



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Vad gör arbetsterapeuten i primärvården på sin arbetstid när han/hon inte träffar patienter?

Författare: Pernilla Högborg
Malin Isberg

Handledare: Arne Johannisson

December 2008

Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

DATUM 2008-12-15

Vad gör arbetsterapeuten i primärvården på sin arbetstid när han/hon inte träffar patienter?

Pernilla Högborg och Malin Isberg

Abstrakt

Målet med arbetsterapeutens arbete är att möjliggöra utförandet av vardagliga aktiviteter. Arbetsterapeuternas arbetstid innefattar både patient- och icke-patientrelaterad tid. Den icke-patientrelaterade tiden är tid som upptar en stor del av arbetsterapeutens arbetstid men som inte syns. Denna studie bygger på en enkätstudie som avsåg att lyfta fram och tydliggöra arbetsterapeuternas patient- och icke-patientrelaterade tid. Syftet med denna uppsats var att undersöka vad arbetsterapeuten i primärvården gör på sin arbetstid när han/hon inte träffar patienter. I resultatet framkom att den icke-patientrelaterade tiden innebär många olika arbetsuppgifter som arbetsterapeuterna utför. Tiden som läggs på de icke-patientrelaterade arbetsuppgifterna varierar och kan vara allt ifrån någon enstaka timme till nästan hälften av arbetstiden. En arbetsterapeut kan ha ensamt ansvar på två vårdcentraler/enheter med en arbetstid på 18 timmar per vecka. 31 av 39 hade ansvar under kategorin övriga uppdrag vilket ligger utöver ”de vanliga” arbetsterapeutuppgifterna. En heltidsarbetande lade som mest 18 timmar på detta. Transporttiden kan ta mycket av arbetstiden och för en arbetsterapeut upptog den nästan en tredjedel av arbetstiden.

Nyckelord: Arbetsterapeut, arbetsuppgifter, primärvård, icke-patientrelaterad tid, Region Skåne.

Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

Förord.

Vi vill tacka vår handledare Arne Johannisson för stort tålamod, engagemang och all hjälp och handledning vi fått under arbetet med kandidatuppsatsen. Ditt stöd och dina kommentarer har fört arbetet framåt och i mål.

Vi vill även tacka Birgitta Wästberg för att vi fick tillgång till allt material som hon lagt ner så mycket energi, tid och kunskap på att samla in. Vi vill också tacka för hennes kommentarer och visat intresse under arbetet med kandidatuppsatsen.

Malin & Pernilla

Innehållsförteckning

1. Introduktion	2
1.1. Primärvården i Region Skåne	2
1.2. Arbetsterapi	4
1.3. Arbetsterapeuten	4
1.4 FoUU's projektplan	5
2. Syfte	6
3. Metod	6
3.1 Bakgrund	6
<i>3.1.1 Enkäternas innehåll: Patient- och icke-patientrelaterad tid</i>	<i>6</i>
3.2 Metod för insamling av information	7
3.3 Procedur	7
3.4 Bearbetning av den insamlade informationen	7
3.5 Etiska överväganden	8
4. Resultat	8
5. Diskussion	14
5.1. Metoddiskussion	14
5.2. Resultatdiskussion	16
<i>5.2.1 Antal vårdcentraler</i>	<i>16</i>
<i>5.2.2 Arbetstid</i>	<i>16</i>
<i>5.2.3 Övriga uppdrag</i>	<i>17</i>
<i>5.2.4 Kringuppgifter</i>	<i>18</i>
<i>5.2.5 Transporttid</i>	<i>19</i>
6. Slutsats	20
Referenser	22
Bilaga 1: Projektplan och Enkät	26

1. Introduktion

Författarna har under sin arbetsterapeututbildning noterat att det finns många som inte vet vad arbetsterapeuter arbetar med. Detta skulle kunna vara ett problem inte bara för patienter och anhöriga utan även för andra grupper i samhället. Dessutom utför arbetsterapeuten i Primärvården mindre synliga arbetsuppgifter, dessa kallar vi för icke-patientrelaterad tid och indirekt patientrelaterad tid. Med icke-patientrelaterad tid menas här arbetsuppgifter som inte är relaterade till specifika patienter. Indirekt patientrelaterad tid är det arbete som är kopplat till en specifik patient men inte den direkta kontakten, detta arbete är en nödvändighet för att kunna utföra patientarbetet, inte bara för arbetsterapeuter utan även för andra vårdyrken. Det indirekta patientrelaterade arbetet har även en grund i icke-patientrelaterad tid, då patientarbetet förutsätter t.ex. administrativt arbete, vidareutveckling av rutiner och utbildning. Nordenström (2008) menar att detta är en förutsättning för kvalitet i arbetet, exempelvis för att kunna arbeta evidensbaserat måste arbetsterapeuten ha tid för att tillägna sig nya forskningsrön och utveckling. Den icke-patientrelaterade tiden kan även ha inverkan på samarbetet på arbetsplatsen i form av utveckling av teamarbete.

Genom att lyfta fram vad arbetsterapi är och vad arbetsterapeuter gör även när de inte träffar patienter är förhoppningen att kunna erbjuda en bättre förståelse av hur arbetsterapeutens arbete ser ut i primärvården. Wilcock (2006) menar att arbetsterapi är mycket viktigt både på individ-, grupp- och samhällsnivå. Genom att lyfta fram hur det icke-patientrelaterade arbetet och tiden i det indirekta patientarbetet ser ut väcks förhoppningsvis förståelse och intresse inte bara bland arbetsterapeuter utan även hos andra grupper i samhället som företag, organisationer, patienter/anhöriga och hos allmänheten. Att tydliggöra arbetsterapeutens arbetsuppgifter utöver patientkontakten kan vara viktigt vid organisationsförändringar, vid förändring av tjänsternas innehåll och arbetstid samt arbetsterapeuternas upplevelse av tidsbrist. Vi vill även förtydliga arbetet bortom patientkontakten och dess vikt för att göra ett professionellt arbete.

1.1 Primärvården i Region Skåne

Det framgår i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS1982:763) att primärvården, som en del av den öppna vården, ska svara för befolkningens behov utan någon som helst avgränsning. Det vill säga förebyggande arbete, behandling, omvårdnad och rehabilitering som inte kräver medicinska eller tekniska resurser av specialistvård på sjukhusen.

Primärvård utförs på vårdcentraler både i offentlig regi och av privata vårdgivare och upphandlas i Skåne av Region Skåne (Region Skåne, 2008a). Region Skåne bildades den 1 januari 1999 när Malmöhus läns landsting, Landstinget i Kristianstads län och sjukvården i Malmö stad gick samman (Region Skåne, 2008b). Region Skåne är en politiskt styrd organisation där de förtroendevalda bestämmer regionens inriktning, mål, organisation och budget (Region Skåne, 2008c). Region Skåne har det övergripande ansvaret för den skånska hälso- och sjukvården, vilket innebär ansvar för primär-, specialist-, ambulans- och tandvård. Forskning, utveckling och utbildning är ytterligare ett ansvarsområde inom Region Skåne och är viktigt både för regionens och hälso- och sjukvårdens utveckling. En annan del av Region Skåne är habilitering och hjälpmedel som ger insatser till personer med varaktiga funktionshinder (Region Skåne, 2008d). Primärvårdens mål är tillgänglighet, kontinuitet, helhet och trygghet för den som söker vård (Region Skåne, 2008e).

Primärvårdens verksamhet innefattar cirka 110 vårdcentraler (Region Skåne, 2008e). De flesta vårdcentraler erbjuder läkarmottagning, distriktssköterskemottagning, barnhälsovård och rehabiliteringsverksamhet. Många gånger finns även tillgång till dietister, KOL/astmamottagning och hjälp för psykosociala problem. Primärvården har även ansvaret för jourcentraler, ungdomsmottagningar och kvalificerad vård i hemmet (Region Skåne, 2008e). Inom primärvården finns Forum för utbildning och utveckling (FoUU) som är de som utfört studien (Bilaga 1). Det finns cirka 3000 anställda inom primärvården i Skåne. Yrkeskategorier som innefattas är läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, kurator, biomedicinsk analytiker, psykolog, städare, läkarsekreterare och andra administrativa yrken (Region Skåne, 2008f).

En viktig uppgift för primärvården är att förebygga ohälsa och behandla kroniska sjukdomar. Alla inom hälso- och sjukvården har ett ansvar för förebyggande arbete. Prevention är viktigt för folkhälsan. Hälsofrämjande och förebyggande perspektiv ska vara en given del i all vård och behandling. Primärvården är en viktig part på grund av sin breda kontakt med befolkningen (Socialstyrelsen, 2007).

1.2 Arbetsterapi

Arbetsterapi berör kunskap och vetenskap om hur faktorer i person, miljö och aktivitet samspelar och stimulerar till delaktighet i livet (FSA, 2005; Christiansen & Baum, 2005). Aktivitetsvetenskapen förutsätter att människan behöver aktiviteter och att de formas av sina dagliga mönster av delaktighet i aktiviteter (Wilcock, 1993). Aktivitet och hälsa är oskiljbara (Wilcock, 2007). Människan ses som en av naturen aktiv varelse som kan påverka sin hälsa genom aktivitet samt balans mellan aktivitet och vila. Att hjälpa individen att bibehålla och utveckla de förmågor, enligt sina egna önskemål och behov, som krävs för ett aktivt och meningsfullt liv är målet med arbetsterapi (FSA, 2005; Kielhofner, 2002). Det primära verktyget för arbetsterapeuten är meningsfull aktivitet (Williams-Pedretti & Early, 2001).

