort större nytta om de hade erbjudits tidigare.

Vår verksamhetskät visar att rehabiliteringskoordinatorerna har en delad bild av vilka sjukskrivna patienter som de tar sig an (figur 7). Rehabiliteringskoordinatorerna tar sig ofta an patienter som har varit

sjukskrivna längre än 180 dagar och patienter som bedöms snabbare kunna återgå till sysselsättning genom koordineringsinsatsen. Det svarar ungefär tre av fyra rehabiliteringskoordinatorer. Det är inte lika vanligt att det handlar om sjukskrivna patienter som har nekats sjukpenning av Försäkringskassan.

Figur 7 Rehabiliteringskoordinatorernas bild av vilka sjukskrivna patienter som får koordineringsinsatser



Källa: Verksamhetsenkäten.

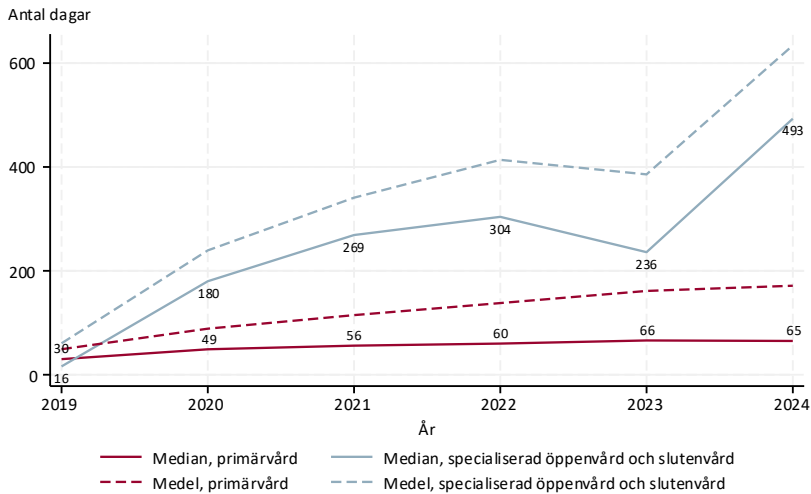
Att rehabiliteringskoordinatorerna ofta tar sig an patienter som har varit sjukskrivna längre än 180 dagar stämmer någorlunda överens med vår registerdata. Vi ser att den genomsnittliga tiden i sjukskrivningen till en första koordineringsinsats har blivit allt längre sedan 2019 (figur 8).

Vi ser också att medelvärdet ökar snabbare än medianen, som knappt ökar alls. Det visar att förändringen drivs av att andelen sjukperioder med längre tider till den första koordineringsinsatsen ökar allt eftersom. Samtidigt får majoriteten av de sjukskrivna fortfarande en första insats inom 1–2 månader, särskilt efter 2022 (figur 8).

I figur 8 och figur 9 har vi valt att dela upp tid till insats för primärvården och specialiserad öppenvård och slutenvård. Det beror på att det för 2024 även finns registreringar från

rehabiliteringskoordinatorer i den specialiserade psykiatriska vården inrapporterade. Data visar att tiden till insats för den specialiserade psykiatriska vården är avsevärt mycket längre än inom primärvården.

Figur 8 Antal dagar från sjukperiodens start till den första koordineringsinsatsen inom varje sjukperiod under perioden 2019–2024



Anm.: Figuren visar median (heldragen linje) och medelvärde (streckad linje). En person kan förekomma flera gånger i figuren (antal sjukperioder är 72 156 för primärvård och 3 799 för specialiserad psykiatrisk öppenvård och slutenvård).

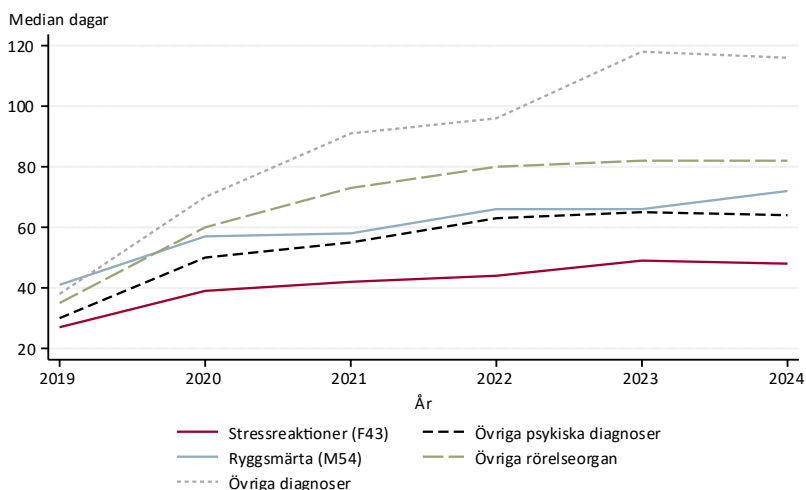
Källa: Försäkringskassan, regionerna och Socialstyrelsen, ISF:s bearbetning.

Om vi i stället fördelar personerna utifrån diagnosgrupper ser vi en liknande bild. Resultaten tyder på att väntetiden till en första insats har blivit längre för alla diagnosgrupper, med vissa skillnader i nivå mellan grupperna (figur 9). Större delen av ökningen var mellan 2019 och 2022, vilket kan vara en effekt av covid-19-pandemin. Därefter planar utvecklingen ut i flera grupper.

Under hela perioden är tiden till att sjukskrivna patienter får sin första insats kortast för de med anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress (diagnosgrupp F43), där nästan två tredjedelar av de som har fått koordineringsinsatser hade en stressrelaterad eller övrig psykisk diagnos. Tiden till den första insatsen var längst för kategorin övriga

diagnoser, till exempel tumörer, skador, hjärtproblem och smärttillstånd.

Figur 9 Medianantal dagar från sjukperiodens start till den första koordineringsinsatsen under perioden 2019–2024, fördelat utifrån diagnosgrupper, endast primärvård



Anm.: En person kan förekomma flera gånger i figuren (antal sjukperioder är 72 156). Endast primärvården och somatisk specialiserad öppenvård är medräknad.

Källa: Försäkringskassan, regionerna och Socialstyrelsen, ISF:s bearbetning.

När det gäller individegenskaper ser mönstret för sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser ungefär likadant ut som när det gäller andra sjukskrivna. Ungefär hälften är 40–59 år och den stora majoriteten är anställda. Det är något större andel kvinnor som har fått koordineringsinsatser än sjukskrivna kvinnor i övrigt, 70 procent jämfört med 60 procent. Det är även vanligt att sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser hade en lång sjukhistorik (se kapitel 5 för ytterligare information om sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser).

#### 4.1.4 Sjukskrivna patienter som inte erbjöds koordineringsinsatser ville ha bättre samordning

Av de som svarade på vår befolkningsenkät svarade 21 procent att de behövde koordineringsinsatser, men att hälso- och sjukvården inte

erbjöd det. Det de framför allt hade önskat var stöd och hjälp med den interna samordningen inom hälso- och sjukvården. Ungefär hälften hade behövt personligt stöd, exempelvis genom motiverande samtal. Slutligen önskade knappt hälften stöd eller hjälp i kontakten med Försäkringskassan eller arbetsgivaren.

Fritextsvaren visar bland annat att patienter som var sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa, exempelvis stress eller utmattning, hade behövt stöd framför allt med intern samordning inom hälso- och sjukvården. De menar att de i den situation de befann sig i inte hade ork eller energi att dra i alla trådar själv. Flera av de som besvarade enkäten menar att de hade behövt en fast kontakt för att ”orka” med att vara sjukskriven och kunna göra allt som en person som sjukskriven förväntas göra. De som hade önskat koordineringsinsatser tycker att samordningen inom hälso- och sjukvården inte fungerade tillräckligt bra.

När det gäller det personliga stödet beskriver de som inte fått koordineringsinsatser att de hade behövt information om hur systemet hänger ihop, till exempel information om bland annat arbetsanpassning och sjukskrivningsregler.

*Försäkringskassans undersökning bekräftar att sjukskrivna önskar mer stöd från hälso- och sjukvården*

Vi har även fått ta del av svaren på en enkät som Försäkringskassan skickade ut under hösten 2023 till drygt 10 000 personer som varit sjukskrivna 5–7 månader. Svarefrekvensen var på cirka 41 procent.<sup>79</sup>

I enkäten svarade 55 procent att de inte haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator i samband med sin sjukskrivning. Av dessa 55 procent svarade 40 procent att de hade behövt det. På frågan ”Om du tycker att hälso- och sjukvården borde ha gjort mer, vad önskar du att de hade gjort?”, skrev flera uttryckligen att de hade behövt en rehabiliteringskoordinator. Andra uttryckte ett behov av stöd och hjälp med att ta olika kontakter och koordinera sin rehabilitering, men utan att specifikt nämna att de tänkte sig en rehabiliteringskoordinator. Det som de önskade handlade bland annat om samordning och koordinering mellan olika enheter eller

---

<sup>79</sup> För detaljer om undersökningen se Försäkringskassan, *Återgång i arbete vid längre sjukskrivning*, Socialförsäkringsrapport 2025:7.

avdelningar inom hälso- och sjukvården, men också om kontakter med andra aktörer, som arbetsgivare, Försäkringskassan och företagshälsovård. Några svarade också att de hade önskat hjälp med att boka tider med till exempel läkare och psykolog, eftersom det tagit mycket tid och kraft. En del personer hade velat ha personligt stöd generellt, och önskade mer stöd och guidning under sjukskrivningen.

## 4.2 Det personliga stödet ska ge sjukskrivna patienter stöd att vara delaktiga och att ta ansvar

Lagen om koordineringsinsatser definierar inte vad det personliga stödet innebär eller ska innehålla. I praktiken ser vi att det personliga stödet de som arbetar med koordineringsinsatser ger till sjukskrivna patienter främst fokuserar på hinder för återgång i arbete.

En viktig del av det personliga stödet är att informera den sjukskrivna patienten om andra aktörers roller och eventuellt hänvisa till andra aktörer. Men patienten uppfattar inte alltid informationen på samma sätt som hälso- och sjukvården.

### 4.2.1 Det personliga stödet fokuserar på att sjukskrivna patienter ska återgå i arbetet

Socialstyrelsens kunskapsstöd ger några exempel på vad det personliga stödet kan vara. Bland annat handlar det om att motivera den sjukskrivna patienten till att vara delaktig och ta ansvar, stödja hen att öka sin tilltro till sin förmåga samt att informera om olika aktörers roller.<sup>80</sup> Det är bara en region som har mer utförliga kriterier eller checklistor som stöd för arbetet med det personliga stödet.

Svaren på verksamhetsenkäten visar att det finns flera uppfattningar om vad det personliga stödet ska gälla. Svaren kan handla om att verksamheten ska ge den sjukskrivna patienten rådgivning, pedagogiskt stöd och förklara regelverk och vilken rätt som den sjukskrivne har när det gäller stöd för anpassningar. Där kan det även ingå att stötta sjukskrivna patienter i att beskriva sin situation, sina

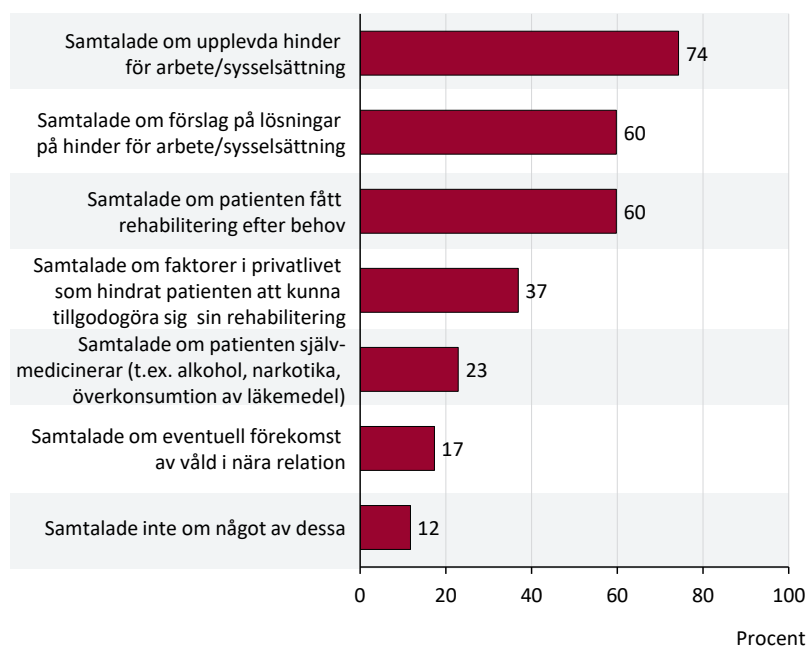
---

<sup>80</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd.

behov och sin arbetsförmåga för arbetsgivare. Andra delar är att identifiera hinder och möjligheter samt att ge den sjukskrivna patienten stöd i att formulera en realistisk plan för att gå tillbaka till arbetet. Några som svarade på enkäten lyfter fram att det är viktigt att stärka den sjukskrivna patienten till egenvård och delaktighet.

Befolkningenkäten visar att tre av fyra personer samtalade med rehabiliteringskoordinatören om saker som de upplevde hindrade dem att arbeta eller ha en annan sysselsättning (figur 10). Tre av fem pratade även om förslag på hur de skulle komma förbi hindren. Det var också vanligt att rehabiliteringskoordinatören hjälpte till med samordningen av rehabiliteringen inom hälso- och sjukvården. Det personliga stödet innebar även samtal om privatlivet i olika aspekter.

Figur 10 Sjukskrivna patienters upplevelse av det personliga stödet vid koordineringsinsats



Anm.: Flera svarsalternativ var möjliga att ange.

Källa: Befolkningenkäten.

Många av de som vi intervjuade tycker att fokuset för det personliga stödet i första hand var samtal om vad personen upplevde hindrade dem att återgå till arbetslivet, och i förlängningen förslag på lösningar för att snabbare komma tillbaka. Ungefär en tredjedel av de som vi intervjuade fick också information om deras eget ansvar vid en sjukskrivning. Knappt en tredjedel fick information om regelverket för sjukskrivning.

#### 4.2.2 Patienterna uppfattar inte alltid informationen på samma sätt som hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens kunskapsstöd säger att en viktig del av det personliga stödet är att ge information om andra aktörers roller och eventuellt hänvisa till andra aktörer. De som svarade på verksamhetsenkäten pekar på att det är viktigt att hjälpa den sjukskrivna patienten att förstå information och ge vägledning om sjukskrivning, rehabilitering och olika stödsatser.

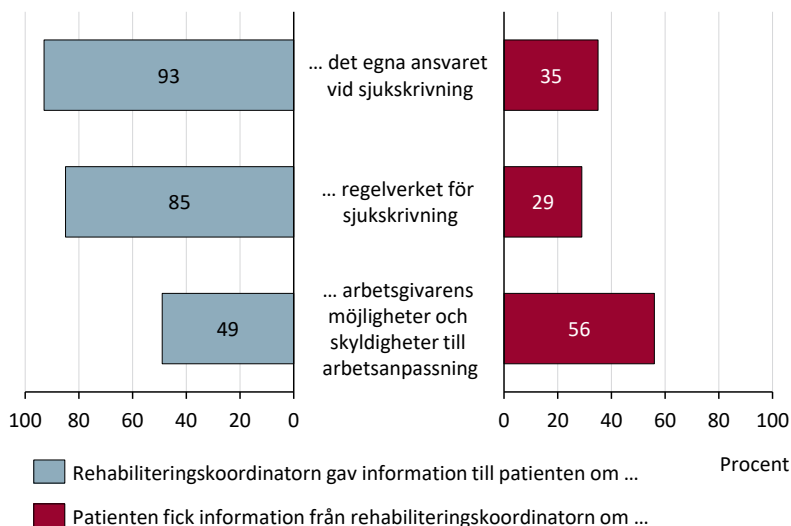
Informationen som de sjukskrivna patienterna upplever att de har fått skiljer sig något utifrån den information som rehabiliteringskoordinatorerna menar att de alltid ger. Vår verksamhetsenkät visar att nästan alla rehabiliteringskoordinatorer pratar med den sjukskrivna patienten om det egna ansvaret vid sjukskrivning (figur 11), medan 85 procent samtalar med hen om regelverket för sjukskrivning. Knappt hälften ger information om arbetsrättsliga frågor som exempelvis arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter att anpassa arbetet.

I vår enkät till personer som har varit sjukskrivna svarade bara en tredjedel av de som har fått koordineringsinsatser att de fick information om patientens egna ansvar vid sjukskrivning. Knappt en tredjedel av dem svarade att de har fått information om regelverket för sjukskrivning, och 56 procent att de fick information om arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter till arbetsanpassning. Knappt 20 procent av de vi intervjuade säger att de har fått information om sina rättigheter.

Att patienter som har varit sjukskrivna inte uppfattar att hälso- och sjukvårdspersonalen har gett dem information innebär inte att verksamheten inte har gett den. Skillnaderna kan ha flera orsaker, som exempelvis den sjukskrivna patientens förutsättningar att ta till

sig informationen eller att den som gav informationen inte hade bedömt patientens förmåga att ta till sig informationen korrekt.

Figur 11 Vilken information som rehabiliteringskoordinatören ger till sjukskrivna patienter respektive vilken information som sjukskrivna patienter uppfattar att hen får inom det personliga stödet



Källa: Verksamhetsenkäten och befolkningsenkäten.

