



**SAHLGRENKA AKADEMIN  
INSTITUTIONEN FÖR  
NEUROVETENSKAP OCH  
FYSIOLOGI  
ARBETSTERAPI**

**PATIENTENS UPPLEVELSE AV  
REHABKOORDINATORN  
I SAMBAND MED  
SJUKSKRIVNINGSPROCESSEN  
- En kvalitativ studie**

**Cara Hansson, Ester Boberg**

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete inom arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Christina Andersson, Med.dr, leg Arbetsterapeut, Gunilla Forsberg-Wärleby, Med.dr, leg Arbetsterapeut
Examinator:	Isabelle Ottenvall-Hammar, Med.dr leg Arbetsterapeut

## Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Christina Andersson, Med.dr, leg Arbetsterapeut Gunilla Forsberg-Wärleby, Med.dr, leg Arbetsterapeut
Examinator:	Isabelle Ottenvall-Hammar, Med.dr leg Arbetsterapeut

Bakgrund	Då sjukskrivningarna successivt ökade i Sverige, startade 2006 ett projekt vid namn "Sjukskrivningsmiljarden". I projektet uppstod funktionen rehabkoordinator, vars uppdrag var att underlätta både för patienter och de olika yrkesgrupper som medverkar under en sjukskrivningsprocess. Rollen som rehabkoordinator är relativt ny vilket innebär att det ännu finns kunskapsgap gällande rehabkoordinatorns arbetsmetod vid Sahlgrenska Universitetssjukhus, vilket är anledningen till att den här studien genomförts.
Syfte	Att undersöka patienters upplevelser av rehabkoordinatorns insatser för att komma tillbaka till arbete i samband med sjukskrivningsprocessen.
Metod	En kvalitativ studie med induktiv ansats. Analysen har genomförts med Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys. Studien grundar sig på fem intervjuer med personer som varit i kontakt med rehabkoordinatorer vid Sahlgrenska Universitetssjukhus i samband med sin sjukskrivning.
Resultat	Studien resulterade i tre kategorier angående funktionen rehabkoordinering. Den första kategorin behandlade välfungerande områden och berörde mötet med rehabkoordinatorn samt den hjälp som hen bistod med. Vidare framkom en stor uppskattning både av funktionen i sig, samt av relationen mellan deltagare och rehabkoordinator. Dessutom framkom en rad förbättringsområden som främst berörde organisatoriska faktorer.
Konklusion	Deltagarnas beskrev kontakten med rehabkoordinatorn som positiv och som ett viktigt stöd i sjukskrivningsprocessen. I relation till tidigare upplevelser av sjukvården och andra aktörer, kände sig deltagarna nu sedda och inte längre misstrodda. De förbättringsområden som framkom var främst gällande bristande information angående rehabkoordinering.

## Abstract

Thesis: 15 hp  
Program: Occupational Therapy program 180 hp  
Course: ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy  
Level: First Cycle  
Semester/year: St 2018  
Supervisors: PdD Reg OT Christina Andersson  
PdD Reg OT Gunilla Forsberg-Wärleby  
Examiner: PdD Reg OT Isabelle Ottenvall-Hammar  
Keyword: Return to work, Sick leave, Case managers

**Background:** When sick leave increased progressively in Sweden, a project called “Sjukskrivningsmiljarden” started in 2006. In this project the role of the rehabilitation coordinator was founded, whose assignment was to facilitate for both patients and the different professions involved in a sick leave process. Since the role rehabilitation coordinator is relatively new, there is a gap of knowledge about the effects of such an intervention in Sahlgrenska Universitetssjukhus, which is the reason why this study was conducted.

**Aim:** To examine patients’ experiences of the rehabilitation coordinators contribution in the process to return to work during a sick leave.

**Method:** A qualitative study using inductive content analysis according to Graneheim and Lundman. The study is based on five interviews with patients that have been in contact with a rehabilitation coordinator at Sahlgrenska Universitetssjukhus during their sick leave.

**Result:** The results revealed three aspects of the participants’ experiences. The first aspect addressed well-functioning areas, and focused on the meeting with the rehabilitation coordinator and the help that was provided. Furthermore, there was a great appreciation of the role, but also of the relationship formed between the participant and the rehabilitation coordinator. Areas of improvement were also identified, mainly concerning organizational issues.

**Conclusion:** The participants described their encounters with the rehabilitation coordinator as positive and as a significant support in the sick leave process. In relation to previous encounters with health care and other professions, the participants no longer felt distrusted. Areas of improvement that emerged, were mainly concerning the inadequate information about the rehabilitation coordination.

# Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Syfte .....	3
Metod .....	3
Metodval.....	3
Urval.....	3
Datainsamling.....	3
Databearbetning .....	4
Resultat .....	6
Välfungerande områden .....	6
Praktiskt stöd .....	7
Mentalt stöd .....	7
Tillgänglighet.....	7
Försäkringsmedicinsk kunskap.....	8
Hållbar arbetsåtergång.....	8
Uppskattning .....	8
Möjlighetsskapande .....	8
Hyllningar.....	8
Förbättringsområden .....	9
Timing .....	9
Okunskap hos andra aktörer .....	9
Okunskap hos patienter .....	9
Resultatdiskussion.....	10
Metoddiskussion .....	12
Etiska överväganden .....	13
Konklusion.....	14
Referenser .....	15

## Bakgrund

Det är viktigt med ett välbalanserat vardagsliv för den allmänna hälsan (1). Enligt ValMo-modellen (1) påvisas att en obalans i vardagsaktiviteter innebär en risk för såväl somatisk som psykisk ohälsa (1, 2). Att ha balans i vardagen är således viktigt för att inte riskera ytterligare ohälsa (3). Sjukskrivningar i sig kan vara en anledning till obalans och kan leda till negativa följder såsom depression, stress och risk att fångas i en sjukroll (3, 4). En person som ställs inför sjukskrivning, oavsett anledning, kan uppleva känslan av att vara otillräcklig (2, 3). I den västerländska kulturen anses det vara positivt att ha ett fullt schema och klara sig själv, vilket kan vara svårt att hantera under en sjukskrivning då livet kan bli mer stillastående. Lönearbete är för många en stor del av livet och är inte enbart en inkomstkälla. Det ger också struktur till vardagen vilket bidrar till balans, samt ger en känsla av meningsfullhet (1, 2). En viktig del i Kielhofners Model of Human Occupation (MOHO) (5) är *roller*. En person kan under sin livstid ha flera olika roller, exempelvis föräldraroll, arbetsroll och vänskapsroll. Att ha en bild av sig själv som en aktiv person, och sedan inte kunna leva upp till den under en sjukskrivning, gör att det blir en förändring i personens roller (5). Detta kan påverka personens förmåga att ta sig tillbaka till arbete, därför är det viktigt att få en snabb återgång efter sjukskrivning för att bibehålla hälsa (1, 2–4).