Sett ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv är aktivitetsutförandet komplext, en dynamisk relation mellan de tre elementen person, aktivitet och miljö. Vid förändring i något av elementen kommer det att påverka individens aktivitetsutförande (Christiansen & Baum, 2005). Aktivitet kategoriseras som allt människor gör för att aktivera sig, där ingår att se efter sig själv (egenvård), njuta av livet (fritid) och att försörja sig samt att bidra till det sociala och ekonomiska samhällssystemet (produktivitet) (CAOT, 1997). En aktivitet kan för olika individer vara meningsfull på olika sätt och ha ett konkret, symboliskt och självbelönande värde (Persson, Erlandsson, Eklund & Iwarsson, 2001). Aktiviteten kan utföras i olika miljöer på olika tider. Det kan till exempel vara meningsfullt ur ett ekonomiskt, personligt eller kulturellt perspektiv. (Christiansen & Baum, 2005). Arbetsterapeutens arbete styrs av ett klientcentrerat tänkande vilket innebär att man grundar insatserna på mål som är meningsfulla för individen (Townsend, 1997) och det är viktigt att utveckla och uppmuntra individens motivation (Fortmeier & Thanning, 2007). Arbetsterapeuten och individen samarbetar för att uppnå målen (Townsend, 1997). Med att möjliggöra aktivitet menas inom arbetsterapi att möjliggöra för individen att identifiera, välja och sysselsätta sig i för henne/honom meningsfull aktivitet (Townsend & Landry, 2005).

1.3 Arbetsterapeuten

Arbetsterapeuter arbetar i olika organisationer. De kan arbeta ensamma på en eller flera vårdcentraler eller tillsammans med kollegor. Enligt Förbundet Svenska Arbetsterapeuter [FSA] arbetar arbetsterapeuterna på sjukhus, vårdcentraler, kommuner, habiliterings- och rehabiliteringskliniker inom äldre- och handikappomsorg. Andra återfinns inom

hjälpmedelscentraler, arbetsmarknadsinstitut, företagshälsovård, hjälpmedelsföretag eller inom kriminalvård. Minsta delen är egna företagare (FSA, 2008).

Arbetsterapeuten identifierar aktivitetsproblem och orsak till dessa (Fisher, 1998), planerar och genomför återställande, kompenserande eller anpassade åtgärder (Fisher & Nyman, 2007). Vid arbetsterapeutisk intervention används aktiviteter som är meningsfulla för individen för att främja och upprätthålla hälsa och förbättra aktivitetsutförande. Aktiviteter används för att; träna nedsatta förmågor, möjliggöra individens förmåga till aktivitetsutförande i olika miljöer, öka motivationen för förändring och anpassning, främja självreflektion och identitetsutveckling, förse individen med möjligheter till övning och utveckling av förmågor och vanor, att uppleva framgång och glädje samt att samspela med den sociala omgivningen (Moyers, 1999; Fortmeier & Thanning, 2007). I processen att möjliggöra aktivitet kan arbetsterapeuten coacha, utbilda, uppmuntra, förenkla, guida, lyssna, reflektera och motivera individen för att främja dennes delaktighet, samarbete och "empowerment" (Christiansen & Baum, 2005). "Empowerment" innebär att ha makten i sitt eget liv, utveckla strategier för att kunna bemästra sin livssituation, utveckla sin förmåga efter egna önskemål och motivationen att ta ansvar för sitt liv och hälsa (Medin & Alexanderson, 2000).

1.4 FoUU's projektplan

Hälso- och sjukvårdsledningen inom Region Skåne har fört diskussioner angående ersättningsformer för arbetsterapeuter, med flera, i primärvården (Bilaga 1). 2004 gjorde en arbetsgrupp en analys av möjligheterna att genomföra ett prestationsbaserat ersättningssystem för arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer och dietister utifrån besöksstatistik. Analysen visade att det inte var möjligt att bygga ett rimligt ersättningssystem på besöksstatistiken. Vid revideringen av Generella kravspecifikationen (2007) diskuterades möjligheten att införa en ersättningsmodell, med inslag av prestationsbaserad ersättning, för de grupper som inte hade det då. Ämnet aktualiserades då på nytt (Bilaga 1). Det krävdes en konsekvensutredning om detta skulle kunna vara ett system att använda i framtiden. Då detta saknades för arbetsterapeuter bestämdes det vid ett fackligt referensgruppmöte, 2006-03-13, att det skulle genomföras ett pilotprojekt för att pröva förutsättningarna för utformning av en ersättningsmodell (Bilaga 1). Arbetsgruppen bestod av koordinatör för arbetsterapeuter på Primärvården Skåne FoUU, en FSA-representant samt en läkare med administrativ tjänst. Arbetsgruppens syfte var att skapa ett underlag för prestationsbaserad ersättning för

arbetsterapeuter i primärvården i Skåne, alltså att få en bild av vad arbetsterapeuten gör idag och ta fram uppgifter på vilka områden arbetsterapeuterna arbetar inom idag. Eftersom arbetsuppgifter och ansvar kan variera mellan primärvårdsområden så ville de ha med både direkt och indirekt patientarbete. Olika enheter har också olika rutiner för vem som gör vad, vilket också påverkar arbetsterapeutens arbete och tid (Bilaga 1). Det kan vara skillnader mellan att arbeta ensam på två vårdcentraler eller med kolleger som kan dela ansvaret. Efter att arbetsgruppen beslutat att inventera vad arbetsterapeuterna gör idag för sina patienter, hur mycket tid som beräknas gå åt för detta samt vilka arbetsuppgifter arbetsterapeuterna har som inte är patientrelaterade och beräknad tidsåtgång för detta, så utformades enkäter (Bilaga 1).

2. Syfte

Syftet med denna uppsats var att undersöka vad arbetsterapeuten i primärvården gör på sin arbetstid när han/hon inte träffar patienter.

3. Metod

3.1 Bakgrund

3.1.1 Enkäternas innehåll: Patient- och icke-patientrelaterad tid

Ett antal fiktiva patientfall, 12 stycken, mer eller mindre vanligt förekommande i Regionens primärvård, konstruerades av koordinatören. Därefter utformades två enkäter, en med arbetsterapeuternas åtgärder (patient-relaterad tid) i primärvården och en med frågor om icke-patientrelaterad tid (Bilaga 1).

Patientrelaterad tid var allt det arbete arbetsterapeuterna utförde i relation till patienten, både tillsammans med patienten och det som behövdes för förberedelser och efterarbete. Detta delades in i direkt patientkontakt och indirekt patientkontakt.

Direkt patientkontakt var exempelvis att göra aktivitetsanamnes, bedömning av förmåga på funktions-, aktivitets- och delaktighetsnivå, information och rådgivning, träning i aktivitet och arbetsteknik, utprovning, ordination och träning i användning av hjälpmedel och uppföljning.

Indirekt patientkontakt var exempelvis att förbereda inför patientmötet, kontakt med andra professioner och andra vårdnivåer, kontakt med kommunen, försäkringskassan,

arbetsförmedlingen, arbetsgivare och socialförvaltning. Boka in patient, plocka undan material (för- och efterarbete). Allt som var relaterat till en specifik patient.

Icke-patientrelaterad tid som arbetsterapeuterna utförde utöver ”vanliga” arbetsterapeutuppgifter och kringuppgifter de hade var till exempel att beställa ortosmaterial och ortoser till förrådet, hantering av varor och pengar, personalmöten, utbildning, policydiskussioner, samordnings-, skyddsombuds- och utbildningsansvar.

3.2 Metod för insamling av information

Arbetsgruppen diskuterade tänkbara strategier. Beslutet blev en inventering av vad arbetsterapeuterna faktiskt gör. Dokumenten skickades ut till arbetsterapeuternas primärvårdsnätverk i Skåne för synpunkter (test av materialet). Viss modifiering gjordes därefter (Bilaga 1). De båda enkäterna slogs samman till ett formulär som därefter skickades ut till alla 54 arbetsterapeuter i Primärvården. Två påminnelser skickades ut, en i november 2006 och en i januari 2007 (B. Wästberg, personlig kommunikation, 6 november, 2008).

3.3 Procedur

Totalt svarade 39 arbetsterapeuter. Det externa bortfallet blev 35 %. Det var en arbetsterapeut på FoUU som utsågs att mata in all data i Microsoft access database (Bilaga 1). Någon närmare analys har inte gjorts av orsakerna till bortfallet.