### 4.3 Den interna samordningen handlar mest om helhetsbilder och processledning

Den interna samordningen inom hälso- och sjukvården ska fokusera på den sjukskrivne patientens process inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten ska vara den individuella sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen och patientens situation och behov.<sup>81</sup>

De regionala styrdokumenterna ger inte så mycket vägledning eller hjälp att tolka lagstiftningen när det gäller hur den interna samordningen ska gå till. Men några av regionerna skriver

<sup>81</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd.

uttryckligen i sina styrdokument att den interna samordningen ska prioriteras i koordineringsinsatsen, utan att egentligen specificera hur det praktiskt ska gå till med mer än generella beskrivningar eller lagtext.

#### 4.3.1 Koordineringsinsatsen fungerar som en pådrivare och ett stöd i den interna processen

I verksamhetsenkäten beskriver rehabiliteringskoordinatorerna koordineringsinsatsen som det som driver processen framåt i en snabbare takt. Rehabiliteringskoordinatorerna beskriver sig själva som ”spindeln i nätet”. Nästan alla menar att de har en dialog med den sjukskrivande läkaren om hur sjukskrivna patienter snabbare kan återgå till sysselsättning (figur 12).

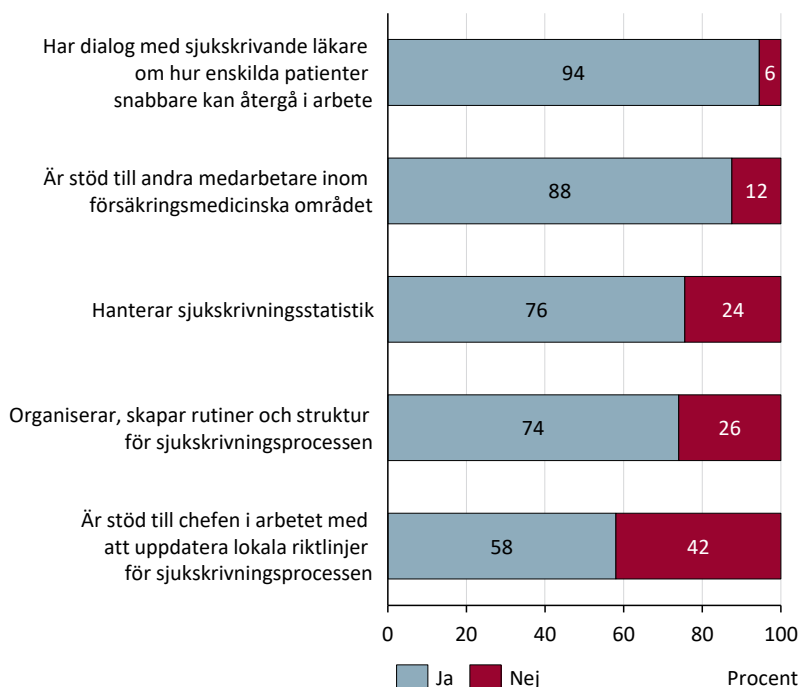
Av de som svarade på verksamhetsenkäten svarar 88 procent att de finns med som ett stöd för annan personal i det försäkringsmedicinska arbetet, samt att de internt utbildar andra professioner om sjukskrivningsprocessen och koordineringsinsatser. Drygt hälften av alla rehabiliteringskoordinatorer ger stöd till chefer och ledning i arbetet med att uppdatera lokala riktlinjer för sjukskrivningsprocessen, som en del av ett utökat uppdrag. Rehabiliteringskoordinatorernas uppdrag att ge den typen av kunskapsstöd ingick tidigare i överenskommelserna mellan staten och SKR, men är inte en uppgift som regleras av lagen om koordineringsinsatser.

Enligt fritextsvaren ser rehabiliteringskoordinatorerna till att saker händer, att allt sker i rätt ordning, de följer upp tidsfrister och de driver ärenden där processen annars riskerar att stanna upp. Rehabiliteringskoordinatorerna agerar även som en aktiv processledare.

Rehabiliteringskoordinatorerna fungerar som ett nav mellan chef, vårdpersonal och andra interna stödfunktioner. Det kan handla om informationsutbyte, men också om att hålla ihop helheten och att se till att alla jobbar mot samma mål. De interna arbetsuppgifterna är ofta administrativa, som att planera och strukturera teamarbete på vårdenheten, hantera intern kommunikation, dokumentation och informationsöverföring samt att utveckla rutiner. Exempelvis är det vanligt att rehabiliteringskoordinatorerna stödjer verksamheten

genom att hantera sjukskrivningsstatistik och bidra till att skapa rutiner och strukturer för sjukskrivningsprocessen på vårdenheten.

Figur 12 Arbetsuppgifter som en rehabiliteringskoordinator utför inom ramen för sitt uppdrag att koordinera och inom intern samordning



Källa: Verksamhetsenkäten.

SKR:s undersökning från 2021 visar på jämförbara resultat.<sup>82</sup> Det gäller bland annat hanteringen av sjukskrivningsstatistik samt stöd inom det försäkringsmedicinska området.

En del av dessa arbetsuppgifter kan definieras som ett utökat uppdrag jämfört med när koordineringsinsatserna utfördes inom ramen för överenskommelser. Uppgifter som tidigare funnits med som en naturlig del för att införa och utveckla funktionen med koordinering behövs inte lika mycket när införandefasen är över.

<sup>82</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården – En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018, 2022*, s. 19.

Vår dokumentanalys visar däremot att 15 av regionerna rekommenderar ett utökat uppdrag för rehabiliteringskoordinatorer, samtidigt som fem regioner helt avgränsar bort ett utökat uppdrag. En region har krav på att rehabiliteringskoordinatören även utför andra uppgifter inom uppdraget.

#### 4.3.2 Sjukskrivna patienter upplever att den interna samordningen är i fokus

De sjukskrivna patienterna uppfattar det som att rehabiliteringskoordinatören framför allt hjälpte till att samordna vården, i första hand genom att ha kontakt med den sjukskrivande läkaren och annan vårdpersonal. Den uppfattningen speglas i både vår befolkningsenkät och våra intervjuer med personer som har fått koordineringsinsatser.

I befolkningsenkäten svarade 75 procent av de som har fått koordineringsinsatser att de fick stöd med den interna samordningen. Tre av fyra av dessa 75 procent upplever att stödet var till stor hjälp eller viss hjälp. Knappt en fjärdedel uppfattar att stödet inom den interna samordningen av hälso- och sjukvården inte gjorde någon skillnad.

I fritextsvar till befolkningsenkäten skriver de som svarat att vissa av de som fick stöd från en rehabiliteringskoordinator fortfarande behövde mer samordning inom hälso- och sjukvården, eller att samordningen brustit eller inte varit utformad efter deras behov. Upplevelsen i de fall där samordningen brustit är att hälso- och sjukvården genomfört åtgärder i fel ordning. De lyfter även fram att de var sjukskrivna lång tid innan de fick någon riktig behandling samt att det har varit långa ledtider där inget har hänt.

#### 4.4 Samverkan med andra i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Det är viktigt med fungerande kontaktvägar mellan aktörer som är centrala för patienten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det gör det bland annat lättare att skapa en fungerande samverkan. Socialstyrelsens kunskapsstöd beskriver den externa samverkan som något som sker mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan,

arbetsgivare, Arbetsförmedlingen eller kommunens socialtjänst.<sup>83</sup> Även om samverkan sker med flera olika aktörer är det främst Försäkringskassan som hälso- och sjukvården samverkar med. Hälso- och sjukvården ska också informera Försäkringskassan om den sjukskrivne patienten behöver rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken.

Samverkan med andra aktörer handlar alltså framför allt om kontakter med Försäkringskassan. Samtidigt menar flera rehabiliteringskoordinatorer att samverkan med Försäkringskassan i många fall inte fungerar så bra och bland personer som arbetar i hälso- och sjukvården finns en efterfrågan på att myndigheten ska vara mer aktiv. Rehabiliteringskoordinatorerna menar även att samverkan mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare, socialtjänst respektive Arbetsförmedlingen kan bli bättre. Det handlar då om fler och bättre kontaktvägar och att aktörerna börjar samverka tidigare under en persons sjukskrivning.

#### 4.4.1 Samverkan och dialog med Försäkringskassan sker ofta men har vissa utmaningar

Enligt vår verksamhetsenkät är Försäkringskassan den externa aktör som hälso- och sjukvården samverkar med i störst utsträckning. Enligt enkäten deltar 65 procent av rehabiliteringskoordinatorerna i avstämningsmöten med Försäkringskassan åtminstone några gånger i månaden. Vår verksamhetsenkät visar att hälften av rehabiliteringskoordinatorerna har kontakt med Försäkringskassan varje vecka, och ytterligare 39 procent några gånger per månad. Samtidigt menar flera rehabiliteringskoordinatorer att samverkan ofta är ineffektiv och reaktiv. En orsak som många tar upp är att Försäkringskassan sällan tar initiativ till rehabiliteringsinsatser och inte kommunicerar i tillräcklig utsträckning, vilket riskerar att fördröja de sjukskrivna patienternas återgång i arbete.

Flera olika utredningar bekräftar hälso- och sjukvårdens uppfattning att Försäkringskassan inte är så aktiv inom ramen för sitt

---

<sup>83</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd, s. 41.

samordningsuppdrag.<sup>84</sup> Även arbetsgivarorganisationerna är i våra intervjuer inne på samma sak, och spekulerar i om Försäkringskassan har blivit mer osynliga som en konsekvens av hälso- och sjukvårdens satsning på rehabiliteringskoordinatorer.

Professionsförbunden och läkarförbunden anser att samverkan med Försäkringskassan på det stora hela fungerar relativt väl. Professionsförbunden anser att svårigheten ibland kan vara att Försäkringskassan inte har den kompetens som behövs för att se vilka rehabiliteringsinsatser som en sjukskriven behöver. Läkarförbunden anser att samverkan fungerar relativt väl men att svårigheten är att få kontakt med handläggare. Läkarförbunden lyfter också fram att det exempelvis kan vara långa väntetider för arbetsförmågutredningar och arbetsträning, vilket påverkar den sjukskrivna patienten negativt.

De sjukskrivna patienterna uppskattar rehabiliteringskoordinatorernas stöd i sina kontakter med Försäkringskassan. Många beskriver i våra intervjuer med personer som har fått koordineringsinsatser en känsla av trygghet och lättnad att få hjälp med kontakter, speciellt då de befinner sig i en svår situation och där de flesta har en problematik med stress och utmattnings. Men de som inte var nöjda menar att stödet var otillräckligt och att rehabiliteringskoordinatorn inte agerade som den ”spindel i nätet” som de hade förväntat sig.

I befolkningsenkäten svarade drygt en tredjedel av de som fått koordineringsinsatser att de fick hjälp med kontakter med Försäkringskassan. En stor majoritet av personerna känner sig nöjda med stödet de fått. Tre av fyra svarade att stödet var till stor eller till viss hjälp när det gäller kontakten med Försäkringskassan. Samtidigt tycker en fjärdedel att stödet inte gjorde någon skillnad.

Några av fritextsvaren i befolkningsenkäten nämner att samverkan med Försäkringskassan och arbetsgivaren skulle kunna vara bättre. När det inte blivit någon extern samverkan eller den har fungerat dåligt så tycker personerna exempelvis att arbetsanpassningen inte har gjorts på ett bra sätt eller att det varit svårt att förstå vissa situationer.

---

<sup>84</sup> Se exempelvis Försäkringskassan, *Samordningsuppdragets praktik*, Socialförsäkringsrapport 2020:2; Inspektionen för socialförsäkringen, *Konsekvenser av förändringar i sjukförsäkringen*, rapport 2023:10; Inspektionen för socialförsäkringen, *Sjukfall som varar över ett år*, rapport 2025:10 och SOU 2021:69, *En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet*.

En specifik form av samverkan är den avisering som hälso- och sjukvården enligt lagen om koordineringsinsatser ska ge till Försäkringskassan när sjukskrivna patienter antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. i socialförsäkringsbalken, så kallad arbetslivsinriktad rehabilitering. Aviseringen kan gå till på olika sätt. Det är regionerna eller den enskilde vårdgivaren som bestämmer hur de vill göra. Vår dokumentanalys visar att det bara är två regioner som ger vägledning om hur aviseringen kan gå till. I verksamhetsenkäten svarar hälften av rehabiliteringskoordinatorerna att aviseringen vanligen sker genom telefonkontakt, och även via läkarintygets ärendekommunikation. Dessa resultat stämmer överens med SKR:s undersökning från 2021.<sup>85</sup>

Försäkringskassan säger i vår intervju med myndigheten att de önskar få tidigare signaler från hälso- och sjukvården om sjukskrivna patienter behöver rehabiliteringsinsatser. Men Försäkringskassan följer inte upp arbetet med aviseringen som sker från hälso- och sjukvården. Försäkringskassan återkopplar inte heller till hälso- och sjukvården mer än om de behöver involvera fler insatser från hälso- och sjukvården.

#### 4.4.2 Arbetsgivarna vill gärna bli mer involverade

Intervjuerna med arbetsgivarorganisationerna ger bilden av att arbetet med koordineringsinsatser fungerar relativt väl utifrån deras perspektiv, och att de är nöjda med att möjligheten finns. Däremot är arbetsgivarorganisationerna kritiska till att arbetet bedrivs på så olika sätt mellan och inom regionerna. När koordineringsinsatserna fungerar bra tycker arbetsgivarorganisationerna att det underlättar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Men arbetsgivare önskar tidigare kontakt och tidigare insatser från hälso- och sjukvården. Att arbetsgivarna vill bli involverade tidigare kan också bero på att gränsen är otydlig mellan hälso- och sjukvårdens, företags- hälsovårdens och Försäkringskassans roller. Arbetsgivare tycker att det är svårt att veta vad de kan förvänta sig av olika aktörer i systemet.

I verksamhetsenkäten svarade 65 procent av rehabiliteringskoordinatorerna att de samverkar eller har dialog med arbetsgivare

---

<sup>85</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården – En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018, 2022*, s. 24.

varje vecka eller några gånger per månad, medan 26 procent svarade att de samverkade bara några gånger per år med arbetsgivare.

I fritextsvaren skriver samtidigt flera rehabiliteringskoordinatorer att de tycker att arbetsgivare ibland försöker styra eller beställa insatser som inte alltid ligger inom ramen för den sjukskrivna patientens vårdbehov. De menar att det skapar ett dilemma för dem, där de behöver välja mellan att fortsätta ha goda relationer med arbetsgivaren eller att sätta den sjukskrivna patientens behov först. Dessutom tycker de att det är oklart vad företagshälsovården har för roll i förhållande till de koordineringsinsatser som hälso- och sjukvården utför.

Det är relativt vanligt att rehabiliteringskoordinatorer deltar i samverkansmöten med arbetsgivare eller med Arbetsförmedlingen. Av rehabiliteringskoordinatorerna svarade 16 procent att de gör det varje vecka, medan 41 procent svarade att det händer några gånger per månad. Det är få rehabiliteringskoordinatorer som gör arbetsplatsbesök – bara nio procent svarade att de gör det varje vecka eller några gånger per månad. Tre av fem uppger att de aldrig gör det. I våra intervjuer säger de centrala arbetsgivarorganisationerna att de generellt är positiva till den kontaktväg till hälso- och sjukvården som en rehabiliteringskoordinator ger. Men de säger också att det inte betyder att den kontakten alltid kan ersätta en direktkontakt med den sjukskrivande läkaren.

I befolkningsenkäten svarade två av tre som har fått koordineringsinsatser att stödet i kontakten med arbetsgivaren var till stor eller till viss hjälp. Samtidigt anser runt en tredjedel att stödet inte gjorde någon skillnad. Personerna som svarade skriver att de också får stöd inom ramen för det personliga stödet, exempelvis med information om arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter till att anpassa arbetet.

Socialstyrelsens kunskapsstöd nämner att en av koordineringsfunktionens uppgifter är att sköta informationen om andra aktörers ansvar. De centrala arbetsgivarorganisationerna som vi intervjuade ger en splittrad syn på om rehabiliteringskoordinatorerna informerar sjukskrivna patienter om arbetsgivares skyldigheter att exempelvis anpassa arbetet. Vissa arbetsgivare menar att rehabiliteringskoordinatorerna kan vara ett bra stöd i diskussioner med den sjukskrivna patienten om hur arbetsgivaren kan anpassa arbetet. Samtidigt är en del arbetsgivare också oroliga att rehabiliterings-

koordinatorer informerar sjukskrivna patienter inom ett område där de saknar kompetens. Enligt arbetsgivarorganisationerna är risken att sjukskrivna patienter får fel förväntningar på arbetsgivarens möjligheter att anpassa arbetet.

#### 4.4.3 Koordinatorerna samverkar med socialtjänsten i olika former utifrån den sjukskrivna patientens behov

När överenskommelserna mellan staten och SKR ersattes av lagen om koordineringsinsatser blev det tydligare att koordineringsinsatserna riktas till sjukskrivna patienter oavsett om personen är anställd, egenföretagare, arbetslös, föräldraledig eller studerande. Dialogen och samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst handlar därför i första hand om sjukskrivna patienter som exempelvis får ekonomiskt bistånd. I verksamhetsenkäten och i några av våra intervjuer med samordningsförbund lyfter de fram att samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ökat efter att det blev tydligare att insatsen inte enbart är aktuell för de som är sjukskrivna från arbete.