Att genomgå en sjukskrivningsprocess kan vara svårt både praktiskt och emotionellt. Det är åtskilliga formulär att fylla i, samt kontakter med olika aktörer (2, 6, 7). Det kan krävas många telefonsamtal med sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och andra aktörer innan all information framkommit, vilket kan vara svårt som privatperson och sjukskriven att hantera på egen hand. Då sjukskrivningarna successivt ökade valde regeringen 2005 att ge Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att starta ett projekt för att få en mer rättvis och kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro (8, 9). Därav startade år 2006 projektet *Sjukskrivningsmiljarden* (6, 9, 10) för att minska både antalet sjukskrivningar, samt sjukskrivningstiden. I detta projekt uppstod funktionen *Rehabkoordinator* (6, 10), vars uppdrag var att underlätta både för patienter och de olika yrkesgrupper som medverkar under en sjukskrivningsprocess. ”*Denna funktion ska vid behov stödja kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att, i förekommande fall, underlätta för patienten att återgå i arbete eller vara kvar i arbete.*” (9, s. 9) Rehabkoordinatorer bör ha goda kunskaper inom *försäkringsmedicin*, vilket innebär hur lagar och juridiska riktlinjer inom exempelvis Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, påverkar och påverkas av olika funktionstillstånd, rehabilitering och behandling (6). De bör även ha goda kunskaper inom hela sjuk- och rehabiliteringsprocessen. Rehabkoordinatorer kan vara exempelvis utbildade arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor eller socionomer (6, 7).

Vid Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU) är i dagsläget majoriteten av rehabkoordinatorerna legitimerade arbetsterapeuter (muntlig kommunikation, Processledare Sjukskrivningsprocessen SU, Melin Carin, 18-01-08). Arbetsterapi som profession grundar sig på antagande om människan, aktivitet, delaktighet och hälsa (11). De filosofiska grundantaganden som står med i *Etisk kod för arbetsterapeuter* (11) menar att aktivitet och delaktighet påverkar människans möjlighet till utveckling, samt möjlighet att kunna påverka sin hälsa. Genom dessa antaganden ska arbetsterapeuten hjälpa personen att leva ett så gott liv som möjligt (11). Vidare arbetar arbetsterapeuter personcentrerat, vilket innebär att personens styrkor, förmågor och miljö är i fokus, snarare än dess diagnos (12). Patienten ska då vara aktiv i sin rehabilitering angående vård och beslut (12). Detta stämmer väl överens

med beskrivningen av rehabkoordinators arbete (10), att i samband med kartläggningen av rehabbehovet göra patienterna delaktiga i samtliga delar av processen.

Rehabkoordinators funktion utvärderades mellan 2012–2013 på uppdrag av regeringen (7). Resultatet var huvudsakligen positivt och berörde en minskad känsla av utsatthet hos patienter, en avlastning för andra berörda aktörer samt möjlighet till ekonomiska vinster (7). År 2015 slöts ett förnyat avtal mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL), där målet var en fortsatt kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (9). Rehabkoordinatorer finns idag i alla landsting och funktionen gör skillnad (13). I en rapport (13) från Stockholms län påvisas att patienter som fått stöd av en rehabkoordinator hade färre sjukskrivningsdagar än de som inte fick det stödet. Dock ser arbetssättet olika ut inom de olika landstingen, och resultatet är varierande. Varje landsting utarbetar en arbetsbeskrivning av rehabkoordinators uppdrag, som sedan verksamheterna arbetar utifrån (6, 14). Undersökningar av arbetsbeskrivningarna framhäver fyra olika modeller att arbeta efter (6). *Administratören* är en modell där rehabkoordinatören främst arbetar med att boka möten och förenkla logistik. *Kontaktpersonen* arbetar mer fördjupat genom att dessutom ha kontakt med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. *Coachen* är den tredje modellen som förutom det tidigare nämnda dessutom arbetar med förebyggande arbete och hjälper till att kartlägga patientens rehabilitering. *”Spindeln i nätet”* är den fjärde modellen, som också är den mest övergripande. I denna modell ska rehabkoordinatören vara ett stöd för såväl patienten som medverkande yrkesgrupper för att underlätta och påskynda processen. ”Spindeln i nätet” ska dessutom arbeta för att utbilda övrig personal, samt vara ledare för ett rehabiliteringsteam med olika professioner, som arbetar tillsammans med patienters rehabilitering (6). Arbetsuppgifterna har utifrån de fyra modellerna dessutom beskrivits i en figur som kallas *Stegen* (6, 7). Uppgifterna visas där i åtta steg, och ju högre upp på Stegen desto mer avancerad är rollen som rehabkoordinator (6). På SU arbetar de enligt steg nummer sex (muntlig kommunikation, Processledare Sjukskrivningsprocessen SU, Melin Carin, 17-12-06) som innebär att rehabkoordinatören ska vara *organisatör*, *rådgivare* och *kunskapsförmedlare*, *samarbetspartner* till andra aktörer, *kontaktperson/coach* till patienten samt *utforskare/bedömare* av patientens behov (6). På SU introducerades rollen som rehabkoordinator år 2014. Vid uppstarten arbetade två personer deltid med uppdraget på SU, fyra år senare finns närmare 20 personer som arbetar hel- eller deltid med rehabkoordinering (muntlig kommunikation, Processledare Sjukskrivningsprocessen SU, Melin Carin, 17-12-06).