3.4 Bearbetning av den insamlade informationen

Denna studie hade en kvantitativ ansats eftersom syftet var att få information genom enkäter. Urval, metod, procedur samt etiska överväganden kring detta projekt genomfördes av enkätansvariga på FoUU. Deras tanke var att bearbeta och analysera den insamlade informationen med start våren 2007 (Bilaga 1). Eftersom beslut tagits om att införa Hälsoval Skåne (tidigare Vårdval Skåne), så ändrades förutsättningarna för patientrelaterad ersättning och bearbetning och analys av det insamlade materialet sköts på framtiden (B. Wästberg, personlig kommunikation, 6 november, 2008).

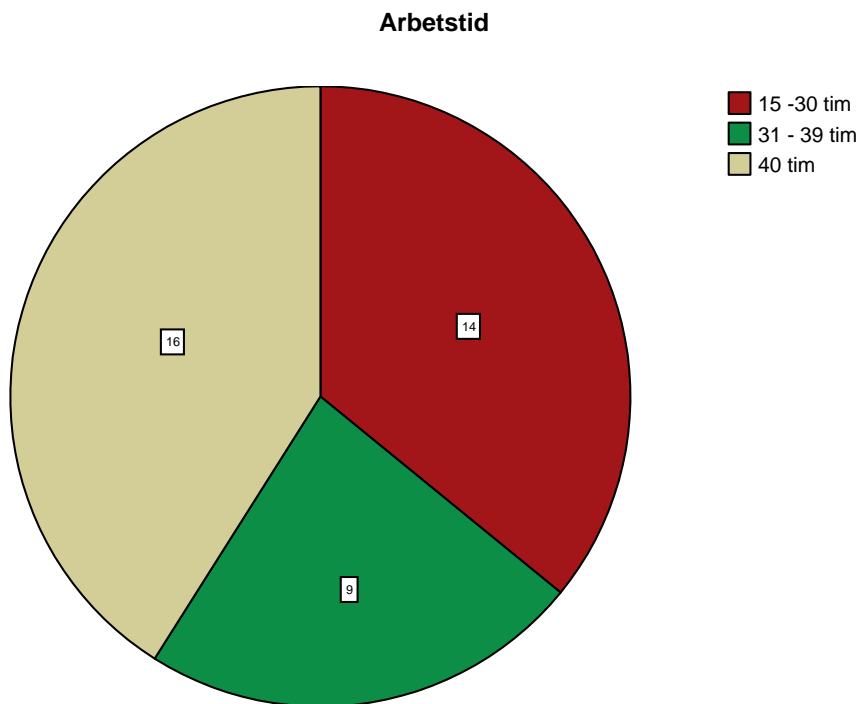
I denna kandidatuppsats har vi undersökt de delar av enkäterna som innefattar icke-patientrelaterad tid. Den beskrivande statistiken gjordes med hjälp av SPSS 14.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

3.5 Etiska överväganden

I detta projekt gjordes ingen ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) då det inte var aktuellt eftersom det inte handlade om specifika patienter utan om Primärvårdens arbetsterapeuters egna åtgärder. Inför denna uppsats gjorde författarna dock en förenklad VEN-ansökan som godkändes.

4. Resultat

Av de 39 arbetsterapeuter som besvarat enkäten arbetade sex stycken på två (2) vårdcentraler/enhet och 33 på en (1) vårdcentral/enhet. Vilken arbetstid dessa 39 hade presenteras nedan (Figur 1).



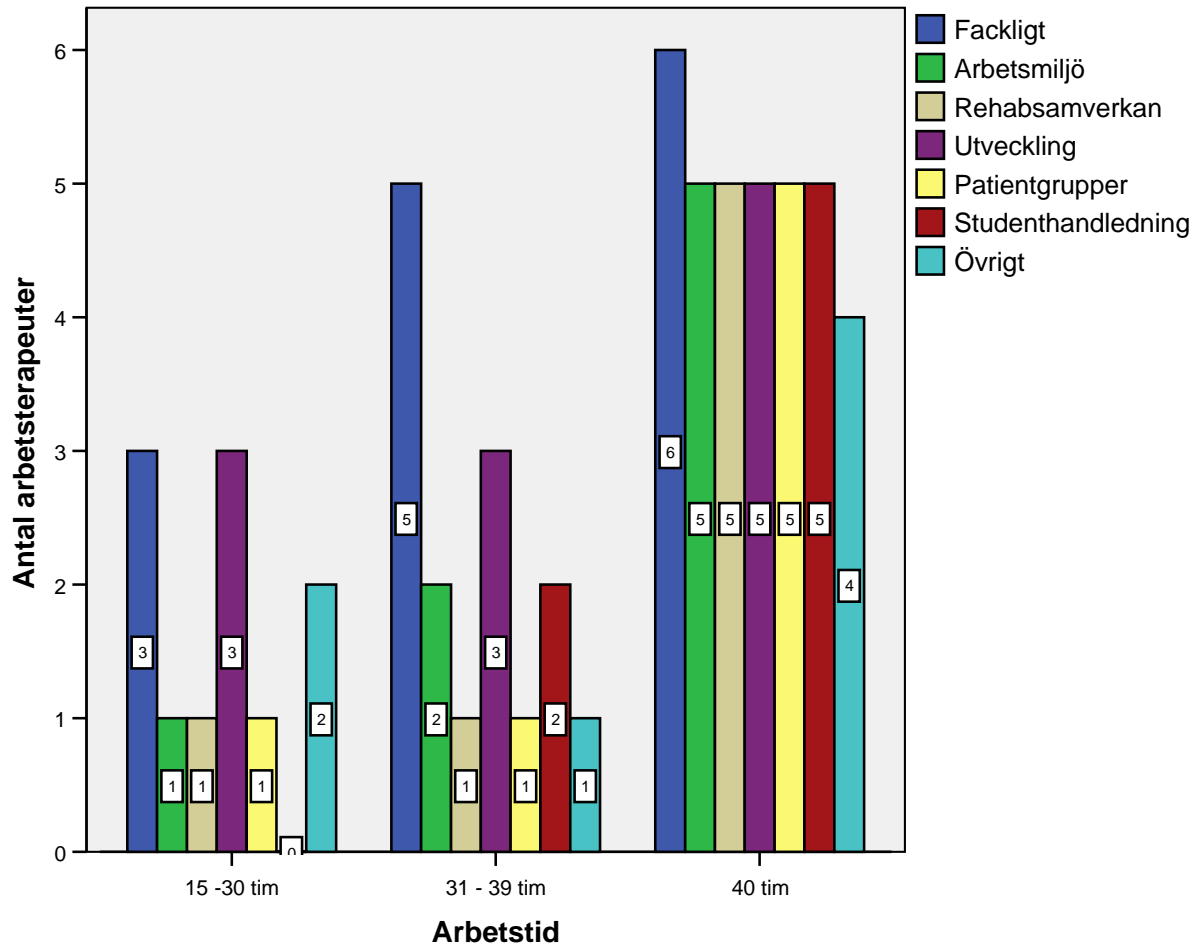
Figur 1: Arbets tid hos de 39 arbetsterapeuterna.

Av de 33 arbetsterapeuter som var placerade på en (1) vårdcentral/enhet arbetade 13 personer 15-30 timmar, åtta 31-39 timmar och 12 40 timmar per vecka. Det var sex arbetsterapeuter som arbetade på två (2) vårdcentraler/enheter och av dessa arbetade en arbetsterapeut 15-30 timmar, en 31-39 timmar och fyra stycken 40 timmar i veckan. Fem av vårdcentralerna/enheterna hade två arbetsterapeuter och en vårdcentral/enhet hade tre arbetsterapeuter, resten av arbetsterapeuterna arbetade ensamma. Den arbetsterapeut som

arbetade 15-30 timmar per vecka (18h/v) på två (2) vårdcentraler/enheter hade inte någon arbetsterapeutkollega.

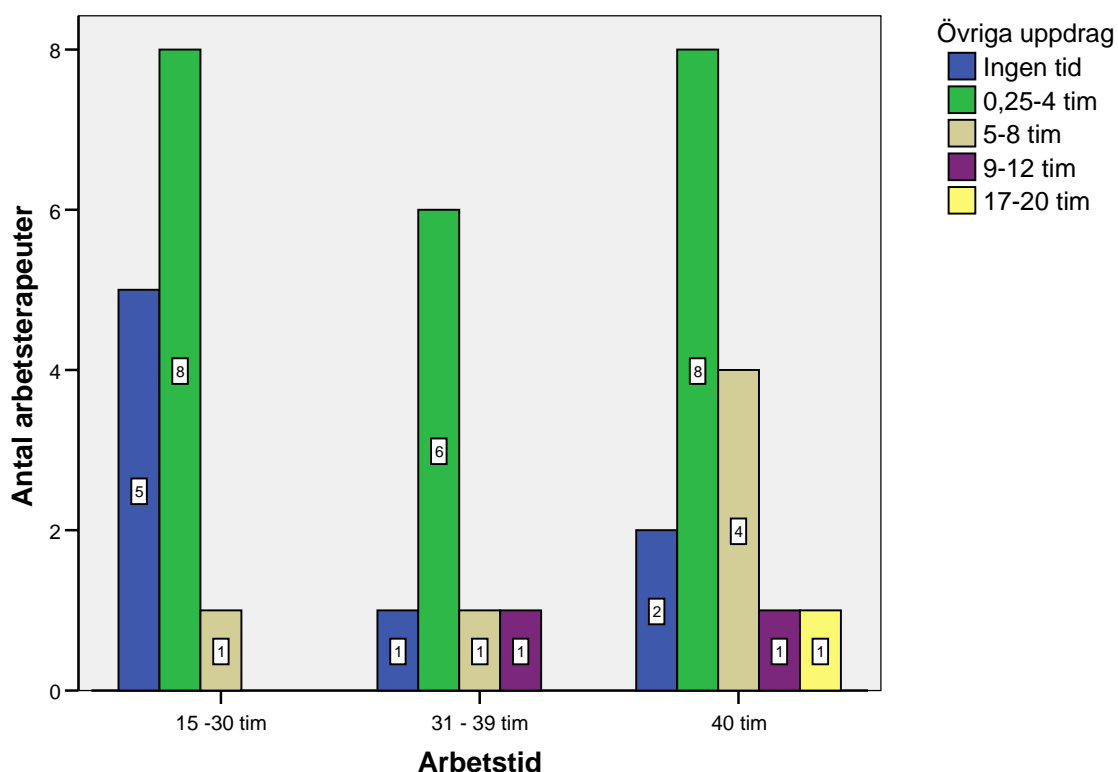
Övriga uppdrag utöver ”vanliga” arbetsterapeutuppgifter i relation till arbetstid och antal vårdcentraler/enheter.