Vår verksamhetsenkät visar att det är relativt vanligt att rehabiliteringskoordinatorerna har kontakt med socialtjänsten – 14 procent har kontakt varje vecka och 37 procent någon eller några gånger per månad. I fritextsvaren skriver de svarande att samverkan med socialtjänsten sker utifrån den sjukskrivna patientens behov, och ibland i kombination med möten om samordnade individuella planer (SIP) eller med kommunernas arbetsmarknadsenheter. När personer behöver insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan för personen, enligt 16 kap. 4 § i hälso- och sjukvårdslagen. Ett av samordningsförbunden poängterar att personer som behöver det alltid har rätt till någon form av samverkan, men att det har mindre betydelse om det är koordineringsinsatser eller någon annan form av samverkan.

Regionerna samverkar med socialtjänsten på olika sätt. Det finns bland annat samverkansforum inom ramen för FINSAM – finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, där Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner och regioner samarbetar för att stödja personer med behov av samordnade insatser. Ett exempel finns i

Region Gävleborg där samverkan kring sjukskrivna patienter sker i ett samverkansforum kallat *Tidig rehabilitering i samverkan* (TRISAM), där regionens rehabiliteringskoordinatorer har en central roll som sammankallande för mötena. Samverkan inom TRISAM fokuserar på personer som på grund av sjukdom behöver stöd från flera parter för att kunna behålla sitt arbete, återgå i arbete eller söka arbete.<sup>86</sup> Om det ska ses som en koordineringsinsats är oklart, eftersom rehabiliteringskoordinatorerna samverkar med socialtjänsten även utanför TRISAM.

Att informationsutbytet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är viktigt är en annan aspekt som samordningsförbunden och handläggare vid socialtjänsten lyfter fram i våra intervjuer med dem. Hälso- och sjukvården behöver förstå vilka aktiviteter som kan bidra till en aktiv sjukskrivning, det vill säga aktiviteter som gör att en sjukskriven inte är helt passiv hemma utan deltar i planerade rehabiliteringsåtgärder eller arbetsanpassningar för att snabbare kunna återgå i arbete. På samma sätt behöver socialtjänsten information från hälso- och sjukvården för att kunna sätta in rätt insatser för personen. I en rapport från Samordningsförbundet Stockholm stad säger de att de vill ha enklare kontaktvägar mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. De säger också att hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att stödja även arbetslösa som är sjukskrivna.<sup>87</sup>

#### 4.4.4 När rehabiliteringskoordinatorer samverkar med Arbetsförmedlingen är det oftast genom andra aktörer

Flera rehabiliteringskoordinatorer beskriver att det i många fall är svårare att få en fungerande samverkan med Arbetsförmedlingen än med Försäkringskassan. Rehabiliteringskoordinatorerna menar att det ofta handlar om personer som står långt från arbetsmarknaden som varken prioriteras av Arbetsförmedlingen eller inom arbetet med koordineringsinsatser. Rehabiliteringskoordinatorerna menar att det på senare tid har blivit allt svårare att få till någon form av kontaktnät

---

<sup>86</sup> Samordningsförbund Gävleborgs webbplats: [www.finsamgavleborg.se](http://www.finsamgavleborg.se), åtkomstdatum den 16 februari 2026.

<sup>87</sup> Samordningsförbundet Stockholms stad, *Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården kring individen i Stockholms stad*, dnr 2024:48, 2024 s. 40–41.

och upparbetad samverkansform med Arbetsförmedlingen.

I verksamhetsenkäten svarade ändå relativt många av rehabiliteringskoordinatorena att de på något sätt har kontakt med Arbetsförmedlingen, och 10 procent menar att de har det varje vecka.

De som vi intervjuade på Arbetsförmedlingen nämner motsvarande erfarenheter. De menar att det är svårt att samverka eftersom de inte har någon direkt länk till hälso- och sjukvården, och att myndigheten i första hand samverkar med Försäkringskassan och kommunerna. Denna samverkan kan sedan leda till en form av sekundär samverkan med hälso- och sjukvården, men då oftast genom en tredje aktör. Arbetsförmedlingen påpekar själva att det har skett många och stora förändringar på senare år, med bland annat omorganiseringar av myndigheten. Det gör att det är svårt för dem att veta om det har skett någon förändring i kontakterna mellan hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen utifrån lagen om koordineringsinsatser.

## 4.5 Sjukskrivna patienters upplevelser av koordineringsinsatser är positiva

Vår data från befolkningsenkäten och intervjuer med personer som har fått koordineringsinsatser visar att personernas upplevelse av koordineringsinsatser i stora drag är mestadels positiv.

Utifrån intervjuerna med personerna som har fått koordineringsinsatser ser vi att de har uppskattat att det funnits någon som skapat struktur och en röd tråd i rehabiliteringsprocessen. Det emotionella stödet och förståelsen för deras situation har minskat stressen för dem och bidragit till en lugnare process. Framför allt har det skapat trygghet och en känsla av att de blir omhändertagna. Samtidigt menar de intervjuade att det finns förbättringsområden, och alla har inte varit nöjda med det stöd eller den hjälp som de har fått.

Befolkningsenkäten ger ungefär samma bild som intervjuerna. Överlag är de som fått koordineringsinsatser nöjda, men det finns saker som inte har fungerat bra för alla. De flesta av bristerna handlar om problem som hälso- och sjukvården har i stort, i första hand när det gäller samordning, kontinuitet och tillgänglighet.

#### 4.5.1 Emotionellt och praktiskt stöd som skapar trygghet och lugn

De flesta sjukskrivna patienter med erfarenhet av koordineringsinsatser har en positiv upplevelse. Rehabiliteringskoordinatoren bidrog med behovsanpassat emotionellt och praktiskt stöd, som för många var mycket värdefullt. Samtidigt finns det också personer som uttrycker missnöje. Det handlar om upplevelser av att stödet inte var anpassat efter deras situation, och önskemål om mer praktisk hjälp.

Precis som professionsföreträdare så ser sjukskrivna patienter koordineringsinsatserna och rehabiliteringskoordinatoren som sätt att hjälpa dem att samordna kontakter, att tydliggöra sina behov och att fungera som spindeln i nätet. Rehabiliteringskoordinatoren kan stå vid den sjukskrivna patientens sida genom hela processen, vilket är särskilt värdefullt för personer som behöver många insatser där flera parter är involverade. När det fungerar som bäst kan koordineringsinsatserna fungera som pådrivare och möjliggörare i en process som behöver ett visst tempo för att inte stanna av och riskera att göra sjukskrivningen passiv.

Ett tydligt resultat från intervjuerna med personer som har fått koordineringsinsatser är att en stor majoritet av dem upplever att insatserna skapade trygghet för dem under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De upplevde att rehabiliteringskoordinatoren hade koll på hela processen och bidrog med struktur och en röd tråd.

De intervjuade uppskattar framför allt det emotionella stödet och att få en förståelse för sin situation. En majoritet känner att stödet var anpassat utifrån deras situation och deras behov. Det medförde att deras stress minskade och att de kunde känna sig lugna genom processen. Ungefär en femtedel tycker däremot inte att stödet var anpassat efter deras situation.

De intervjuade beskriver i stor utsträckning att koordineringsinsatserna har varit ett stöd i en svår tid i livet. De med en diagnos inom psykisk ohälsa beskriver att det har varit en lättnad att slippa tänka på och lösa allt själv. Därför har det praktiska stödet med att hantera externa kontakter för personen varit värdefullt, exempelvis att boka läkar- eller vårdbesök. De har även kunnat få information som de annars tycker var svår att både hitta och att förstå. Det gäller exempelvis regler vid sjukskrivning eller möjligheter att anpassa arbetet och arbetsgivarens skyldigheter.

Många beskriver också att de fått hjälp med att ta fram en realistisk tidsplan gentemot Försäkringskassan, och att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har skyndats på. De upplever också att det har varit enklare att få igenom anpassningar på jobbet och att få koll på rättigheter och skyldigheter gentemot arbetsgivaren.

De flesta som besvarade befolkningsenkäten har en positiv upplevelse av det personliga stödet. Stödet och hjälpen som de fick från sin rehabiliteringskoordinator stärkte dem i deras situation – 74 procent av dem kände sig stärkta i sin situation, 65 procent kände sig mer optimistiska och 60 procent kände sig mer handlingskraftiga.

Samtidigt menar vissa att det personliga stödet inte var tillräckligt. De upplever att de framför allt fick emotionellt stöd, men att de hade velat ha mer praktisk hjälp. Ungefär 25 procent kände sig besvikna, mer ledsna eller nedstämda, eller irriterade, efter att ha fått hjälp och stöd från rehabiliteringskoordinator.

#### 4.5.2 Kontinuiteten och engagemanget hos den som utför koordineringsinsatsen är avgörande

I intervjuerna med personer som har fått koordineringsinsatser beskriver de som är mest nöjda att en kontinuerlig kontakt med samma rehabiliteringskoordinator har varit en avgörande faktor för att koordineringsinsatserna har blivit lyckade. Ytterligare en framgångsfaktor som de intervjuade pekar på är att rehabiliteringskoordinatorn har varit engagerad och insatt i deras situation. De tycker också att en bra kontinuitet gör det möjligt för hälso- och sjukvården att hantera ärendet snabbare och minska den administrativa bördan för den sjukskrivna patienten. De pekar också på den relation och den förtrogenhet som byggs upp mellan rehabiliteringskoordinatorn och personen som en viktig del.

Vi kan även se att det finns exempel på när relationen mellan den sjukskrivna patienten och rehabiliteringskoordinatorn har fungerat mindre bra. I flera intervjuer med personer som har fått koordineringsinsatser beskriver de koordineringsinsatsen snarare som att rehabiliteringskoordinatorn har tagit över processen och tagit ansvar för sådant som den sjukskrivna patienten egentligen ska göra själv. Det kan exempelvis handla om situationer där

rehabiliteringskoordinatören har tagit över kontakten med Försäkringskassan eller arbetsgivaren.

En del av de intervjuade upplever att rehabiliteringskoordinatörens arbete framför allt förenklar för hälso- och sjukvården internt, medan de själva inte gynnas i samma utsträckning. Exempelvis upplever de att rehabiliteringskoordinatören har varit ett stöd för den sjukskrivande läkaren, och att rehabiliteringskoordinatören för det mesta har suttit med på möten och tagit anteckningar. Detta har gett personerna känslan av att insatsen i första hand gynnar hälso- och sjukvården snarare än dem själva. De intervjuade beskriver också att insatsen har fungerat sämre när de har upplevt rehabiliteringskoordinatören som frånvarande, oengagerad eller svår att få tag på.

#### 4.5.3 Många sjukskrivna patienter upplever att stödet har skyndat på processen eller gjort återgången mer hållbar

De intervjuer som vi har gjort med personer som har fått koordineringsinsatser visar att många av dem upplever att stödet och insatserna sannolikt har inneburit att de har kunnat återgå till arbetslivet snabbare, eller har fått en mer hållbar återgång. De motiverar bland annat upplevelsen av en mer hållbar återgång med att de har fått verktyg för att inte återfalla i stress eller utmattning, något som annars skulle kunna leda till en ny sjukskrivning. Ett litet antal av de intervjuade menar att sjukskrivningen inte har blivit kortare utan bara att återgången har blivit mer hållbar. Ungefär en av tio av de intervjuade anser att koordineringsinsatserna vare sig har hjälpt dem att komma tillbaka till arbetet snabbare eller mer hållbart. Många av de intervjuade har ingen uppfattning om koordineringsinsatserna har eller inte har bidragit till att de snabbare har kunnat återgå i arbete.

Flera av de intervjuade kände inte till att de kunde få stöd från en rehabiliteringskoordinator, eller beskriver att informationen kom sent i processen. De upplever att det fördröjde insatsen och minskade möjligheterna att undvika långvarig sjukfrånvaro. Även i fritextsvar till befolkningsenkäten beskriver många att om de fått tidigare hjälp och stöd genom koordineringsinsatser så skulle det ha gjort mer nytta. Liknande synpunkter finns också i Försäkringskassans enkät till sjukskrivna där vissa säger att de borde ha haft kontakt med

rehabiliteringskoordinator tidigare i sjukskrivningsprocessen. Men i registerdata hittar vi inget samband mellan tiden till att insatsen inleddes och färre sjukskrivningsdagar.

Personernas upplevelse speglar deras subjektiva bild av hur koordineringsinsatserna eventuellt har bidragit till exempelvis att de har kunnat återgå i arbete. De är omöjligt att veta hur de skulle ha upplevt detta om de inte hade fått insatser från en rehabiliteringskoordinator. Det är inte heller möjligt att utifrån intervjuerna med personer som har fått koordineringsinsatser säga om koordineringsinsatsen faktiskt gjorde att de kunde återgå i arbete snabbare.

#### 4.5.4 För de som är missnöjda med koordineringsinsatsen handlar det ofta om bristfällig information och samordning

De flesta personer som inte är nöjda med sina koordineringsinsatser säger att de inte har fått tillräckligt med information. Det har gjorts att de har haft svårt att förstå vilka förväntningar de skulle ha på insatserna. En del upplever det också som negativt om koordineringsinsatserna har kommit in sent i processen. För personer som inte har fått träffa samma rehabiliteringskoordinator genom hela insatsen har det bidragit till att de varit missnöjda med insatsen.

Det finns också ett missnöje som mer handlar om generella utmaningar inom hälso- och sjukvården, som i första hand har att göra med tillgänglighet, samordning och kontinuitet. Det är vanligast att personerna som vi har haft kontakt med lyfter fram problem med kontinuitet, väntetider och tillgänglighet, och har synpunkter på den vård eller behandling som de har fått. Det är sådant som ligger utanför en rehabiliteringskoordinators ansvarsområde och möjlighet att påverka. I intervjuer med personer och i fritextsvar i enkäten nämner de som är missnöjda långa väntetider för att få komma på besök eller att ens komma i kontakt med hälso- och sjukvården, och att det är svårt att alltid få träffa samma person.

De gånger en sjukskriven har fått erbjudande om koordineringsinsatser men sedan på ett eller annat sätt hamnat mellan stolarna så har det påverkat patientupplevelsen negativt. Exempelvis har vi intervjuat ett litet antal personer som har fått information om att en

rehabiliteringskoordinator ska kontakta dem, men som sedan inte har blivit uppringda. Upplevelsen av att de har blivit lovade ett stöd som de sedan inte har fått har minskat deras tillit till rehabiliteringskoordinatorn, men även till hälso- och sjukvården.

Vård- och omsorgsanalys har i tidigare undersökningar sett att hälso- och sjukvården har utmaningar och brister bland annat när det gäller tillgänglighet, kontinuitet och samordning. Enligt 6 kap. 3 § i patientlagen ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Men hälso- och sjukvården har svårt att leva upp till att erbjuda fast läkarkontakt och att samordna hälso- och sjukvården. Även tillgängligheten har länge varit en utmaning inom den svenska hälso- och sjukvården.<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> Se exempelvis Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Fast läkarkontakt i primärvården 2024*, PM 2024:5, s. 10–11 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Omtag för omställning*, rapport 2025:1, s. 227–229 och 242–243.

## 5 Mottagare av koordineringsinsatser och utfall över tid

I det här kapitlet redovisar vi skillnader mellan sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser och de som inte har fått det. Vi har analyserat perioden 2019–2024.

Våra huvudsakliga resultat är:

- Det är vanligare att kvinnor och sjukskrivna patienter med psykiatriska diagnoser får koordineringsinsatser än män och andra diagnosgrupper.
- Sjukskrivna patienter som får koordineringsinsatser får i högre utsträckning än andra sjukskrivna samordning av rehabiliteringsinsatser från Försäkringskassan.
- Vi ser tendenser till att koordineringsinsatser kan gynna återgång i arbete för vissa grupper av sjukskrivna patienter, såsom långtidssjukskrivna och de utan tidigare inkomst.

### 5.1 Vår analys är beskrivande och belyser samband snarare än effekter

Vi beskriver i avsnitt 3.5 att registreringen av koordineringsinsatser är bristfällig och att det är svårt att få tillgång till nationellt jämförbar statistik över koordineringsinsatser i alla regioner.

Vår analys är därför beskrivande och syftar till att belysa möjliga samband. De resultat från registerstudien som visar skillnader mellan grupperna förklaras troligen av att sjukskrivna patienter som får koordineringsinsatser har ett identifierat behov av stöd och en mer komplex situation än sjukskrivna patienter som inte får koordineringsinsatser. Eftersom koordineringsinsatser inte ges slumpmässigt i gruppen sjukskrivna patienter är den grupp som

får koordineringsinsatser inte jämförbar med den grupp som inte får koordineringsinsatser, då deras förutsättningar och behov skiljer sig åt.

Bristande datakvalitet är en annan osäkerhet som vi har behövt förhålla oss till. Osäkerheten gäller både antalet registreringar och vad registreringen i sig egentligen innebär. Underregistrering kan innebära att delar av de sjukskrivna patienterna som vi har räknat till kontrollgruppen egentligen kan ha fått en insats. I en del av analyserna är grupperna också mycket små, vilket ökar osäkerheten. Det betyder att våra resultat bör tolkas med försiktighet.