Rollen som rehabkoordinator är relativt ny vilket innebär att det ännu finns kunskapsgap gällande rehabkoordinators funktion och arbetsmetod. Det har tidigare gjorts studier om rehabkoordinators arbete i exempelvis Västerbotten (6) och Stockholm (15) men då alla landsting utarbetar egna arbetsbeskrivningar är dessa studier inte överförbara till andra landsting. Vidare har det framkommit ett behov av att få bättre kunskap om hur patienterna upplever det stöd de fått av rehabkoordinatorer inom SU, vilket var anledningen till att den här studien genomfördes. En ökad kunskap kring patienternas upplevelser kan ge en mer jämlik och kvalitetssäkrad vård.

## Syfte

Studiens syfte är att undersöka patienters upplevelser av rehabkoordinators insatser för att komma tillbaka till arbete i samband med sjukskrivningsprocessen.

## Metod

### Metodval

Denna studie har undersökt patienters upplevelser av rehabkoordinators insatser under sjukskrivningsprocessen, därav var en kvalitativ studie mest lämplig. Kvalitativ design avser att få förståelse av ett fenomen genom att studera deltagarnas upplevelser, uppfattningar och erfarenheter (16). Författarna har därför genomfört en kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats. Intervjuerna har genomförts med semistrukturerad design, vilket innebär att författarna följt en frågeguide med öppna frågor, med möjlighet att inflika följdfrågor för fördjupad förståelse (16).

### Urval

Inklusionskriterier: Patienter som varit sjukskrivna för somatiska diagnoser och vid minst tre tillfällen varit i kontakt med en rehabkoordinator som har arbetsterapeutisk grundprofession. Exklusionskriterier: Patienter med psykiatriska diagnoser.

Författarna har intervjuat personer som under sin sjukskrivning varit i kontakt med en rehabkoordinator inom verksamheterna neurologi och ortopedi vid SU. Då studien genomfördes i ämnet arbetsterapi, gjordes urvalet genom att fokusera på rehabkoordinatorer som var arbetsterapeuter i sin grundprofession.

Brev till verksamhetschefer skickades, och godkännande återsändes till författarna. Därefter valdes deltagarna ut av rehabkoordinatorer vid SU, och kontaktades sedan via telefon. En vecka innan planerad intervju fick deltagarna dessutom ett informationsbrev om studiens syfte med en kort bakgrundsbeskrivning samt information om att deltagandet var frivilligt.

Totalt genomfördes sex intervjuer, en intervju exkluderades dock från studien då det under intervjun framkom att deltagaren inte uppfyllde inklusionskriterierna. Deltagarna i studien utgjordes slutligen av fem personer, varav fyra kvinnor och en man i åldrarna 30–41. Samtliga deltagare hade under en period varit sjukskrivna 100 % och var vid tiden för intervjuerna tillbaka i arbete mellan 0–80 %.

### Datainsamling

Intervjuerna genomfördes på olika platser och på olika sätt utifrån deltagarnas önskemål; hemma hos deltagarna, i grupp på Hälsovetarbacken på Göteborgs Universitet samt via videosamtal. Vid intervjuerna deltog båda författarna, en hade en aktiv roll i intervjun och den andra observerade samt inflikade eventuella följdfrågor som kunde berika studien. Intervjuernas längd var mellan 20–30 minuter och spelades in på ljudfil.

Intervjuerna utgick ifrån en semistrukturerad intervjuguide (16) som berörde fyra frågeområden. Det första frågeområdet berörde deltagarnas *upplevelser av sjukskrivningen*.

Vidare undersöktes hur de upplevde *kommunikationen med rehabkoordinatören*, där ämnet bemötande diskuterades. Rehabkoordinatorns insatser i relation till *andra aktörer* utforskades, samt eventuella utvecklingsmöjligheter av funktionen. Frågeområdet *rehabkoordinatorns insatser* undersökte om rehabkoordinatören bidragit med försäkringsmedicinsk kunskap samt om funktionen upplevdes ha påverkat längden på sjukskrivningen. Vid behov inflikades följdfrågan "*Kan du fördjupa?*", om författarna upplevde att deltagarens svar var otydligt. Den första intervjun genomfördes som en pilotintervju för att kontrollera att intervjuguiden svarade mot syftet. Då resultatet av denna intervju var tillfredsställande, valdes senare intervjun att inkluderas i studien.

## Databearbetning

Efter varje avslutad intervju diskuterade författarna övergripande vad som framkommit, och därefter transkriberades ljudfilerna till text, vilket utgör materialet till denna studie. Efter fem genomförda och transkriberade intervjuer upplevdes informationen mättad, och då påbörjades den kvalitativa innehållsanalysen enligt Graneheim och Lundman (17). Initialt lästes texten i sin helhet för att identifiera preliminära teman. I nästa steg identifierade författarna meningsbärande enheter, som svarade mot syftet. Detta steg skedde primärt enskilt, för att sedan diskuteras tillsammans. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna till mer lätthanterlig text, utan att förlora väsentlig information. Utifrån de kondenserade meningarna skapades koder som identifierar det bakomliggande budskapet. Dessa koder sammanfördes till kategorier och underkategorier beroende på likheter och skillnader (17). Analysen av koder och kategorier utförde författarna tillsammans i Excel för att enkelt kunna jämföra olika meningsbärande enheter, samt stämma av att innehållet svarade mot syftet. Exempel på analysenheter visas i figur 1.