På frågan: ”Har du uppdrag eller uppgifter på din vårdcentral, utöver ”vanliga” arbetsterapeutuppgifter? (t.ex. samordningsansvar, skyddsombud, utbildningsansvarig)” kunde flera svar anges. Resultatet visade aktiviteter som arbetsterapeuterna utförde. Dessa olika svar delades in i områdena fackligt ansvar (allt som har med facket att göra, regionalt och lokalt, skyddsombud etc.), arbetsmiljö (till exempel brandskydd), rehab-samverkan (i teamet, eller med andra aktörer som försäkringskassan och arbetsförmedlingen), utveckling (fortbildning inom yrket, engagemang inom regionala arbetsgrupper med att till exempel arbeta fram arbetsterapeutprogram, lokala arbetsgrupper – utveckling av den egna vårdcentralen/enheten), patientgrupper (planering för och utvärdering av patientgrupper), studenthandledning och övrigt (flectidsansvarig, IT-ansvarig, biblioteksansvarig på vårdcentralen, nyckelansvarig, attest-ansvarig dvs. fakturor,). Arbetsuppgifterna handlade om uppdrag som ska göras på en vårdcentral men som inte nödvändigtvis måste utföras av en arbetsterapeut (Figur 2). En och samma arbetsterapeut kunde ha ansvar inom flera områden.



Figur 2: Övriga uppdrag utöver "vanliga" arbetsterapeutuppgifter i relation till arbetstid.

Totalt lade åtta arbetsterapeuter ingen tid på övriga uppdrag. 22 arbetsterapeuter arbetade 0,25-4 timmar, sex arbetade 5-8 timmar, två 9-12 timmar och en 17-20 timmar per vecka med övriga uppdrag som ligger utanför arbetsterapeutuppgifterna. En heltidsarbetande arbetsterapeut utförde övriga uppdrag 18 timmar av sin arbetstid (Figur 3).



Figur 3: Tid som läggs på övriga uppdrag i relation till arbetstiden.

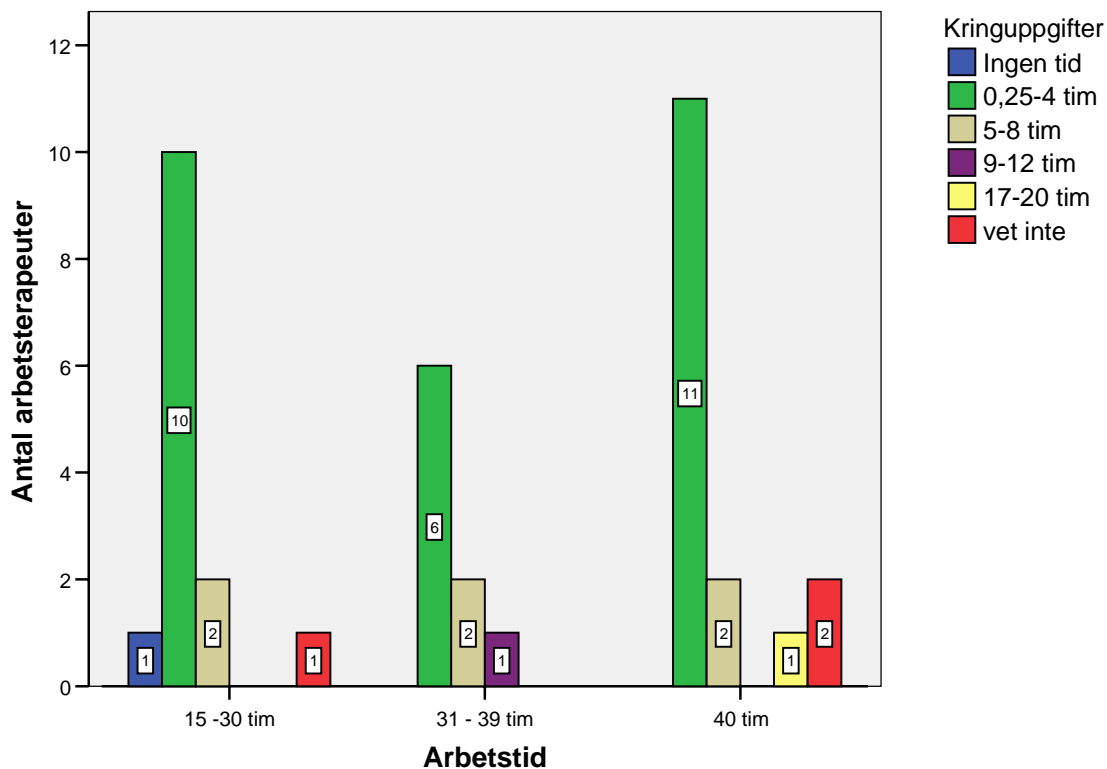
Av de 33 som arbetade på en (1) vårdcentral lade 26 arbetsterapeuter 0,25-4 timmar, fyra 5-8 timmar, två 9-12 timmar och en 17-20 timmar per vecka på övriga uppdrag utanför de vanliga arbetsterapeutuppgifterna. Av de sex arbetsterapeuter som arbetade på två (2) vårdcentraler/enheter lade en heltidsarbetande arbetsterapeut 5-8 timmar på övriga uppdrag. Resterande fem arbetsterapeuter lade 0,25-4 timmar per vecka på övriga uppdrag, varav en arbetade 15-30 timmar, en 31-39 timmar per veckan och tre arbetade heltid.

Kringuppgifter inom gränsen för arbetsterapeutarbetet i relation till arbetstiden och antal vårdcentraler/enheter.

Frågan: "Vilka kringuppgifter har du? (t.ex. beställning av varor, hantera pengar m.m.)" handlade om kringuppgifter inom gränsen för arbetsterapeutarbetet men var de så kallade "osynliga" uppgifterna som måste utföras. Resultatet visade följande aktivitetsområden; beställning av material, patientbetalning, patientregistrering, underhåll av utrustning, handkassa och övrigt. Under övrigt föll bland annat statistik, möten,

kompetensutveckling/hålla sig uppdaterad, introducering av student och ny personal, bil- och IT-ansvar, beställa tolk o litteratur, patientgrupp och köksansvar. Alla beställde material, nio tog betalt av patienter, åtta registrerade patienter, 13 lade tid på underhåll av utrustning, sju hade ansvar för handkassa och 13 hade övriga kringuppgifter.

Totalt lade 27 arbetsterapeuter 0,25-4 timmar per vecka på arbetsterapeutiska kringuppgifter, sex lade 5-8 timmar, en 9-12 timmar och en 17-20 timmar per vecka. En lade ingen tid och tre visste inte hur mycket tid de lade på detta (Figur 4).