Vi har för analysen i det här kapitlet utgått från den registerdata som vi fick levererad till oss under tiden för uppdraget (10 av 21 regioner). Vi har i de levererade uppgifterna inte fått tillgång till data från samtliga privata vårdgivare.

## 5.2 Sjukskrivna patienter med psykiatrisk diagnos eller långa sjukperioder får oftare insatser

Vår registerdata visar att gruppen sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser under perioden 2019–2024 har flera likheter med gruppen patienter som är sjukskrivna men som inte har fått koordineringsinsatser. Vi ser också att regionerna riktar koordineringsinsatser till ungefär samma grupper av sjukskrivna patienter. Men det finns några skillnader som sticker ut mellan grupperna. Våra resultat visar att de som får koordineringsinsatser oftare har en psykiatrisk diagnos och längre sjukperioder än andra.

Vi ser att sjukskrivna patienter som får koordineringsinsatser oftare har stressrelaterade diagnoser (36 procent jämfört med 19 procent i gruppen utan insatser) såväl som övriga psykiatriska diagnoser (25 procent jämfört med 16 procent i gruppen utan insatser). I gruppen utan koordineringsinsatser är det i stället vanligast med en diagnos i kategorin övriga diagnoser (45 procent jämfört med 20 procent i gruppen med insatser). Det gäller diagnoser som till exempel tumörer, skador, hjärtproblem och smärttillstånd (tabell 2). Vi ser också att de som får koordineringsinsatser i högre utsträckning är kvinnor (70 procent jämfört med 60 procent i gruppen utan insatser).

Vi ser små eller inga skillnader mellan grupperna med avseende på ålder, födelseland, civilstånd, utbildningsnivå och sysselsättning. Utifrån vår registerdata kan vi inte heller se att grupperna skiljer sig när det gäller vårdgivares arbete med koordineringsinsatser i privat och offentlig regi (se tabell B3 för fullständig tabell).

Vi ser inte heller att sjukperiodens längd påverkar om en sjukskriven patient får koordineringsinsatser eller inte (se bilaga 1 för en mer utförlig beskrivning av analysen).

Tabell 2 Beskrivning av populationen: unika sjukskrivna patienter baserat på den senaste koordineringsinsatsen och för kontrollgruppen det senaste avslutande sjukskrivningsåret under tidsperioden 2019–2024

	<i>Koordineringsinsatser</i> (n=70 102)	<i>Kontroller</i> (n= 783 034)
	Antal (%)	
<i>Kön</i>		
Kvinnor	48 741 (70)	471 329 (60)
Män	21 361 (30)	311 705 (40)
<i>Ålder</i>		
18–39	26 031 (37)	331 398 (39)
40–59	35 650 (51)	393 616 (46)
60–67	8 421 (12)	128 122 (15)
<i>Utbildningsnivå</i>		
Förgymnasial	7 522 (11)	82 292 (11)
Gymnasial	34 866 (50)	388 233 (51)
Eftergymnasial*	27 289 (39)	301 813 (39)
<i>Huvuddiagnos från Försäkringskassan (MiDAS)</i>		
Stressreaktioner (F43)	24 849 (36)	145 039 (19)
Övriga psykiatriska diagnoser	18 749 (27)	125 185 (16)
Rörelseorganens sjukdomar	11 559(17)	156 788 (20)
Övriga diagnoser	14 054 (20)	341 807 (45)

	<i>Koordineringsinsatser (n=70 102)</i>	<i>Kontroller (n= 783 034)</i>
<i>Sysselsättningstyp</i>		
Anställd	59 975 (86)	689 884 (88)
Anställd dag 1 – omfattas ej**	2 664 (4)	23 118 (3)
Arbetslös	4 993 (7)	37 304 (5)
Övriga	2 470 (3)	32 728 (4)

Anm.: \*Fördelningen baseras på åren 2019–2023 eftersom data över utbildning inte finns för 2024, därav ett bortfall på 24 %. \*\*Anställd dag 1 – omfattas ej av sjuklön, till exempel behovsanställd.

Källa: Försäkringskassan, regionerna och Statistikmyndigheten SCB, ISF:s bearbetning.

Vår analys av registerdata visar vidare att sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser i genomsnitt har fler efterföljande sjukpenningdagar (efter insatsen) än sjukskrivna patienter som inte har fått en insats. Denna skillnad finns kvar även efter att vi har justerat för tidigare sjukfrånvaro, ålder, kön, diagnos och region.

Resultatet tyder på att koordineringsinsatser i stor utsträckning riktas till sjukskrivna patienter med större behov av stöd eller med en komplex sjukdomsbild. De sjukskrivna patienterna som får koordineringsinsatser har redan före insatserna längre och mer omfattande sjukfrånvaro än sjukskrivna som inte får några koordineringsinsatser. Det visar på att grupperna skiljer sig åt redan före koordineringsinsatserna.

Vår analys visar också att regionerna riktar sig till ungefär samma grupper av sjukskrivna patienter med avseende på kön, utbildning, sjukdomsbild och sysselsättning. Trots att våra resultat visar att personal inom hälso- och sjukvården anser att kriterierna för att bedöma en sjukskrivna patients behov av koordineringsinsatser är otydliga (se avsnitt 4.1.2) verkar regionerna alltså rikta koordineringsinsatser till ungefär samma grupper av sjukskrivna patienter.

## 5.3 Koordineringsinsatser sker vid sidan av Försäkringskassans samordningsuppdrag

För ungefär en sjättedel av de sjukskrivna patienterna som har fått koordineringsinsatser har även Försäkringskassan registrerat att de har fått ett möte om eller en plan för återgång. Den registreringen kan innebära att myndigheten har utrett eller tagit ställning till personens behov av rehabilitering. Försäkringskassans registrering sker oftast långt senare i sjukperioden än den första koordineringsinsatsen. Vi kan även se att möten och plan för återgång förekommer i större utsträckning bland sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser än bland sjukskrivna som inte har fått någon insats.

Samtidigt ser vi att längden på sjukperioderna skiljer sig åt mellan olika grupper av personer som har fått koordineringsinsatser och registreringar om möten eller plan för återgång. De som har fått koordineringsinsatser har i genomsnitt längre sjukperioder än personer som inte har fått det, även i de fall då Försäkringskassan har registrerat ett möte eller en plan för återgång. Vi uppfattar det som mer sannolikt att det beror på skillnader i behov av stöd än att koordineringsinsatsen förlänger sjukperioden. De olika åtgärderna sker normalt vid olika tidpunkter och riktas till olika personer, vilket tyder på att koordineringsinsatser kan komplettera Försäkringskassans samordningsuppdrag.

### 5.3.1 Koordineringsinsatser sker tidigare än Försäkringskassans aktiviteter

Enligt 4 § i lagen om koordineringsinsatser ska regioner informera Försäkringskassan om en sjukskriven patient som får koordineringsinsatser kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB. Det kan då handla om att samordna rehabilitering eller arbetslivsriktad rehabilitering, till exempel arbetsträning eller utbildning. Hur ofta som regionerna lämnar sådan information till Försäkringskassan har inte Försäkringskassan någon registrerad uppgift om. Det finns inte heller några registrerade uppgifter om när Försäkringskassan har vidtagit åtgärder för att utreda eller fastställa vilken samordning av rehabiliteringsinsatser som en person behöver.

Enligt verksamhetsenkäten har nio av tio rehabiliteringskoordinatorer åtminstone en kontakt i månaden med Försäkringskassan. Men den

kontakten kan förutom avisering enligt 4 § i lagen om koordineringsinsatser även ske på Försäkringskassans initiativ. Kontakten kan då till exempel gälla komplettering av medicinska underlag, planering för återgång i arbete eller deltagande på avstämningsmöte.

Vi har undersökt Försäkringskassans registreringar av möten eller planer för återgång för att ta reda på hur sambandet mellan koordineringsinsatser och Försäkringskassans arbete med samordning ser ut. Registreringen kan innebära att myndigheten har utrett eller tagit ställning till vilken rehabilitering som en person behöver. Men det ger som sagt inte hela bilden av hur Försäkringskassan arbetar med sitt samordningsuppdrag i ärendena.

Vår registerdata visar att den första registreringen av koordineringsinsatser i genomsnitt sker dag 136 i sjukperioden (median dag 57). Försäkringskassans registrering av möte eller plan för återgång sker långt senare i sjukperioden. Däremot är det vanligare att dessa registreringar har skett bland sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser än bland sjukskrivna patienter som inte har fått det.

För åtta procent av de som har fått koordineringsinsatser (jämfört med två procent av de som inte har fått några insatser) har Försäkringskassan registrerat att det har skett ett avstämningsmöte. Mötet har då ofta skett när sjukperioden har pågått i minst 1,5 år. Ett avstämningsmöte är ett trepartsmöte för att utreda en persons arbetsförmåga och behov av rehabilitering.<sup>89</sup>

SASSAM-kartläggning förekommer sällan och har skett i mindre än en procent av sjukperioderna som ingår i vår undersökning, både bland de som har fått koordineringsinsatser och de som inte har fått det. SASSAM-kartläggning står för ”strukturerad arbetsmetod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering” och är ett fördjupat utredningssamtal som försäkringsutredaren kan kalla en person till.<sup>90</sup>

Försäkringskassans försäkringsutredare upprättar oftast en plan för återgång eller en rehabiliteringsplan under det andra halvåret i sjukperioden. För två procent av sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser (jämfört med en procent bland de som inte har

---

<sup>89</sup> Prop. 2002/03:89, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*, s. 28–29.

<sup>90</sup> Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*, vägledning 2025:1, version 3, s. 44.

fått insatser) har försäkringsutredare upprättat en plan för återgång eller en rehabiliteringsplan.

Förutom Försäkringskassans plan för återgång har även arbetsgivare ett ansvar att upprätta en plan för återgång för sjukskrivna medarbetare. Arbetsgivaren ska upprätta en sådan plan om sjukperioden förväntas bli längre än 60 dagar.<sup>91</sup> Arbetsgivarens plan för återgång ska upprättas i början av sjukfallet men det finns inget krav att arbetsgivaren ska skicka planen till Försäkringskassan, om inte myndigheten begär det. Arbetsgivarens plan för återgång finns registrerad hos fyra procent av de som har fått koordineringsinsatser jämfört med tre procent av de som inte har fått det. Registreringar om arbetsgivarens plan för återgång har oftast kommit in till Försäkringskassan under sjukperiodens första halvår.

Varför koordineringsinsatser i regel sker tidigare än ovan nämnda registreringar från Försäkringskassan beror troligtvis på att medicinsk behandling föregår den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det betyder att Försäkringskassan inte kan ta ställning till hur personens möjligheter att återgå i tidigare eller annat arbete ser ut förrän det finns resultat från den medicinska behandlingen.

### 5.3.2 Samordning ges till sjukskrivna patienter med längre sjukperioder

Genomsnittslängden på sjukperioden skiljer sig åt mellan de som har fått koordineringsinsatser inom primärvården och registreringar från Försäkringskassan om möten eller plan för återgång.

Sjukperioden varar i genomsnitt i 616 dagar (median 422 dagar) bland de som har fått koordineringsinsatser och som har registrering från Försäkringskassan om möte eller plan för återgång. De som har fått koordineringsinsatser, men inget möte eller plan för återgång från Försäkringskassan, har en genomsnittlig sjukperiod på 420 dagar (median 253 dagar).

De som inte har fått koordineringsinsatser har i stället en genomsnittlig sjukperiod på 369 dagar (median 225 dagar) om de har fått registreringar från Försäkringskassan om möten och plan för återgång. De som inte har fått någon av dessa registreringar har

---

<sup>91</sup> 30 kap. 6 § SFB.

kortare genomsnittliga sjukperioder, 187 dagar (median 103 dagar). Det här gäller endast de patienter med en sjukskrivning från primärvården, eftersom bortfallet inom den specialiserade vården är för stort.

Vad som gör att en person behöver koordineringsinsatser eller åtgärder från Försäkringskassan kan påverkas av en rad olika faktorer. Det kan till exempel handla om diagnos, sjukdomshistorik, ålder, stöd från arbetsgivare eller prognos för återgång i arbete. Det finns också omständigheter som gör att behovet av stöd kan förändras under en sjukperiod. Vilket samband som finns mellan de olika insatserna och sjukperiodens längd kan vi inte slå fast i denna utvärdering. Däremot kan vi konstatera att de olika insatserna normalt sker vid olika tidpunkter och riktas till olika personer. Det tyder på att koordineringsinsatserna snarare kompletterar än överlappar Försäkringskassans samordningsuppdrag.

## 5.4 Återgång i arbete efter sjukperiod med och utan koordineringsinsatser

Nästan nio av tio i vår population är anställda, exklusive egenföretagare. De flesta har också arbetsinkomst både före och efter sjukperioden. Majoriteten återfår även sin tidigare inkomstnivå efter sjukperioden, oavsett om de har fått en koordineringsinsats eller inte. Men vi ser att fler av dem utan tidigare arbetsinkomst inträder i arbete med koordineringsinsatser. Vi ser också att fler får en varaktig inkomst efter koordineringsinsats. Men med anledning av ett begränsat urval och osäker datakvalitet bör resultaten tolkas med försiktighet.

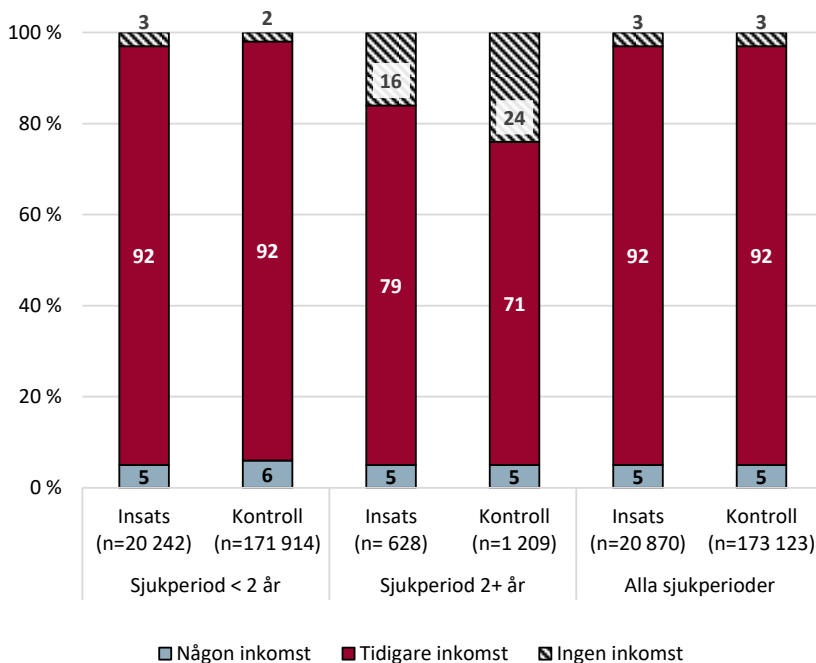
Vi har även valt att endast utföra analyserna på gruppen som hade en anställning före sin sjukperiod eftersom gruppen arbetslösa är liten till antalet. Patienter med anställning men utan tidigare arbetsinkomst innebär i de flesta fall att patienten hade en sjukperiod inom tre månader före sin senaste period och därmed hade ersättning och inte arbetsinkomst. De är däremot inte föräldralediga eller studerande.

### 5.4.1 Majoriteten av sjukskrivna patienter återfår sin tidigare inkomst efter sin sjukperiod

Våra resultat från registerstudien visar att de flesta patienter som har varit sjukskrivna därefter har någon arbetsinkomst, oavsett om vi tittar 3, 6 eller 12 månader efter sjukperioden och vilken längd det var på sjukperioden (tabell B4 och B5). Andelen med arbetsinkomst ökar något ju längre tid som har gått efter att sjukperioden avslutades. Inom ett år från sjukperiodens slut har nästan alla en arbetsinkomst. Det gäller både de som har fått koordineringsinsatser och de som inte har fått några insatser (figur 13).

De allra flesta återfår även sin tidigare inkomstnivå efter sjukperiodens slut. Det gäller speciellt patienter som har varit sjukskrivna kortare tid än två år. Sjukskrivna patienter med längre sjukperiod och som har fått koordineringsinsatser har en högre sannolikhet att återfå sin tidigare inkomst jämfört med gruppen som inte har fått några insatser. Skillnaden är statistiskt säkerställd även efter att vi har justerat för bakgrundsfaktorer. Med tidigare inkomst avser vi att inkomsten efter sjukperioden uppgår till minst 90 procent av genomsnittet av arbetsinkomsterna de tre månaderna innan sjukperioden startade.