<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
”Ja, precis. Det har hon ju hjälpt mig med, hur jag ska fylla i vissa blanketter om vad Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan vill ha... Då tar jag och ringer jag eller mejlar [rehabkoordinatorn] så har hon hjälpt mig vad det är de eftersöker då...Så har hon sagt, ah men då är det en sån, då är det det och det du ska fylla i.”	Rehabkoordinatorn har hjälpt mig hur jag ska fylla i blanketter från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samt sagt vilka jag ska fylla i.	Rehabkoordinatorn bistår med kunskap angående blanketter.	Försäkringsmedicinsk kunskap	Välfungerande områden
”Ibland var det ju kanske lite tveksamt då att ska man verkligen bara jobba två veckor på 25 procent innan man går upp till 50... Eh... och såna där grejer har ju hon lagt sig i, vilket har känts skönt.”	Rehabkoordinatorn har lagt sig i att man inte bör gå upp från 25 till 50 efter två veckor, det har känts skönt.	Rehabkoordinatorn påverkar arbetsåtergång.	Hållbar arbetsåtergång	
”Eh, ja men det är väl, man inser att man har vissa svårigheter, haha... Man är ganska liten när man försöker processa och... någon att bolla med.”	Jag insåg att jag har vissa svårigheter, man känner sig liten när man ska processa mot Försäkringskassan.	Rehabkoordinatorn behövs, svårt ensam.	Mentalt stöd	

Figur 1: Figuren visar exempel på meningsbärande enheter, kondenserade meningar, koder, underkategorier samt kategorier, som framkommit i innehållsanalysen angående rehabkoordinatorernas insatser i samband med sjukskrivningsprocessen.

## Resultat

Studiens resultat bygger på innehållet av de fem genomförda intervjuerna samt dess analys. Genom analysen framkom tre kategorier; *Väl fungerande områden*, *Uppskattning* samt *Förbättringsområden*. Inom kategorierna har underkategorier utformats som har tydliggjorts med citat från intervjudeltagarna. I figur 2 redovisas en schematisk bild över analysens resultat (se figur 2).



Figur 2. Figuren visar resultatets kategorier samt underkategorier av rehabkoordinatorernas insatser i samband med sjukskrivningsprocessen.

### Väl fungerande områden

I denna kategori framkom de faktorer i rehabkoordinatorns arbete som deltagarna upplevde som väl fungerande områden, och som således underlättat arbetsåtergång. De beskrivs ytterligare i underkategorierna *Praktiskt stöd*, *Mentalt stöd*, *Tillgänglighet*, *Försäkringsmedicinsk kunskap* samt *Hållbar arbetsåtergång*.

## Praktiskt stöd

Deltagarna upplevde att rehabkoordinatören var ett praktiskt stöd och en avlastare när hen övertog uppgifter som deltagarna på egen hand hade svårt att hantera. De vittnade även om misslyckade försök att etablera kontakt med myndigheter, men att rehabkoordinatören då ordnade möten med exempelvis Arbetsförmedlingen. I denna underkategori hjälpte rehabkoordinatören deltagarna handgripligen.

*“Så [rehabkoordinatören] har ju liksom tagit över det, det som har varit stressigt och jobbigt för mig, har hon då gjort istället.”*

*“[Rehabkoordinatören] tar ju kontakt med Försäkringskassan, hon tar kontakt med Arbetsförmedlingen och hon tar kontakt med vilka instanser man nu behöver ha hjälp med och liksom är en mellanhand... och det tycker jag har varit... alltså fantastiskt bra.”*

## Mentalt stöd

Deltagarna upplevde att rehabkoordinatören stod på deras sida och uppmuntrade dem till att klara mer. Rehabkoordinatören har varit ett stöd, inte bara med kunskap, utan även i att ha någon att diskutera med.

*“Eh, ja men det är väl, man inser att man har vissa svårigheter, haha... Man är ganska liten när man försöker processa och... någon att bolla med.”*

Deltagarna upplevde även att myndigheter och andra aktörer ibland motarbetade dem. Rehabkoordinatören fanns då som en stöttare som stod på deras sida samt hjälpte dem att hantera situationen.

*“[Rehabkoordinatören] har ju liksom funnits där och stått på min sida känns det som.... Mot.... ja... Försäkringskassan blir det ju i mitt fall då.”*

## Tillgänglighet

Deltagarna uppskattade att rehabkoordinatorerna varit lättillgängliga. De kommunicerade på olika sätt, deltagarna fick själva välja vilket sätt de trivdes med och upplevde att rehabkoordinatören fanns där för dem.

*“Jag tycker att kontakten har varit, den har varit bra, den har inte varit för på men ändå så har man vetat att man har... Är det någonting så ringer jag bara så vet jag att jag får hjälp.”*

Vidare deltagarna uttryckte att det varit svårt att komma i kontakt med andra delar av sjukvården samt andra aktörer. I relation till dessa upplevdes rehabkoordinatören som mycket tillgänglig.

*“Det var ju vid nått tillfälle som jag hade några frågor som jag ville ta upp med [rehabkoordinatören] och då gick hon direkt till läkaren och satte på så jag kunde prata med högtalartelefon med bägge två... även om inte det ingick i någon av deras åtaganden... och det är ett tecken på att man tar sitt allvar, eller arbete på allvar.”*

## **Försäkringsmedicinsk kunskap**

I underkategorin *Försäkringsmedicinsk kunskap* framkom vikten av rehabkoordinators kunskap inom försäkringsmedicin. Deltagarna uppskattade exempelvis rehabkoordinators kunskap gällande blanketter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, hur ett läkarintyg borde utformas för bästa resultat, samt vad de olika aktörerna har för juridiska riktlinjer, skyldigheter och rättigheter. Rehabkoordinatören har i denna underkategori inte hjälpt deltagarna praktiskt, utan endast bidragit genom att delge sin kunskap.

*“[Rehabkoordinatören] gav både råd och så hon har ju mycket i bakgrunden.... Och det är fakta och det som gäller och... både när det gäller min sjukdom och det som arbetsgivaren ska ta hänsyn till.”*

## **Hållbar arbetsåtergång**

Deltagarna upplevde att rehabkoordinatören arbetade för en hållbar arbetsåtergång. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och även vissa läkare upplevdes skynda på processen till varje pris, medan rehabkoordinatören fokuserade på deltagarnas förutsättningar för att göra arbetsåtergången hållbar i ett längre perspektiv.