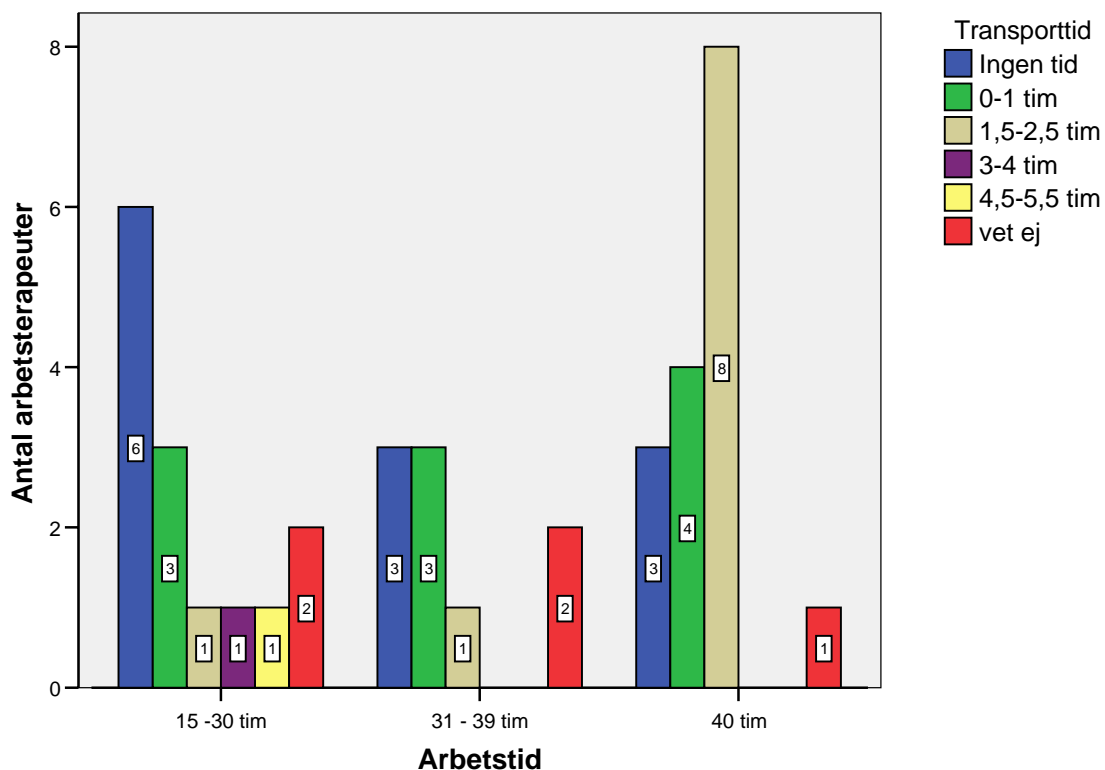
Figur 4: Tid för kringuppgifter inom gränser för arbetsterapeutarbetet i relation till arbetstiden.

Av de 33 som arbetade på en (1) vårdcentral lade 26 arbetsterapeuter 0,25-4 timmar, fem 5-8 timmar, en 9-12 timmar och en 17-20 timmar per vecka på kringuppgifter. Av de sex som arbetade på två (2) vårdcentraler lade en heltidsarbetande arbetsterapeut 5-8 timmar per vecka på kringuppgifter. Resterande fem lade 0,25-4 timmar på kringuppgifter, varav en arbetade 15-30 timmar, en 31-39 timmar per vecka och tre arbetade heltid.

Transporttid i relation till arbetstid och antalet vårdcentraler/enheter.

Figur 5 visar resultaten av frågan: ”Har du extra transporttider för att du är lokaliserad på enhet utanför vårdcentralen, arbetar du på flera vårdcentraler etc.?” och frågan: ”Hur många timmar lägger du på detta i genomsnitt per vecka?”.

Totalt lade 12 arbetsterapeuter ingen tid på transport, 10 arbetsterapeuter lade 0,25-1 timme per vecka, 10 lade 1,5-2,5 timmar, en lade 3-4 timmar, en 4,5-5,5 timmar och fem arbetsterapeuter visste inte hur mycket transporttid de lade per vecka. Den som lade mest tid på transport arbetade 15 timmar per vecka. Personen lade nästan en tredjedel av sin arbetstid på transport.



Figur 5: Transporttid i relation till arbetstid.

En arbetsterapeut angav att han/hon inte hade någon transporttid men i kommentarutrymmet efter frågan meddelade personen att när utprovning av exempelvis elrullstol gjordes skedde detta på annan ort cirka en halv timme enkel väg bort och hembesök i hela kommunen kan

vara två till tre mil enkel väg. En annan arbetsterapeut angav att han/hon hade 1 timmes enkel väg till hjälpmedelsutprovning men ingen transporttid.

Av de 33 arbetsterapeuterna som arbetade på en (1) vårdcentral lade 10 ingen tid på transport och fem svarade att de inte visste. Nio lade 0,25-1 timme, sju lade 1,5-2,5 timmar, en lade 3-4 timmar och en lade 4,5-5,5 timmar per vecka på transport. Av de sex arbetsterapeuter som arbetade på två (2) vårdcentraler lade två ingen tid alls på transport, varav en arbetade 15-30 timmar och en 31-39 timmar per vecka. Resterande fyra arbetade heltid, varav en lade 0,25-1 timme och tre lade 1,5-2,5 timmar på transport per vecka.

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

Inklusionskriteriet, alla arbetsterapeuter i Regionens primärvård samt de som hade avtal med Regionen, var heltäckande och relevant. Tillvägagångssättet att nå alla arbetsterapeuterna via nätverket anser vi var det bästa för att minimera risken att enkäten kom bort eller hamnade i fel händer. Det besparade även arbetsgruppen merarbete och kostnader som till exempel utskriftskopior, kuvert och frankering.

Dynamiken i arbetsgruppen och mellan arbetsgruppen och nätverket anser vi vara en styrka i denna metod. Detta på grund av att ju fler som deltar i diskussionen kring materialet desto fler olika synpunkter, infallsvinklar och kunskaper bidrar då till ett starkare innehåll i materialet. En annan viktig styrka i metoden var att materialet testades via nätverket och därefter gjordes viss modifiering innan materialet skickades ut.

Påminnelser är bra för att minska eventuellt bortfall. Det externa bortfallet kan bero på till exempel att de tillfrågade var nyanställda, nyexaminerade eller jobbade i verksamheter där de inte mötte flertalet av patientfallen. Vi diskuterade tidpunkten för påminnelserna (november och januari), då tiden före och efter jul generellt kan ha tyngre arbetsbelastning på grund av större antal patienter samt eventuellt minskad arbetsstyrka på grund av till exempel semestrar och annan ledighet.

Fördelen med kvantitativ ansats är att respondenterna sannolikt är mer benägna att svara ärligt när de vet att deras anonymitet är garanterad. Ytterligare en fördel är att opponenter får svar

enbart på frågor som är av intresse (Depoy & Gitlin, 1999). Materialet var mycket omfattande samt tidskrävande att fylla i och därför var det bra med enkäter så arbetsterapeuten kunde dela upp tillfällena för att fylla i dem. Detta i sig kan ge ett mera genomtänkt och sanningsenligt svar. Enligt Depoy & Gitlin (1999) så är enkäter en fördel när det gäller de tillfrågades vilja att dela med sig av sina åsikter. Begränsningar kan vara att det krävs ökad tid för att genomföra och analysera svaren när materialet är stort (Depoy & Gitlin, 1999).

Angående enkätens utformning anser vi att frågorna: ”Har du uppdrag eller uppgifter på din vårdcentral, utöver ”vanliga” arbetsterapeutuppgifter? (t.ex. samordningsansvar, skyddsombud, utbildningsansvarig)” och ”Vilka kringuppgifter har du? (t.ex. beställning av varor, hantera pengar m.m.)” var något otydliga då vissa deltagare svarade samma eller liknande svar på frågorna. Efter samtal med koordinatören på FoUU så framkom det att den första frågan gällde uppgifter som måste utföras på en vårdcentral/enhet men inte nödvändigtvis av en arbetsterapeut medan den andra frågan gällde kringuppgifter arbetsterapeuten måste utföra. Detta står inte tillräckligt utförligt förklarad för arbetsterapeuterna som skulle fylla i enkäterna och kan därför ge missvisande svar. Frågorna skulle kunna ställas mer öppna så varje respondent kunde svara fritt med egna ord eller så hade frågorna behövts förtydligas ytterligare så respondenten förstår exakt vad som efterfrågas.

Den tredje frågan ”Har du extra transporttider för att du är lokaliserad på enhet utanför vårdcentralen, arbetar du på flera vårdcentraler etc.?” kunde tolkas att endast innefatta de som arbetar på enheter utanför vårdcentral eller de som arbetar på två vårdcentraler/enheter. Då faller till exempel alla hembesök bort. Denna fråga borde omformuleras och förtydligas för att innefatta all transport som krävs i tjänsten. Ett annat alternativ kan vara att ställa fler specifika frågor angående transporttiden.

Att enkäten har utrymme för kommentarer är väsentligt, utan detta skulle viktig information inte framkomma. Under kommentarer kan arbetsterapeuterna skriva tankar och funderingar fritt med egna ord.

5.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vad arbetsterapeuten i primärvården gör på sin arbetstid när han/hon inte träffar patienter. Detta fick vi besvarat i resultatet dock fanns vissa resultat vi inte väntat oss.