Figur 13 Unika sjukperioder hos anställda med inkomst före sjukperioden som inom 12 månader efter sjukperiodens slut har någon inkomst, ingen inkomst eller återfår tidigare inkomstnivå. Redovisat för sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser respektive inte (kontrollgrupp), samt uppdelat på sjukperioder kortare än två år och två år eller längre, åren 2020–2022



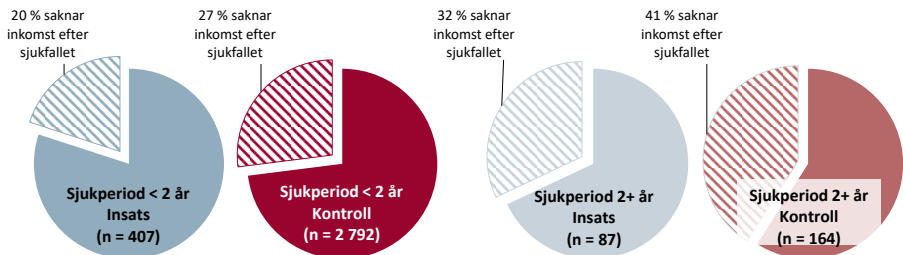
Anm.: Med anställda menas här att patienterna hade en anställning vid sjukperiodens start. Med någon inkomst avses i det här fallet en arbetsinkomst som motsvarar minst en krona (medianlönen hos gruppen med koordineringsinsatser är 29 256 kronor hos patienter med kortare sjukperiod och 28 134 kronor hos patienter med längre sjukperiod. Motsvarande siffror för kontrollgruppen är 31 600 kronor vid kortare sjukperiod och 28 490 kronor vid längre). Med tidigare inkomstnivå avses i det här fallet minst 90 procent av medelinkomsten från de tre månader som föregick sjukperiodens start.

Källa: Försäkringskassan och Statistikmyndigheten SCB, ISF:s bearbetning.

### 5.4.2 Fler av dem utan tidigare arbetsinkomst inträder i arbete med koordineringsinsatser

Resultaten från registerstudien visar att bland sjukskrivna patienter utan arbetsinkomst före sjukperioden är andelen med arbetsinkomst efter sjukperioden högre bland de som har fått koordineringsinsatser än bland de som inte har fått några insatser (figur 14). Vid sjukperioder kortare än två år är det 80 procent som har en inkomst inom 12 månader i gruppen som har fått koordineringsinsatser jämfört med 73 procent i gruppen utan. Störst skillnad mellan grupperna är vid sjukperioder som har varat två år eller längre. Vid längre sjukperioder är det 41 procent av gruppen utan koordineringsinsatser som saknar en inkomst inom ett år från sjukperiodens slut, jämfört med endast 32 procent i gruppen som har fått insatser. Skillnaden mellan grupperna med kortare sjukperioder är statistiskt säkerställd, men resultatet vid längre sjukperioder är inte signifikant och bör även tolkas med försiktighet eftersom grupperna som resultaten baseras på är små.

Figur 14 Unika sjukperioder hos anställda utan tidigare arbetsinkomst som inom 12 månader efter sjukperiodens slut har någon eller ingen arbetsinkomst. Redovisat för sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser respektive inte (kontrollgrupp), samt på sjukperioder kortare än två år och två år eller längre, åren 2020–2022



Anm.: När en person får ett ärende vid Försäkringskassan registreras personen utifrån försäkradtyp. Det kan vara exempelvis anställd, arbetslös eller annan förmån. Med anställda menas här att patienterna har en anställning vid sjukperiodens start. Anställd utan inkomst kan innebära att personen hade ett sjukfall inom 3 månader före sitt senaste sjukfall vilket innebär att de hade ersättning och inte bruttolön. De är däremot inte föräldralediga eller studerande. Med någon inkomst avses i det här fallet en arbetsinkomst som motsvarar minst en krona.

Källa: Försäkringskassan och Statistikmyndigheten SCB, ISF:s bearbetning.

Våra analyser visar att gruppen utan någon arbetsinkomst före sjukperioden har en jämnare könsfördelning, en större andel yngre individer samt en större andel med gymnasieutbildning än gruppen med en arbetsinkomst före sjukperioden (tabell B6 i bilaga 3). Däremot är andelen med stressrelaterade diagnoser lägre än i gruppen med inkomst. Det kan möjligen förklaras av att stressrelaterade diagnoser är vanligare bland kvinnor än män, samt att sådana diagnoser oftare är kopplade till arbetet. Det är också rimligt att en större andel yngre saknar inkomst jämfört med äldre. Den högre utbildningsnivån i gruppen utan arbetsinkomst kan sannolikt förklaras av gruppens yngre åldersstruktur. Yngre generationer har generellt högre utbildningsnivå och vissa personer befinner sig fortfarande i studier eller i en etableringsfas på arbetsmarknaden.

Vid en jämförelse mellan gruppen som har fått koordineringsinsatser och gruppen utan insatser framträder främst skillnader i stressrelaterade och övriga psykiska diagnoser, särskilt i gruppen med en arbetsinkomst innan sjukperiodens början.

#### 5.4.3 Fler får varaktig inkomst efter koordineringsinsatser

Ett syfte med koordineringsinsatserna är att den sjukskrivna patienten snabbare ska återgå i arbete. Vår bedömning är att det också är viktigt att minska sjukfrånvaron på sikt genom att återgången i arbete blir hållbar och att personer inte hamnar i nya sjukskrivningar. Vi har därför analyserat vilket samband det finns mellan koordineringsinsatser och en hållbar återgång i arbete. Vi gör det genom att analysera inkomstens varaktighet. Med varaktig inkomst menar vi att en person har haft inkomster under minst 3 sammanhängande månader efter att 12 månader har gått sedan sjukperioden har avslutats.

Våra analyser visar att de flesta patienter som har varit sjukskrivna har en varaktig arbetsinkomst efter att mer än ett år har passerat efter sjukperioden (tabell 3). Bland gruppen med inkomst före sin sjukperiod har över hälften inkomster som motsvarar den nivå som de hade innan sjukperioden. Om patienterna har avslutat en längre sjukperiod är andelarna för att ha någon inkomst och att återfå sin tidigare inkomstnivå lägre. Patienter med tidigare arbetsinkomst som har fått koordineringsinsatser har en högre sannolikhet att ha

varaktiga inkomster efter sin sjukperiod, om sjukperioden varade minst två år, jämfört med patienter utan insatser. Även patienter utan inkomst före sin sjukperiod hade högre sannolikhet att ha en varaktig inkomst om de har fått koordineringsinsatser och har haft en sjukperiod kortare än två år. Våra resultat tyder därför på att sjukskrivna patienter kan gynnas av koordineringsinsatser, om de har haft arbetsinkomst före sjukperioden och avslutat en längre sjukperiod, och om de har saknat tidigare inkomst och avslutat en kortare sjukperiod. Resultaten bör tolkas med försiktighet eftersom grupperna med sjukperioder över två år och gruppen utan inkomst före sjukperioden är små.

Tabell 3 Unika sjukperioder hos anställda som haft någon inkomst eller återfår tidigare inkomstnivå under minst tre sammanhängande månader efter att tolv månader har gått sedan sjukperiodens slut. Redovisat för sjukskrivna patienter med koordineringsinsatser respektive kontrollgrupp samt uppdelat på sjukperioder kortare än två år och två år eller längre, åren 2020–2021

	<i>Sjukperiod &lt;2 år</i>		<i>Sjukperiod 2+ år</i>		<i>Alla sjukperioder</i>	
	Insats Antal (%)	Kontroll Antal (%)	Insats Antal (%)	Kontroll Antal (%)	Insats Antal (%)	Kontroll Antal (%)
<i>Haft inkomst före sjukperiod</i>	n = 19 757	n = 168 532	n = 541	n = 964	n = 20 298	n = 169 496
Någon inkomst efter	15 627 (79)	134 387 (79)	302 (56)**	415 (43)	15 929 (78)	134 802 (80)
Återfår tidigare inkomst efter	11 707 (59)***	107 772 (64)	203 (38)	294 (30)	11 910 (59)***	108 066 (64)
<i>Ingen inkomst före sjukperiod</i>	n = 333	n = 2 115	n = 64	n = 106	n = 397	n = 2 221
Någon inkomst efter	239 (72)**	1 368 (65)	33 (52)	62 (58)	272 (69)	1 430 (64)

Anm.: Med anställda menar vi att patienterna hade en anställning vid sjukperiodens start. Med någon inkomst avses i det här fallet en arbetsinkomst som motsvarar minst en krona. Vi redovisar inte andel efter 12 månader för 2022 eftersom data bara sträcker sig till och med 2023. Med tidigare inkomstnivå avses i det här fallet minst 90 procent av medelinkomsten från de tre månader som föregick sjukperiodens start. \*\*Statistiskt säkerställd skillnad mellan insats och kontroll med ett p-värde på <0.01. \*\*\*Statistiskt säkerställd skillnad mellan insats och kontroll med ett p-värde på <0.001.

Källa: Försäkringskassan och Statistikmyndigheten SCB, ISF:s bearbetning.

## 6 Slutsatser och rekommendationer

I vår utvärdering har vi undersökt och analyserat regionernas arbete med koordineringsinsatser, sambandet mellan koordineringsinsatser och sjukskrivna patienters återgång i arbete eller inträde i arbetslivet och deras upplevelse av insatserna. Vi ska enligt uppdraget även analysera om lagen om koordineringsinsatser har fått en ändamålsenlig utformning så att stödet för sjukskrivna patienter är behovsanpassat och underlättar och påskyndar rehabiliteringsprocessen för dem. I det här kapitlet redogör vi för våra slutsatser och rekommendationer.

Vi har valt att analysera frågan om huruvida lagen är ändamålsenligt utformad utifrån om lagen, genom sin styrning, uppfyller sitt syfte att ge ett likvärdigt behovsanpassat stöd för sjukskrivna patienter, och om detta stöd främjar återgång i arbete. Vi har analyserat risken för olikheter i tillämpningen mellan regioner, samband mellan koordineringsinsatser och sjukperiodens längd samt relaterat lagen till de frivilliga överenskommelserna som tidigare styrde regionerna mot arbete med koordineringsinsatser.

Vår bedömning är att lagen om koordineringsinsatser är ändamålsenligt utformad utifrån att den uppfyller syftet att ge sjukskrivna patienter ett stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi ser också att koordineringsinsatserna kan skapa ett mervärde för hälso- och sjukvården.

Däremot kan vi inte uttala oss om lagen är ändamålsenligt utformad i förhållande till syftet att den ska främja sjukskrivna patienters återgång i arbete. Våra analyser tyder på att koordineringsinsatser i vissa fall bidrar till en hållbar återgång i arbete, men bristande tillgång till data av god kvalitet försvårar möjligheterna till uppföljning och resultaten som vi redovisar bör tolkas med försiktighet. Trots detta anser vi att koordineringsinsatser skapar värde för både sjukskrivna patienter och hälso- och sjukvården,

även om insatserna inte kan kompensera för övergripande brister i en i övrigt omfattande och komplex sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Det behöver också vägas in i de politiska avvägningarna om styrning, stöd och uppföljning av koordineringsinsatser.

## 6.1 Lagen bidrar till att sjukskrivna patienter får ett behovsanpassat stöd

Vår samlade bedömning är att lagen om koordineringsinsatser är ändamålsenligt utformad i förhållande till att den uppfyller syftet att ge ett stöd till sjukskrivna patienter. Vi anser också att koordineringsinsatserna ger ett mervärde även till andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Lagen har etablerat en skyldighet för regionerna att erbjuda koordineringsinsatser, men vi bedömer att avsaknad av ett tydligt nationellt kunskapsstöd medför en ökad risk för att regionerna utformar och dimensionerar sina koordineringsinsatser på olika sätt. Det finns därmed även en risk för att sjukskrivna patienter inte får en likvärdig behandling. Samtidigt visar vår utvärdering att regionerna riktar koordineringsinsatser till ungefär samma grupper av sjukskrivna patienter.

### 6.1.1 Lagen har stärkt regionernas planeringsförutsättningar

Vi bedömer att övergången från årsvisa överenskommelser till en permanent skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser och finansiering genom generella statsbidrag ger regionerna bättre förutsättningar för långsiktig planering. Tillfälliga medel gör det svårare för regioner att planera eller införa permanenta strukturer.

Under tiden med överenskommelser mellan staten och SKR fanns det ett krav att regionerna skulle ha en koordineringsfunktion för att kunna ta del av de ekonomiska stimulansmedlen. Vidare specificerade villkoren i överenskommelsen ett bredare uppdrag för funktionen. Koordineringsfunktionen hade bland annat i uppdrag att arbeta med att stärka den försäkringsmedicinska kompetensen och koordineringsinsatserna omfattade även förebyggande insatser.

En viktig skillnad är att överenskommelserna var frivilliga, men för att ta del av de ekonomiska stimulansmedlen behövde regionerna uppfylla villkoren.

Regionerna är enligt lagen skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter med behov av det. Lagen ställer inga krav på hur regionerna organiserar koordineringsinsatserna, men de flesta regioner har valt att ha kvar de särskilda koordineringsfunktionerna. Ofta är det rehabiliteringskoordinatorer som arbetar med koordineringsinsatser. Lagen har säkerställt att regionerna har en permanent skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser. Däremot har lagen, jämfört med överenskommelserna, snävat in vad arbetet med koordineringsinsatser ska omfatta och samtidigt utökat målgruppen till att även omfatta sjukskrivna patienter som inte är anställda.

Vi bedömer att det smalare uppdraget har ökat tydligheten kring att arbetet med koordineringsinsatser ska handla om personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer när det gäller sjukskrivna patienter. Samtidigt har den utökade målgruppen ökat förutsättningarna för en likvärdig behandling i och med att det är de sjukskrivna patienternas behov som sätts i centrum, inte anställningsstatus.

### 6.1.2 Koordineringsinsatser uppfyller syftet att ge ett stöd till sjukskrivna patienter

Våra resultat visar att lagen uppfyller syftet att ge ett stöd till sjukskrivna patienter. Därtill visar våra resultat att koordineringsinsatserna skapar ett mervärde för hälso- och sjukvårdens arbete, både internt och externt.

I en komplex sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess bidrar koordineringsinsatser till ökad tydlighet och kontinuitet genom att erbjuda ett behovsanpassat stöd till sjukskrivna patienter. De sjukskrivna kan befinna sig i en svår situation som för vissa är helt ny. Koordineringsinsatser kan då fungera som ett emotionellt och praktiskt stöd.

I den rådande situationen där det försäkringsmedicinska arbetet är pressat är en koordineringsfunktion många gånger avlastande för läkarna. I förlängningen kan en välfungerande koordineringsfunktion underlätta för läkarna och förbättra deras arbetssituation. Men det

kräver att rätt förutsättningar finns på plats, bland annat genom tydliga roller och ett välfungerande samarbete mellan olika yrkesroller.

En specifik koordineringsfunktion fungerar även som en tydlig ingång till hälso- och sjukvården för de andra aktörer som är involverade i samverkan kring sjukskrivna patienter. Utifrån våra resultat ser vi att organisationsförändringar eller ändrade arbetssätt kan påverka samverkan negativt. En specifik koordineringsfunktion kan ha bättre förutsättningar än annan vårdpersonal att etablera kontakter med andra aktörer och följa med i förändringar hos andra verksamheter.

### 6.1.3 Ett otillräckligt nationellt kunskapsstöd medför risk för olik tillämpning mellan regioner

Vår bedömning är att den statliga kunskapsstyrningen inte ger tillräckligt stöd och vägledning för att främja en likvärdig behandling för sjukskrivna patienter. Lagen om koordineringsinsatser tydliggör att regionerna är skyldiga att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter i syfte att främja deras återgång i arbete. Men det statliga stödet ger otillräcklig vägledning till regionerna om vad ansvaret innebär i praktiken. Det saknas en nationell samsyn om hur en sjukskriven patients behov av koordineringsinsatser ska bedömas och vad insatserna ska omfatta, även om vi ser att regionerna gör likartade bedömningar av behovet utifrån patientens diagnos och tidigare sjukperioder. Det framgår av förarbeten till lagen på vilka grunder koordineringsinsatser kan ges samt vad de olika delarna kan omfatta, men vår bedömning är att regionerna behöver ytterligare vägledning. Det finns annars en risk för att sjukskrivna patienter inte får en likvärdig behandling av regionerna.

Lagen om koordineringsinsatser är tänkt att skapa gemensamma minimikrav för regionerna och därmed balansera behovet av nationell enhetlighet och det kommunala självstyret. Det behöver finnas möjlighet till anpassningar utifrån lokala förutsättningar och sjukskrivna patienters behov. Kunskapsstyrning, exempelvis genom nationella kunskapsstöd, har länge varit ett verktyg som staten har använt för att främja ökad kvalitet och likvärdighet mellan regioner. Socialstyrelsen har tagit fram ett nationellt kunskapsstöd som omfattar hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och

behandlar därmed också koordineringsinsatser.<sup>92</sup> Det är inte bindande för regionerna att följa kunskapsstödet men det kan tjäna som en vägledning och öka den nationella samsynen. Ett tydligt utformat kunskapsstöd som regionerna arbetar efter kan alltså öka möjligheten att sjukskrivna patienter över landet får en likvärdig behandling.

Vår bedömning är att Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd endast i liten utsträckning ger ytterligare vägledning utöver lagen. Kunskapsstödet ger några exempel på vad personligt stöd kan omfatta men är knapphändigt när det gäller beskrivningen av vad intern samordning och samverkan med andra aktörer kan innebära. Beskrivningar som kan vägleda regionerna i skillnaden mellan koordineringsinsatser och andra insatser inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns inte. Det gäller till exempel var gränsen går mellan personligt stöd enligt lagen och hälsofrämjande samtal mellan vårdpersonal och patient, eller intern samordning och telefonsamtal mellan vårdpersonal kring en patient. Kunskapsstödet saknar dessutom vägledning när det gäller hur de sjukskrivna patienternas behov av koordineringsinsatser bör identifieras och bedömas. Det kan till exempel handla om vilken vikt som ska läggas vid den sjukskrivne patientens etablering på arbetsmarknaden vid sidan av diagnos och sjukdomshistorik.