*“Ibland var det ju kanske lite tveksamt då att ska man verkligen bara jobba två veckor på 25 procent innan man går upp till 50.... Eh... och såna där grejer har ju hon lagt sig i, vilket har känts skönt.”*

## **Uppskattning**

Under intervjuerna framkom mycket positiv respons av deltagarna. De förmedlade en stor uppskattning av funktionen rehabkoordinering, och denna respons delades in i underkategorierna *Möjlighetsskapande* och *Hyllningar*.

### **Möjlighetsskapande**

Deltagarna upplevde att rehabkoordinering var en välbehövlig funktion som tidigare saknats inom sjukvården. De upplevde att rehabkoordinatören skapade möjlighet till att fler personer kommer ut i arbete. Vidare beskrev deltagarna att de tidigare upplevde hopplöshet och att de inte kom vidare i sin process, tills de träffade en rehabkoordinator som möjliggjorde återgång till arbete. I underkategorin möjlighetsskapande berörs positiv respons om funktionen rehabkoordinering.

*“Tack vare en sån som [rehabkoordinatören] så kommer fler folk, som kanske har svårt för vissa typer av arbeten, komma ut i arbete”*

### **Hyllningar**

*Hyllningar* består av positiv personlig feedback som deltagarna beskrev om rehabkoordinatorerna. De positiva kommentarerna kom ofta från deltagarna, inte som svar på en fråga, utan som spontan uppskattning där de ville poängtera hur nöjda de var med rehabkoordinators arbete.

*“Så nu för tiden pratar jag, alla jag pratar med, mina vänner och kollegor på jobbet och så berättar jag om [rehabkoordinatorns] arbete hon har lagt ner...För att jag ska komma tillbaka till arbete då.”*

*“Hon har verkligen vart 100, hon har gett 110%... men hon har gjort ett hästejobb.”*

## **Förbättringsområden**

I denna kategori belyses de upplevelser som deltagarna haft gällande vad som behöver förbättras kring funktionen rehabkoordinering. Detta beskrivs mer utförligt i underkategorierna *Timing*, *Okunskap hos andra aktörer* samt *Okunskap hos patienter*.

### **Timing**

I denna underkategori framkom att deltagarna upplevde att hjälpen från rehabkoordinatören borde komma vid ett tidigare skede. De ansåg att hjälpen hade blivit bättre utnyttjad om den erbjöds redan i början av sjukskrivningen, vilket kunde minska stressen samt gjort processen att komma tillbaka till arbete mer effektiv.

*“Eh... nu såhär i efterhand så hade jag ju kanske kunnat träffa [rehabkoordinatören] tidigare och liksom... och kanske prata igenom vad jag ville och kommit längre i tankarna vad jag vill...åstadkomma.”*

### **Okunskap hos andra aktörer**

Ytterligare ett förbättringsområde var att rehabkoordinatorns roll ännu inte var helt erkänd hos andra aktörer. Deltagarna upplevde att det resulterade i att rehabkoordinatören vid några tillfällen inte fick gehör, trots försäkringsmedicinsk kunskap. Problemet uppstod både inom sjukvården där läkare inte vill ändra sina intyg, samt hos andra aktörer såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som inte vill ändra sina beslut, trots rehabkoordinatorns påtryckningar. Detta fick konsekvenser för deltagarna som då inte fick det stöd de behövde.

*“Eh, som då försökte hjälpa mig med... om [rehabkoordinatören] tyckte att läkarintyget såg konstigt ut...Så försökte hon liksom ligga på att ändra och skriv såhär istället... och så. Tyvärr så fungerade ju inte det då. Utan då var det ju tre månader utan sjukskrivning så fick man börja om sen, igen.”*

### **Okunskap hos patienter**

Deltagarna upplevde att okunskapen om rehabkoordinatorns funktion även fanns hos patienter. De hade ingen förkunskap om vad funktionen innebar, och upplevde att informationen de fick inte var tillräcklig. Slutligen var det muntlig information som fick dem att vända sig till en rehabkoordinator, annars hade de missat att använda funktionen som de sedan upplevde som ett viktigt stöd.

*“Jag har ju fått ett sånt där papper där det står att det här är vårt team och liksom telefonnummer, men jag har inte haft någon... eller jag har ju ingen uppfattningen egentligen...om vad arbetsterapeut eller rehabkoordinator är, så... Och det hade varit bra att veta.”*

## Resultatdiskussion

Ur resultatet framkom tre kategorier; Välfungerande områden, Uppskattning och Förbättringsområden. Deltagarna var mycket nöjda med bemötandet från rehabkoordinatorerna och den hjälp som de bistod med, och de förbättringsområden som berördes gällde främst organisatoriska faktorer.

Rehabkoordinatorers arbete skiljer sig mellan olika landsting (6, 14), och de studier som genomförts för att granska funktionen har visat på gynnsamma effekter. Dessa resultat stämmer väl överens med denna studie, som visar övervägande positiva upplevelser av rehabkoordinatorns arbete vid SU. Litteraturstudien *Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen* (7) beskriver rehabkoordinator som; spindeln i nätet, bollplank, en som ger praktiskt stöd, visar respekt och har ett gott bemötande. Alla dessa beskrivningar har även deltagarna i denna studien vittnat om när de redogör för sitt samarbete med rehabkoordinatorn.

I föreliggande studie framgick att utifrån ett hållbarhetsperspektiv upplevde deltagarna att rehabkoordinatorn var mån om att arbetssituationen skulle fungera i längden. Deltagarna berättade att de haft upplevelser av att "hamna mellan stolar" som ett resultat av att Försäkringskassan utgår från juridiska riktlinjer angående hur länge en person får vara sjukskriven (18). De upplevde att rehabkoordinatorn fokuserade på deras mående istället för antalet sjukdagar. Rehabkoordinatorn upplevdes ha ett långsiktigt perspektiv, medan Försäkringskassan inte tog med i beräkningen att för snabb arbetsåtergång kunde leda till att personerna eventuellt blir sjukskrivna igen inom kort.