5.2.1 Antal vårdcentraler

Vi anser att det finns både för och nackdelar med att ha ansvar på en (1) respektive två (2) vårdcentraler/enheter. Att arbeta på två (2) vårdcentraler/enheter ger ombyte i fysisk miljö likväl som social vilket kan vidga synen på arbetsplatserna och främja utveckling samt ge ett välkommet ombyte. Upplevelse av värden och mening är kopplat till delaktighet i olika aktiviteter (Persson et al, 2001) eller delaktighet i sociala eller icke sociala aktiviteter (Erlandsson, Rögnvaldsson & Eklund, 2004). Det handlar inte bara om aktivitetsutförande i en bra och säker miljö utan även om att uppleva stimulans och ha mening, minska stress av aktivitet, utanförskap och obalans och att främja hälsa och välbefinnande (Wilcock, 2001) (The Ottawa Charter). Samtidigt kan även detta ombyte ge en känsla av ensamhet, bristande känsla av tillhörighet och delaktighet. Eventuellt kan det vara mer socialt accepterat att tacka nej till extra ansvar, vid arbete på två vårdcentraler/enheter, utöver de egna arbetsterapeutiska uppgifterna. Förväntningarna kan även vara mindre på dennes delaktighet då omgivningen är medveten om att arbetsterapeuten har ytterligare ansvar som inte syns. Av den anledningen kan även risken finnas att övriga uppdrag som arbetsterapeuten är intresserad av att utföra inte erbjuds henne/honom. Andra negativa faktorer kan vara att transporttiden kan öka, arbetsterapeuten inte alltid kan ha sin fasta plats för till exempel litteratur; har de inte tillgänglig på båda arbetsplatserna och att de inte får tiden att räcka till.

Att arbeta på en (1) arbetsplats kan i sin tur eventuellt ge mer krav och större förväntningar från omgivningen att ta sig an mer extrauppgifter utöver de arbetsterapeutiska. Fördelarna kan vara att känna sig mer delaktig och insatt i sin arbetsplats. De har också tillgång till allt de behöver/skulle kunna behöva på ett och samma ställe.

5.2.2 Arbetstid

Vi undrar om det är bra för en arbetsterapeut att arbeta på två (2) vårdcentraler/enheter på en arbetstid som är 18 timmar i veckan. Vi funderar på hur han/hon hinner med allt som måste hinnas med och tycker att detta måste upplevas som stressande och att arbetsterapeuten inte

känner sig tillräcklig. En eventuell konsekvens skulle kunna vara att han/hon arbetar övertid och längre väntetid för patienterna.

5.2.3 Övriga uppdrag

Frågan: ”Har du uppdrag eller uppgifter på din vårdcentral, utöver ”vanliga” arbetsterapeutuppgifter? (t.ex. samordningsansvar, skyddsombud, utbildningsansvarig)” handlade om uppdrag som ska göras på en vårdcentral men kan göras av "vilken personal som helst". Om arbetsterapeuten själv valt dessa övriga uppdrag samt tycker det är roligt och intressant är det antagligen positivt. Om valet av uppdragen är en känsla av krav och förväntningar från omgivningen anser vi att det har en negativ inverkan. Det kan även vara så att dessa uppgifter tar tid från patientarbetet. Däremot kan det vara en fördel då det kan främja gemenskapen på vårdcentralen, utveckla arbetsterapeuten på många plan och ge mer positiv stimulans.

Hur mycket tid lägger andra yrkeskategorier på vårdcentralen/enheten på övriga uppdrag? Till exempel så finns det fler sjuksköterskor på vårdcentralen än arbetsterapeuter, då kanske de kan dela upp övriga uppdrag emellan varandra på ett sätt som en ensam arbetsterapeut inte har möjligheten till. Det innebär i så fall att övriga uppdrag inte är lika tidskrävande för dem som för en ensam arbetsterapeut. Det är möjligt att färre arbetsterapeuter hade haft extrauppdrag om arbetsterapeuter varit en större yrkesgrupp med flera på samma vårdcentral/enhet då ansvaret hade kunnat fördelas mer mellan varandra?

Endast 20 % hade ansvar för arbetsmiljön, det vill säga åtta av 39 arbetsterapeuter. Vi förväntade oss att fler arbetsterapeuter skulle ha detta ansvar. Då arbetsterapeuten har en god kunskap gällande dynamiken mellan miljö-, aktivitet och person. Människan och miljön interagerar och påverkar förmågan och tillfredsställelsen med en aktivitet (Yerxa, 1993). Arbetsterapeuten har även god kunskap vad gäller hinder och stöd i miljöer. Fysisk och social miljö utgör både ett hinder och en möjlighet i utförandet av dagliga aktiviteter (Kielhofner, 2002). Eventuell orsak till detta resultat kan vara tidsbrist eller att någon annan på arbetsplatsen redan har detta ansvar.

Att 11 av 39 hade uppdrag inom utveckling anser vi är av största vikt för arbetsterapins utveckling och arbetsterapin som profession. Enligt Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) ska arbetsterapeuten arbeta efter vetenskap och beprövad

erfarenhet. Arbetsterapeuterna behöver också kunna hålla sig uppdaterad och använda relevant kunskap och medverka i utvecklingsarbete och forskning (Socialstyrelsen, 2001).

”En arbetsterapeut behöver inom sitt yrkesområde kunna informera, undervisa och handleda andra personalgrupper och studerande” (Socialstyrelsen, 2001). Vi förstår att de som arbetar mellan 1-20 och 21-30 timmar i veckan inte har studenter då det kräver tid och extra engagemang, det patientrelaterade arbetet måste komma i första hand innan de kan vägleda andra. Dessutom ska studenter på sin verksamhetsförlagda utbildning närvara minst 32 timmar i veckan enligt Lunds universitet. Överlag anser vi att det var ett lågt antal arbetsterapeuter, sju av 39, som tog emot studenter. Det är viktigt för studenter att kunna ta del av arbetsterapeutyrket inom Primärvården och allt vad det innebär. Vi antar att orsaken till att vissa av arbetsterapeuterna inte tar emot studenter kan variera och vi delar åsikt med Wästbergs rapport (2007). Enligt Wästberg (2007) är en pressad arbetssituation och fysisk arbetsmiljö som inte fungerar den främsta anledningen till att många arbetsterapeuter i primärvården väljer att inte ta emot studenter. Gällande arbetssituation som inte främjar studenthandledning nämndes deltid, ensamarbetande och hög arbetsbelastning som orsaker till att arbetsterapeuterna inte tog emot studenter. Angående lokaler var anledningar litet och trångt utrymme, att arbetsutrymmet delades med andra, att expedition och behandling var i samma rum samt lokalbrist (Wästberg, 2007). Vidare skriver Wästberg (2007) att många upplevde en frustration över att inte ta emot studenter så mycket som de egentligen skulle vilja. De flesta såg fördelar med att ta emot studenter på grund av sin egen utveckling och för att kunna bidra till yrkets utveckling och utbildning. Om arbetsterapeuterna fick välja, skulle de då vara intresserade av att avstå från vissa övriga uppdrag, som kan utföras av andra yrkeskategorier, för att ta emot studenter?

Känslan av mening och tillhörighet i miljön och samhället är centrala förutsättningar vad gäller förverkligande och livskvalitet (Whiteford & Wright-St Clair, 2005). Vi anser att detta kan vara en anledning till att arbetsterapeuterna tar sig an extra uppdrag.

5.2.4 Kringuppgifter

När arbetsterapeuten får mindre förekommande diagnoser krävs det att han/hon uppdaterar sig kring sin kunskap, tar fram mer information och forskning om den specifika diagnosen och detta tar tid men är mycket viktigt och är en förutsättning för att kunna utföra ett professionellt arbete gentemot patienten. Ofta förbises det hur mycket tid arbetsterapeuten

verkligen lägger på icke-patientrelaterad tid, vilket var just vår tanke bakom uppsatsen. Beställning av till exempel olika hjälpmedel är också krävande vad gäller tidsåtgången. Det tar tid att leta upp rätt hjälpmedel, beställa hem det, kontrollera det, leverera det m.m. ”En arbetsterapeut behöver kunna kontrollera funktionen hos de medicintekniska produkterna före, under och efter användningen” (Socialstyrelsen, 2001). Detta är en mycket viktig uppgift för att kunna ge en säker vård.

5.2.5 Transporttid

Vi anser att resultatet i frågan angående transporttid är bristande och inte tillförlitligt då frågan kan tolkas på olika sätt. Dock är frågan relevant då de med mycket transporttid kan uppleva att det ger förlust av viktig patienttid. Detta kan medföra stress, vilket i sin tur kan leda till ohälsa.

Det var inte möjligt att avgöra hur tidsåtgången såg ut för de fyra arbetsterapeuterna som inte visste hur mycket tid de lade på transport. Vi antar att de lägger tid på transport då vi misstänker att de annars hade svarat nej på frågan. Att två av de sex arbetsterapeuter som arbetade på två (2) vårdcentraler/enheter inte lade någon tid alls på transport anser vi tyder på god förmåga och möjlighet till bra planering av sin tid och sina arbetsuppgifter. Vi misstänker att de arbetar fasta dagar på vårdcentralerna och då slipper transport fram och tillbaka på samma dag. De övriga fyra lägger mellan en till tre timmar i veckan på transport vilket vi tycker låter som en rimlig tid för att förflytta sig mellan sina arbetsplatser och för andra eventuella arbetsuppgifter i arbetet.

Genom resultatet på enkäterna kan vi inte se om arbetsterapeuterna mätt tiden som de angett. Man bör ha i åtanke att tiden är deras subjektiva upplevelse av hur mycket tid de lägger på de olika uppgifterna, vilket inte alltid är detsamma som hur mycket som verkligen läggs. Till exempelvis kan en rolig uppgift upplevas ta mindre tid än en tråkig.