Vår analys visar att regionala styrdokument ger viss vägledning i arbetet med koordineringsinsatser. Men omfattningen på och innehållet i styrdokumenten skiljer sig åt mellan regionerna och det finns även en risk för att verksamheter inom regionen gör olika bedömningar. Det vanligaste är att styrdokumenten rör den övergripande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där koordineringsinsatser bara utgör en liten del.

Vi bedömer att skillnaderna som finns mellan regionernas styrning av koordineringsinsatser till viss del kan förklaras av att Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd inte ger regionerna tillräcklig vägledning. Ett mer utvecklat kunskapsstöd hade kunnat tjäna som en gemensam grund för regionerna i arbetet med de regionala styrdokumenten, och det är ett stöd som regionerna efterfrågar. Det skulle kunna hjälpa regionerna att tydliggöra gränsen mellan insatser enligt lagen om

---

<sup>92</sup> Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, nationellt kunskapsstöd.

koordineringsinsatser och annan hälso- och sjukvårdsverksamhet, och på så sätt även förtydliga när koordineringsinsatser ska registreras.

## 6.2 Andra värden än snabbare återgång kan motivera koordineringsinsatser

I lagens förarbeten konstaterade regeringen att det inte fanns tydlig evidens för att koordineringsinsatser leder till en snabbare återgång i arbete för sjukskrivna patienter.<sup>93</sup> Forskningsläget är fortfarande oklart (se bilaga 2) och trots att vi har lagt mycket arbete på datainsamling och datakoordinering har vi i denna utvärdering inte haft möjlighet att sammanställa säkra data på grund av bristfällig och varierande registrering i regionerna. Därmed har vi inte heller kunnat ge stöd för några orsakssamband och effekter av koordineringsinsatser på snabbare återgång i arbete. Vi ser däremot tendenser till att koordineringsinsatser kan gynna återgång i arbete för vissa grupper av sjukskrivna patienter, såsom långtidssjukskrivna och de utan tidigare inkomst. Vissa resultat tyder även på att återgången i arbete kan vara mer hållbar hos vissa av de sjukskrivna patienterna som har fått koordineringsinsatser, även om grupperna som resultaten baseras på är små till antalet. Med nuvarande förutsättningar, med bland annat bristande nationell tillgång och kvalitet på data, är det inte möjligt att avgöra detta säkert. Men koordineringsinsatser kan alltså ha betydelse för återgång i arbete.

Det är en politisk fråga om koordineringsinsatser ska prioriteras när effekterna på återgång i arbete i dagsläget inte går att bedöma. Men eftersom koordineringsinsatser också syftar till att stärka sjukskrivna patienters delaktighet, förbättra samordningen och underlätta sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen, kan det finnas skäl att värdera koordineringsinsatser bredare än enbart utifrån återgång i arbete.

Sammantaget handlar det om en avvägning mellan resursanvändning, vilka mål koordineringsinsatser förväntas bidra till samt krav på evidens. Givet att utfallet av koordineringsinsatserna är beroende av hur sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen och hälso- och sjukvården som helhet fungerar, kan det finnas mer kostnadseffektiva satsningar och arbetssätt som skulle förbättra sjukskrivna patienters

---

<sup>93</sup> Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 52.

möjligheter att återgå i arbete. Men detta är inte något vi har undersökt inom ramen för uppdraget.

I det fortsatta arbetet med koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter bedömer vi att det är möjligt att öka likvärdigheten för patienten genom att utveckla den statliga kunskapsstyrningen. Ökad likvärdighet innebär dock inte att koordineringsinsatserna automatiskt leder till en snabbare återgång i arbete för sjukskrivna patienter. Men det är troligt att stödet från kunskapsstyrningen skulle underlätta regionernas arbete med koordineringsinsatser liksom sjukskrivna patienters väg genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Samtidigt är det viktigt att beakta koordineringsinsatserna utifrån den funktion som de har i den omfattande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Koordineringsinsatser utgör endast en begränsad del av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Denna process är i sin tur en liten del av allt som sker inom hälso- och sjukvården. Ur ett samhällsperspektiv är sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen än mer omfattande och inkluderar bland annat även arbete hos arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommuner. Hos varje aktör finns kända utmaningar med arbetet med att få till en effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.<sup>94</sup> Vi anser att koordineringsinsatser inte kan lösa ut alla brister i den övergripande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Inom hälso- och sjukvården finns utmaningar som påverkar arbetet med koordineringsinsatser. Det kan exempelvis handla om resursbrist i primärvården, utmaningar i det försäkringsmedicinska arbetet och bristande tillgänglighet. Koordineringsfunktionen kan ses som ytterligare en funktion motsvarande fast vårdkontakt som har utvecklats för att andra delar inom hälso- och sjukvården inte kan upprätthålla samordning, tillgänglighet och kontinuitet för patienter. Koordineringsinsatser kan därmed underlätta för både sjukskrivna patienter, hälso- och sjukvården och andra aktörer, men de kan inte fullt ut kompensera för ett fragmenterat system.

---

<sup>94</sup> Se exempelvis Inspektionen för socialförsäkringen, *Försäkringskassans samordningsuppdrag, rapport 2025:3* och SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

## 6.3 Våra rekommendationer

Vår bedömning är att kunskapsstyrningen när det gäller koordineringsinsatserna kan förbättras i syfte att öka möjligheterna till en likvärdig behandling av sjukskrivna patienter mellan och inom regioner. Vi bedömer också att det krävs ytterligare insamling av uppgifter för att möjliggöra en nationell uppföljning av arbetet med koordineringsinsatser. Vi väljer därför att ge regeringen följande rekommendationer:

### **Regeringen bör stärka kunskapsstyrningen för att öka likvärdigheten i koordineringsinsatserna**

Vi rekommenderar regeringen att stärka kunskapsstyrningen när det gäller koordineringsinsatser. Det kan exempelvis ske genom uppdrag till Socialstyrelsen om att utveckla och förtydliga kunskapsstödet för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att stödja regionerna i deras arbete med koordineringsinsatser. Socialstyrelsen har sedan 2024 haft i uppdrag att ytterligare stödja och utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering.<sup>95</sup>

Vår utvärdering visar att regionerna har behov av tydligare stöd i tolkningen av vad koordineringsinsatser innebär och hur registrering och uppföljning av genomförda insatser ska ske. Vi ser att regionerna riktar koordineringsinsatser till ungefär samma grupper av sjukskrivna patienter, men vi ser samtidigt ett värde i att formalisera hur regionerna ska bedöma en sjukskriven patients behov av koordineringsinsatser för att inte riskera att regionerna över tid gör olika bedömningar av likvärdiga behov. Ett tydligare nationellt kunskapsstöd skulle också kunna bidra till att avhjälpa bristande registrering.

### **Regeringen bör snarast förverkliga förslagen om utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården**

Vi rekommenderar regeringen att verka för att snarast utöka insamlingen av hälsodata i både primärvård och specialiserad öppenvård för att arbetet med koordineringsinsatser ska kunna

---

<sup>95</sup> Regeringens beslut den 10 oktober 2024, S2023/02549, S2024/00584 och S2024/01779.

följas upp framöver. Vi vill också understryka vikten av en nationell infrastruktur för digitala hälsodata.

För att kunna göra oberoende systematiska uppföljningar och analyser av hälso- och sjukvården måste det finnas register och sammanhållna databaser av god kvalitet. Därför behövs tillgång till hälsodata över hela vårdkedjan för att möjliggöra en effektiv uppföljning av hälso- och sjukvården. Koordineringsinsatser är ett tydligt exempel på behovet av att Socialstyrelsens patientregister (PAR) bör utvidgas till att inkludera information från primärvården i ett nationellt primärvårdsregister. Men koordineringsinsatser sker även i den specialiserade somatiska vården, där koordineringsinsatser i stor utsträckning utförs av andra yrkeskategorier än läkare. Även dessa kontakter behöver registreras i ett nationellt register för att möjliggöra en mer heltäckande nationell utvärdering av insatserna.

För att i framtiden möjliggöra en nationell uppföljning av arbetet med koordineringsinsatser understryker vi vikten av en nationell infrastruktur för digitala hälsodata. Vår rekommendation ligger därmed i linje med det som föreslagits i betänkandet om *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57) om en utökad insamling av hälsodata och det som framkommit i betänkandet om *En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården* (SOU 2026:6) gällande sekundäranvändning av hälsodata.



## 7 Referenser

*Dokument från regering, myndigheter, regioner med flera*

Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården.*

E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att genomföra en förstudie om en sammanhållen intygshantering inom hälso- och sjukvård och omsorgen.*  
Dnr. 2023/0268, 2023.

Försäkringskassan, *Samordningsuppdragets praktik,*  
Socialförsäkringsrapport 2020:2.

Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning,* vägledning 2025:1, version 3, beslutad 26-02-20.

Inspektionen för socialförsäkringen, *Försäkringskassans samordningsuppdrag.* Rapport 2025:3.

Inspektionen för socialförsäkringen, *Konsekvenser av förändringar i sjukförsäkringen.* Rapport 2023:10.

Inspektionen för socialförsäkringen, *Sjukfall som varar över ett år.* Rapport 2025:10.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Fast läkarkontakt i primärvården 2024.* PM 2024:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *På stabil grund?* PM 2025:6.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv.* PM 2026:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Omtag för omställning.* Rapport 2025:1.

Prop. 2002/03:89, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet.*

## Referenser

Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10.

Regeringens beslut den 17 december 2015, S2014/04393/SF, S2014/05261/SF, S2015/00601/SF, S2015/04213/SF, S2015/07756/SF och S2015/08163/SF.

Regeringens beslut den 10 oktober 2024, S2024/01782.

Regeringens beslut den 10 oktober 2024, S2023/02549, S2024/00584 och S2024/01779.

Regeringens beslut den 28 maj 2025, S2025/01084.

Regeringen, *Godkännande av en överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2014–2015*. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr III:9.

Regeringen, *Godkännande av en överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2016*. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2015-12-17 nr I:13.

Regeringen, *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2020*. Utdrag protokoll vid regeringssammanträde 2019-12-19 II:10.

Samordningsförbundet Stockholm Stad, *Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården kring individen i Stockholms stad*. Dnr 2024:48, 2024.

Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023-6-8595, 2023.

Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*. Nationellt kunskapsstöd. 2023-11-8831, 2023.

SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

SOU 2021:69, *En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet*.

SOU 2023:48, *Rätt förutsättningar för sjukskrivning*.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Insatser i vården vid långtidssjukskrivning*. Rapport 359, 2022.

Statskontoret, *Att styra med kunskap – En studie om statlig kunskapsstyrning riktad till kommuner och regioner*, OOS 2023.

Stockholms läns landsting, *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator*. Slutrapport april 2018.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården – En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018*, 2022.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Tolkningsstöd avseende Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297)*, SKR2024/00203, 2023.

Västerbotten läns landsting, *ReKoord-projektet Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet*, 2013, Umeå.

#### *Forskningslitteratur*

Andersén Å., m.fl., *Utvärdering av rehabiliteringskoordinator inom psykiatrisk specialistsjukvård*. Uppsala universitet, dnr. PUBCARE 2019/317.

Berglund E., m.fl., *Coordination and Perceived Support for Return to Work: A Cross-Sectional Study among Patients in Swedish Healthcare*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, nr. 7, 2022.

Berglund, E. m.fl., *Receiving Return-To-Work Coordination at Swedish Primary Healthcare Clinics: A Register-Based Study Among People on Sickness Absence*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 3 sep., 2025.

Berglund E. och Anderzén I., *REKO vid Ortopedmottagningen*. Uppsala universitet, dnr. PUBCARE 2022/171.

Björkelund C. m.fl., *Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial*. *BMC Family Practice*, vol. 19, nr. 1, 2018.

Reutfors, J., m.fl., *Att studera ovanliga utfall*. *Läkartidningen*, vol. 110, nr 7, 2013.

## Referenser

Svärd V., m.fl., How People with Multimorbidity and Psychosocial Difficulties Experience Support by Rehabilitation Coordinators During Sickness Absence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 14, 31 maj, 2021.

### *Webbplatser*

Addas webbplats: [www.adda.se](http://www.adda.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026.

Arbetsgivarverket webbplats: [www.arbetsgivarverket.se](http://www.arbetsgivarverket.se), åtkomstdatum den 25 november 2025.

Göteborgs universitets webbplats: [www.gu.se](http://www.gu.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026.

Karolinska institutets webbplats: [www.utbildning.ki.se](http://www.utbildning.ki.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026.

Lunds universitets webbplats: [www.medicin.lu.se](http://www.medicin.lu.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026.

Samordningsförbund Gävleborgs webbplats: [www.finsamgavleborg.se](http://www.finsamgavleborg.se), åtkomstdatum den 16 februari 2026.

Socialstyrelsens webbplats: [www.forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se](http://www.forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se), åtkomstdatum den 20 januari 2026.

Socialstyrelsens webbplats: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), åtkomstdatum den 19 februari 2026.

## Bilaga 1: Metod

Vi har använt flera olika sätt för att samla in information om koordineringsinsatser. Vi har genomfört intervjuer och enkäter samt analyserat statistik över de genomförda koordineringsinsatserna. Vi har även analyserat registerdata för personer som har varit sjuk-skrivna. Den här bilagan beskriver mer detaljerat våra metoder för datainsamling och analyser.

### Intervjuer

För att fånga upp olika perspektiv har vi genomfört intervjuer med professionsförbund i hälso- och sjukvården, externa aktörer och patienter som har erfarenhet av koordineringsinsatser.

#### Intervjuer med professionsförbund och externa aktörer

Vi har intervjuat representanter för professionsförbund som organiserar professioner som ofta arbetar med koordineringsinsatser, samt tre läkarorganisationer. Syftet har varit att fånga in ett verksamhetsnära perspektiv och få svar på våra frågor.

Vi har även intervjuat företrädare för externa aktörer som hälso- och sjukvården samverkar med inom ramen för koordineringsinsatserna. Syftet med intervjuerna har varit att fånga upp hur aktörerna upplever samarbetet och dialogen med hälso- och sjukvården i relation till koordineringsinsatserna. I samband med intervjun med representanter för Arbetsgivarverket fick vi även möjlighet att skicka med skriftliga frågor till deras arbetsmiljö- och rehabiliteringsnätverk.

Intervjuerna har varit semistrukturerade. Vi har genomfört både digitala intervjuer (videosamtal) och fysiska intervjuer.

Tabell B1 Organisationer och yrkesroller eller funktioner som vi har intervjuat

<i>Organisation</i>	<i>Funktion</i>
Arbetsförmedlingen	Kvalificerad handläggare Kvalificerad handläggare
Centrala arbetsgivarorganisationer, 3 st.	-
Försäkringskassan	Områdeschef Avdelningen för sjukförsäkring Samverkansansvarig
Järva stadsdelsförvaltning	Verksamhetsutvecklare
Karolinska institutet	Forskare Forskare
Linköpings universitet	Forskare
Läkarförbund, 3 st.	-
Professionsförbund, 4 st.	-
Region Värmland	Försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare
Region Östergötland	Rehabiliteringskoordinator
Samordningsförbund Region Gävleborg	Metodutvecklare på TRISAM Verksamhetsutvecklare
Samordningsförbund Region Sörmland	Sakkunnig och rehabiliteringskoordinator i primärvården Utvecklingsledare i försäkringsmedicinska frågor
Samordningsförbundet Stockholm stad	Utvecklingsledare samverkan hälso- och sjukvården
Samordningsförbundet Stockholm stad	Biträdande förbundschef Verksamhetsutvecklare
Socialstyrelsen	Utredare

## Intervjuer med patienter

I syfte att fånga upp patienters erfarenhet och upplevelse av koordineringsinsatserna har vi genomfört ett antal patientintervjuer.

Kontakten med patienterna har gått genom regionernas rehabiliteringskoordinatorer (32 personer) samt en enkät till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel (31 personer). Fyra av patienterna som vi fick kontakt med via befolkningspanelen saknade erfarenhet av koordineringsinsatser. Totalt genomförde vi därför 59 intervjuer med patienter som har fått koordineringsinsatser. Intervjuerna var semistrukturerade och genomfördes över telefon.

Rehabiliteringskoordinatorer i nio regioner hjälpte oss att dela ut ett informationsblad under ett par veckor i slutet av augusti. Informationsbladet lämnades ut till patienter som hade haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator. I informationsbladet förklarade vi kort vårt uppdrag och syftet med intervjuerna och bjöd in patienterna till samtal med oss. Patienterna tog själva kontakt med oss, via e-post eller telefon, för att boka en senare tid för intervju.

De patienter som vi fick kontakt med via enkäten hade svarat att de hade fått koordineringsinsatser och ville dela med sig av sina kontaktuppgifter. De lämnade sina kontaktuppgifter i enkäten och vi kontaktade dem hösten 2025 för intervjuer.

Vi intervjuade totalt 44 kvinnor och 15 män i sammanlagt 17 regioner enligt följande fördelning:

- Västra Götaland (12 intervjuer)
- Östergötland (9 intervjuer)
- Skåne (5 intervjuer)
- Jämtland/Härjedalen och Stockholm (4 intervjuer i respektive region)
- Jönköping, Kalmar, Sörmland (3 intervjuer i respektive region)
- Norrbotten, Västernorrland (2 intervjuer i respektive region)
- Örebro, Gävleborg, Halland, Kronoberg, Uppsala, Västerbotten (1 intervju i respektive region).