Författarna upplevde att deltagarna var motiverade att komma tillbaka i arbete men att de kände sig misstrodda av arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Att dessa aktörer dessutom utgår från juridiska riktlinjer, resulterade i att deltagarna upplevde att det var omöjligt att påverka de beslut som tagits. Keilhofner (5) menar att om människor saknar tro på att de kan påverka ett händelseförlopp eller omständigheter, så påverkar detta även deras motivation. Vidare lyfter Keilhofner (5) att människor behöver tro att deras handlingar leder till effekt, för att vara beredda att investera med ansträngning. Genom deltagarnas berättelser ser författarna här en risk då de uttryckte uppgivenhet att deras handlingar inte ledde till förändring i sitt agerande mot exempelvis Försäkringskassan. Rehabkoordinatorn däremot upplevdes av deltagarna som lyhörd, vilket ledde till en känsla av att kunna påverka. Det kan vara en av nycklarna till de positiva upplevelserna av rehabkoordinatorns arbete. Detta resonemang kan ytterligare styrkas av teorierna som Lundberg (19) diskuterar kring krav och kontroll. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare ställer höga krav på vad en person i sjukskrivning ska klara av. I tillägg till detta har de låg kontroll över sin situation och sina möjligheter att påverka, vilket enligt Lundberg (19) kan leda till stress och ohälsa vilket även deltagarna i vår studie uttryckte. Deltagarna upplevde att rehabkoordinatorn lyssnade på dem och att hen stod på deras sida, vilket ledde till minskad stress. Den minskade stressen som deltagarna beskrev i och med hjälp av rehabkoordinatorn, innebar att processen kändes enklare att hantera, vilket även gjorde andra aspekter i livet enklare. Detta i sin tur kan styrkas av Erlandsson och Perssons (1) teorier om vikten av vardagsbalans. Att vara stressad över sin sjukskrivning, kan göra att personen mår sämre än den gjorde innan då det också har skett en förändring i personens roller (5). I *Return-to-work support for employees with mental health problems: Identifying and responding to key challenges of sick leave* (4) som undersökte sjukskrivna personers upplevelser, framkom att studiens deltagare saknade vardagsbalansen som arbetet gav samt

att de kände sig isolerade. Vidare konstaterade studien (4) att negativa konsekvenser av sjukskrivning bör mildras, genom att upprätthålla personens identitet vilket kan ske genom att bevara rutiner, aktiviteter och sociala kontakter. Detta arbetade rehabkoordinatören med genom praktiskt stöd, vilket resulterade i minskad stress, som gjorde att deltagarna hade ork att upprätthålla rutiner och aktiviteter.

Att sätt fokus på hela personens vardagssituation och inte enbart på personens sjukdomsproblematik, relaterar till att arbeta med ett salutogent förhållningssätt (20), vilket författarna anser stämmer väl överens med rehabkoordinatörens arbetssätt. Hen utgår ifrån friskfaktorer som kan användas och stärka individen för att så snabbt som möjligt, utifrån ett hållbart perspektiv, komma tillbaka i arbete. Som blivande arbetsterapeuter kan författarna även se att detta ligger nära arbetsterapeuters sätt att arbeta personcentrerat (21). Detta då de utgår från personens förmågor och styrkor, snarare än dess diagnos (12).

Enligt *Samordnad vård och omsorg - En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem* (22) beskrivs att bristande samordning inom vården ofta leder till en försämrad upplevelse för patienter och brukare. Detta innebär, enligt författarna, att de aktörer som är till för att hjälpa och stötta, istället försinkar processen. Deltagarna ger exempel på hur Försäkringskassan och vårdande läkare inte kan komma överens och förmedla rätt information genom läkarintyg. Rapporten (22) lyfter att bristerna av samordning dessutom kan leda till högre kostnader när undersökningar och behandlingar behöver upprepas då informationen har brutit, vilket även deltagare i denna studie har vittnat om. Ett sätt att komma till bukt med problematiken är att tillhandahålla med en rehabkoordinator, vilket både en rapport (13) och deltagarnas upplevelser styrker.

Det har framkommit från deltagarna i denna studie, ett behov och en önskan att få kontakt med en rehabkoordinator i ett tidigare skede. Även om arbetsbeskrivningarna för rehabkoordinatorer ser olika ut i olika landsting, så utgår de alla från samma grund (6, 14). I den överenskommelsen finns det bland annat nämnt; "*Individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna, utifrån patientens önskemål och förutsättningar*" (14, s. 1), vilket påvisar att stödet från en rehabkoordinator är tänkt att komma vid ett tidigt skede i sjukskrivningsprocessen, eller till och med innan personen blivit sjukskriven. Anledningen till att rehabkoordinatören upplevs komma in för sent i sjukskrivningsprocessen kan, enligt resultatet av denna studie, bero på den okunskap som finns angående funktionen. Kunskapen saknas, enligt deltagarna, både hos andra vårdgivare, andra yttre aktörer samt hos patienter. Enligt en litteraturstudie (7) bemöts rehabkoordinering ofta av en skepticism där funktionen av rollen ifrågasätts. Dock påvisas i samma studie (7) att de flesta av exempelvis läkare och medarbetare på Försäkringskassan som fått genomgå ett samarbete med en rehabkoordinator, blivit positivt överraskade. Anledningen tros vara att rehabkoordinatören både förberett patienten på hur hen behöver agera, men även att de övriga yrkesgrupperna får avlastning i sina arbeten (7). Därav vore det önskvärt att öka kunskapen om rehabkoordinering, vilket även kan leda till att fler patienter kommer i kontakt med en rehabkoordinator.