Vi har diskuterat om aktivitetsobalans eventuellt kan vara en riskfaktor för arbetsterapeuterna. Aktivitetsobalans (occupational imbalance) innebär att människors engagemang i aktiviteter inte överensstämmer med deras behov, inte ger tillräckligt med tid för intressen och utveckling samt de aktiviteter de känner sig skyldiga att göra gentemot sin sociala miljö och samhället (Wilcock, 1998). Vad som är aktivitetsobalans skiljer sig för olika individer på grund av deras varierande kapacitet, intressen och

förpliktelser (Christiansen & Baum, 2005). Enligt Wilcock (1998) är överbelastning i aktiviteter en typ av aktivitetsobalans och snarare en subjektiv upplevelse än en faktisk omständighet. Aktivitetsobalans är en riskfaktor för ohälsa (Wilcock, 2006). Risker som vi anser kan leda till aktivitetsobalans är; ansvar på två vårdcentraler/enheter, icke-patientrelaterade uppgifter som inte är självvalda och/eller som inte nödvändigtvis behöver utföras av arbetsterapeuter.

6. Slutsats

Genom detta arbete tror och hoppas vi att de som är intresserade får en uppfattning om vad arbetsterapeuten, i Region Skåne, gör på sin arbetstid när han/hon inte träffar patienten. Vi har lärt oss att:

- Mindre än hälften av arbetsterapeuterna har en heltidstjänst.
- En arbetsterapeut kan ha ensamt ansvar på två vårdcentraler/enheter med en arbetstid på 18 timmar per vecka.
- 79,5 % av arbetsterapeuterna (31 av 39) hade ansvar under kategorin övriga uppdrag vilket ligger utöver ”de vanliga” arbetsterapeutuppgifterna. En heltidsarbetande lade som mest 18 timmar på detta
- Transporttid kan stjäla mycket tid från andra arbetsuppgifter, som mest tog det nästan en tredjedel av tiden hos en arbetsterapeut med 15 timmars arbetsvecka.
- Sju av de 39 (17,9 %) arbetsterapeuter, inom primärvården i Skåne, som svarat på enkäterna tar emot studenter.
- Samma ord eller fråga kan ge många olika tolkningar och det är av stor vikt hur frågorna utformas.
- Det har stor betydelse att enkäter innehåller utrymme för fria kommentarer för där framkommer det viktig information.

Arbetsterapeuternas icke-patientrelaterade tid lades på olika övriga uppdrag, arbetsterapeutiska kringuppgifter och transport. Den icke-patientrelaterade tiden upptar en relativt stor del av arbetstiden men den är svår att mäta. Den varierar mycket mellan arbetsterapeuterna beroende på deras arbetstid, antal arbetsplatser, arbetsuppgifter och kollegor. Icke-patientrelaterad tid är en nödvändighet för att arbetsterapeuterna ska kunna utföra sitt arbete på ett säkert och professionellt sätt. Trots att den icke-patientrelaterade tiden ibland upptar en stor del av arbetstiden så går det inte att ta bort den.

Det hade varit intressant att vidare undersöka till exempel den patientrelaterade tiden i de 12 fiktiva patientfallen, både gällande indirekt och direkt tid samt eventuella skillnader mellan olika diagnoser vad gäller tidsåtgången som krävs för dessa. Våra förhoppningar är att det görs fler undersökningar inom ämnet.

Referenser

Canadian Association of Occupational Therapists. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa.

Erlandsson, Rögnvaldsson & Eklund. (2004). Recognition of similarities: a methodological approach to analysing and characterising patterns of daily occupations. *Journal of occupational science*, 11, 3-13.

Christiansen, C. & Baum, C. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*. Thorofare: Slack Inc.

Fisher, A.G. (1998). Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework: 1998 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *American Journal of Occupational Therapy* 52 509-521.

Fisher, A. G., Nyman, A. (2007). OTIPM: En modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi. FOU-rapport 07. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Fortmeier, S. & Thanning, G. (2007). *Sett med patientens ögon*. Malmö: Studentlitteratur.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA] (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)

Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation* (third edition). Baltimore: Williams & Wilkins.

Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 1998:531

Medin, Jennie. & Alexanderson, Kristina. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Moyers, P. 1999. The guide to occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 247-322)

Nordenström, J. (2008). *Evidensbaserad medicin*. Stockholm: Instant Book AB.

Persson, D., Erlandsson, L.-K., Eklund, M., & Iwarsson, S. (2001). Value dimensions, meaning, and complexity in human occupation – A tentative structure for analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 7-18.

SPSS 14.0. (2005). Chicago, IL, USA.

Townsend, E. (Ed.). (1997). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE

Townsend, E., & Landry, J. (2005). *Interventions in a societal context: Enabling participation*. In Christiansen, C.H., & Baum, C.M, *Occupational therapy: Performance, participation and well-being* (3rd ed.). Thorofare: Slack Incorporated.

Whiteford, G. & Wright-St Clair, V. (2005). *Occupation & practice in context*. Marrickville: Elsevier Australia.

Wilcock, A. (1993). A theory of the human need for occupation. *Journal of occupational science: Australia*, 1, 17-24.

Wilcock, A. (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare: Slack Inc.

Wilcock, A. (2001). Occupation for Health: Re-activating the Regimen Sanitatis. *Journal of Occupational Science*, 8, 20-24.

Wilcock, A. (2006). *An Occupational Perspective of Health*. Second edition; Thorofare; Slack

Wilcock, A. (2007). Occupation and Health: Are They One and the Same? *Journal of Occupational Science, Vol 14, No 1, pp 3-8.*

Williams-Pedretti, L., & Early, M.B. (2001). *Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction 5th ed.* Missouri: Mosby Inc.

Wästberg, B. (2007). *Verksamhetsförlagd utbildning för arbetsterapeutstuderande i primärvården Region Skåne – förutsättningar och möjligheter.* Malmö: FoUU Primärvården Skåne.

Yerxa, E. J. (1993). Occupational science: a new source of power for participants in occupational therapy. *Australia: Occupational Science, 1.*

Elektroniska referenser

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA], (2008). *Elektronisk referens.* Hämtad 20 november, 2008, från <http://www.fsa.akademikerhuset.se/profession/vadgorenat/Sidor/default.aspx>

Region Skåne. (2008a). *Elektronisk referens.* Hämtad 20 november, 2008, från <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=221956>

Region Skåne. (2008b). *Elektronisk referens.* Hämtad 4 september, 2008, från <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=6929>

Region Skåne. (2008c). *Elektronisk referens.* Hämtad 4 september, 2008, från <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=179072>

Region Skåne. (2008d). *Elektronisk referens.* Hämtad 20 november, 2008, från <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=138867>

Region Skåne. (2008e). *Elektronisk referens.* Hämtad 1 september, 2008, från <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=187082>

Region Skåne. (2008f). *Primärvården Skåne Här utvecklas framtidens primärvård*. Ramlösa: Primärvården Skåne. Hämtad 20 november, 2008, från <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Primarvarden/Dokument/Prim%C3%A4rv%C3%A5rdenSk%C3%A5ne.pdf>

Socialstyrelsen. (2001). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Bohus: Ale Tryckteam.
(<http://www.sos.se/FULLTEXT/105/2001-105-2/2001-105-2.pdf> 081118 kl 10.11)

Socialstyrelsen. (2007). *Hälso- och sjukvård – Primärvård. Lägesrapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 20 november, 2008, från http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F65F11B7-4DB0-4258-8A8A-DA1283F1EBCA/7062/200713113_rev.pdf

Bilaga 1

FoUU

Birgitta Wästberg
Leg arbetsterapeut, yrkesutv-koordinator
040 - 623 96 66
birgitta.wastberg@skane.se

Datum 3/6/2009

Projektplan Modell för utveckling av uppdrag och ersättning inom närsjukvård, steg 1

Bakgrund

Arbetsterapeuter har funnits i primärvården sedan 70-talet. Arbetsuppgifterna har förändrats genom åren - sjukdomspanoramat har förändrats hos befolkningen och olika reformer och organisationsförändringar som påverkar primärvårdens arbetsuppgifter och ansvar har genomförts. Idag finns 55-60 arbetsterapeuter som arbetar i Region Skånes primärvård. Det finns inga samlade uppgifter om hur många arbetsterapeuter som arbetar på närsjukvårdsnivå, det vill säga inom den kommunala primärvården, Region Skånes primärvård och på sjukhusens närsjukvårdsnivå.

Flertalet av arbetsterapeuterna i Regionens primärvård arbetar ensamma i sin profession på vårdcentralen/enheten, vissa arbetar fysiskt på flera ställen och befolkningens problematik är olika i de olika områdena. Man har inte heller samma resurser överallt. Några arbetsterapeuter arbetar privat med avtal med Region Skåne. I viss mån har primärvården också träffat olika överenskommelser kring ansvarfördelningen gentemot kommunerna. Sjukhuskliniker har dessutom olika traditioner kring vilka patienter som remitteras till primärvården. Detta har medfört att arbetsuppgifter och ansvar för bland annat arbetsterapeuter inte är lika i alla primärvårdsområden. Direkt och indirekt patientarbete tar det mesta av arbetstiden. Som indirekt patientarbete räknas till exempel tidbokning, dokumentation och kontakter med andra vårdgivare. Det finns också icke-patientrelaterade arbetsuppgifter för arbetsterapeuterna. Det kan vara att beställa hem ortosmaterial, inventera förrådet, delta i personalmöten och fortbildning eller olika uppdrag på vårdcentralen. Olika enheter har olika rutiner för vem som gör vad, vilket också påverkar arbetsterapeutens arbete och tid.