Majoriteten av patienterna var sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa (34) och övriga var sjukskrivna av andra anledningar (exempelvis cancerbehandling, arbetsskada eller smärtproblematik). Vi fick ingen information om patienterna från hälso- och sjukvården, utan all information om exempelvis sjukskrivningsorsak och träffar med rehabiliteringskoordinatören kom från patienterna själva.

Patienterna valde själva hur mycket information de ville dela med oss i intervjun och kunde när som helst avbryta samtalet om de önskade. Vård- och omsorgsanalys genomförde 18 intervjuer och övriga 41 intervjuer genomfördes av Lumell Associates (Lumell) utifrån en intervjuguide som Vård- och omsorgsanalys har tagit fram. Lumell sammanställde även intervjuerna som de hade genomfört. Lumell har även sammanställt uppgifter om varje regions arbete med koordineringsinsatser och hur det har förändrats över tid. De har sedan stämt av sammanställningarna med försäkringsmedicinskt sakkunniga i respektive region.

## Enkäter

Vi har genomfört tre olika enkäter som har riktat sig till regionernas verksamheter och befolkningen. Samtliga enkäter är hanterade genom enkätverktyget Artologik. Databearbetningen har sedan skett i Excel.

## Regionenkäten

Vi har genomfört en enkät till varje enskild region på övergripande och mer strategisk nivå för att få en bild av hur arbetet med koordineringsinsatser i regionerna organiseras. Syftet var dessutom att undersöka om det har pågått något förändringsarbete kopplat till att lagen om koordineringsinsatser infördes. Därtill ville vi få en överblick över hur många koordineringsinsatser som utförs och hur många rehabiliteringskoordinatörer, eller personer med uppdrag att utföra koordineringsinsatser, som har arbetat i regionerna.

Kontaktuppgifter till respektive region fick vi genom SKR:s nätverk för försäkringsmedicin, där varje region har en eller flera representanter. I SKR:s nätverk finns personer som arbetar med försäkringsmedicinska frågor på strategisk nivå, exempelvis samordnare, processledare eller försäkringsmedicinskt sakkunniga.

Datansamlingen pågick från 18 mars till 16 april 2025, men vi höll enkäten öppen till 16 maj för att en region hade önskat längre svarstid. Samtliga regioner besvarade enkäten.

## Verksamhetsenkäten

Vi har genomfört en enkät till vårdpersonal med uppdrag som rehabiliteringskoordinator inom hälso- och sjukvården eller med uppdrag att genomföra koordineringsinsatser för att fånga upp ett verksamhetsnära perspektiv. Frågorna i enkäten handlade bland annat om hur kända och tydliga arbetsbeskrivningar och riktlinjer är i verksamheterna samt hur regionerna ska bedöma en sjukskrivens behov av koordineringsinsatser.

Koordineringsinsatser kan utföras av flera professioner och funktioner, och inte endast av rehabiliteringskoordinatorer. Enkäten fångar inte in alla som arbetar med koordineringsinsatser, men vi bedömer att enkäten ändå ger oss en god bild av regionernas arbete med koordineringsinsatser. Både vår regionenkät och tidigare undersökningar visar däremot att det vanligaste är att det är rehabiliteringskoordinatorer som arbetar med koordineringsinsatser.

Vi hämtade in e-postadresser från regionerna och enkäten gick ut till 1 171 respondenter. Men inhämtningen av e-postadresser drog ut på tiden och därför skickade vi ut enkäten i två omgångar. Det första utskicket gjorde vi den 9 september 2025 och då var enkäten öppen till 6 oktober. Det andra utskicket gjorde vi den 24 september och då var den öppen till 13 oktober.

639 respondenter svarade på enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 55 procent. Men svarsfrekvensen varierade mellan regionerna (tabell B2).

Tabell B2 Antal svar och svarsfrekvens per region

<i>Region</i>	<i>Antal svar</i>	<i>Svarsfrekvens</i>
Blekinge	11	65
Dalarna	15	47
Gotland	6	86
Gävleborg	21	62
Halland	39	65
Jämtland Härjedalen	13	59
Jönköpings län	51	68
Kalmar län	34	56
Kronoberg	13	45
Norrbottn	13	39
Skåne	92	42
Stockholm	78	75
Sörmland	17	39
Uppsala	21	60
Västra Götalandsregionen	75	48
Värmland	10	100
Västerbotten	27	45
Västernorrland	20	59
Västmanland	21	41
Örebro län	22	79
Östergötland	40	67
<b>Totalt</b>	<b>639</b>	<b>55</b>

## Befolkningenkäten

Vi har under 2025 genomfört en enkät genom Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. Enkäten riktade sig till personer i befolkningen som någon gång under de senaste 24 månaderna innan enkäten gick ut har varit sjukskrivna av läkare. Myndighetens befolkningspanel består av personer som rekryteras genom slumpmässiga urval. Enkäten frågade bland annat om personernas

kännedom om koordineringsinsatser samt om hälso- och sjukvården har erbjudit koordineringsinsatser. De personer som hade tackat ja till koordineringsinsatser fick besvara frågor om innehållet i koordineringsinsatserna samt deras erfarenheter av insatserna.

Befolkningspanelen bestod under 2025 av cirka 22 500 personer i åldern 18 år eller äldre. De som valde att gå med i befolkningspanelen fick uppge sina bakgrundsuppgifter, bland annat kön, ålder, boendekommun, hälsa och utbildningsnivå. Uppgifterna ger oss en större förståelse för bortfall och representativitet i undersökningarna. Det finns vissa skillnader mellan befolkningen och populationen i befolkningspanelen, och därmed även i enkätundersökningen. Bland annat är det fler äldre än yngre som har valt att gå med i panelen, och deltagarna tenderar att vara högt utbildade. Personer med svensk bakgrund är också överrepresenterade. Dessa skillnader beror främst på bortfall i rekryteringen.

Vår datainsamling pågick 25 juni–17 juli 2025 och vi skickade ut inbjudan om att delta i enkätundersökningen till samtliga personer som var 67 år eller yngre i befolkningspanelen. Totalt fick 15 383 personer svara på enkäten, som skickades till deltagarnas e-postadress och besvarades digitalt i webbläsaren på dator eller mobil. När vi stängde enkäten hade 1 837 personer svarat, vilket motsvarar en deltagarfrekvens på cirka 12 procent.

## Registerdata från myndigheter och regioner

Vi har samlat in registerdata från Försäkringskassan, regioner, Socialstyrelsen och Statistikmyndigheten SCB för att få överblick av samband och förekomster av koordineringsinsatser på nationell nivå. Utifrån denna registerdata redovisar vi främst deskriptiva analyser som har bearbetats i statistikprogrammet STATA och R.

Våra registerbaserade analyser baseras på personer i förvärvsarbetsålder (18–67 år) som har varit sjukskrivna någon gång under perioden 2019–2024 och som har haft sjukpenning under samma period. Vår population är hämtad från Försäkringskassan och läkarintygsregistret som innehåller information om personer som har varit sjukskrivna och var sjukskrivningen är utfärdad.

Vi har analyserat personer i denna population som har fått koordineringsinsatser registrerad under hälso- och sjukvårdens

klassifikation av vårdåtgärd *Koordineringsinsatser för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet* (KVÅ-kod GC001) under perioden 2019–2024 (insatsgrupp) och jämfört dem med personer som har blivit sjukskrivna under 2019–2024 och som inte har fått sådana insatser (kontrollgrupp). Vi har för kontrollgruppen valt att exkludera sjukskrivningar som varar kortare tid än 30 dagar.

Från Försäkringskassan hämtade vi också in uppgifter om sjukhistorik och registreringar under sjukperioden. Från SCB hämtade vi in bakgrundsuppgifter om personerna, till exempel utbildningsnivå, civilstånd, yrke och inkomstuppgifter på månadsnivå (arbetsgivardeklaration på individnivå, AGI) från 2019. AGI-data finns endast fram till 2023.

Från Socialstyrelsen hämtade vi in uppgifter från patientregistret. Det gäller uppgifter om koordineringsinsatser som har registreras genom KVÅ-koden GC001, tidpunkt för besök och i vilken verksamhet som detta skedde. Patientregistret innehåller uppgifter om specialiserad öppenvård och slutenvård inom både somatik och psykiatri, men inga uppgifter om primärvård där de flesta koordineringsinsatser sker. För att få primärvårdsuppgifter hämtade vi in data som motsvarar beställningen till Socialstyrelsen från respektive region. Vi har endast fått data från 12 av 21 regioner: Region Dalarna, Region Gotland, Region Halland, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen.

Det finns flera brister med registerdata när det gäller registrering av koordineringsinsatser

Sju av de tolv regioner som vi har fått data från har tillgång till data från vårdcentraler i privat regi. För de övriga fem regionerna har vi separat kontaktat privata vårdcentraler och frågat efter ett godkännande för att få ut data. Här finns ett stort bortfall. Därför redovisar vi inte resultatet uppdelat på koordineringsinsatser i offentlig och privat regi, förutom i tabell B1 där vi redogör för bakgrundsuppgifter för vår population.

Den registerdata om antalet registrerade koordineringsinsatser som vi har fått levererad till oss från regionerna skiljer sig i antal från den

uppgift som har lämnats i vår regionenkät. På grund av att data från Region Dalarna inte innehöll primärvårdsdata och Region Västerbotten innehöll mindre än en procent av uppgifterna i regionenkäten har vi tyvärr fått betrakta dem som bortfall och tagit bort dem från analyserna. Det slutliga urvalet för analyserna blev därför tio regioner.

En förklaring till skillnaderna mellan registerdata från regionerna och uppgifterna i regionenkäten är att vår registerdata inte omfattar alla privata vårdcentraler. Det beror på att vissa regioner har krävt ett separat godkännande från privata vårdcentraler för att lämna ut registerdata från dem. En annan förklaring enligt några regioner är att lämnad registerdata endast baseras på koordineringsinsatser kopplade till patientbesök, medan uppgiften i regionenkäten inkluderar koordineringsinsatser vid andra tillfällen. Det kan till exempel vara koordineringsinsatser som gäller intern samordning eller samverkan med andra aktörer.

När det gäller specialiserad öppen- och slutenvård har vi data för alla regioner via Socialstyrelsen. Men uppgiften om antalet koordineringsinsatser är ändå mycket låg under åren 2019–2023. Det beror på att det endast är vårdtillfällen hos läkare som registreras i det specialiserade öppenvårdsregistret, och inte besök hos andra yrkeskategorier, exempelvis rehabiliteringskoordinatorer. För psykiatrisk specialiserad öppenvård utökades registreringen i januari 2024 till att även gälla vårdkontakter hos annan hälso- och sjukvårdsprofession än läkare. I och med detta ser vi en skarp ökning av registrerade KVÅ-koder för 2024 inom psykiatrisk specialiserad öppenvård.

En annan anledning är troligtvis att andra koder än KVÅ-koden GC001 har använts i större utsträckning inom den specialiserade öppen- och slutenvården. Några regioner har även uppgett att GC001 används av rehabiliteringskoordinatorerna medan läkare snarare registrerar KVÅ-koden *Planering och framtagande av plan för rehabiliterande insatser under sjukskrivningsperioden [...]* (DV077). Vårt urval för datauttag var registrerad GC001. Det innebär att vi inte har fångat upp de vårdtillfällen med koordineringsinsatser där läkaren har registrerat DV077 eller någon annan KVÅ-kod.

## Samband mellan antal sjukdagar och att få koordineringsinsatser

Vi har undersökt sambandet mellan antal sjukdagar och om en sjukskriven patient har fått koordineringsinsatser eller inte med en statistisk metod som är anpassad för att räkna antal dagar, särskilt när många personer inte har några sjukdagar alls (*negativ binomial regression*). Vi analyserade uppgifterna på individnivå och summerade varje persons antal sjukdagar före och efter ett bestämt datum. För de personer som fick koordineringsinsatser var detta datum dagen då de fick sin första insats. För kontrollgruppen (de som inte fick insatsen) skapade vi ett motsvarande datum baserat på den genomsnittliga tiden till insats i den andra gruppen. När vi tog hänsyn till hur många sjukdagar som personerna hade före detta datum, samt deras ålder, kön, diagnos och region, visade det sig att de som fick koordineringsinsatser i genomsnitt hade 20–40 fler sjukdagar efteråt än de som inte fick insatsen. Skillnaden berodde på hur många sjukdagar som personen hade haft tidigare. För personer som inte hade några sjukdagar före datumet var skillnaden cirka 20 dagar. För de personer som redan hade haft 180 sjukdagar var skillnaden omkring 40 dagar. Antalet tidigare sjukdagar hade också ett starkt samband med framtida sjukfrånvaro – den som har varit sjukskriven länge tidigare har större sannolikhet att fortsätta vara sjukskriven.

Det är viktigt att betona att resultaten visar ett samband, men de betyder inte säkert att koordineringsinsatsen i sig orsakar fler sjukdagar.

## Vi har jämfört grupperna och tagit hänsyn till sjukperiodens längd

I registerstudien har vi jämfört sjukperioder där koordineringsinsatser har skett med kontroller och sjukperioder som inte har fått dessa insatser. En utmaning är att sjukperioderna kan vara olika långa. Om vi jämför långa med korta kan resultaten bli orättvisa. Till exempel om många i kontrollgruppen har korta sjukperioder skulle de kanske aldrig hunnit få en koordineringsinsats och de skulle därmed inte likna vår insatsgrupp särskilt mycket. Vi har därför använt en särskild metod för att vara säkra på att vi jämför likvärdiga grupper och

samma tidpunkt i sjukperioden. Metoden kallas *risk-set sampling* eller *nested case-control sampling*.<sup>96</sup>

Metoden går ut på att för varje sjukperiod med koordineringsinsatser identifiera en sjukperiod i kontrollgruppen som:

- startade sin sjukperiod samma månad
- inte har fått koordineringsinsats
- fortfarande pågick vid tidpunkten då sjukperioden med koordineringsinsatser fick sina insatser.

Vi har sedan valt ett slumpmässigt antal från de möjliga kontrollerna, upp till ett i förväg bestämt antal. Om det finns färre möjliga kontroller än så har vi valt alla.

Genom att välja kontroller som pågick vid samma dag i sjukperioden som när sjukperioden med en koordineringsinsats genomfördes har vi minskat risken för snedvridning på grund av olika längd mellan sjukperioder. Jämförelsen är därför mer rättvis eftersom kontrollerna faktiskt hade möjlighet att ”hinna” vara med lika länge som sjukperioden med koordineringsinsatser vid tidpunkten för själva insatsen.

En konsekvens av metoden är att samma kontroll ibland kan väljas till flera olika fall. Det är avsiktligt och beror på att kontrollen kan ha pågått vid flera olika tidpunkter.

## Vi har analyserat personernas inkomst före och efter en sjukperiod

Vi har valt att analysera en persons återgång eller inträde i arbete genom att använda Skatteverkets månadsdata om arbetsinkomst (AGI). Vi har undersökt hur stor andel av sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser som har en arbetsinkomst inom 3, 6 och 12 månader från det att sjukperioden har avslutats och jämfört med sjukskrivna patienter som inte har fått insatser. Vi har även undersökt om personerna har haft minst 3 sammanhängande månader med inkomst efter 12 månader från sjukperiodens slut för att kunna

---

<sup>96</sup> Reutfors, J., m.fl., Att studera ovanliga utfall. *Läkartidningen*, vol. 110, nr 7, 2013, s. 334–337.

analysera om återgången eller inträdet på arbetsmarknaden har varit hållbar över tid.

Inkomststoppgifterna finns från januari 2019 och vårt datauttag sträcker sig till december 2023, vilket innebär att vi har undersökt inkomsterna för personer vars sjukperiod avslutades under perioden 2020–2022. I analysen har vi använt oss av följande två olika inkomstnivåer för att redovisa om en person har återgått eller inträtt i arbete efter att ha avslutat sin sjukperiod:

- arbetsinkomst som motsvarar minst en krona kommande månad eller månader
- den inkomstnivå som personen hade innan sjukperioden påbörjades.

För det första måttet har vi undersökt både personer som har haft en arbetsinkomst före sin sjukperiod och personer som inte har haft någon inkomst. Om personens arbetsinkomst var noll kronor under en månad har vi räknat det som att personen inte har haft någon inkomst under den perioden.

För det andra måttet anser vi att personen har återfått sin tidigare inkomstnivå om arbetsinkomsten efter sjukperioden motsvarar minst 90 procent av den tidigare inkomsten. Som referensinkomst av tidigare inkomstnivå har vi tagit genomsnittet av de tre arbetsinkomsterna per månad innan sjukperiodens startade, eftersom en persons inkomst kan variera från månad till månad.

Vi har endast tagit med den senaste sjukperioden där personen har fått koordineringsinsatser och jämfört med den senaste sjukperioden hos personerna som inte har fått några koordineringsinsatser.

Vi har valt att i första hand redovisa skillnader mellan gruppen sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser och gruppen sjukskrivna patienter som inte har fått koordineringsinsatser med beskrivande statistisk med antal och andelar. Men vi har även genomfört en statistisk analys med justerade regressionsmodeller för att undersöka om det finns statistiskt säkerställda skillnader mellan gruppen som har fått koordineringsinsatser och gruppen utan. Vi har även undersökt om och hur olika bakgrundsfaktorer spelar roll för utfallet. De bakgrundsfaktorer som ingår i modellerna är kön, diagnosgrupp, arbetsmarknadsstatus, utbildningsnivå samt region-tillhörighet.