På SU har de som mål att arbeta efter steg sex i modellen Stegen (6, 7) (muntlig kommunikation, Processledare Sjukskrivningsprocessen SU, Melin Carin, 17-12-06). Rehabkoordinatören ska i steg sex vara *rådgivare* och *kunskapsförmedlare* vilket deltagarna i denna studie upplevde. Vidare ska de vara en *samarbetspartner*, något deltagarna fick uppleva genom hjälp med kontakt med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, sjukvårdsteam och arbetsgivare. De ska även vara en *kontaktperson* och *coach* till patienten, vilket deltagarna beskrev genom att rehabkoordinatören varit ett stort stöd som både pushar

och bromsar när det behövs. *Utforskare/bedömare* av patientens behov är inget som deltagarna beskrivit att de upplevt, dock tror författarna att detta har skett genom det bemötande och handlande som deltagarna har beskrivit i kontakten med rehabkoordinatorn (6, 7). Således anser författarna att rehabkoordinatorerna vid SU nått sitt mål att arbeta enligt steg sex i modellen Stegen (6, 7).

## Metoddiskussion

Urvalet av deltagare gjordes av rehabkoordinatorer vid SU. De valde själva ut patienter till studien, vilket kan ha påverkat resultatets giltighet. Deltagarna var mycket positiva till rehabkoordinatorns insatser, vilket kan ha inneburit att de som eventuellt var negativt inställda till rehabkoordinering inte tillfrågades. Vidare var fyra av fem deltagare i kontakt med samma rehabkoordinator, vilket resulterar i att studien snarare undersöker upplevelser om en specifik rehabkoordinator, än rehabkoordinatorers arbete på SU i stort. Önskvärt hade varit om det istället skett ett slumpmässigt urval (23) av alla patienter som varit i kontakt med rehabkoordinator via SU under sin sjukskrivningsperiod, detta var dock inte möjligt då studiens tidsåtgång var begränsad. Det ingick dessutom fyra kvinnor, men endast en man i studien, ytterligare spridning hade varit önskvärt. Författarna tror dock att detta inte har påverkat studiens resultat då svaren var likvärdiga. Däremot hade en större spridning av deltagarnas ålder varit intressant då olika generationer kan ha olika synsätt på hjälpen från rehabkoordinatorn, vilket därmed rekommenderas till framtida studier.

Författarna skriver uppsatsen inom ramen för examensarbete på kandidatnivå vid Arbetsterapiprogrammet och valde därför att ha med inklusionskriteriet att rehabkoordinatorerna skulle vara legitimerade arbetsterapeuter. Utan detta krav hade eventuellt fler patientgrupper och rehabkoordinatorer vid SU representeras i studien. Författarna har diskuterat huruvida rehabkoordinatorns grundprofession som arbetsterapeut var relevant för studiens syfte. I efterhand anser författarna att inklusionskriteriet kunde strukits, men att det inte heller bör ha påverkat studiens resultat. Ytterligare studier som jämför olika yrkesprofessioners arbete som rehabkoordinatorer, hade varit önskvärt.

Förslaget på ämne till examensarbetet kom från processledare för sjukskrivningsprocessen vid SU, vilket också kan ha påverkat resultatets tillförlitlighet. Detta då det skulle kunna finnas en rädsla att väcka anstöt med potentiella framtida kollegor om studien inte motsvarade deras förväntningar. För att stävja detta har författarna haft en öppen dialog med processledaren vid sjukskrivningsprocessen och bollat de frågetecken som uppkommit exempelvis beträffande syfte och urval.

Studien har följt Granheim och Lundmans (17) kvalitativa innehållsanalys steg för steg, vilket författarna anser stärker studiens tillförlitlighet, då det är en välbeprövad analysmetod. Att dessutom arbeta i par ledde till ständiga diskussioner samt djupare analys. Författarna hade låg förförståelse angående rehabkoordinatorns arbete, vilket ledde till ett öppnare sinne att ta in deltagarnas upplevelser och analysera dem. Däremot hade en av studiens handledare stor förförståelse angående rehabkoordinering, vilket kan ha påverkat författarna i deras resonemang kring analysen av resultatet. Författarna har dock genomfört intervjuerna och analysen förutsättningslöst, och fick därefter handledning vilket sågs som en resurs under resultatdelen för att inte missa viktiga aspekter. Handledarens förförståelse anses därför inte ha påverkat studiens giltighet, utan har enbart bidragit till ökat djup.



Under ett intervjutillfälle upptäcktes att en deltagare inte svarade mot studiens inklusionskriterier då denna inte varit sjukskriven i samband med sitt samarbete med rehabkoordinatören. Intervjun genomfördes trots upptäckten dels för att det inte skulle påverka deltagaren, men även då författarna var osäkra på om intervjun trots allt skulle gå att använda. Då studien syftar till att undersöka rehabkoordinatörens insatser i samband med sjukskrivningsprocessen, valde författarna i ett senare skede att utesluta intervjun. Författarna genomförde då en ny intervju för att inte minska mängden data. Förfarandet anses inte ha påverkat resultatet, men kan stärka giltigheten då det som kom fram i den strukna intervjun inte nämnvärt utskilde sig från resterande intervjuer.

Att intervjuerna genomfördes i olika miljöer samt med olika kommunikationsvägar anses inte haft någon påverkan på studien. Detta då det valdes med hänsyn till deltagarnas vilja om hur de ville utföra intervjun. Önskan hos författarna var att deltagarna skulle känna sig trygga under intervjun. Några intervjuer genomfördes därför i deltagarnas hemmiljö, medan andra deltagare valde att komma till Hälsovetarbacken på Göteborgs Universitet. Två intervjuer genomfördes via videosamtal, vilket hade kunnat påverka studien negativt om det inte genomförts av datavana personer. Tekniken fungerade dock utan anmärkning och det blev ett bra samtal som kunde jämföras med ett fysiskt möte.

Överförbarheten av studien kan ifrågasättas då det endast var fem patienter och två rehabkoordinatörer i studien som ska representera hela SU. En större spridning på deltagare angående såväl diagnos, ålder och kön hade varit önskvärt för att öka studiens trovärdighet. Dock hoppas författarna att denna studie är en start på ytterligare studier som kan komplettera bilden av rehabkoordinering vid SU.