Diskussioner angående ersättningsformer för arbetsterapeuter med flera i primärvården har förts i Hälso- och sjukvårdsledningen. En arbetsgrupp gjorde 2004 en analys av möjligheterna att genomföra ett prestationsbaserat ersättningssystem för arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer och dietister utifrån besöksstatistik. Analysen visade att det inte var möjligt att bygga ett rimligt ersättningssystem på besöksstatistiken. Vid revideringen av den Generella kravspecifikationen diskuterades möjligheten att införa en ersättningsmodell med inslag av prestationsbaserad ersättning för de grupper som inte har detta idag. Ämnet aktualiserades då igen.

Vid ett fackligt referensgruppsmöte 2006-03-13 bestämdes att genomföra ett pilotprojekt för arbetsterapeuter i primärvården för att pröva förutsättningarna för utformandet av en ersättningsmodell. Beroende på utfallet av pilotprojektet kan detta vara ett led i att ta fram en modell som kan gälla för andra yrkesgrupper i Närsjukvården i Skåne.

Syfte

Att skapa ett underlag för prestationsbaserad ersättning för arbetsterapeuter i primärvården i Skåne genom att

- göra en nulägesbeskrivning av vad arbetsterapeuterna i Region Skånes primärvård gör idag (steg 1)
- ta fram uppgifter på vilka verksamheter i Närsjukvården arbetsterapeuter arbetar inom idag (steg 2)

Metod

En arbetsgrupp har bildats:

Peter Jerntorp, medicinsk rådgivare, samordnare närsjukvård, HSL

Anna-Karin Åkesson, FSA-representant

Birgitta Wästberg, koordinator, PV FoUU

Arbetsgruppen har diskuterat tänkbara strategier och beslutat att börja med en inventering av vad arbetsterapeuterna gör idag för sina patienter, hur mycket tid som beräknas åtgå för detta samt vilka arbetsuppgifter arbetsterapeuterna har som inte är patientrelaterade och beräknad tidsåtgång för detta.

Ett antal fiktiva patientfall förekommande i Regionens primärvård har konstruerats av undertecknad koordinator. En enkät med arbetsterapeutiska åtgärder i primärvården har formulerats därefter. Dessutom gjordes en enkät med frågor om icke-patientrelaterad tid. Dokumenten har skickats ut till arbetsterapeuternas primärvårdsnätverk i Skåne för synpunkter och en viss modifiering gjordes därefter. Bilaga 1, 2, 3.

Enkäterna har sedan skickats via nätverket till alla arbetsterapeuter i Regionens primärvård samt till dem som har avtal med Regionen. Varje arbetsterapeut ska fylla i en enkät per patientfall utifrån vad hon faktiskt gör och vilket tid det beräknas ta. Varje arbetsterapeut ska också fylla i enkäten om icke-patientrelaterad tid.

För sammanställning av enkätsvaren engageras en arbetsterapeut vars arbetsplats ersätts för motsvarande timmar alternativt som ersätts med timarvode.

Bearbetning och analys av materialet planeras göras av undertecknad koordinator i samråd med någon kliniskt verksam arbetsterapeut.

Tänkbara resultat

Resultatet av föreliggande pilotprojekt beräknas ge en bild av

- vilka åtgärder arbetsterapeuterna i Region Skånes primärvård gör idag för de patientfall som ingår i studien
- hur mycket tid detta beräknas ta (patientrelaterad tid),
- hur mycket tid arbetsterapeuterna lägger på icke-patientrelaterade arbetsuppgifter och vilka dessa är.

Detta kan ligga till grund för fortsatt arbete med att ta fram underlag för ersättningsmodell. Tidsåtgången är i detta material beräknad av varje arbetsterapeut. För att få en mera exakt

uppfattning om hur mycket tid som går åt till olika arbetsuppgifter skulle en åtgärdsstatistik kunna genomföras. Här borde vissa arbetsterapeuter kunna väljas ut strategiskt med hjälp av materialet i steg 1.

Arbetet med att ta fram uppgifter på vilka verksamheter i Närsjukvården arbetsterapeuter arbetar inom idag (steg 2) borde kunna göras via regionens förvaltningschefer respektive via kommunrepresentanter i de fem lokala styrgrupperna för närsjukvårdens utveckling.

Tidsplan

Skriva patientfall	juni 2006
Test av material nätverket	sommaren 2006
Arbetsterapeuterna fylla i kartläggningen	sept – okt 2006
Inmatning av data	start nov-dec 2006
Bearbetning och analys av data	start febr 2007?

1. Icke patientrelaterad tid: Besvaras en gång av varje arbetsterapeut:

(Icke patientrelaterad tid kan vara att beställa ortosmaterial och ortoser till förrådet, personalmöten, utbildning, policydiskussioner, gå till kassaservice, osv)

Namn:

Vårdcentral:

Hur många vårdcentraler/enheter arbetar du fysiskt på?

Hur många timmar arbetar du i primärvården/vecka?

1a. Har du uppdrag eller uppgifter på din vårdcentral, utöver ”vanliga” arbetsterapeut-uppgifter? (tex samordningsansvar, skyddsombud, utbildningsansvarig)

.....

1b. Hur många timmar lägger du på detta i genomsnitt per vecka?

.....

2a. Vilka kringuppgifter har du? (tex beställning av varor, hantera pengar, mm)

.....

2b. Hur många timmar lägger du på detta i genomsnitt per vecka?

.....

3a. Har du extra transporttider för att du är lokaliserad på enhet utanför vårdcentralen, arbetar på flera vårdcentraler etc?

.....

3b. Hur många timmar lägger du på detta i genomsnitt per vecka?

.....

Ev kommentarer:

.....

2. Patientrelaterad tid: Varje arbetsterapeut besvarar en blankett per patientfall
ÅTGÄRDER PATIENTFALL (prestationsbaserad ersättning för arbetsterapeuter i PV)

Arbetsterapeut namn:.....

Vårdcentral och område:.....

Patientfall:

Sätt ett kryss i rutan för vad du gör om du möter denna patient, resp om någon annan arbetsterapeut har denna arbetsuppgift (i den mån du vet):

Utredningar och bedömningar kan göras med observation, självskattning eller intervju som grund.

Åtgärd	Jag gör i PV	Arb-ter kommun gör	Arb-ter sjukhus gör	Kommentar
Förstahandsbedömning (Bedömning före läkaren)				
Aktivitetsanamnes				
Bedömning av aktivitetsförmåga				
Bedömning av psykiska och sociala faktorer som påverkar aktivitetsförmågan				
Bedömning av fysiska funktioner				
Bedömning av kognitiva funktioner				
Utredning miljöfaktorer i hemmet				
Utredning miljöfaktorer arbetsplats/skola				
Sätter upp behandlingsmål				
Information om aktivitetsbalans, rådgivning				
Information om sjukdomstillståndet				
Ergonomiinformation/ praktisk tillämpning av ergonomi, rådgivning				
Uppföljning av information och råd				
Träning av aktivitetsförmåga				
Uppföljning av aktivitets-				

träning				
Träning av fysiska funktioner				
Träning av kognitiva funktioner				
Uppföljning av funktions- träning				
Utprovning/tillverkn av ortos				
Uppföljning av ortosbehandling				
Utprovning/ ordination av elrullstol				
Träning elrullstolskörning				
Uppföljn ordination/ elrullstolskörning				
Utprovning/ordination av kommunikations-hjälpmedel				
Träning i användning av komm-hjälpmedel				
Uppföljning av komm-hjm				
Utprovning/ordination barnhjälpmedel				
Träning i att använda barnhjälpmedel				
Uppföljn barn-hjälpmedel				
Ordination/utprovning av hjälpmedel i hemmet				
Uppföljning av hjm i hemmet				
Rådgivning/Utprovning av arbetstekn hjälpmedel				
Uppföljning av arbetstekn hjm				
Ansökan om bostadsanpassning				
Uppföljning av bostadsanpassning				
Gruppverksamhet, vad?				
Kontakt annan profession på vårdc/enheten				
Teamarbete				
Avstämn-möte m FK				
Annan kontakt m FK				
Kontakt arb-ter på annan vårdnivå				
Kontakt kommun utöver				

arbetsterapeut				
Kontakt arbetsgivare				
Kontakt AF				
Kontakt Soc-förv förutom kommunal hälso- o sjv				
Annat, vad?				

1. Hur många gånger tror du att du skulle träffa denna patient?.....

2. Hur lång tid uppskattar du skulle det gå åt till patienten totalt:

a. direkt kontakt:

b. indirekt tid? (indirekt tid= dokumentation, tidbokning, söka information, etc).....

.....

3. Kommentarer?.....

.....

.....

.....

.....

Birgitta Wästberg, PV FoUU, Region Skåne