## Bilaga 2: Tidigare forskning om koordineringsinsatser

Det finns flera studier och utredningar som gäller eller angränsar till koordineringsinsatser. De visar varierande resultat när det gäller effekter på återgång i arbete. Studieresultat som baseras på intervjuer eller enkäter visar på mer positiva erfarenheter än studier som baseras på kvantitativa studier eller randomiserade experiment. Dessa studier visar snarare en svag effekt på minskad sjukskrivning till följd av koordineringsinsatser.

En studieöversikt från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar utifrån studier från Danmark, Nederländerna, Norge och Sverige att koordineringsinsatser möjligen har en positiv effekt på återgång i arbete upp till 12 månader för sjukskrivna patienter med psykisk eller muskuloskeletal sjukdom.<sup>97</sup> En svensk klusterrandomiserad studie från 2018 var inkluderad i underlaget. Deltagarna i den studien var sjukskrivna med nydiagnostiserad depression. Resultatet från just den studien visar bland annat att nettosjukskrivningstiden var signifikant kortare under 4–6 månader.<sup>98</sup>

En randomiserad kontrollerad studie från Region Uppsala som pågick mellan 2018 och 2021 inom psykiatri visar inga statistiskt signifikanta skillnader av insatser med eller utan rehabiliteringskoordinator, när det gäller sjukskrivning eller påbörjan eller återgång i arbete för sjukskrivna med medelsvår eller svår affektiv- eller ångestsjukdom.<sup>99</sup> Region Uppsala genomförde ytterligare en randomiserad kontrollerad studie mellan 2019 och 2021 vid

---

<sup>97</sup> Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Insatser i vården vid långtidssjukskrivning*, rapport 359, 2022.

<sup>98</sup> Björkelund C. m.fl., Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* Vol. 19, nr. 1. 2018, s. 28.

<sup>99</sup> Andersén Å., m.fl., *Utvärdering av rehabiliteringskoordinator inom psykiatrisk specialistsjukvård*, Uppsala universitet, dnr. PUBCARE 2019/317.

ortopedmottagningen. Men den visar inte heller på några effekter av en rehabiliteringskoordinator när det gäller sjukskrivningsstatus, övergång till arbete eller studier och självskattad hälsa, smärta eller arbetsförmåga.<sup>100</sup>

En observationsstudie publicerad 2025 visar på lägre genomsnittliga sjukskrivningsdagar för sjukskrivna som hade fått koordineringsinsatser i primärvården, 71,3 dagar jämfört med 76,1 dagar. Men sambandet är inte statistiskt signifikant över en uppföljningsperiod på 10 månader.<sup>101</sup>

Däremot visar en randomiserad kontrollerad studie från Stockholms läns landsting under åren 2013–2018 positiva effekter av rehabiliteringskoordinatorer när det gäller sjukskrivningsdagar för sjukskrivna patienter med tidigare sjukskrivningshistorik och som har diagnoser inom lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta. Men samma studie visar ingen effekt för sjukskrivna med en kombination av tidigare nämnda diagnoser eller för sjukskrivna med låg eller ingen tidigare sjukskrivningshistorik eller vårdkonsumtion. Samma studie identifierar några specifika framgångsfaktorer. De inkluderar bland annat att ha en särskild utbildad rehabiliteringskoordinator och att noggrant identifiera lämpliga sjukskrivna med risk för längre sjukskrivning, och att det finns ett nära samarbete med sjukskrivande läkare för att enas om en rehabiliteringsplan.<sup>102</sup>

I den kvalitativa forskningen om koordineringsinsatser visar sig en helt annan bild av koordineringsinsatser. Där framkommer i stort sett enbart positiva upplevelser från sjukskrivna patienter av att få stöd från rehabiliteringskoordinatorer i sjukskrivnings- och

---

<sup>100</sup> Berglund E. och Anderzén I., *REKO vid Ortopedmottagningen*, Uppsala universitet, dnr. PUBCARE 2022/171.

<sup>101</sup> Berglund, E. m.fl., Receiving Return-To-Work Coordination at Swedish Primary Healthcare Clinics: A Register-Based Study Among People on Sickness Absence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 3 sep, 2025.

<sup>102</sup> Stockholms läns landsting, *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator*, slutrapport april 2018.

rehabiliteringsprocessen.<sup>103</sup> Även läkare har positiva upplevelser av att samarbeta med rehabiliteringskoordinatorer.<sup>104</sup>

Skillnader i resultat mellan studier kan bero på flera faktorer. Ett exempel är att insatser kan skilja sig åt när det gäller interventionsinnehåll. Ett annat är att de inkluderade målgrupperna skiljer sig åt avseende diagnos, sjukskrivningslängd och anställningsstatus. Internationella studier utvärderar ofta en koordinering där koordineringsfunktionen arbetar utanför hälso- och sjukvården. Koordineringsfunktionen kan då till exempel arbeta på ett försäkringsbolag, vilket skiljer sig från den koordinatorfunktion som är införd i den svenska hälso- och sjukvården.

---

<sup>103</sup> SOU 2023:48, *Rätt förutsättningar för sjukskrivning*, s. 143–144; Berglund E., m.fl., Coordination and Perceived Support for Return to Work: A Cross-Sectional Study among Patients in Swedish Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, nr. 7, 2022, s. 4040 och Svärd V., m.fl., How People with Multimorbidity and Psychosocial Difficulties Experience Support by Rehabilitation Coordinators During Sickness Absence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 14, 31 maj, 2021, s. 1245–1257.

<sup>104</sup> Se exempelvis Stockholms läns landsting, *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator*, slutrapport april 2018 och Västerbotten läns landsting, *ReKoord-projektet Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet*.



## Bilaga 3: Deskriptiv statistik från registerdata

Tabell B3 Beskrivning av populationen: unika sjukskrivna patienter baserat på den senaste koordineringsinsatsen och för kontrollgruppen det senaste avslutande sjukskrivningsåret under tidsperioden 2019–2024

	<i>Koordineringsinsats (n=70 102)</i>			<i>Kontroller (n= 783 034)</i>		
Variabel	Antal (%)			Antal (%)		
	Offentlig (n= 50 411)	Privat (n=19 691)	Totalt insats	Offentlig (n=581 294)	Privat (n=201 740)	Totalt kontroller
<i>Kön</i>						
Kvinnor	34 622 (69)	14 119 (72)	48 741 (70)	128 103 (59)	128 103 (64)	471 329 (60)
Män	15 789 (31)	5 572 (28)	21 361 (30)	238 068 (41)	73 637 (36)	311 705 (40)
Totalt	50 411 (100)	19 691 (100)	70 102 (100)	581 294 (100)	201 740 (100)	783 034 (100)
<i>Ålder</i>						
18–39	18 730 (36)	7 301 (37)	26 031 (37)	225 664 (39)	79 703 (40)	331 398 (39)
40–59	25 668 (51)	9 982 (51)	35 650 (51)	262 701 (45)	95 265 (47)	393 616 (46)
60–67	6 013 (12)	2 408 (12)	8 421 (12)	92 929 (16)	26 772 (13)	128 122 (15)
Totalt	50 411 (100)	19 691 (100)	70 102 (100)	581 294 (100)	201 740 (100)	853 136 (100)
Medelvärde (median) ålder	45 (45)	45 (45)	45 (45)	45 (45)	44 (44)	45 (45)

Bilaga 3: Deskriptiv statistik från registerdata

	<i>Koordineringsinsats (n=70 102)</i>			<i>Kontroller (n= 783 034)</i>		
<i>Födelseland</i>						
Sverige och Norden	42 314 (84)	16 110 (82)	58 424 (83)	475 711 (82)	155 631 (77)	631 342 (81)
Övriga länder	8 097 (16)	3 581 (18)	11 678 (17)	105 583 (18)	46 109 (23)	151 692 (19)
Totalt	50 411 (100)	19 691 (100)	70 102 (100)	581 294 (100)	201 740 (100)	783 034 (100)
<i>Civiltillstånd</i>						
Gift	18 789 (37)	7 433 (38)	26 222 (37)	225 431 (39)	78 566 (39)	303 997 (39)
Ogift	23 080 (46)	8 707 (44)	31 787 (45)	267 548 (46)	90 181 (45)	357 729 (46)
Skild/änka/änke man	8 398 (17)	3 490 (18)	11 888 (17)	86 428 (15)	32 308 (16)	118 736 (15)
Övrigt	144 (0)	61 (0)	205 (1)	1 887 (0)	685(0)	2 572 (0)
Totalt	50 411 (100)	19 691(100)	70 102 (100)	581 294 (100)	201 740 (100)	783 034 (100)
<i>Utbildningsnivå</i>						
Förgymnasial	5 607 (11)	1 915 (10)	7 522 (11)	62 906 (11)	19 386 (10)	82 292 (11)
Gymnasial	25 628 (51)	9 238 (47)	34 866 (50)	296 620 (52)	91 613 (46)	388 233 (51)
Eftergymnasial	18 866 (38)	8 423 264 (42)	27 289 (39)	213 456 (37)	88 357 (44)	301 813 (39)
Totalt <sup>1</sup>	50 101 (100)	19 576 (100)	69 677 (100)	572 982 (100)	199 356 (100)	772 338 (100)

	<i>Koordineringsinsats (n=70 102)</i>			<i>Kontroller (n= 783 034)</i>		
<i>Huvuddiagnos från Försäkringskassan (MiDAS)</i>						
Stressreaktioner (F43)	16 865 (34)	7 984 (41)	24 849 (36)	86 190 (15)	58 849 (30)	145 039 (19)
Övriga psykiatriska diagnoser	13 892 (28)	4 857 (25)	18 749 (27)	90 082 (16)	35 103 (18)	125 185 (16)
Rörelseorganens sjukdomar	8 473 (17)	3 086 (16)	11 559(17)	111 613 (19)	45 175 (22)	156 788 (20)
Övriga diagnoser	10 514 (21)	3 540 (18)	14 054 (20)	282 621 (50)	59 186 (30)	341 807 (45)
Totalt	49 744 (100)	19 467 (100)	69 211 (100)	570 506 (100)	198 313 (100)	768 819 (100)
<i>Försäkradtyp</i>						
Anställd	42 743 (85)	17 232 (88)	59 975 (86)	510 114 (88)	179 770 (89)	689 884 (88)
Anställd dag 1-omfattas ej <sup>2</sup>	1 915 (4)	749 (4)	2 664 (4)	17 004 (3)	6 114 (3)	23 118 (3)
Arbetslös	3 873 (7)	1 120 (5)	4 993 (7)	29 274 (5)	8 030 (4)	37 304 (5)
Övriga	1 880 (4)	590 (3)	2 470 (3)	24 902 (4)	7 826 (4)	32 728 (4)
Totalt	50 411 (100)	19 691(100)	70 102 (100)	581 294 (100)	201 740 (100)	637 752 (100)

Anm.: <sup>1</sup>Fördelningen baseras på åren 2019–2023 eftersom data över utbildning inte finns för 2024, därav ett bortfall på 24 %. <sup>2</sup>Anställd dag 1-omfattas ej av sjuklön. *Källa:* Försäkringskassan, regionerna och Statistikmyndigheten SCB, ISF:s bearbetning.

Tabell B4 Unika sjukperioder hos anställda med inkomst före sjukperioden som inom 3, 6 och 12 månader efter sjukperiodens slut har någon inkomst eller återfår tidigare inkomstnivå. Redovisat för patienter med koordineringsinsatser respektive kontrollgrupp, samt uppdelat på sjukperioder kortare än 2 år och 2 år eller längre, åren 2020–2022

	<i>Sjukperiod &lt;2 år</i>		<i>Sjukperiod 2+ år</i>		<i>Alla sjukperioder</i>	
	<i>Insats</i>	<i>Kontroll</i>	<i>Insats</i>	<i>Kontroll</i>	<i>Insats</i>	<i>Kontroll</i>
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
Någon inkomst	(n=20 242)	(n=171 914)	(n=628)	(n=1 209)	(n=20 870)	(n=173 123)
<3 mån	18 929 (94)	163 149 (95)	481 (77)	837 (69)	19 410 (93)	163 986 (95)
<6 mån	19 343 (96)	165 679 (96)	501 (80)	880 (73)	19 844 (95)	166 559 (96)
<12 mån	19 661 (97)	167 758 (98)	525 (84)	914 (76)	20 186 (97)	168 672 (97)
Tidigare inkomstnivå	(n=19 757)	(n=168 532)	(n=541)	(n=964)	(n=20 298)	(n=169 496)
<3 mån	15 545 (79)	136 010 (81)	335 (62)	563 (58)	15 880 (78)	136 573 (81)
<6 mån	17 001 (86)	145 947 (87)	378 (70)	630 (65)	17 379 (86)	146 577 (86)
<12 mån	18 155 (92)	154 520 (92)	428 (79)	688 (71)	18 583 (92)	155 208 (92)

Anm.: Med anställda menas här att patienterna hade en anställning vid sjukperiodens start. Med någon inkomst avses i det här fallet en arbetsinkomst som motsvarar minst en krona. Med tidigare inkomstnivå avses i det här fallet minst 90 procent av medelinkomsten från de tre månader som föregick sjukfallens start. Anm. 2: De undersökta tidsperioderna är inte uteslutande vilket innebär att en sjukperiod (patient) kan förekomma flera gånger.

Källa: Försäkringskassan och Statistikmyndigheten SCB, ISF:s bearbetning.

Tabell B5 Unika sjukperioder hos anställda utan tidigare arbetsinkomst som inom 3, 6 och 12 månader efter sjukperiodens slut har någon inkomst. Redovisat för patienter med koordineringsinsatser respektive kontrollgrupp, samt på sjukperioder kortare än 2 år och 2 år eller längre, åren 2020–2022

År	Sjukperiod <2 år		Sjukperiod 2+ år		Alla sjukperioder	
	Insats (n=407)	Kontroll (n=2 792)	Insats (n=87)	Kontroll (n=164)	Insats (n=494)	Kontroll (n=2 956)
Någon inkomst	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
<3 mån	280 (69)	1 706 (61)	54 (62)	85 (52)	334 (68)	1 791 (61)
<6 mån	301 (74)	1 865 (67)	58 (67)	89 (54)	359 (73)	1 954 (66)
<12 mån	325 (80)	2 041 (73)	59 (68)	96 (59)	384 (78)	2 137 (72)

Anm.: När en person får ett ärende vid Försäkringskassan registreras personen utifrån försäkradtyp. Det kan vara exempelvis anställd, arbetslös eller annan förmån. Med anställda menas här att patienterna har en anställning vid sjukperiodens start. Anställd utan inkomst kan innebära att personen hade ett sjukfall inom 3 månader före sitt senaste vilket innebär att de hade ersättning och inte bruttolön. De är däremot inte föräldralediga eller studerande. Med någon inkomst avses i det här fallet en arbetsinkomst som motsvarar minst en krona.

Anm. 2: De undersökta tidsperioderna är inte uteslutande vilket innebär att en sjukperiod (patient) kan förekomma flera gånger.

Källa: Försäkringskassan och Statistikmyndigheten SCB, ISF:s bearbetning.

**Tabell B6** Beskrivande statistik om gruppen anställda utan respektive med en arbetsinkomst före sin senaste sjukperiod. Redovisat för sjukskrivna patienter som har fått koordineringsinsatser respektive kontrollgrupp

	<i>Utan arbetsinkomst före sjukperiod</i>		<i>Någon inkomst före sjukperiod</i>	
	<i>Insats</i>	<i>Kontroll</i>	<i>Insats</i>	<i>Kontroll</i>
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
<i>Kön</i>				
Kvinna	319 (65)	1 481 (50)	14 562 (70)	100 221 (58)
Man	175 (35)	1 475 (50)	6 308 (30)	72 902 (42)
<i>Ålder</i>				
18–39 år	216 (44)	1 398 (48)	7 934 (38)	63 955 (38)
40–59 år	222 (45)	1 085 (37)	10 574 (51)	77 527 (46)
60–67 år	56 (11)	418 (14)	2 362 (11)	27 769 (16)
<i>Diagnos</i>				
Muskuloskeletala	70 (14)	492 (17)	3 484 (17)	33 697 (19)
Stressrelaterade	136 (28)	350 (12)	8 194 (39)	27 642 (16)
Övriga psykiska	125 (25)	1 571 (53)	4 320 (21)	91 811 (53)
Övriga	163 (33)	543 (18)	4 872 (23)	19 973 (12)
<i>Utbildning</i>				
Förgymnasial	167 (34)	966 (34)	8 332 (40)	65 304 (39)
Gymnasial	70 (14)	464 (16)	1 958 (9)	17 154 (10)
Eftergymnasial	249 (51)	1 443 (50)	10 465 (50)	86 800 (51)

Anm.: Med anställda menas här att de sjukskrivna patienterna hade en anställning vid sjukperiodens start. Med senaste sjukperiod menas den sista sjukperioden som den sjukskrivna patienten hade i vårt datauttag (2019 till och med maj 2025).

Källa: Försäkringskassan och Statistikmyndigheten SCB, ISF:s bearbetning.



En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen  
och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

ISBN 978-91-90154-12-0