## Etiska överväganden

Flera etiska överväganden har tagits i beaktning under arbetet med denna studie. Personer som är eller har varit sjukskrivna är en utsatt grupp och det kan vara känsligt att utforska hur detta upplevts. Dessutom var författarna studenter och således oerfarna intervjuare. Att en intervju ströks, på grund av icke uppfyllda inklusionskriterier, kan ses som oetiskt då deltagaren avsatte tid och känslomässigt engagemang. Dock framkom inga känsliga reaktioner från deltagarna och författarna upplevde att intervjuerna har fungerat bra. Snarare upplevde författarna att deltagarna uppskattade att få ventilera sina upplevelser och tankar kring rehabkoordinering.

En annan aspekt av etiskt övervägande som togs i beaktning var att Försäkringskassan enligt media ofta framställs som att de misstror de sjukskrivna. Författarnas farhåga var att deltagarna därför inte skulle våga vara öppna med vad de känt samt hur de mått under sin sjukskrivning, vilket kunde resultera i att studien fick missvisande resultat. För att stävja detta informerades deltagarna om att de skulle bli helt oidentifierade. Författarna upplevde inte att deltagarna var hämmade i delgivandet sina upplevelser.

Maktförhållandet togs också i beaktning då det kunde ha blivit en obalans med två intervjuare och en deltagare. Detta tog författarna hänsyn till genom följande; deltagarna fick själva välja plats för intervjun, författarna delade upp sig i en aktiv och en passiv roll vid intervjun samt försökte få det att kännas som ett samtal snarare än en intervju. Författarna upplevde att deltagarna var trygga och bekväma i situationen, och därmed flöt samtalet på bra.

Författarna bedömde att det trots risken med dessa etiska överväganden, översteg nyttan av att få fram information av deltagarnas upplevelser av rehabkoordinatören för fortsatt kvalitetsutveckling.

## **Konklusion**

Föreliggande studie visade att deltagarnas upplevelser angående rehabkoordinatörens insatser för arbetsåtergång var positiva och ett viktigt stöd. I relation till tidigare upplevelser av sjukvården och andra aktörer i samband med sjukskrivningsprocessen, kände sig deltagarna nu sedda och inte längre misstrodda. Detta resulterade i både en tillfredsställelse med själva kontakten och flera konkreta delar där kontakten med rehabkoordinatören upplevdes ha haft god effekt. Det handlade om stöd och tillgänglighet för individen, men också om kunskap inom försäkringsmedicin. Det viktigaste utvecklingsområdet som framkom var information om funktionen rehabkoordinering, dels för patienter men också för andra aktörer som medverkar i processen. Detta för att patienterna ska få en rättvis och hållbar arbetsåtergång.

## Referenser

1. Erlandsson L-K, Persson D. ValMo-modellen: Ett redskap för aktivitetsbaserad Arbetsterapi. Lund: Studentlitteratur; 2014.
2. Ekberg K, Eklund M, Henssing G. Återgång till arbetet. Upplaga 1:2. Lund: Studentlitteratur; 2015.
3. Andersén Å, Larsson K, Lytsy P, Kristiansson P, Anderzén I. Predictors of self-efficacy in women on long-term sick leave. *Int J Rehabil Res.* 2015;13(4):320-326.
4. Cameron J, Sadlo G, Hart A, Walker C. Return-to-work support for employees with mental health problems: Identifying and responding to key challenges of sick leave. *Br J Occup Ther.* 2016;79(5):275–283.
5. Kielhofner G. Model of Human Occupation: Teori Och Tillämpning. Upplaga 1:2 Lund: Studentlitteratur; 2012.
6. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C. ReKoord-Projektet Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen [Internet]. Umeå: Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet; 2013 [Citerat 2017-12-01] Hämtad från: <https://skl.se/download/18.../1450455657016/ReKoord-RAPPORT-2013-09-02.pdf>
7. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S. Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen [Litteraturstudie på Internet]. Stockholm; 2015 [citerad 2017-12-01] Hämtad från: <https://skl.se/download/18.37b886bd151806866505fda1/1450453221303/>
8. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012 ISBN 978-91-87169-38-0
9. Regeringskansliet Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018. 2016.
10. Sveriges Kommuner och Landsting. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
11. Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. Etisk kod för arbetsterapeuter: antagen av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige 1992, reviderad 2004 och 2012. 5 uppl. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA); 2012.
12. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care - Ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2011;10(4):248-251.
13. Sveriges kommuner och Landsting. Koordinator gör skillnad för att minska sjukskrivningar [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2017 [uppdaterad 2017-12-20; citerad 2018-01-09]. Hämtas från: <https://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/koordinatorgorskillnadforattminskasjukskrivningar.14449.html>
14. Sveriges Kommuner och Landsting, Avdelningen för Vård och omsorg. Frågor och svar villkor 2 - Funktionen för koordinering. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
15. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms Läns Landsting. Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2015.
16. Henricson M. Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012.

17. Graneheim U.H., Lundman B. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B (red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008.
18. Försäkringskassan. Rehabiliteringskedjan [Internet]. Försäkringskassan [citerad 2018-02-13] Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/myndigheter/kommuner/sjukforsakring/rehabiliteringskedjan>
19. Lundberg U. Samspelet individ samhälle livsstil och biologi. I: Arnetz B, Ekman R (red.) Stress: gen, individ, samhälle. Stockholm; Liber AB: 2013.
20. Antonovsky, A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur & Kultur; 2005.
21. Sveriges arbetsterapeuter. Persocentrering inom arbetsterapi [Internet] Nacka: Sveriges arbetsterapeuter: 2016 [uppdaterad 2016-09-07; citerad 2018-02-19] Hämtad från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Kompetensutveckling/Forbundets-forlag/Personcentrering-inom-arbetsterapi-2016/>
22. Vårdanalys. Samordnad vård och omsorg - En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem [internet] Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016 [citerad 2018-02-13] Hämtad från: <https://www.varदानalys.se/wp-content/uploads/2017/12/Samordnad-vård-och-omsorg.-En-analys-av-samordningsutmaningar-i-ett-fragmenterat-vård-och-omsorgssystem.pdf>
23. Alvehus J. Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok. Stockholm: Liber; 2013.